

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Faça todo o bem que puder,
Usando todos os meios que puder,
De todas as maneiras que puder...
Para todas as pessoas que puder,
Durante o maior tempo que puder.

John Wesley

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho foi motivada por diversas pessoas, que directa ou indirectamente, contribuíram para que se tornasse uma realidade.

A todas as puérperas que prontamente responderam ao questionário, os meus sinceros agradecimentos. Sem as informações por elas fornecidas seria impossível realizar este estudo.

Agradeço igualmente, com muito carinho à minha Orientadora Professora Emília Coutinho por todo o apoio, dedicação e orientação, tal como todo o empenho e palavras de incentivo nos momentos mais difíceis. O agradecimento estende-se ao Professor Doutor João Carvalho Duarte e Professora Cláudia na orientação final do trabalho.

E um agradecimento muito especial à minha família, aos meus pais, ao meu marido Ricardo e ao meu filho Pedro, pelo apoio incondicional, pela compreensão e pela paciência que tiveram devido à minha constante ausência. Espero conseguir algum dia compensar-vos!

A todos um Sincero e Profundo, MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: O baixo peso ao nascer é um fator de risco para a morbi-mortalidade neonatal, e um indicador geral do nível de saúde de uma população. Associa-se a baixos níveis de desenvolvimento socioeconómico, características maternas e de assistência materno-infantil.

Objectivos: Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal ao baixo peso ao nascer.

Métodos: Estudo transversal, descritivo correlacional e prospetivo. A amostra é não probabilística intencional, constituída por 1846 puérperas, em que 161 apresentam recém-nascidos de baixo peso ao nascer. Foi utilizado um questionário aplicado entre Março de 2010 e Maio de 2012, em 26 instituições de saúde públicas portuguesas.

Resultados: O baixo peso ao nascer, teve associado: idade gestacional ≥ 41 semanas ($p=0,000$), sem risco obstétrico ($p=0,001$), sem risco obstétrico/gravidez não planeada ($p=0,036$), risco obstétrico/idade materna de risco ($p=0,007$), risco obstétrico/primeira consulta tardia ($p=0,036$), sem risco sociodemográfico/idade gestacional de termo ($p=0,000$), Risco sociodemográfico/idade gestacional de termo ($p=0,007$), risco na assistência pré-natal/idade materna de risco ($p=0,020$), sem risco na assistência pré-natal/idade gestacional de termo ($p=0,000$), idade materna de risco/número gestações de risco ($p=0,021$); baixa escolaridade/rendimentos $\leq 1000\text{€}$ ($p=0,036$), baixa escolaridade/desemprego ($p=0,044$), número filhos de risco/idade gestacional de termo ($p=0,000$), patologias na gravidez/idade gestacional de termo ($p=0,000$), patologias prévias/idade gestacional de termo ($p=0,000$), e com erro de 10% à baixa escolaridade ($p=0,074$), não planeamento da gravidez ($p=0,089$), primeira consulta >12 semanas ($p=0,067$), baixa escolaridade/intervalo interparto de risco ($p=0,079$), baixa escolaridade/sem companheiro ($p=0,068$).

Conclusão: A determinação dos fatores que favorecem o aparecimento do baixo peso ao nascer é fundamental para o planeamento e desenvolvimento de ações no âmbito da saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Baixo Peso ao Nascer; Recém-nascido; Fatores de Risco; Fatores Socioeconómicos; Assistência pré-natal; Gravidez

ABSTRACT

Framework: The low birthweight is a risk factor for neonatal morbidity and mortality and a general indicator of health status of a population. It can be associated to low levels of socioeconomic development, prenatal care and maternal characteristics.

Objectives: Analyze the influence of sociodemographic, obstetric and prenatal care variables to low birthweight.

Methods: This is a wide-ranging, descriptive-correlational and forward-looking study. It was used a non-probable intentional sample, constituted by 1846 post-partum women, where only 161 had newborns with low birthweight. It was used a questionnaire, applied between March 2010 and May 2012, in 26 Portuguese institutions of public health.

Results: The low birthweight was associated: ≥ 41 weeks ($p=0,000$), without obstetric risk ($p=0,001$), without obstetric risk/unplanned pregnancy ($p=0,036$), obstetric risk/maternal age risk ($p=0,007$), obstetric risk/late beginning of pregnancy vigilance ($p=0,036$), without sociodemographic risk/gestacional age without risk ($p=0,000$), sociodemographic risk/gestacional age without risk ($p=0,007$), risk on prenatal care/maternal age risk ($p=0,020$), prenatal care without risk/gestacional age without risk ($p=0,000$), maternal age risk/risk number of pregnancies ($p=0,021$), low education/income $\leq 1000\text{€}$ ($p=0,036$), low education/unemployment ($p=0,044$), risk number of children/gestational age without risk ($p=0,000$), pregnancy diseases /gestational age without risk ($p=0,000$), previous diseases/gestational age without risk ($p=0,000$), and with a margin error of 10%, low education ($p=0,074$), unplanned pregnancy ($p=0,089$), late beginning of pregnancy vigilance ($p=0,067$), low education/interpregnancy interval risk ($p=0,079$), low education/single ($p=0,068$).

Conclusion: The determination of the factors that contribute to the appearance of low birthweight is essential for the planning, implementation and development of actions related to maternal and children health.

Key-words: Low Birth Weight, Newborn, Risk Factors, Socioeconomic Factors; Prenatal care, Pregnancy

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	13
ÍNDICE DE FIGURAS.....	15
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	17
1- INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 – DEFINIÇÃO DE BAIXO PESO AO NASCER.....	27
2.1 – CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS.....	28
3 – FACTORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER.....	30
3.1 – FACTORES SOCIOECONÓMICOS.....	30
3.2 – CARACTERÍSTICAS MATERNAS E DA GRAVIDEZ.....	32
3.2.1 - Idade Materna.....	32
3.2.2- Estado nutricional materno.....	36
3.2.3- Estilos de vida materno.....	37
3.2.4- Complicações durante a gravidez.....	39
3.3- ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	42
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
1- METODOLOGIA.....	51
1.1- MÉTODOS.....	51
1.2 – PARTICIPANTES.....	53
1.2.1– Caracterização sócio-espacial da amostra.....	54
1.2.2 – Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	54
1.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	56
1.3.1- Critérios de operacionalização de variáveis.....	58
1.4 – PROCEDIMENTOS.....	59
1.5 – ANÁLISE DE DADOS.....	60

2 – RESULTADOS.....	63
2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	63
2.1.1- Peso do Recém-nascido ao nascimento.....	63
2.1.2 – Variáveis Sociodemográficas.....	64
2.1.3 – Variáveis da Assistência Pré-natal.....	66
2.1.4- Variáveis Obstétricas.....	70
2.1.5- Variáveis de Risco.....	73
2.1.6- Variáveis segundo o Risco.....	79
2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	90
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	113
3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	113
3.2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	114
4 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	127
BIBLIOGRAFIA.....	133
ANEXOS.....	147

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:	Caracterização sociodemográfica da amostra tendo em conta o grupo etário.....	56
Tabela 2:	Caracterização das variáveis segundo o risco	58
Tabela 3:	Definição das variáveis de risco	59
Tabela 4:	Distribuição das 1846 puérperas segundo o peso do recém-nascido.....	64
Tabela 5:	Distribuição das puérperas segundo as variáveis Sociodemográficas.....	65
Tabela 6:	Distribuição das puérperas segundo as variáveis da Assistência Pré-natal.....	69
Tabela 7:	Distribuição das puérperas segundo as variáveis Obstétricas	72
Tabela 8:	Distribuição das puérperas segundo o risco e o peso ao nascer.....	73
Tabela 9:	Distribuição das puérperas segundo o risco sociodemográfico.....	75
Tabela 10:	Distribuição das puérperas segundo o risco obstétrico.....	77
Tabela 11:	Distribuição das puérperas segundo o risco na assistência pré-natal.....	78
Tabela 12:	Distribuição das puérperas segundo a Idade Materna em interacção com o Peso ao nascer.....	80
Tabela 13:	Distribuição das puérperas segundo a Escolaridade em interacção com o Peso ao nascer.....	83
Tabela 14:	Distribuição das puérperas segundo o Rendimento Mensal em interacção com o Peso ao nascer.....	84
Tabela 15:	Distribuição das puérperas segundo a Vigilância da Gravidez em interacção com e o Peso ao nascer.....	86
Tabela 16:	Distribuição das puérperas segundo a Patologia da Gravidez em interacção com a Idade gestacional e o Peso ao nascer.....	87
Tabela 17:	Distribuição das puérperas segundo as Patologia Prévias em interacção com a Idade gestacional e o Peso ao nascer.....	87
Tabela 18:	Distribuição das puérperas segundo o Consumo de Álcool em interacção com o Peso ao nascer.....	88
Tabela 19:	Distribuição das puérperas segundo o Consumo de Tabaco em interacção com o Peso ao nascer.....	89
Tabela 20:	Distribuição das puérperas segundo o Número de Filhos em interacção com o Peso ao nascer.....	90
Tabela 21:	Teste Kruskal-Wallis entre a idade materna e o BPN.....	91
Tabela 22:	Teste U de Mann-Whitney entre a escolaridade materna e o BPN.....	91

Tabela 23:	Teste T entre a Situação Profissional materna e o BPN.....	92
Tabela 24:	Teste T entre o Rendimento mensal e o BPN.....	92
Tabela 25:	Teste T entre o Estado Civil e o BPN.....	93
Tabela 26:	Teste Kruskal-Wallis entre o Número de Gestações e o BPN.....	93
Tabela 27:	Teste Kruskal-Wallis entre o Número de Filhos e o BPN.....	94
Tabela 28:	Teste U de Mann-Whitney entre a Gemelaridade e o BPN.....	94
Tabela 29:	Teste Kruskal-Wallis entre o Intervalo Interparto e o BPN.....	95
Tabela 30:	Teste U de Mann-Whitney entre o peso ao nascer do 1º Filho e o BPN.....	95
Tabela 31:	Teste Kruskal-Wallis entre a Idade Gestacional e o BPN.....	96
Tabela 32:	Teste U de Mann-Whitney entre o Planeamento da Gravidez e o BPN.....	96
Tabela 33:	Teste U de Mann-Whitney entre a Gravidez Desejada e o BPN.....	97
Tabela 34:	Teste U de Mann-Whitney entre a Vigilância da Gravidez e o BPN.....	97
Tabela 35:	Teste U de Mann-Whitney entre a Primeira Consulta e o BPN.....	98
Tabela 36:	Teste U de Mann-Whitney entre as Patologias Prévias à Gravidez e o BPN.....	98
Tabela 37:	Teste T entre as Patologias na Gravidez e o BPN.....	98
Tabela 38:	Teste U de Mann-Whitney entre o consumo de Tabaco e o BPN.....	99
Tabela 39:	Teste U de Mann-Whitney entre o consumo de Álcool e o BPN.....	99
Tabela 40:	Teste U de Mann-Whitney entre o Ganho Ponderal e o BPN.....	100
Tabela 41:	Teste T entre o Baixo peso ao nascer e o Risco Sociodemográfico.....	100
Tabela 42:	Teste T entre o Baixo peso ao nascer e o Risco Obstétrico.....	101
Tabela 43:	Teste U de Mann-Whitney entre o Baixo peso ao nascer e Risco na Assistência Pré-natal.....	101
Tabela 44:	Teste U de Mann-Whitney entre a interacção da variável de risco sociodemográfico e as variáveis obstétricas e de assistência pré-natal, no BPN..	102
Tabela 45:	Teste U de Mann-Whitney entre a interacção da variável de risco obstétrico e as variáveis sociodemográficas e de assistência pré-natal, no BPN.....	103
Tabela 46:	Teste U de Mann-Whitney entre a interacção da variável de risco na assistência pré-natal e as variáveis sociodemográficas e obstétricas, no BPN.....	104
Tabela 47:	Teste Kruskal-Wallis entre a Idade Materna a interagir com o BPN.....	106
Tabela 48:	Teste Kruskal-Wallis entre a Escolaridade Materna a interagir com o BPN.....	108
Tabela 49:	Teste Kruskal-Wallis entre o Número de Filhos a interagir com o BPN.....	109
Tabela 50:	Teste Kruskal-Wallis entre o Rendimento Mensal a interagir com o BPN.....	109
Tabela 51:	Teste Kruskal-Wallis entre a Vigilância da Gravidez a interagir com o BPN.....	110

Tabela 52:	Teste Kruskal-Wallis entre o Consumo de Álcool a interagir com o BPN.....	111
Tabela 53:	Teste Kruskal-Wallis entre o Consumo de Tabaco a interagir com o BPN.....	111
Tabela 54:	Teste Kruskal-Wallis entre as Patologias na Gravidez a interagir com a Idade Gestacional no BPN.....	112
Tabela 55:	Teste Kruskal-Wallis entre as Patologias Prévias a interagir com a Idade Gestacional no BPN.....	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Desenho de Investigação.....	53
---	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

BPN – Baixo Peso ao Nascer

DGS – Direcção Geral de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

INS- Instituto Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-Uterino

SK- medida de simetria Skewness

K- Medida de achatamento curtose

EP- Erro padrão

UMW- Teste U de Mann-Whitney

KW- Teste Kruskal-Wallis

V.I.- Variável independente

Vs- versus

1- INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase extremamente importante para a vida da maior parte das mulheres, contudo não deixa de ser um período em que são múltiplos os factores que podem interferir de forma directa ou indirecta no seu desfecho e por consequência influenciar no peso ao nascer daquela criança. Dentro desses factores destacam-se os maternos, socioeconómicos, genéticos, placentários, nutricionais, hormonais ou ambientais.⁽¹⁻⁴⁾

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o baixo peso ao nascer (BPN) corresponde a um peso $\leq 2499\text{g}$ do recém-nascido aquando do nascimento, independentemente da sua idade gestacional.^(5, 6)

A temática do BPN surge como de extrema importância, uma vez que entre ela e a mortalidade e morbilidade infantil existem evidências de interligação. Efectivamente alguns estudos indicam que a mortalidade neonatal é 20 vezes maior nos recém-nascidos de BPN e 200 vezes maior nos que apresentam um muito baixo peso ($\leq 1499\text{g}$) quando comparados aos de peso normal.⁽⁷⁻⁹⁾

O baixo peso ao nascer é uma questão de saúde pública com um impacto significativo individual, familiar e social.⁽¹⁰⁾ Os recém-nascidos com esse peso apresentam alterações do vínculo, diminuição do período de tempo de amamentação, maior risco de desenvolvimento de patologias crónicas durante a sua vida adulta, uma maior propensão a atrasos de desenvolvimento e dificuldades de aprendizagem, o que acarretará tanto para a família, como para a sociedade, onde estão inseridos um custo elevado.^(8, 11, 12)

A redução da prevalência do BPN não tem sido fácil, e apesar da extensiva pesquisa sobre a sua etiologia, esta ainda permanece desconhecida em cerca de 30% dos casos clínicos.⁽¹³⁾

Mundialmente, entre os anos 2000-2009, a taxa média de BPN foi de 14%, sendo que Portugal apresentou um percentual de 8%. Contudo é nos países em desenvolvimento que essa taxa apresenta valores mais elevados (24% na região sudeste), onde a restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) se torna o principal causador desse acontecimento, ao invés do nascimento pré-termo que é o principal responsável nos países desenvolvidos.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Por conseguinte, o baixo peso ao nascer pode ser atribuído aos dois fenómenos, ou combinação entre ambos: à RCIU e ao parto pré-termo. ^(15, 17) Quando estes dois factores se associam, tornam o BPN no mais importante indicador de mortalidade neonatal, perinatal e infantil. ⁽¹⁸⁾

Vários estudos têm sido realizados na tentativa de identificar quais os factores desencadeantes dos processos que levam ao aparecimento do baixo peso ao nascer. Das características mais prevalentes surgem as: demográficas, socioeconómicas, maternas, obstétricas, de assistência pré-natal e comportamentais. ^(8, 19) Estudos recentes têm referido a relação do BPN com as características paternas, ambientais, nos casos de violência ou em situações de *stress* ou de depressão durante a gravidez. ⁽⁸⁾

Especificando, surgem-nos como factores associados, o estado civil, baixos níveis de escolaridade, baixos rendimentos, emprego com exigência a trabalhos forçados, hábitos alcoólicos, hábitos tabágicos, consumo de drogas, desejo e planeamento da gravidez, má vigilância pré-natal, patologias prévias à gravidez e patologias durante a gravidez, extremos da idade materna na vida reprodutiva, ganho ponderal inadequado, peso pré-gestacional baixo, estatura materna, número de filhos, número de gestações, nascimentos múltiplos, intervalo interparto, filhos anteriores com BPN, nascimento materno e paterno de BPN, características paternas, factores genéticos, violência contra a mulher grávida, *stress* materno ou fetal, depressão, o sexo da criança, infecções, a raça ou factores ambientais (exposição a tóxicos). ^(8, 13, 17, 20)

A determinação dos factores associados ao baixo peso ao nascer tem sido controverso, o que explica a dificuldade em encontrar os que realmente poderão estar associados a este evento. A justificação deste facto advém, talvez, dos ajustes que são necessários efectuar para a adequação às diferentes realidades sociais onde estão a ser aplicados os estudos. ⁽²⁰⁾

Dos factores que, demonstradamente, se encontram ligados ao aparecimento do BPN, serão aprofundados nesta pesquisa os socioeconómicos (idade materna, estado civil, escolaridade, rendimento mensal e situação profissional), obstétricos (número de filhos e gestações, nascimentos múltiplos, intervalo interparto, peso do 1º filho e idade gestacional) e de assistência pré-natal (desejo, planeamento e vigilância da gravidez, patologias prévias e da gravidez, hábitos tabágicos e alcoólicos e o ganho ponderal).

Estudos demonstram que a relação entre o BPN e as desvantagens socioeconómicas é comprovadamente forte. As vias causais subjacentes não são claras, mas vários mecanismos apontam para o *stress* (associado a essa desvantagem/ estigma social), para os baixos níveis de escolaridade e rendimentos mensais, como os causadores de hábitos de vida não saudáveis, deficit de conhecimentos relativos à gravidez e vigilância

pré-natal ou até mesmo deficit de interesse e acesso à assistência pré-natal, como ainda a um consumo alimentar deficiente. A ausência de companheiro ou situação conjugal estável está também relacionada, uma vez que se reflete numa estabilidade emocional e financeira menor.⁽²¹⁻²⁵⁾

A pobreza extrema pode também levar a má nutrição, condições de vida não saudáveis e uma propensão ao desenvolvimento de doenças infecciosas.⁽²¹⁾

Atendendo aos extremos da idade materna na vida reprodutiva, estes também têm sido associados a um aumento da incidência do BPN. Surge inclusive em alguns estudos, a descrição de que esta associação se encontra representada com uma forma de curva em U, com um elevado número de nascimentos nos seus extremos.⁽²⁶⁾

Os resultados perinatais adversos encontram-se aumentados nas grávidas adolescentes, tanto pela imaturidade biológica, baixos níveis de escolaridade, provável situação socioeconómica desfavorável, com propensão a desenvolver hábitos de vida não saudáveis e adiamento do início da vigilância pré-natal, como pela presença de patologias crónicas, infertilidade e paridade aumentada nas grávidas com idades avançadas.^(8, 27-32)

Analisando a paridade, esta também se assume como fortemente relacionada com o BPN quando a mulher é primípara ou múltipara. No primeiro caso pelo risco acrescido de prematuridade e no segundo pela possibilidade de surgirem patologias maternas durante a gravidez e pelos intervalos interparto menores.^(1, 33, 34) Na gravidez múltipla, a relação com o BPN também surge pela prematuridade ou pela discordância de pesos entre os recém-nascidos.⁽³⁵⁾

Durante todo o período gravídico é importante manter um estado nutricional materno adequado, uma vez que, é do consenso geral, que existe associação entre o BPN e o inapropriado estado antropométrico pré-gestacional e ganho ponderal inadequado na gravidez.⁽³⁶⁻³⁸⁾

Hábitos de vida não saudáveis como o consumo de tabaco e álcool estão também consideravelmente associados a um risco acrescido de aparecimento de BPN.⁽³⁹⁻⁴²⁾ Estima-se que cerca de 80% das grávidas que fumavam, abandonam esse hábito durante a gravidez,^(43, 44) mas o consumo de álcool tem apresentado um ligeiro aumento, pressupondo-se que cerca de 20 a 25% das grávidas o fazem esporadicamente, apesar da variação da forma e da intensidade.^(45, 46)

Determinadas patologias maternas, prévias ou durante a gravidez, podem influenciar o desfecho negativamente. O aparecimento destas patologias pode resultar em alterações ginecológicas e obstétricas, condicionando um nascimento prematuro ou então um baixo peso ao nascer.^(47, 48)

De salientar ainda, a importância do desejo e planeamento da gravidez. Apesar dos valores não serem muito elevados, ainda surgem muitas gravidezes não desejadas e não planeadas. A repercussão que advém destes acontecimentos poderá afectar o peso ao nascer daquela criança, isto porque estão muitas vezes associados a um início de vigilância pré-natal tardia, a uma adoção de comportamentos desajustados nas primeiras semanas de gestação, *stress*, depressão e baixas condições socioeconómicas. ⁽⁴⁹⁻⁵²⁾

Torna-se desta forma, extremamente importante a realização de uma assistência pré-natal adequada, para que seja efectuada uma promoção de comportamentos saudáveis e prevenção/tratamento/estabilização de doenças prévias ou da gravidez. ⁽⁵³⁾ Em suma, o principal objectivo da vigilância pré-natal é o de assegurar o nascimento de uma criança saudável, sem prejuízo nenhum para a saúde materna.

O número mínimo de consultas preconizado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) ⁽⁵⁴⁾, é de seis para a uma gravidez de baixo risco, sendo que a primeira consulta terá que decorrer antes do fim do primeiro trimestre, no entanto, acredita-se que mais do que o número de consultas, a qualidade das mesmas é que faz a diferença na promoção de resultados favoráveis ao desfecho final.

Neste contexto, considera-se que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia é dos profissionais mais adequado a realizar uma assistência pré-natal, encontrando-se numa posição privilegiada para reconhecer e avaliar os riscos de cada gravidez. ⁽⁵⁵⁾

De salientar que a vigilância pré-natal está inevitavelmente vinculada à sua qualidade, facilidade de acesso e, de extrema importância, ao cauteloso acompanhamento de cada grávida e não unicamente ao total de consultas efectuadas. ⁽⁵⁶⁾

Foi neste enquadramento, justificado pela importância da detecção dos factores associados ao BPN para o indivíduo, família e sociedade e pela relevância do papel preponderante que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia poderá ter na sua prevenção, que se decidiu enveredar no presente estudo, para a temática: “Factores associados com o BPN”.

Esta pesquisa tem em vista estudar a prevalência de crianças com BPN e de que forma pode ser influenciada por determinadas variáveis, concretamente, as socioeconómicas, obstétricas e de assistência pré-natal.

Com a pretensão de responder a algumas inquietações motivadas por esta temática, surgem as questões de investigação:

- Qual a prevalência de recém-nascidos com BPN?

- Que variáveis sociodemográficas, obstétricas ou de assistência pré-natal estão associadas ao BPN?
- Em que medida as variáveis designadas de risco interferem no aparecimento do BPN?
- De que modo a interacção entre as variáveis segundo o risco influenciam no BPN?

Consideramos como variáveis de risco, as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal, após a operacionalização das suas constituintes em duas classes (Risco ou Sem Risco). Posterior à operacionalização efectuada, foram definidos números mínimos de risco para enquadrar o conjunto das variáveis que as constituíam em grupos, ou seja: Risco Sociodemográfico (com risco ≥ 3 variáveis de risco, sem risco ≤ 2 variáveis de risco), Risco Obstétrico (com risco ≥ 5 variáveis de risco, sem risco ≤ 9 variáveis de risco) e Risco na Assistência Pré-natal (com risco ≥ 4 variáveis de risco, sem risco ≤ 3 variáveis de risco).

Em consequência às questões formuladas emergem os seguintes objectivos:

- Determinar a prevalência de recém-nascidos de baixo peso.
- Determinar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal que estão associadas com o BPN;
- Analisar em que medida as variáveis de risco sociodemográficas, obstétricas e assistência pré-natal interferem no BPN;
- Analisar a interacção entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal, segundo o risco, com o BPN.

Por conseguinte, delineou-se um tipo de investigação não experimental, de análise quantitativa, transversal, descritivo correlacional e prospectivo.

A amostra desta investigação é do tipo não probabilística intencional. Foram inquiridas 1846 puérperas portuguesas, internadas em 26 maternidades de Portugal, entre os meses de Março de 2010 a Maio de 2012.

Como instrumento de recolha de dados optou-se pela aplicação de um questionário organizado em três partes: a primeira respeita a caracterização sociodemográfica, a segundo a vigilância da gravidez e a terceira a descrição obstétrica.

A compilação do documento de investigação encontra-se estruturada em duas partes e dividido em capítulos e sub-capítulos. A primeira parte é constituída pela fundamentação teórica, na qual se analisa a literatura científica consultada, permitindo contextualizar o problema em estudo, bem como sustentar as questões enunciadas. A fundamentação

teórica é composta por dois capítulos: o primeiro referente à definição do termo BPN e onde ainda se abordam as suas causas e consequências e o segundo é referente aos factores associados ao BPN, nomeadamente os socioeconómicos, características maternas e da gravidez, e a assistência pré-natal.

A segunda parte constitui a investigação empírica realizada, composta por três capítulos: o primeiro refere-se à Metodologia, que explica os procedimentos metodológicos utilizados na condução da investigação nomeadamente, o tipo de investigação utilizada, variáveis relacionadas, a amostragem realizada, o instrumento de colheita de dados aplicado, quais os procedimentos estatísticos efectuados e a análise dos dados compilados; o segundo reporta-se aos Resultados, que consiste na apresentação e análise estatística aplicada aos dados e a análise inferencial dos resultados obtidos; o terceiro é composto pela Discussão dos Resultados, composta pela Discussão Metodológica, que inclui uma breve alusão às limitações do estudo e a Discussão dos Resultados, onde se confrontam os resultados do estudo com os da revisão bibliográfica.

Finaliza-se a apresentação do estudo com as conclusões e sugestões, onde se reflecte a relação dos dados obtidos e as questões enunciadas, e ainda são sugeridas algumas direcções para investigações futuras.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – BAIXO PESO AO NASCER

Para uma grande maioria dos autores, o baixo peso ao nascer é considerado o melhor indicador para definir as condições de saúde materna durante a gravidez e parto, a assistência de saúde no parto, o risco de mortalidade neonatal e pós-neonatal, infantil, morbidade durante a infância e risco de várias doenças na idade adulta.^(3, 25, 57, 58)

Atendendo à descrição do termo, os recém-nascidos com baixo peso são todos os que apresentam um peso inferior a 2500g no momento do nascimento, e podem ainda ser classificados como de muito baixo peso (<1500g) ou ainda de extremo baixo peso (<1000g).^(6, 9, 59)

O deficit do peso ao nascer é considerado um factor de risco, pela vulnerabilidade demonstrada por estes recém-nascidos, onde estudos baseados em dados epidemiológicos, apontam para uma mortalidade 20 vezes maior neste grupo, quando comparados aos de peso adequado.^(6, 9)

Quando ocorre algum desvio do padrão do peso adequado ao nascer, ou seja, extremo baixo peso, muito baixo peso, baixo peso, peso insuficiente ou macrossomia, deve-se investigar as causas e promover acções que evitem ou, pelo menos, minimizem a sua ocorrência e/ou consequências.⁽⁵⁹⁾

De acordo com o preconizado pela OMS, a proporção de nascidos com peso adequado deve ser pelo menos de 85% e o peso médio de nascimento deve estar entre 3400 e 3500g.^(60, 61) Atendendo aos sistemas confiáveis de registo do peso dos recém-nascidos de países altamente desenvolvidos como a Suécia e a Noruega, onde a desigualdade social é pequena, constatou-se que o peso médio dos recém-nascido alcançava os 3500g, e a proporção dos que nascem com BPN não ultrapassa os 5%.⁽⁶²⁾

As taxas de BPN são variadíssimas nas diferentes partes do mundo, apresentando uma especial desvantagem nos países subdesenvolvidos, uma vez que a eles estão associadas as mais baixas condições socioeconómicas.⁽¹⁵⁾ A avaliação da incidência do baixo peso ao nascimento nestes países é também ainda um desafio a vencer, atendendo ao facto de mais de metade dos recém-nascidos não serem pesados à nascença, sendo os valores referidos baseados em dados reunidos a partir de unidades de saúde.⁽⁹⁾

Segundo dados da OMS entre 2000-2009, a taxa média global de BPN é de 14%. A nível europeu encontra-se nos 7%, sendo que Portugal está nos 8%. Das regiões do mundo que maiores taxas de BPN apresentam, destacam-se as regiões de leste e sudeste com 21% e 24% respectivamente e a que apresenta menor taxa é a região do pacífico ocidental com apenas 5%. O continente Americano encontra-se nos 8%.⁽¹⁴⁾

Geralmente, a ocorrência de BPN nos países desenvolvidos está relacionada com os nascimentos pré-termo ao invés dos países em desenvolvimento, em que o maior responsável é a Restrição de Crescimento Intra-uterino (RCIU).^(15, 16)

2.1 – CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Segundo Kramer⁽³⁾, o nascimento de um recém-nascido com baixo peso, pode ser resultante de uma gestação pré-termo, de uma RCIU ou de uma combinação entre ambas. O nascimento com baixo peso é mundialmente reconhecido como uma desvantagem para o recém-nascido, contudo também o é para a sua família e sistema de saúde do país.^(9, 63-65)

Múltiplos são os factores determinantes que, actuando antes e durante a gravidez, podem exercer alguma influência no crescimento do neonato e por consequência no seu peso. Podem estar relacionados com o recém-nascido, com a mãe ou com o meio envolvente. Em estudos de nível nacional e internacional, foram referidos: o estado civil, as condições socioeconómicas, grau de escolaridade, hábitos de vida (álcool, tabaco e drogas), exposição a doenças (malária, síndrome da imunodeficiência adquirida ou sífilis), emprego com exigência a trabalhos forçados, malformações, sexo do recém-nascido, prematuridade, idade materna, estatura materna, peso pré-gestacional/ estado nutricional, ganho ponderal, número de filhos, intervalo intergestacional e ordem de nascimento do filho, gravidez múltipla, número de consultas pré-natais, patologias prévias à gravidez, patologias na gravidez e história obstétrica, infecções e internamentos durante a gravidez.^(2, 9, 18, 57, 62, 66-70)

O estado psicológico da grávida é outro factor que se encontra a ser estudado actualmente. Alguns autores relatam que transtornos psicológicos como a ansiedade, *stress* ou depressão durante a gravidez (ocorre em 20% das grávidas), podem também ser potenciadores do BPN.⁽⁷¹⁻⁷⁴⁾

Numa meta-análise, realizada por Kramer⁽³⁾, emergem vários factores de risco para o BPN, dentro dos quais: de ordem genética, constitucional, demográfica, psicossocial, obstétrica e nutricional; morbilidades da mãe durante a gravidez; exposição a substâncias tóxicas e vigilância pré-natal.

São várias as consequências do BPN, sejam elas a curto, médio ou longo prazo.⁽⁷⁵⁾ Estes recém-nascidos têm probabilidade de morte duas ou três vezes maiores do que um recém-nascido com peso adequado. Apresentam maior risco de desenvolver doenças e infecções e ainda maior possibilidade de desenvolver doenças crónicas no futuro como a diabetes tipo 2, hipertensão, síndrome metabólico, acidente vascular cerebral isquémico e patologias cardíacas. Têm propensão em apresentar atraso do crescimento, desenvolvimento cognitivo e maior predisposição a um deficit neuropsicológico pós-natal. ^(9, 15, 76-78)

O sexo feminino nos recém-nascidos com BPN é ainda factor determinante para que num futuro também elas venham a ter filhos com pesos inferiores ao adequado.⁽⁹⁾

O BPN é um grave problema de saúde pública e talvez um dos mais sérios para os países subdesenvolvidos, desta forma, é de extrema importância a identificação precoce dos factores que a causam, para uma eficaz actuação, com o intuito de reduzir a sua incidência e prováveis consequências.⁽⁷⁸⁾

3 – FACTORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER

São múltiplos os factores sociais e económicos que tendem a condicionar ou influenciar a grávida e o desenvolvimento da sua gravidez, destacando-se as situações de emprego precárias e consequente fraca remuneração, desemprego, baixos níveis de escolaridade ou exclusão social. ^(62, 79)

3.1 – FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Em relação ao BPN, estudos comprovam que apesar de existirem outros determinantes a influenciar o seu aparecimento, estes estão sempre condicionados pelo nível socioeconómico da família em questão. ^(62, 80) E quanto maior for a sua proporção, maior também terá sido a participação dos determinantes sociais na sua ocorrência. ⁽²⁵⁾

O próprio baixo nível socioeconómico implica também níveis mais elevados de *stress*, o que por si só condiciona directamente o desenvolvimento da gravidez, implicando prematuridade, BPN e RCIU. ⁽⁸¹⁾

Presume-se que a baixa escolaridade materna seja predisponente para algumas situações de risco tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, uma vez que está relacionada com o BPN, com a perimortalidade, neomortalidade, mortalidade infantil e materna, assim como com a multiparidade. ^(24, 82, 83)

A associação destas mortalidades pode decorrer não só pelo deficit de conhecimento relativo à importância da vigilância pré-natal e factores relacionados, como por um menor interesse demonstrado ou por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em virtude de uma condição social e económica mais restringida pela sua baixa escolaridade. ^(24, 84)

A instrução também pode ser avaliada como tendo efeitos interdependentes, uma vez que um maior nível educacional pode correlacionar-se a um maior conhecimento sobre planeamento familiar e comportamentos saudáveis durante a gravidez. ^(27, 85)

Mães que apresentam uma escolaridade inferior a 8 anos aumentam em 1,5 vezes a possibilidade de ter filhos com BPN. ^(24, 76) As mães sem nenhuma escolaridade apresentam ainda duas vezes mais filhos em relação àquelas com 9 anos ou mais de estudo. ⁽²³⁾

A baixa instrução aliada a outras variáveis como adolescência, primiparidade com 35 anos ou mais, multiparidade (três filhos ou mais), mulheres sem relacionamento com o pai do recém-nascido e com hábitos tabágicos durante a gravidez, tiveram resultados ainda menos favoráveis, apresentando recém-nascidos com média de peso ainda inferiores do que aquelas com apenas a variável isolada da baixa escolaridade.^(24, 25)

Mães com menores níveis de escolaridade têm também um maior número de filhos, o que pode estar relacionado a um intervalo intergestacional menor a dois anos, predispondo os recém-nascidos a um maior risco, uma vez que o restabelecimento materno de reservas nutricionais e a recuperação das condições orgânicas foram dificultados.^(24, 36, 86)

A ocorrência de BPN, geralmente, surge como fortemente associada às condições de pobreza, má nutrição crónica materna e consumo alimentar deficiente, o que se traduz em desnutrição e ganho ponderal insuficiente na gravidez. É portanto nas classes sociais menos privilegiadas que surgem os maiores níveis de mortalidade neonatal e pós-natal.⁽³⁶⁾ A OMS⁽⁸⁷⁾ estima que nos países desenvolvidos, cerca de dois terços dos recém-nascidos de baixo peso sejam prematuros, enquanto um terço é pequeno para a idade gestacional. Essa relação inverte-se nos países pobres onde aproximadamente 75% dos recém-nascidos de baixo peso são pequenos para a idade gestacional.^(33, 88)

Os numerosos determinantes do BPN podem ser considerados quase totalmente mediados pelas condições de vida, possuindo uma distribuição específica e diferenciada para populações distintas relacionando-se directamente com as condições sociais da família de origem.^(23, 89, 90)

O mesmo verificou Zambonato⁽⁹¹⁾, no seu estudo, onde constatou um aumento do risco de BPN para famílias cujo rendimento era menor que um salário mínimo.

A limitação de poder económico da família interfere, em muito, na aquisição de alimentos mais saudáveis e de melhor qualidade, no entanto, essa não aquisição poderá estar interligada com a baixa escolaridade e desconhecimento de uma alimentação saudável e adequada às necessidades da grávida.⁽³⁶⁾

Os grupos populacionais com baixos rendimentos apresentam um maior número de gravidez na adolescência. Grande parte destas adolescentes não apresenta situação conjugal estável, o que é apontado em vários estudos como um factor de risco predisponente para o BPN. A situação conjugal é uma variável importante em qualquer faixa etária da mulher, uma vez que a ausência de uma figura paterna reflete também uma menor estabilidade financeira para a família.⁽³⁶⁾

Minagawa⁽²³⁾, no seu estudo refere que no grupo de mães sem companheiro no momento do parto, a proporção de crianças com BPN foi significativamente maior que no grupo de mães onde este se encontrava presente.

3.2 – CARACTERÍSTICAS MATERNAS E DA GRAVIDEZ

O peso ao nascer tem sido considerado um importante indicador de saúde do recém-nascido, e tem vindo a ser correlacionado com a idade materna, entre outros, não só para o estabelecimento de comparações, como para o desenvolvimento de acções preventivas.⁽⁹²⁾

3.2.1 - Idade Materna

A gravidez nos extremos da vida reprodutiva está associada a uma maior frequência de resultados perinatais adversos, notadamente o parto pré-termo, o baixo peso ao nascer e restrição de crescimento intra-uterino, pelo que, em alguns casos, torna necessário a resolução da gravidez por via abdominal.⁽³⁰⁾

A idade materna exerce influência na gravidez, tanto a nível fisiológico como a nível psicológico.⁽⁹³⁾ No entanto se esta acontecer em idades inferiores a 18 anos ou superior a 35 anos, pode-se dizer que a sua influência coloca a gravidez numa situação de risco.^(31, 94)

Segundo a OMS, a faixa etária ideal para engravidar compreende-se entre os 20 e os 30 anos.⁽⁹⁵⁾ No que se refere à sua relação com o peso ao nascer, Kramer⁽³⁾ conclui que ainda existem controvérsias quanto à idade materna como determinante independente do mesmo.

Actualmente a proporção de adolescentes sexualmente activas (faixa etária entre os 10 e 19 anos)⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾ é cada vez maior, o que implica um aumento da taxa de gravidez nestas idades. O prejuízo decorrente desta gestação surge tanto para a condição materna como para a do recém-nascido e, como maioritariamente não é planeada, traduz-se num aumento do risco não só por factores biológicos como também por causas sociais e psicológicas, responsáveis por dificultar um desenvolvimento pré-natal inadequado e tratamento de possíveis intercorrências.^(27, 79)

No ano de 2004, a OMS refere que Portugal apresentava a segunda maior taxa de gravidez na adolescência da Europa Ocidental, somente sendo ultrapassada pela Inglaterra.⁽⁹⁹⁾ Contudo, de acordo com dados mais recentes do Instituto Nacional de

Estatística (INE), referentes ao ano de 2010, revelou-se que esta taxa diminuiu consideravelmente e encontra-se no referente ano nos 4%.⁽¹⁰⁰⁾ Segundo ainda o World Health Statistic de 2011, a média de raparigas a engravidar entre os 15 e 19 anos no período entre 2000-2008, também decresceu de 19 para 17 em 1000, quando comparada com dados de 2000-2006.^(14, 101)

Segundo Lisa Vicente (responsável da Saúde Reprodutiva da Direcção Geral da Saúde), esta diminuição surge pelo investimento na prevenção e informação sobre a sexualidade e métodos contraceptivos do que propriamente por haver mais interrupções voluntárias da gravidez.⁽¹⁰²⁾

Podem-se identificar seis possíveis complicações adjacentes a uma gravidez na adolescência, como: BPN e prematuridade decorrentes da imaturidade anátomo-fisiológica; alto risco de morte materna e do recém-nascido por pré-eclâmpsia e eclâmpsia resultante da toxémia gravídica que surge no 3º trimestre, principalmente na primeira gravidez; parto pré-termo ou prolongado com possível necessidade de recorrer a cesariana e com risco de ruptura do colo uterino; infecções urogenitais; risco de anemia e restrição do crescimento uterino.⁽¹⁰³⁾

Outros autores referem ainda uma incidência maior de ruptura prematura de membranas e sofrimento fetal agudo.^(30, 104-107)

O risco acrescido de uma gravidez na adolescência torna-se cada vez maior quanto menor for a idade materna.^(79, 104) A morte materna é incluída também neste risco sendo que, decorrente de problemas na gravidez ou parto, surge duas vezes maior que nas mães com mais de 20 anos. Se a idade for menor que 15 anos, esta ocorrência poderá ir até cinco vezes mais.⁽¹⁰⁸⁾

Com respeito ao peso do recém-nascido, a prevalência do aparecimento de BPN em mães adolescentes é duas vezes maior do que a observada em mães adultas, sendo que, o coeficiente de mortalidade neonatal é três vezes maior.^(27, 66)

Outros factores, que poderão explicar a incidência de BPN nas mães adolescentes são o baixo peso materno prévio à gravidez e ganho ponderal inadequado. Factores socioculturais e económicos, como a pobreza, conflitos familiares, marginalidade social, analfabetismo e desemprego, combinados com estilos de vida não saudáveis, como o consumo de tabaco e outras drogas.^(27-29, 109-111)

A falta de cuidados pré-natais nas adolescentes, associado à pobreza e níveis baixos de instrução, também se apresentam como factores causais do baixo peso à nascença.⁽²⁸⁾

A justificação para este facto, advém da menor probabilidade de usufruírem cuidados pré-natais adequados, tanto pela não identificação do estado gravídico como da negação da mesma ou até do desconhecimento sobre os serviços de saúde disponíveis. ⁽¹⁰⁹⁾

A associação entre a gravidez na adolescência e o BPN é um tema controverso. Muitos estudos somente consideram a adolescência como um risco prévio para BPN quando em associação com uma situação socioeconómica desfavorável, não atribuindo diferenças significativas entre os recém-nascidos de mães adolescentes e adultas que tenham recebido cuidados pré-natais adequados e que tenham condições sociais e económicas similares. Alguns autores consideram ainda um risco prévio acrescido, tanto de prematuridade quanto de BPN, quando a gravidez surge na pré-adolescência, antes dos 15 anos de idade. ^(25, 30, 112-114)

No que se refere à gestação em idades avançadas, ainda existem dúvidas quanto ao risco gestacional elevado, se a mulher em causa for saudável, sem história de infertilidade, não fumadora e com características sociodemográficas favoráveis. ^(115, 116) De acordo com alguma literatura, o risco associado à idade avançada é inconsistente e conflituoso, por se encontrarem outras variáveis presentes como a paridade e doenças pré-existentes, a deturpar a avaliação do risco associado à idade de forma isolada. ^(104, 117) Contudo, alguns autores revelam que as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos têm um risco aumentado de complicações maternas e fetais resultando numa maior probabilidade (duas vezes maior) de terem recém-nascidos com baixo peso. ^(53, 94, 118, 119)

Este conceito encontra-se notoriamente associado ao facto destas gestações serem consideradas de risco obstétrico, uma vez que, nesta faixa etária já existe uma frequência aumentada de alterações hormonais, doenças crónicas como a hipertensão arterial ou diabetes *mellitus*, obesidade, cardiopatias e infecções urinárias que, sabidamente acarretam potenciais riscos à gravidez como a prematuridade. ⁽³⁰⁻³²⁾

Outras complicações maternas que mais notoriamente se encontram são, o maior ganho ponderal, pré-eclâmpsia e miomas. Das complicações fetais destacam-se as alterações cromossómicas, abortamentos espontâneos, presença de mecónio intra-parto, BPN, RCIU, macrossomia, sofrimento fetal e morte neonatal. ^(115, 120-122)

Resultante duma gestação tardia poderão surgir também complicações obstétricas como um trabalho de parto pré-termo, hemorragias terceiro trimestre, trabalho parto prolongado, gestação múltipla, apresentações anómalas, distócias, placenta prévia, oligo ou polidrâmnios, ruptura prematura de membranas e cesariana. ^(115, 120-122)

Actualmente a frequência de primeiras ou segundas gestações tardias encontra-se relativamente elevada. ⁽¹²³⁾ A justificação deste facto poderá ir de encontro às transformações

socioculturais em que a sociedade se encontra, com uma iniciação profissional mais tardia, acrescida de cada vez mais exigências, maior nível educacional da mulher, ao casamento adiado ou às taxas de divórcio seguidos de novas uniões, como também do acesso relativamente facilitado de meios de diagnóstico e tratamento da infertilidade.^(104, 115, 124, 125)

Contudo a idade cronológica não deverá ser considerada como único factor preditivo na determinação do peso ao nascer, devendo sempre ser aliada a outros factores, especificamente os socioeconómicos.⁽¹¹⁴⁾

É fundamental salientar a importância da educação para a saúde e o acompanhamento adequado da mulher em idade reprodutiva, no sentido de orientar para uma escolha consciente do momento certo para a gravidez, o que aumenta as hipóteses de uma gravidez segura e o nascimento de filhos saudáveis.⁽⁹²⁾

Número de filhos

Segundo a OMS algumas características vitais como o número de gestações, o número de filhos, intervalo entre gestações e idade materna podem influenciar o resultado da gravidez, nomeadamente o peso ao nascer.⁽⁹⁵⁾

Analisando o número de filhos e a sua relação com o peso ao nascer, há que ter em conta também a idade materna, uma vez que esta pode ser um factor gerador de confusão. Quando comparadas mães com idades entre os 20 e 24 anos, o número de filhos mostrou estar associado a um aumento do peso do recém-nascido, porém se as mães tiverem menos de 20 anos, o maior número de filhos associa-se a uma diminuição do mesmo.⁽⁹⁵⁾

Ainda se sugere que a prematuridade é a maior causa do baixo peso ao nascer nas primíparas, em comparação com as múltiparas com 3 ou mais filhos.⁽¹⁾ No entanto, o baixo peso ao nascer também pode surgir nas grandes múltiparas, uma vez que a possibilidade de surgirem patologias maternas durante a gravidez é maior.⁽³³⁾

O número de filhos é também indicativo da distribuição dos pesos, segundo a ordem de nascimento. O primeiro filho, em geral, é menor que os subsequentes (com valores médios inferiores de 0,34cm no comprimento, 180g no peso e 0,14cm no perímetro cefálico).^(1, 126, 127)

Conforme as recomendações da OMS⁽⁸⁷⁾, após um parto, o intervalo recomendado antes da próxima gestação é de, pelo menos, 24 meses, visando a redução dos riscos de complicações maternas, perinatais e da criança. Após um aborto natural ou induzido, o intervalo mínimo a recomendar é de, pelo menos, seis meses.

O intervalo entre gestações adequado é de extrema importância para o desenvolvimento de uma gravidez e da redução da mortalidade infantil, uma vez que, se este for pequeno, haverá uma menor possibilidade da recuperação nutricional e fisiológica da mulher, e desta forma, aumentar o risco na gravidez.^(128, 129)

Tanto um intervalo inferior a seis meses entre gestações, como um longo (mais de seis anos), estão associados a uma maior incidência de baixo peso ao nascer.^(130, 131) Se o intervalo for inferior a 24 meses também poderão surgir fetos com um peso inferior à média.⁽¹⁾

Alguns estudos sobre o efeito do intervalo entre gestações e o peso ao nascer revelaram que crianças concebidas entre intervalos inferiores a seis meses ou superior ou igual a 120 meses tiveram maior risco de baixo peso ao nascer quando comparadas com crianças concebidas com intervalos entre 18 a 23 meses.⁽⁹⁵⁾ Contudo, após realização de uma meta-análise Conde-Agudelo⁽¹³²⁾ determinou que um intervalo intergestacional inferior a 18 meses e superior a 59 meses está significativamente associado a um risco extremo de BPN.

As grandes múltiparas têm maior tendência a intervalos intra-gestacionais mais curtos, o que implica um maior risco de baixo peso ao nascer, prematuridade, mortalidade neonatal e infantil e desnutrição infantil.⁽³⁴⁾

3.2.2- Estado nutricional materno

De acordo com as alterações fisiológicas que decorrem no organismo materno durante a gravidez, é de salientar a importância de um estado nutricional materno adequado. O principal objectivo é o de garantir um apropriado desenvolvimento e crescimento fetal, já que a sua única fonte de nutrientes é tão somente constituída pelas reservas nutricionais e pela ingestão alimentar materna.⁽³⁶⁾

Ainda não é conhecido com precisão qual o aumento ideal de peso durante a gravidez, uma vez que pode variar de mulher para mulher. Sabe-se no entanto que a sua variação se relaciona com o percurso e resultado da gravidez.⁽¹⁰⁹⁾ Em relação ao período gestacional em que o ganho de peso afecta mais o desenvolvimento e crescimento fetal, também ainda é uma questão que se mantém controversa.^(133, 134)

É do consenso geral que, existe associação entre o BPN e o inapropriado estado antropométrico pré-gestacional (de baixo peso). Alguns estudos concluíram que um índice

de Massa Corporal (IMC) adequado no momento da concepção, seguido de um ganho ponderal ajustado, pode influenciar substancialmente a redução do risco de BPN.^(37, 38)

A recomendação de aumento de peso para as mulheres grávidas de feto único e IMC normal é de 11,5 a 16kg, às mulheres de baixo IMC, 12,5 a 18kg e às com elevado IMC pelo menos 7kg. Se gravidez gemelar deverão aumentar entre 16 a 29kg. Às mães adolescentes deverá ser estimulado um ganho ponderal no limite superior à variação recomendada do seu IMC, uma vez que é constatada a existência de competição pelos nutrientes.⁽¹⁰⁹⁾

Encontra-se comprovado que um ganho de peso insuficiente (\leq a 10kg) para um IMC normal, durante a gravidez, acarreta um maior risco de apresentar recém-nascidos de baixo peso à nascença e RCIU, podendo desta forma comprometer o crescimento pós-natal e aumentar o risco de morbidade e mortalidade perinatal, neonatal e infantil.^(36, 135)

A nutrição materna é também de extrema importância atendendo ao crescimento e desenvolvimento da placenta. Como principal regulador do crescimento fetal e de oferta nutricional, em condições de nutrição alterada, poderão surgir placentas pequenas e pouco vascularizadas, comprometendo desta forma as suas funções (nutrição, protecção, respiração, excreção e produção hormonal).⁽⁷⁹⁾

O ganho ponderal também deverá ter em conta o estádio da gravidez, uma vez que um ganho insuficiente no início da gravidez acarretará a possibilidade de nascer uma criança pequena para a idade gestacional, ou então se for inadequado na última metade da gravidez poderá ter um risco aumentado de prematuridade, mesmo que o ganho ponderal total esteja de acordo com o recomendado.⁽¹⁰⁹⁾

A vigilância pré-natal apresenta um papel extremamente importante na vigilância e controle do ganho ponderal durante gravidez. É através desta assistência multidisciplinar que se consegue uma intervenção nutricional precoce, possibilitando a recuperação dos pesos e desta forma diminuir a possibilidade de risco de nascimento de crianças com baixo peso ou até mesmo da prematuridade.⁽¹³⁶⁾

3.2.3- Estilos de vida materno

Os comportamentos de risco da mulher durante a gravidez, têm particular efeito nocivo, especialmente o abuso do álcool, tabaco, bem como o de outras substâncias tóxicas.⁽¹³⁷⁾

Os hábitos tabágicos durante a gravidez são reconhecidamente um factor determinante do BPN e da prematuridade.^(3, 9, 39-42, 90) Cerca de um quarto dos recém-

nascidos com baixo peso poderiam ser evitados se a mulher eliminasse o hábito de fumar.⁽⁷⁹⁾

A nutrição e o tabagismo são também apontados em diferentes estudos como factores fortemente associados com o BPN.^(138, 139) Ainda em relação ao tabagismo, a grávida fumadora apresenta uma menor adesão à vigilância pré-natal, com consequente menor número de consultas.⁽¹⁴⁰⁾

Nas grandes fumadoras observa-se uma maior incidência de parto pré-termo, rutura prematura de membranas e dificuldade respiratória do recém-nascido.⁽⁹⁴⁾ O tabagismo durante a gravidez pode ainda associar-se a abortos, microcefalia, índice de apgar baixo ao quinto minuto de vida e à morte neonatal.^(44, 141-143)

Em Portugal, o comportamento face ao consumo de tabaco durante a gravidez é ainda relativamente desconhecido⁽⁴⁴⁾, no entanto, na literatura, alguns autores referem que cerca de 80% das mulheres fumadoras mantêm-no durante a gravidez.^(43, 44) Outros estudos referem que mulheres com maior nível de escolaridade em comparação com as de nível inferior interrompem-no, possivelmente por apresentarem uma maior vontade de parar de fumar e mais informações acerca dos malefícios causados pelo tabaco ao feto e à sua saúde.^(25, 90, 140) Quando há cessação do consumo de tabaco durante a gravidez, produz-se um impacto positivo na redução da prevalência do BPN e inclusive do parto pré-termo⁽³⁹⁾

Mães que fumaram durante a gravidez tiveram tendencialmente filhos de menor peso quando comparadas a mães não fumadoras.^(144, 145) Segundo o estudo de Kalinka⁽¹³⁹⁾, mulheres fumadoras, que consumiram mais de 20 cigarros por dia, apresentaram risco cinco vezes maior de ter recém-nascidos com RCIU e parto prematuro. Os seus filhos tiveram em média 510g a menos do que os filhos de mães não fumadoras. Proporcionalmente aquelas que consumiram mais de 10 cigarros por dia tiveram filhos com uma média de 250g a menos do que os filhos de mães não fumadoras.⁽¹⁴⁶⁾

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez, este têm aumentado nos últimos anos, pressupondo-se que, cerca de 20 a 25% das grávidas o fazem esporadicamente, apesar da variação da forma e da intensidade.^(45, 46)

De acordo com o estudo de Silva et al,⁽¹⁴⁷⁾ a prevalência de etilismo na gravidez na sua amostra foi de 2,1%, no entanto refere que outros mostram uma variação que pode ir de 2,0% a 40,6% dependendo do método de investigação utilizado.

O consumo de álcool pelas grávidas poderá trazer graves consequências para o feto, levando a alterações físicas, cognitivas e comportamentais permanentes e irreversíveis.⁽¹⁴⁸⁾ As complicações de maior risco são as malformações, aborto espontâneo, BPN, prematuridade, asfixia e mortalidade perinatal^(45, 109), no entanto a maior consequência e

mais grave do seu uso é o síndrome de alcoolismo fetal, caracterizando-se por uma combinação de lentificação do crescimento pré e pós-natal, malformações faciais e corporais e disfunções do sistema nervoso central.⁽¹³⁷⁾

O etilismo tem um efeito extremamente nefasto no recém-nascido, podendo reduzir o peso em média cerca de 509g⁽¹⁴⁹⁾, uma vez que interfere no transporte placentário de nutrientes essenciais ao seu desenvolvimento.^(150, 151) O perímetro cefálico e o comprimento do recém-nascido são também inversamente proporcionais ao consumo de álcool pela mãe nos seis primeiros meses de gravidez.⁽¹⁵²⁾

A ingestão de álcool durante a gravidez está muitas vezes associada a um risco aumentado de utilização de outras drogas, como ainda a um ganho ponderal insuficiente, má nutrição materna e deficiente vigilância pré-natal.^(76, 150, 151) Pode também afectar o parto, pois relaciona-se com o descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina, partos pré-termo e presença de líquido meconial.⁽⁴⁵⁾

A facilidade de detectar semelhantes estilos de vida durante a gravidez nem sempre é fácil, isto porque as grávidas, por sentimentos de culpa, poderão contornar a possível repreensão e desaprovação, relatando um consumo menor ou até mesmo negá-lo.⁽¹⁵³⁾

3.2.4- Complicações durante a gravidez

Determinadas condições clínicas da mulher, ainda previamente à concepção, podem influenciar negativamente uma gravidez. Se se atender ao facto, de a mulher já ter tido história prévia de problemas numa gravidez faz também com que o risco de que ocorram novamente se encontre aumentado.⁽⁴⁸⁾

Tendo em conta a prematuridade, 40% dos recém-nascidos com baixo peso, provêm de factores de risco maternos, juntamente com mais 40% de problemas placentários proveniente de doenças maternas.⁽¹²⁾

Aos factores de risco maternos podem-se associar outros, desencadeando por consequência, prematuridade e crianças pequenas para a idade gestacional. Quando existe uma intensa inter-relação, poderão surgir ainda problemas perinatais, evoluindo para baixo peso ao nascer.⁽¹²⁾

Nas alterações ginecológicas e obstétricas, as amniotites, a ruptura prematura de membranas, a incompetência istmo cervical, as hemorragias do primeiro e segundo trimestre de gestação, as malformações uterinas e os miomas são exemplos de factores condicionantes de um nascimento prematuro ou de um baixo peso ao nascer. Estas

alterações obstétricas associam-se mais ao baixo peso ao nascer pela interferência na duração da gravidez, predispondo um parto prematuro, do que pela restrição do crescimento intra-uterino.⁽⁴⁷⁾

No que se refere às doenças maternas, doenças sistémicas como a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial sistémica, as nefropatias, as cardiopatias, doenças tiroideias, lúpus eritematoso sistémico, perturbações da coagulação sanguínea e doenças pulmonares (asma), podem colocar em perigo tanto a mulher como o feto, podendo resultar num parto prematuro espontâneo, induzido ou cirúrgico, em função das complicações maternas ou fetais, influenciando negativamente o peso ao nascer.^(32, 47, 48)

A hipertensão arterial é a complicação clínica mais comum na gravidez, apresentando uma incidência de 10 a 22%. A afectação major que esta pode causar ao peso fetal, encontra-se relacionada com o comprometimento do fluxo vascular placentário, provocando lesões e diminuição do calibre dos vasos, com diminuição do fluxo útero-placentário e conseqüentemente menor suprimento de nutrientes ao feto.⁽¹⁵⁴⁾

Esta patologia materna tem sido considerada como a principal causa de restrição do crescimento fetal, mas também de outras complicações perinatais, como a prematuridade, síndromes de dificuldade respiratória e infecções neonatais.⁽¹⁵⁴⁾

A escolha e utilização de fármacos para o tratamento da hipertensão arterial, crónica ou durante a gravidez, com possível desenvolvimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, ainda surge de forma controversa na literatura.^(155, 156) Apesar dos fármacos diminuírem o risco de picos hipertensivos, funcionam também como potenciadores do aumento de BPN, prematuridade e RCIU.⁽¹⁵⁶⁻¹⁶⁰⁾

A diabetes *mellitus* quando não controlada é condicionante para aumentar o factor de risco de macrossomia. Quando esta tem uma longa evolução, poderá causar o inverso, provocando uma restrição do crescimento intra-uterino por comprometimento vascular no local de implantação da placenta.⁽⁴⁷⁾

Mulheres com diabetes *mellitus* têm um elevadíssimo risco de desenvolver complicações durante a gravidez, como, aborto espontâneo, malformações congénitas, pré-eclâmpsia, hidrâmnios e parto prematuro.⁽⁹³⁾

A infecção do tracto urinário é também uma intercorrência que surge em cerca de 17 a 20% das gravidezes, podendo-se associar a algumas complicações como a ruptura prematura de membranas e trabalho de parto prematuro e por conseqüência também influenciar no baixo peso à nascença.^(2, 161)

Das patologias maternas comumente associadas ao risco de baixo peso ao nascer e parto prematuro, encontra-se a anemia ferropénica. A anemia, especialmente se for grave, pode interferir no aporte de oxigénio ao feto e desta forma prejudicar o crescimento uterino e a duração da gestação.⁽²⁾

Embora não se associe directamente a uma complicação clínica que surja durante a gravidez, a multiparidade implica, na maioria dos casos, um aparecimento mais frequente de factores de risco e por consequência mais susceptibilidade para o nascimento pré-termo, RCIU e intercorrências neonatais.^(79, 137, 162)

Desta forma, o BPN nas condições de gemelaridade pode ser atribuído tanto à prematuridade, como ao menor peso para a idade gestacional ou ainda da discordância de pesos entre os recém-nascidos.⁽³⁵⁾

Na gravidez gemelar, o baixo peso para a idade gestacional torna-se responsável por cerca de 50 a 85% da mortalidade perinatal e de um aumento do risco de morbilidade neurológica perinatal, quando comparado às gestações de um único feto.^(79, 163)

O risco de prematuridade é de 50% nas gestações gêmeares com dois fetos, mas se for tripla, o risco pode ir até 90% dos casos.⁽⁴⁷⁾

A prematuridade é todo o nascimento que ocorre antes da 37^a semana de gravidez, sendo que, as anomalias placentárias e a incompetência do colo do útero são determinantes específicas para este acontecimento.^(3, 40, 92) Está relacionada com 75% da mortalidade neonatal, e ainda é considerada em vários estudos como a maior influência para a ocorrência de BPN, acentuando ainda mais os riscos de morbimortalidade infantil.^(62, 75, 164, 165)

O BPN nas condições de prematuridade também surge intimamente relacionado, uma vez que se estima que aproximadamente 50% dos prematuros pesam menos de 2500g em comparação aos 2% dos recém-nascidos de termo.⁽¹⁶⁶⁾

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são ainda factores determinantes de infecções, de maiores taxas de hospitalização, maior propensão a restrição de crescimento, deficit neuropsicológico pós-natal e baixo desempenho escolar.⁽⁷⁶⁾

Vários são os factores que podem levar à ocorrência de parto prematuro, seja de forma isolada ou em associação com outros, sejam eles socioeconómicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, iatrogénicos e/ou mesmo de etiologia desconhecida, levando muitas vezes à necessidade de indicação de parto por via abdominal para a resolução e controle da situação.⁽¹⁵⁾

Uma vez tendo história de parto prematuro espontâneo, a possibilidade de ter um segundo corresponde a uma percentagem de 37%. As que apresentem dois ou mais partos prematuros têm um risco de 70% de repetição, sendo que a prematuridade no primeiro parto é a que melhor prevê o segundo.⁽⁴⁷⁾

O nascimento de uma criança com baixo peso ao nascer, mostra também uma forte relação para a repetição de um baixo peso ao nascer numa segunda gestação. Esta relação aumenta ainda mais se a primeira criança tiver sido um muito baixo peso ao nascer.⁽¹⁶⁷⁾

Referindo o nascimento pós-termo, este relaciona-se em muito a complicações tanto maternas como fetais. A macrossomia fetal é a que mais directamente se encontra relacionada com as complicações maternas, contudo é o menor tamanho fetal que proporciona o maior número de complicações na criança, tornando-as particularmente mais elevadas, se o recém-nascido for de BPN, por consequência de uma RCIU.⁽¹⁶⁸⁾

A idade materna, apesar de não ser uma patologia, quando se torna mais avançada (≥ 35 anos), é um factor preditivo do aumento de complicações tanto maternas como obstétricas. A presença de condições patológicas entre grávidas com essa faixa etária faz com que esse grupo tenha um risco de três a quatro vezes maior de ser hospitalizada durante a gravidez, sendo a hipertensão arterial a complicação clínica mais comum na gestação dessas mulheres.⁽³²⁾

3.3- ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Tendo em conta o Plano Nacional de Saúde Português, o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido deverá ser uma das áreas a destinar uma intervenção prioritária.⁽⁴⁹⁾

Embora exista evidência de que as medidas aplicadas têm contribuído para o alcance de valores de mortalidade materna e perinatal reduzidos, é necessário referir que continuam a surgir gravidezes não planeadas, resultando muitas vezes numa ausência ou tardia vigilância pré-natal, aliando o risco da adoção de comportamentos desajustados nas primeiras semanas de gestação, que poderão causar graves consequências para o feto.⁽⁴⁹⁾

A incidência de gravidez não desejada também é elevada. Estima-se que cerca de um terço das gravidezes surgem como não desejadas para aquele momento, ou perentoriamente não desejadas para as suas vidas. Muitas vezes o não desejo condiciona a mulher a um elevado nível de *stress*, desenvolvimento de depressão e início tardio da vigilância pré-natal. A gravidez não desejada também está associada a baixas condições

socioeconómicas e à adoção de comportamentos de risco. Todos eles, factores condicionantes do aparecimento de BPN. ⁽⁵⁰⁻⁵²⁾

Assim, torna-se de extrema importância reforçar as actividades de promoção de saúde e cuidados preventivos dirigidos para o período pré-concepção, dado que são reconhecidos os ganhos nesta fase do ciclo de vida. ⁽⁴⁹⁾

Se os casais puderem ser aconselhados e se for efectuada a identificação e o tratamento de factores de risco e a promoção e orientação antecipada, realçando estilos de vida saudáveis, ter-se-á dado à próxima geração a oportunidade de nascer mais saudável. ⁽⁵³⁾

É através da consulta pré-concepcional que o casal obtém informações sobre a importância dos comportamentos saudáveis e os malefícios dos comportamentos de risco, promovendo, desta forma, o bem-estar materno e fetal. ⁽¹⁶⁹⁾

A gravidez deverá ser planeada, para que sejam feitas a promoção de comportamentos saudáveis, a prevenção de doenças (maternas ou fetais), tratamento ou estabilização de doenças prévias e para que o início da gravidez não seja afectado. ⁽⁵³⁾

Contudo, os cuidados de saúde pré-concepcionais deveriam ser prestados muito antes do acontecimento da gestação, dada a vulnerabilidade do feto à exposição de riscos ambientais intra-uterinos no início da gestação. ⁽⁵³⁾

O planeamento de uma gravidez não deverá caber só à mulher, mas sim discutido e realizado pelo casal. É de salientar a importância da inclusão do companheiro nos aspectos de saúde sexual e reprodutiva. Defende-se que este deverá ter um papel não apenas como interlocutor da sua companheira, mas como participante activo de todo o processo, podendo este necessitar também de algumas intervenções. ⁽⁴⁹⁾

A consulta pré-concepcional, geralmente, é efectuada nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, o que permite aliar a maior proximidade da população à equipa de saúde, e em consequência conhecer melhor as famílias que planeiam uma gravidez, tendo em conta os seus factores de saúde mental, situação sociofamiliar, entre outros. ⁽⁴⁹⁾

É através desta consulta que se consegue determinar o risco pré-concepcional/gestacional, ou seja a existência de factores de índole diversa, que constituem um perigo potencial para a saúde reprodutiva, identificados em mulheres em idade fértil ainda não grávidas. ⁽¹⁷⁰⁾

Para a avaliação do risco, deverá ser efectuada uma colheita de dados sobre a história clínica da mulher, incluindo informações sobre: idade materna; estado imunológico; antecedentes de saúde e familiares; hábitos alimentares e actividade física; história

ginecológica e obstétrica anterior; suporte familiar; risco laboral e estudos laboratoriais gerais ou de acordo com o risco.⁽⁹³⁾

É importante que a consulta pré-concepcional seja realizada por uma equipa multidisciplinar de uma forma conjunta, coordenada e complementar.⁽⁴⁹⁾

O papel do enfermeiro é sobretudo de orientar, ajudar a planear, identificar e esclarecer algumas dúvidas que o casal possa apresentar sobre a concepção, tanto a nível fisiológico como psicológico.⁽⁵³⁾

Quando um casal se encontra a planear uma gravidez, cabe ao enfermeiro ajudá-los a escolher o calendário da concepção, depois de implementar as recomendações de estilo de vida saudável.⁽¹⁷¹⁾ O enfermeiro tem ainda o dever de fazer o registo de todas as informações pertinentes no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar.⁽⁴⁹⁾

A vigilância pré-natal é a principal forma de se prever como decorrerá o parto e o puerpério, uma vez que possibilita a prevenção, detecção e tratamento precoce de alterações que possam surgir durante a gravidez, reduzindo desta forma os índices de morbi-mortalidade materna e fetal.⁽¹⁷²⁾

Actualmente, Portugal apresenta uma evolução e melhoria significativa dos indicadores de mortalidade materna, perinatal e infantil. Contudo, apesar das evidências, a vigilância pré-natal ainda não se encontra generalizada no nosso país e ainda existem muitas mulheres que só recorrem aos serviços de saúde no momento do parto.⁽¹⁷³⁾

As acções que visavam melhorar o bem-estar materno-fetal, somente tiveram início no séc. XX. Até 1901, a grande maioria das mulheres manifestava receio em ter o seu filho no hospital, assim como estar internada antes do parto. Só a partir deste período histórico, é que se verificou que a mortalidade materna poderia ser evitada se houvesse um acompanhamento prévio da grávida, antes do parto.⁽⁹⁴⁾

Grande parte das gestações podem ser consideradas de baixo risco. Desta forma, a maioria das mulheres durante o seu período de gravidez, não necessitará de ser consultada exclusivamente por um Obstetra, a não ser por factores de risco detectados na primeira consulta ou evidenciados durante a gravidez, pelo que, a vigilância pré-natal pode e deve ser efectuada pelo Clínico Geral e Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia nos Centros de Saúde de referência.⁽⁹⁴⁾

Os principais objectivos considerados na consulta pré-natal, são: providenciar aconselhamento, informação e apoio à grávida e àqueles que constituem o seu núcleo familiar; minorar a sintomatologia acessória ao estado gravídico e ajudar a grávida a adaptar-se às alterações fisiológicas por ele impostas e proporcionar um programa de

rastreio/vigilância, tanto clínico como laboratorial, a fim de assegurar o normal decurso da gravidez e detectar, precocemente, eventuais desvios da normalidade.^(54, 94)

Em suma, o principal objectivo é o de assegurar o nascimento de uma criança saudável, sem prejuízo nenhum para a saúde materna.

Não existe, um consenso quanto ao número ideal de consultas a realizar durante a gravidez, no entanto a maioria dos autores sugerem que a primeira consulta seja o mais precoce possível (de preferência antes da 12^a semana de gestação), tanto pela datação mais precisa da idade gestacional, como também pela detecção mais precoce de algumas situações patológicas, obstétricas ou médicas, que requerem seguimento especializado.⁽⁹⁴⁾

Nos últimos 20 anos, estabeleceu-se para as grávidas de baixo risco uma redução do número de consultas de 13 para oito nas primíparas e cinco nas múltiparas. O mesmo modelo de consultas tem sido também incorporado por outros países Europeus como a França, Suíça e Luxemburgo. Vários estudos comparativos realizados na Europa, sobre o número de consultas tradicionais e o número de consultas reduzidas, revelam não haver uma significativa diferença nos resultados perinatais entre mulheres com uma frequência reduzida (oito consultas), daquelas com vigilância pré-natal usando o modelo tradicional (14 consultas).⁽¹⁷²⁾

De acordo com a OMS, todas as mulheres grávidas deveriam ter pelo menos quatro consultas de vigilância pré-natal, incluindo nelas todas as intervenções definidas no novo modelo de assistência pré-natal e estar espaçadas em intervalos regulares ao longo da gravidez, começando tão cedo quanto possível no primeiro trimestre.⁽⁸⁷⁾

As recomendações técnicas tidas pela DGS quanto ao número de consultas durante a gravidez apontam como seis o número mínimo a realizar. Atendendo à sua periodicidade, se a gravidez for considerada de baixo risco recomenda-se uma consulta mensal até à 32^a semana, passando para consultas quinzenais até à 36^a semana no centro de saúde e a partir das 38^a semana passam a consultas semanais referenciadas para o apoio perinatal hospitalar.⁽⁵⁴⁾

No entanto, acredita-se que, para mulheres de baixo risco obstétrico, é mais provável que a qualidade das consultas promova mais resultados saudáveis do que a quantidade.

A adesão das mulheres ao pré-natal está em muito relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde, no entanto variáveis como a rendimento familiar, religião, localização, escolaridade, qualidade dos serviços, entre outros, também poderão exercer influência na não adesão das mulheres.⁽¹⁷²⁾

Desta forma, é imprescindível que o profissional que atende a grávida consiga manter um relacionamento efectivo com a cliente, demonstrando abertura, sensibilidade e

capacidade de percepção, promovendo o saber em saúde tanto à mulher como aos seus familiares.

A vigilância pré-natal deverá ser organizada, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos adequados para cada caso.

Ao longo das consultas as mulheres deverão ser incentivadas a expor as suas preocupações ou problemas da gravidez, o que lhes dará força e as tornará protagonistas do processo de nascimento e da sua vida.⁽¹⁷²⁾

A OMS⁽⁵⁵⁾ identifica o Enfermeiro Obstetra como o profissional mais adequado e o prestador de cuidados com melhor custo-efectividade, responsável pela assistência à grávida e ao parto normal, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica⁽¹⁷⁴⁾, prevê o cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

A definição destes padrões de competências é importante, pois além de possibilitar a explicação da qualidade esperada no desempenho das actividades relacionadas à atenção à saúde materna e neonatal dos serviços de saúde, ela colabora com a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Relacionando a assistência pré-natal com o peso ao nascer, múltiplos autores verificaram que o número de consultas efectuadas na gravidez e a sua qualidade está inversamente relacionada com a prevalência de BPN, encontrando em alguns um registo de aproximadamente o dobro de casos quando comparadas mulheres que não realizaram vigilância com as que realizaram uma vigilância adequada.^(18, 62, 75, 91, 175-177)

Concluíram ainda que deve ser estimulada a adesão às consultas de vigilância, mas também se deve procurar melhorar a qualidade de cuidados prestada nas mesmas.⁽⁹¹⁾

Contudo, limitar os objectivos da vigilância pré-natal, tão somente, à prevenção do BPN é extremamente errado. O acompanhamento da mulher durante a gravidez é primordial para a detecção dos riscos associados; para dar orientação ao cuidado com a sua saúde e do recém-nascido, através da motivação para a adopção de hábitos de vida saudáveis, como para além da possibilidade de efectuar uma continuidade de cuidados para a mulher e criança, vinculando-os aos programas de saúde adequados.⁽¹⁵⁾

No que concerne à altura de início da vigilância pré-natal, Hueston et al. não encontrou redução das taxas de BPN nas mulheres que iniciaram precocemente a vigilância, em detrimento das que o efectuaram tardiamente, mas sim nas características sociodemográficas das que o fizeram mais tardiamente.⁽¹⁵⁾

As mulheres que vigiam a sua gravidez com um início mais tarde, e por consequência frequentam um menor número de consultas, são as que, talvez, mais beneficiariam da sua utilização, como as que apresentam menor nível socioeconómico, primíparas, adolescentes, com hábitos de consumo de tabaco, álcool e drogas e malnutridas, tudo factores que contribuem para o desfecho menos favorável do peso do recém-nascido.⁽³⁾

Atendendo que o peso ao nascer e as condições de saúde são influenciadas por múltiplos factores inter-relacionados, é primordial identificar quais os que constituem um risco acrescido para o BPN. É ainda de salientar que a vigilância pré-natal está inevitavelmente vinculada à sua qualidade, facilidade de acesso e, de extrema importância, ao cauteloso acompanhamento de cada grávida e não unicamente ao total de consultas efectuadas.⁽⁵⁶⁾

Em sùmula, o peso ao nascer está extremamente associado à duração da gravidez e ao crescimento intrauterino durante a mesma, daí que, vários estudos demonstram que um peso $\leq 2499\text{g}$, na sua grande maioria, surge em consequência de partos pré-termo ou de RCIU, podendo ainda ser uma combinação entre ambos. Quando estes dois factores se associam, transformam o BPN no mais importante determinante de mortalidade neonatal, perinatal e infantil.^(3, 8, 18)

A alteração do peso ao nascer surge como um determinante biológico de sobrevivência importante para os recém-nascidos que ultrapassam situações adversas durante o seu crescimento e desenvolvimento intrauterino. Surge inclusive, como um demonstrador da exposição fetal a factores de risco, tal como, as condições socioeconómicas desfavoráveis da mãe, o consumo de álcool ou hábito tabágico, má nutrição, presença de patologias, como também de uma inadequada vigilância pré-natal.^(13, 178) Além disso, desempenha ainda um papel importante e crítico, no cálculo dos potenciais recém-nascidos com maior risco de morte ou de desenvolvimento de doenças no período neonatal.^(39, 179, 180)

Muitas pesquisas têm sido realizadas com o objectivo de investigar o BPN, determinar qual a sua etiologia, consequências e possíveis intervenções e prevenções a efectuar para o resolver. Alguns estudos apontam como factores mais frequentemente

associados, para além dos já descritos, os extremos de vida reprodutiva, o baixo nível de escolaridade, inadequado ganho ponderal, história obstétrica de risco e situação conjugal.

É de ter ainda em conta, que as realidades sociais díspares dos múltiplos estudo encontrados, tornam complexa e muitas vezes controversa a determinação dos factores mais fortemente associados ao BPN, aumentando a dificuldade da sua definição.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1- METODOLOGIA

No desenvolvimento deste capítulo irão ser apresentados quais os procedimentos metodológicos utilizados, descrevendo-se o tipo de investigação utilizada, variáveis relacionadas, a amostragem realizada, o instrumento de colheita de dados aplicado, quais os procedimentos estatísticos realizados e por último a análise dos dados compilados.

1.1- MÉTODOS

O baixo peso ao nascer, é um significativo problema de saúde mundial, e extremamente multifacetado, podendo resultar numa forte associação com a morbilidade e mortalidade fetal e neonatal, prejuízo do desenvolvimento cognitivo, como também no surgimento de um amplo espectro de doenças durante a vida adulta, que trarão custos enormes tanto para os pais como para a sociedade onde estão inseridos. ⁽⁸⁾

Contudo, a diversidade de interações que podem advir deste indicador de saúde tal como as consequências directas a curto, médio e longo prazo nos recém-nascidos, são sem dúvida, o que torna esta temática uma área de extrema importância para a investigação em enfermagem. Tenciona-se com este estudo, identificar/caracterizar os factores associados ao BPN, por forma a, contribuir para o desenvolvimento de novas acções no âmbito da saúde materno-infantil e numa melhor formação dos profissionais de saúde.

Com esta opção, espera-se encontrar resposta para a questão central de investigação e relacionar o baixo peso do recém-nascido com características e factores associados. Deste modo, as questões de investigação formuladas são:

- Qual a prevalência de recém-nascidos com BPN?
- Que variáveis sociodemográficas, obstétricas ou de assistência pré-natal estão associadas ao BPN?
- Em que medida as variáveis designadas de risco interferem no aparecimento do BPN?
- De que modo a interacção entre as variáveis, segundo o risco, influenciam no BPN?

Perante as questões delineadas, propõe-se os seguintes objectivos:

- Determinar a prevalência de recém-nascidos com BPN;
- Determinar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal que estão associadas com o BPN;
- Analisar em que medida as variáveis de risco sociodemográficas, obstétricas e assistência pré-natal interferem no BPN;
- Analisar a interação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal segundo o risco, com o BPN;

Neste sentido, delineou-se um tipo de investigação não experimental, de análise quantitativa, tipo transversal, descritivo correlacional e prospectivo.

O tipo de investigação utilizada foi a não experimental atendendo que não houve manipulação de variáveis durante o estudo, embora exista intenção de obter evidências para explicar porque ocorre um determinado fenómeno.⁽¹⁸¹⁾

Seguiu o método de análise quantitativa pois pretendia-se evitar distorções de análise e de interpretação garantindo a precisão dos resultados.

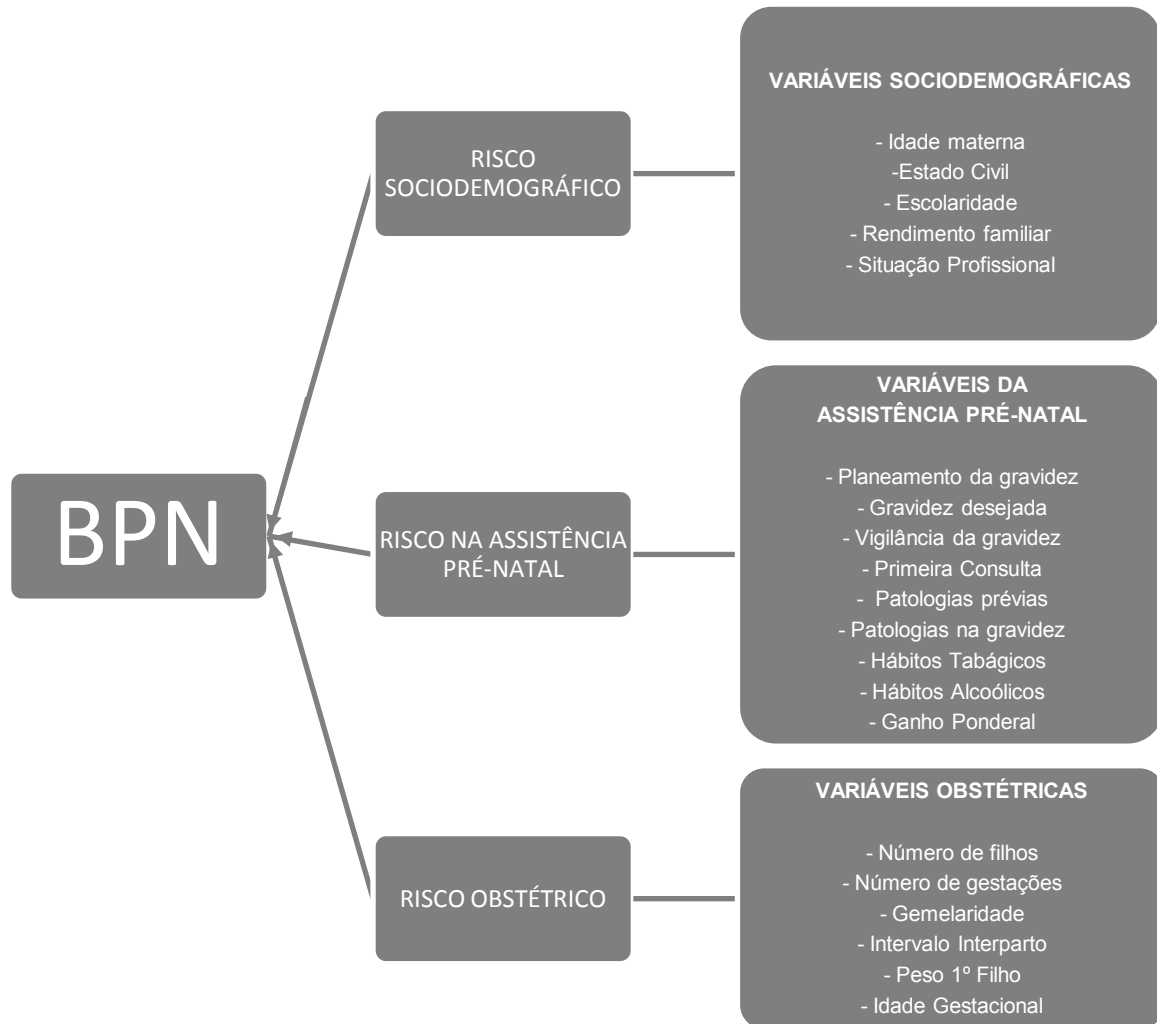
Trata-se ainda de um estudo transversal, pois “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo”.⁽¹⁸²⁾

O estudo é também descritivo e correlacional uma vez que tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis, como por outro lado, recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições.⁽¹⁸¹⁾

Define-se ainda como um estudo prospectivo pois permite fazer uma medição das variáveis ou factores que têm interesse de um modo completo, válido e preciso. Permite ainda analisar a relação entre os factores em estudo e vários resultados esperados. Nestes estudos os indivíduos são seguidos da “causa” para o “efeito”, ou seja, tendencialmente acompanhando o processo a ser pesquisado neles.

Seguindo esta óptica e tendo em conta a revisão teórica, objectivos e questões de investigação formuladas, construiu-se um desenho de investigação que procura descrever a relação que se pretende efectuar entre as variáveis.

Figura 1: Desenho de Investigação



Assim, no presente estudo considera-se como variável dependente o Baixo Peso ao Nascer e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas, da assistência pré-natal e obstétricas.

1.2 – PARTICIPANTES

Para o estudo em questão, recorreu-se a uma amostra não probabilística intencional de 1953 puérperas portuguesas, internadas em 26 maternidades de Portugal, entre os meses de Março de 2010 a Maio de 2012.

Da totalidade da amostra houve necessidade de se considerar como inválidos 107 questionários (5,52%), uma vez que não apresentavam resposta ao peso do recém-nascido,

resposta esta considerada crucial para a realização do estudo. Desta forma, da amostra inicial prevista, ficou-se somente com 94,52% perfazendo um total de 1846 puérperas.

1.2.1– Caracterização sócio-espacial da amostra

A colheita de dados, como já havia sido referido, processou-se nos meses de Março de 2010 a Maio de 2012, em várias maternidades portuguesas, sendo que na região norte foram aplicados 536 questionários em nove instituições de saúde; na região centro 293 questionários em nove instituições como também foram aplicados 1017 em 12 instituições de saúde, na região de Lisboa e Sul do país.

1.2.2 – Caracterização Sociodemográfica da amostra

Apresenta-se a caracterização sociodemográfica da amostra, atendendo a idade materna, escolaridade, situação profissional, rendimento mensal e estado civil.

Idade Materna

Em relação à idade materna, as puérperas em estudo apresentam uma idade mínima de 15 anos e máxima de 44 anos, correspondendo a uma idade média de 29,95 anos com um desvio padrão de 5,329. O Coeficiente de variação é de 17,9%. Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica negativa e mesocúrtica (SK/EP=-3,26 & K/EP=-1,82).

A variável em questão foi operacionalizada em três classes: idade ≤ 19 anos, 20 anos a 34 anos e ≥ 35 anos.^(27, 96-98, 119)

Analisando a tabela 1, verificamos que 76,6% das puérperas apresentam uma escala etária entre os 20 e 34 anos. Das que se incluem numa gravidez na adolescência (≤ 19 anos) constam 3,6% e numa gravidez tardia (≥ 35 anos) 19,8% das puérperas.

Escolaridade

Esta variável foi recodificada em duas classes: $\leq 12^{\circ}$ ano e Ensino Superior.

Atendendo à sua análise, as puérperas com maior representatividade são as que possuem habilitações literárias situadas até ao ensino Secundário (66,9%), enquanto as que frequentaram o Ensino Superior representam apenas 33,1% da amostra.

Relacionando a escolaridade com a idade materna, a classe etária entre os 20-34 anos é a que representa tanto a maioria das puérperas com estudos até ao secundário (50,9%) como também com ensino superior (25,7%).

As diferenças estatísticas encontradas entre a idade materna e escolaridade são altamente significativas ($\chi^2= 36,505$; $p=0,000$), situadas nas puérperas adolescentes e baixa escolaridade e com idade ≥ 35 anos com ensino superior.

Situação Profissional e Rendimento Mensal

A operacionalização das variáveis situação profissional e rendimento mensal foram realizadas segundo duas classes: desempregada e empregada e $\leq 1000\text{€}$ e $>1000\text{€}$.

Constata-se pela sua análise que a situação profissional e rendimento do agregado familiar apresentam uma distribuição quase equitativa, sendo que 74,3% das puérperas encontra-se empregada e destas 61,8% ganha mais que 1000 euros mensais. Em situação de desemprego encontram-se 25,7% e a ganhar menos de 1000 euros 38,2%. A idade que representa ambas situações também é a mesma (20 aos 34 anos). Na condição de desemprego e rendimento $\leq 1000\text{€}$ (18,9% e 28,7%) e na de emprego e rendimento $> 1000\text{€}$ (57,7% e 47,9%).

As diferenças percentuais são em termos estatísticos altamente significativas para a situação profissional ($\chi^2=125,794$; $p=0,000$) nas puérperas desempregadas, com idade ≤ 19 anos e empregadas com idade superior aos 20 anos; e para o rendimento mensal ($\chi^2= 81,592$; $p=0,000$) nas puérperas adolescentes com rendimentos mensais $\leq 1000\text{€}$ e nas puérperas com idades ≥ 35 anos com rendimentos mensais $>1000\text{€}$.

Estado Civil

Na análise estatística efectuada também se fez referência ao estado civil das puérperas. A operacionalização efectuada teve em conta a presença ou ausência de companheiro, sendo desta forma subdividida em duas classes: Solteira/Viúva/Divorciada ou Casada/União de Facto.

A análise revelou que a maioria das puérperas apresentava companheiro (69,6%), contudo, as que não tinham, representavam ainda cerca de 1/3 da amostra (30,4%).

Atendendo à idade materna, a amostra centra-se na classe etária dos 20-34 anos (76,5%), sendo que 53,7% têm companheiro e 22,8% não tem.

Constata-se ainda que é no grupo etário ≤ 19 anos que se nota uma maior discrepância na presença ou ausência de companheiro (79,1% sem companheiro), como também no grupo etário entre os 20-34 anos, em que as puérperas sem companheiro representam, o que supostamente não era esperado, cerca de 30% da classe etária.

Da mesma análise verifica-se ainda diferença estatística altamente significativa ($\chi^2=88,539$; $p=0,000$), nas puérperas sem companheiro no grupo etário ≤ 19 anos e nas casadas na faixa etária ≥ 35 anos.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra tendo em conta o grupo etário

Idade Materna	Inferior ou igual a 19 anos ⁽¹⁾		20 a 34 anos ⁽²⁾		Superior ou igual a 35 anos ⁽³⁾		Total		χ^2	p	Residuais		
	N (67)	% (3,6)	N (1414)	% (76,6)	N (365)	% (19,8)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)	(3)
Escolaridade													
Até ao Ens. Secund.	67	3,6	940	50,9	228	12,4	1235	66,9	36,504	0,000	5,9	-0,7	-2,0
Ensino Superior	0	0,0	474	25,7	137	7,4	611	33,1			-5,9	0,7	2,0
Situação Profissional													
Desempregada	56	3,0	348	18,9	71	3,8	475	25,7	125,794	0,000	11,0	-2,0	-3,1
Empregada	11	0,6	1066	57,7	294	15,9	1371	74,3			-11,0	2,0	3,1
Rendimento Mensal													
$\leq 1000\text{€}$	60	3,3	529	28,7	116	6,3	705	38,2	81,592	0,000	8,8	-1,2	-2,8
$>1000\text{€}$	7	0,4	885	47,9	249	13,5	1141	61,8			-8,8	1,2	2,8
Estado Civil													
Solteira/Viúva/Divorciada	53	2,9	422	22,9	86	4,7	561	30,4	83,404	0,000	8,8	-0,9	-3,2
Casada/União de Facto	14	0,8	992	53,7	279	15,1	1285	69,6			-8,8	0,9	3,2

Em suma, verifica-se que a amostra total das puérperas estudadas situa-se maioritariamente no grupo etário entre os 20 e 34 anos (76,5%), sendo que a média está centrada nos 29,95 anos. 66,8% apresenta uma escolaridade até ao Ensino Secundário está numa situação profissional de emprego (74,3%), e aufer de um rendimento mensal superior a 1000 euros (61,8%).

1.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após ter sido definido o tipo de estudo e os objectivos a atingir, é prioritário determinar-se qual o instrumento de recolha de dados que melhor se coadune à amostra a estudar, às suas variáveis e estratégias de análise estatística a realizar.⁽¹⁸¹⁾

Tendo em conta esta premissa, optou-se pela aplicação de um questionário (Anexo 1), atendendo que este é um instrumento que se pode aplicar a um grande número de pessoas em simultâneo e com os mesmos recursos, garantindo o anonimato e a confidencialidade do respondente.⁽¹⁸³⁾

O questionário permitiu ainda recolher informações importantes para uma melhor caracterização da amostra, no que se refere às suas características sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal.

Desta forma, para se poder avaliar as variáveis previstas, o instrumento de colheita de dados foi organizado em três partes.

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

As variáveis sociodemográficas permitiram recolher informações relevantes sobre o perfil sociodemográfico da puérpera, através de cinco questões sobre: idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal.

PARTE II- VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

Neste grupo incluímos as variáveis da Assistência Pré-Natal através das quais se avaliou a vigilância realizada durante a gravidez, através de nove questões sobre: planeamento da gravidez, desejo da gravidez, vigilância da gravidez, quando foi a primeira consulta de vigilância, patologias prévias e durante a gravidez, hábitos tabágicos e alcoólicos e ganho ponderal.

PARTE III- VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

Esta parte do questionário engloba as variáveis obstétricas que permitem a caracterização das histórias obstétricas anteriores e actuais, através da aplicação de seis questões sobre: o número de filhos e gestações, peso do recém-nascido actual e do primeiro filho, idade gestacional e idade dos filhos anteriores (até quatro filhos), o que possibilitou a construção da variável intervalo interparto e gemelaridade.

Em suma, as variáveis em estudo que se conseguiram obter através do instrumento de recolha de dados são as seguintes:

Variáveis Exógenas:

- | | | |
|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| Sociodemográficas | • Idade Materna | • Rendimento familiar |
| | • Estado Civil | • Situação Profissional |
| | • Escolaridade | |

Obstétricas	• Número de filhos	• Peso 1º Filho
	• Número de gestações	• Idade Gestacional
	• Gemelaridade	• Intervalo Interparto
Assistência	• Planeamento da gravidez	• Patologias na gravidez
	• Gravidez desejada	• Hábitos Tabágicos
Pré-natal	• Vigilância da gravidez	• Hábitos Alcoólicos
	• Primeira Consulta	• Ganho Ponderal
	• Patologias prévias	

Variável Endógena: • Baixo Peso ao Nascer

1.3.1- Critérios de operacionalização de variáveis

Com o intuito de minimizar divergências interpretativas e no sentido de se criar um índice de risco, procedemos à definição de alguns conceitos operacionais relacionados com as variáveis sociodemográficas, obstétrica e de assistência pré-natal.

A estratégia utilizada na construção das variáveis de risco teve em conta a revisão bibliográfica e a descrição das características das variáveis em classes, associando-as posteriormente em grupos de *Risco* ou *Sem Risco* (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização das variáveis segundo o risco

Variáveis		Risco	Sem Risco
Variáveis Sociodemográficas	Idade	≤ 19 anos e ≥ 35 anos	20-34 anos
	Escolaridade	Até ao Ens. Secundário	Ensino Superior
	Situação Profissional	Desempregada	Empregada
	Rendimento Mensal	≤ 1000€	>1000€
	Estado Civil	Solteira, Viúva e Divorciada	Casada e União de Facto
Variáveis Assistência Pré-natal	Planeamento da Gravidez	Não planeada	Planeada
	Desejo da gravidez	Não desejada	Desejada
	Vigilância da Gravidez	Não vigiada	Vigiada
	1ª consulta	> 12 semanas	≤ 12 semanas
	Patologias Prévias	Sim	Não
	Patologias na Gravidez	Sim	Não
	Hábitos Tabágicos	Sim	Não
	Hábitos Alcoólicos	Sim	Não
Ganho Ponderal	≤ 6 kg	> 6 kg	
Variáveis Obstétricas	N.º Gestações	Primípara; 4 ou + gestações	2 a 3 gestações
	N.º Filhos	1 filho e 4 ou + filhos	2 a 3 filhos
	Gemelaridade	Sim	Não
	Intervalo Interparto	≤ 2 anos e ≥ 6 anos	3 a 5 anos
	Peso 1º Filho	≤ 2499g	> 2500g
	Idade Gestacional	<37 e ≥41	37-40 semanas

A operacionalização da interação das variáveis sociodemográficas, de assistência pré-natal e obstétrica seguiram a mesma linha de pensamento, utilizando o número de variáveis que as constituem e adequando um número mínimo para serem consideradas de risco ou sem risco (Tabela 3).

Tabela 3: Definição das variáveis de risco

Variáveis de Risco		
Risco Sociodemográfico	Com Risco	≥ 3 variáveis de Risco
	Sem risco	≤ 2 variáveis de Risco
Risco Obstétrico	Com Risco	≥ 5 variáveis de Risco
	Sem risco	≤ 4 variáveis de Risco
Risco na Assistência Pré-natal	Com Risco	≥ 4 variáveis de Risco
	Sem risco	≤ 3 variáveis de Risco

1.4 – PROCEDIMENTOS

Tendo em conta a importância dos procedimentos formais e éticos, sempre que é realizada uma colheita de dados, é fundamental ter-se presente que é de estrita relevância o consentimento institucional prévio à sua aplicação.

A solicitação da autorização aos Conselhos de Administração dos Hospitais envolvidos no estudo, já havia sido efectuada, anteriormente à realização deste trabalho, atendendo que este estudo encontra-se a utilizar um questionário intitulado “**SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA:** Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português”, elaborado pela Investigadora Emília Coutinho, da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito de Investigação em Ciências da Saúde – ramo de enfermagem.

Atendendo que a Comissão de Ética das respectivas instituições, deu um parecer positivo, manteve-se a aplicação dos questionários até ao mês de Maio de 2012.

A aplicação do protocolo de avaliação foi realizada por enfermeiros pertencentes às equipas dos serviços de Sala de Partos ou Obstetrícia dos respectivos locais, ou por colaboradores do respectivo estudo.

A todas as intervenientes do estudo, foi-lhes facultada informação necessária, tendo em conta os objectivos do estudo, e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo desta forma, assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Foi também devidamente esclarecido que, a autonomia das puérperas seria respeitada, podendo desistir do estudo, assim que o entendessem e que a sua participação não traria para as mesmas, qualquer prejuízo ou benefício.

1.5 – ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados obtidos, recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 (2012) para o *Windows* e à aplicação de métodos de estatística descritiva e inferencial. Os resultados encontrados serão apresentados em tabelas, permitindo deste modo uma melhor interpretação e análise.

As medidas de estatística descritiva, aplicadas para a análise deste estudo foram: as frequências absolutas e percentuais; medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão); coeficiente de variação e as medidas de assimetria Skewness (SK) e achatamento curtose (K).

De acordo com Pestana e Gageiro⁽¹⁸⁴⁾ a medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Considerando $p=0,05$, se SK/EP variar entre $-1,96$ e $+1,96$, a distribuição é simétrica. Quando SK/EP é inferior a $-1,96$, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita, aproximando-se as medidas de tendência central do valor máximo da distribuição. Quando SK/EP é superior a $+1,96$, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. As medidas de achatamento ou curtose (K) também se alcançam através do quociente com o erro padrão (EP). Assim, considerando $p=0,05$, se K/EP oscilar entre $-1,96$ e $+1,96$ a distribuição é mesocúrtica. Quando K/EP é inferior a $-1,96$, a distribuição é platicúrtica e quando K/EP é superior a $+1,96$, a distribuição é leptocúrtica.

Como referem Pestana & Gageiro⁽¹⁸⁴⁾ o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado, na medida em que os valores mais elevados que estes apresentam, indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis e informam sobre as células que mais de afastam da independência.

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

Aquando da utilização da estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, destacando-se os seguintes: Teste de Qui Quadrado, Teste U de Mann-Whitney, Testes T-Student e Teste Kruskal-Wallis.

As questões foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da questão em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a questão se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Na análise inferencial foram utilizados os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ – não significativo
- $p < 0,05$ – significativo
- $p < 0,01$ – bastante significativo
- $p < 0,001$ – altamente significativo

Concluídas as considerações metodológicas, inicia-se o capítulo seguinte, referente à apresentação e análise dos resultados.

2 – RESULTADOS

No presente capítulo apresenta-se a descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos. Todo o processo de análise dos dados está estruturada para dar resposta aos diferentes objectivos delineados. Para a apresentação adequada dos mesmos, recorreu-se ao uso de tabelas, as quais serão antecedidas da respectiva análise.

A organização deste capítulo estrutura-se em duas partes fundamentais, sendo a primeira a análise descritiva e a segunda a análise inferencial dos resultados.

2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Apresenta-se neste sub-capítulo a análise descritiva efectuada à amostra, tendo em conta as variáveis definidas para o estudo: peso ao nascer (Variável Dependente), sociodemográficas (Variável Independente-V.I.), obstétricas (V.I.) e da assistência pré-natal (V.I.). Como o estudo pretende averiguar os determinantes do baixo peso ao nascer, é somente nessa vertente que iram ser analisadas as tabelas.

2.1.1- Peso do Recém-nascido ao nascimento

A operacionalização efectuada a esta variável teve em conta a divisão dos pesos em duas classes: $\leq 2499\text{g}$ e $> 2500\text{g}$. Em relação a totalidade da amostra (1846), o peso dos recém-nascidos apresenta um mínimo de 650gr, um peso máximo de 5480gr, uma média de 3168,72gr e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 508,597gr com coeficiente de variação de 16,05%.

Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica negativa e leptocúrtica (SK/EP=10,18 & K/EP=17,78).

A partir de análise da tabela 4, verifica-se que a maioria dos recém-nascidos (88,1%) apresenta um peso adequado, seguido dos de BPN com 8,7% e dos macrossómicos com 3,2%.

Tabela 4: Distribuição das 1846 puérperas segundo o peso do recém-nascido

Peso do recém-nascido	N.º	%
≤999g	3	0,1%
1000-1499g	11	0,6%
1500 – 2499g	147	8,0%
2500 – 3999g	1626	88,1%
≥ 4000g	59	3,2%
TOTAL	1846	100

Baixo peso ao nascer

O foco deste estudo é o baixo peso ao nascer, e como verificado anteriormente, da totalidade da amostra somente constam 161 recém-nascidos (8,7%), das puérperas a apresentarem essas características.

Atendendo à variável BPN, os resultados estatísticos a salientar são: um mínimo de 650g e um máximo de 2495g, a média centra-se nos 2117,86g, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 385,310g, com coeficiente de variação de 18,19%.

Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica negativa e leptocúrtica (SK/EP=-8,52 & K/EP=6,64).

2.1.2 – Variáveis Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas são constituídas pela: Idade Materna, Escolaridade, Situação Profissional, Rendimento Mensal e Estado Civil.

A análise descritiva realizada às variáveis, tendo em conta o peso ao nascimento, indica-nos que:

- *Idade Materna*: atendendo ao grupo etário da nossa amostra, aquela onde se encontraram mais casos de baixo peso foi na correspondente às idades inferiores ou iguais a 19 anos (20,9% têm BPN), precedida do grupo etário com idades ≥ 35 anos (10,14% tem BPN) e por último o grupo dos 20 aos 34 anos (7,78% tem BPN).

A análise efectuada a esta variável também nos revela uma diferença estatística bastante significativa ($\chi^2= 14,969$; $p= 0,001$) no caso do grupo ≤ 19 anos.

- *Escolaridade*: relacionando a variável com o factor baixo peso ao nascimento, encontramos uma incidência maior de casos nas puérperas que frequentaram o ensino somente até ao Secundário (10,44% têm BPN), em comparação às puérperas que frequentaram o ensino superior (6,22% tem BPN).

A diferença estatística encontrada na variável escolaridade (até ao ensino secundário) demonstra ser bastante significativa ($\chi^2= 7,183$; $p=0,007$).

- *Situação Profissional*: analisando a amostra correspondente, verifica-se que é na situação de desemprego que surge uma maior proporção de recém-nascidos com baixo peso (13,26% apresenta BPN) em detrimento das que se encontram empregadas (7,15% tem BPN).

A análise à variável revela diferença estatística altamente significativa ($\chi^2= 16,571$; $p=0,000$) na situação de desemprego.

- *Rendimento Mensal*: a análise a esta variável atendendo ao baixo peso ao nascer, demonstra valores quase equitativos, sendo que, a percentagem ligeiramente maior de casos surge nos rendimentos mensais $\leq 1000\text{€}$ (11,63% tem BPN) e ligeiramente menor nos de rendimento mensal $>1000\text{€}$ (6,92% tem BPN).

Da mesma análise verifica-se diferença estatística altamente significativa ($\chi^2= 12,130$; $p= 0,000$) no rendimento mensal $\leq 1000\text{€}$.

- *Estado Civil*: após a análise correspondente, a ausência de companheiro revela ser o estado civil mais favorecedor do aparecimento do baixo peso ao nascer, apresentando uma proporção maior de casos (11,41% têm BPN). As puérperas que vivem com companheiro apresentam uma percentagem de 7,55% de BPN.

O valor obtido em termos estatísticos demonstra uma diferença bastante significativa ($\chi^2= 7,307$; $p= 0,007$) no estado civil sem companheiro.

Tabela 5: Distribuição das puérperas segundo as variáveis sociodemográficas

Peso ao nascer	$\leq 2499\text{ g}^{(1)}$		$>2500\text{ g}^{(2)}$		Total		χ^2	p	Residuais	
	N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)
Variáveis										
Idade Materna										
≤ 19 anos	14	0,7	53	2,9	67	3,6	14,969	0,001	3,6	-3,6
20-34 anos	110	6,0	1304	70,6	1414	76,6			-2,6	2,6
≥ 35 anos	37	2,0	328	17,8	365	19,8			1,1	-1,1
Escolaridade										
Até ao Ens. Secund.	123	6,7	1112	60,2	1235	66,9	7,183	0,007	2,7	-2,7
Ensino Superior	38	2,0	573	31,0	611	33,1			-2,7	2,7
Situação Profissional										
Desempregada	63	3,4	412	22,3	475	25,7	16,571	0,000	4,1	-4,1
Empregada	98	5,3	1273	69,0	1371	74,3			-4,1	4,1
Rendimento Mensal										
≤ 1000€	82	4,4	623	33,7	705	38,2	12,130	0,000	3,5	-3,5
>1000€	79	4,3	1062	57,5	1141	61,8			-3,5	3,5
Estado Civil										
Solteira/Viúva/Divorciada	64	3,5	497	26,9	561	30,4	7,307	0,007	2,7	-2,7
Casada/União de Facto	97	5,3	1188	64,4	1285	69,6			-2,7	2,7

Em suma, considera-se que dentro das variáveis sociodemográficas, as puérperas com recém-nascidos de BPN, apresentavam uma idade compreendida entre os 20-34 anos (69% do BPN), eram casadas (60,9% do BPN), com um nível de escolaridade baixo (77% do BPN), empregadas (60,9% do BPN) mas a auferir um rendimento mensal $\leq 1000\text{€}$ (50,6%). A maior prevalência de BPN corresponde às que se incluem no grupo etário materno ≤ 19 anos ($p=0,001$); escolaridade até ao secundário ($p=0,007$); desempregada ($p=0,000$); rendimento mensal $\leq 1000\text{€}$ ($p=0,000$) e a coabitarem sem companheiro ($p=0,007$), onde também apresentam diferenças estatísticas significativas.

2.1.3 – Variáveis da Assistência Pré-natal

Como já havia sido referido, as variáveis de assistência pré-natal são constituídas pelo Planeamento da Gravidez; Desejo da Gravidez; Vigilância da Gravidez; Semana Gestacional da 1ª Consulta; Patologias Prévias à Gravidez; Patologias na Gravidez; Hábitos Alcoólicos; Hábitos Tabágicos e Ganho Ponderal.

A análise descritiva realizada às variáveis, tendo em conta o peso ao nascimento, indica-nos que:

- *Planeamento da Gravidez*: a operacionalização efectuada a esta variável teve em conta a existência ou ausência de Planeamento da Gravidez, sendo dividida em duas classes: Não Planeada e Planeada.

Da análise efectuada verifica-se que, 82,3% das puérperas planearam a sua gravidez, sendo que destas 6,9% tiveram recém-nascidos de baixo peso (8,43% tem BPN). Das que não planearam a gravidez (17,7%) somente 1,8% tiveram baixo peso ao nascer (10,09% tem BPN). Da mesma análise não se observa diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 0,937$; $p=0,333$).

- *Desejo da Gravidez*: A operacionalização desta variável também teve em conta a manifestação de desejo da gravidez, sendo dividida em: Gravidez desejada e Gravidez não desejada.

A grande maioria das puérperas analisadas (92,7%) desejaram a sua gravidez, mas destas 7,6% tiveram recém-nascidos de baixo peso (0,82% tem BPN). Das que não desejaram a gravidez (7,3%), somente 1,1% tiveram crianças com baixo peso à nascença (15,56% tem BPN).

A análise referida constata uma diferença estatística bastante significativa ($\chi^2= 8,451$; $p=0,004$) na gravidez não desejada.

- *Vigilância da Gravidez*: a operacionalização desta variável teve em conta o número de consultas realizadas durante a gravidez, sendo considerada uma gravidez vigiada às puérperas que efectuaram um número ≥ 6 . Desta forma a variável foi operacionalizada em duas classes: Gravidez Vigiada e Gravidez não vigiada.

Ainda em relação à vigilância da gravidez, encontramos um número mínimo de zero e um máximo de 30, a sua média centrando-se nos 8,96 consultas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,324 e um coeficiente de variação de 37,1%. Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica (SK/EP= 21,79 & K/EP=27,77).

Quase a totalidade da amostra demonstra ter vigiado a sua gravidez (91,2%), restando apenas um valor de 8,8% para as puérperas que não realizaram vigilância ou que não a efectuaram no número de consultas correspondentes (≥ 6 consultas). É nessas puérperas que se localiza a maior percentagem de recém-nascidos com BPN (14,81%) em comparação às que vigiaram de forma adequada a sua gravidez (8,14%).

A análise efectuada a esta variável certifica valores com bastante significância ($\chi^2= 8,282$; $p= 0,004$) na gravidez não vigiada.

- *Semana Gestacional da 1ª Consulta*- a operacionalização desta variável foi realizada em duas classes: ≤ 12 semanas e >12 semanas de gestação aquando da 1ª consulta de vigilância da gravidez.

A análise efectuada revela que 97,2% realizou a 1º consulta de vigilância no período correcto (≤ 12 semanas), apesar de ainda, neste número haver um registo de 8,58% de baixo peso ao nascimento. Das puérperas que efectuaram a 1ª consulta de vigilância superior às 12 semanas de gestação, 13,73% tiveram recém-nascido com peso inferior a 2500g.

Os resultados obtidos após ter sido efectuada a análise descritiva, constata-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 1,650$; $p= 0,199$).

- *Patologias Prévias à gravidez*: a operacionalização efectuada a esta variável teve em conta a existência ou ausência de Patologias Prévias na Gravidez, sendo dividida em duas classes: Sim e Não.

A ausência de patologias prévias à gravidez revela ser a que está mais presente na análise efectuada (90,1%), apresentando uma percentagem de presença de BPN de 8,41%. Das que manifestaram patologias prévias (9,9%), 13,49% tiveram recém-nascidos com baixo peso.

A análise efectuada a esta variável não verifica significâncias estatísticas ($\chi^2= 2,012$; $p= 0,156$).

- *Patologias na Gravidez*: a operacionalização efectuada a esta variável teve em conta a existência ou ausência de Patologias durante a Gravidez, sendo dividida em 2 classes: Sim e Não.

Analisando esta variável verifica-se que 67,1% das puérperas não apresentaram nenhuma patologia durante a gravidez, em comparação aos 32,9% que a manifestaram. Atendendo ao baixo peso ao nascer, esta variável já manifesta um peso totalmente diferente, em que as puérperas com referência a presença de patologia são as que apresentaram mais casos de baixo peso (13,49%), em detrimento das que não tiveram patologias na gravidez (6,38%).

A análise referida demonstra diferença estatística altamente significativa ($\chi^2= 25,860$; $p=0,000$), na presença de patologia durante a gravidez.

- *Hábitos Tabágicos*: a variável em questão foi operacionalizada de acordo com a descrição da presença do hábito tabágico ou ausência/abandono do mesmo, sendo de resposta dicotómica: Sim e Não.

Os resultados encontrados sobre o consumo de tabaco durante a gravidez revelam-nos que apesar de contraindicado, 15,7% das puérperas mantiveram-no em comparação a 84,3% que o abandonaram ou não o tiveram. Da mesma análise, consegue-se depreender que, na nossa amostra, o consumo de tabaco está associado ao BPN, apresentando uma prevalência de 15,86% em comparação a 7,39% das puérperas que não tiveram esse hábito.

Os resultados obtidos após ter sido efectuada a análise descritiva, confirmam a existência de diferenças altamente significativas ($\chi^2= 22,035$; $p= 0,000$), no consumo de tabaco.

- *Hábitos Alcoólicos*: operacionalização desta variável segue os mesmos moldes da anterior, sendo de resposta dicotómica: Sim e Não.

A análise efectuada descreve que 92,8% das puérperas revela não ter realizado nenhum consumo de álcool durante a gravidez, sendo que somente 7,2% o efectuou. As consequências tidas após esse consumo, em relação ao baixo peso ao nascer, como seria de esperar, são maiores para essas puérperas, com um aparecimento de casos de 10,61%, em comparação a 8,58% das que não manifestaram esse hábito.

A análise realizada a esta variável não verifica significâncias ($\chi^2= 0,634$; $p= 0,426$).

- *Ganho Ponderal*: a operacionalização da variável efectuou-se em duas classes: ≤ 6 kg e >6 kg. A análise da amostra revela que a grande maioria (81,1%) apresentou um ganho ponderal durante a gravidez superior a 6kg, em comparação aos 18,9% que revelaram não ter aumentado de peso acima de esse valor. Observando as puérperas que tiveram recém-nascidos com baixo peso, a sua maioria centra-se nas que têm aumentos ≤ 6 kg (12,03% tem BPN), sendo a minoria nos pesos superiores a 6kg (7,95% tem BPN).

Ainda relativo ao ganho ponderal, a análise revela um ganho ponderal mínimo de 0 kg e um máximo de 30 kg, a sua média centra-se nos 11,2kg, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 5.989kg e um coeficiente de variação de 52,7%. Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica negativa e mesocúrtica (SK/EP=-3,58 & K/EP= -1,47).

Da análise realizada contata-se diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 5,933$; $p=0,015$), no ganho ponderal ≤ 6 kg.

Tabela 6: Distribuição das puérperas segundo as variáveis da Assistência Pré-natal

Peso ao nascer	≤ 2499 g ⁽¹⁾		>2500 g ⁽²⁾		Total				Residuais	
	N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)	χ^2	p	(1)	(2)
Variáveis										
Planeamento										
Não Planeada	33	1,8	294	15,9	327	17,7	0,937	0,333	1,0	-1,0
Planeada	128	6,9	1391	75,4	1519	82,3			-1,0	1,0
Gravidez Desejada										
Desejada	140	7,6	1565	85,1	1705	92,7	8,451	0,004	2,9	-2,9
Não desejada	21	1,1	114	6,2	135	7,3			-2,9	2,9
Vigilância										
Não vigiada	24	1,3	138	7,5	162	8,8	8,282	0,004	2,9	-2,9
Vigiada	137	7,4	1547	83,8	1684	91,2			-2,9	2,9
1ª consulta										
≤ 12 semanas	154	9,3	1641	88,9	1795	97,2	1,650	0,199	1,3	-1,3
> 12 semanas	7	0,4	44	2,4	51	2,8			-1,3	1,3
Patologias Prévias										
Sim	21	1,1	161	8,7	182	9,9	2,012	0,156	1,4	-1,4
Não	140	7,6	1524	82,6	1664	90,1			-1,4	1,4
Patologias Gravidez										
Sim	82	4,4	526	28,5	608	32,9	25,860	0,000	5,1	-5,1
Não	79	4,3	1159	62,8	1238	67,1			-5,1	5,1
Hábitos Tabágicos										
Sim	46	2,5	244	13,2	290	15,7	22,035	0,000	4,7	-4,7
Não	115	6,2	1441	78,1	1556	84,3			-4,7	4,7
Hábitos Alcoólicos										
Sim	14	0,8	118	6,4	132	7,2	0,634	0,426	0,8	-0,8
Não	147	7,9	1567	84,9	1714	92,8			-0,8	0,8
Ganho Ponderal										
≤ 6 kg	42	2,3	307	16,6	349	18,9	5,933	0,015	2,4	-2,4
> 6 kg	119	6,4	1378	74,6	1497	81,1			-2,4	2,4

Em suma, verifica-se que dentro das variáveis da assistência pré-natal as puérperas com representatividade no grupo do BPN planearam a sua gravidez (79,3%), desejaram-na (87,4%) e efectuaram uma adequada vigilância (85%) com uma 1ª consulta atempada (95,4%).

Não tiveram patologias prévias (87,4%) mas desenvolveram patologias durante a gravidez (50,6%). O ganho ponderal foi adequado (73,6%), e 71,3% das puérperas não fumou nem consumiu álcool durante a gravidez (90,8%).

Contudo destacam-se com uma maior incidência de BPN e diferença estatística bastante e altamente significativa as puérperas que não desejaram ($p=0,004$) nem vigiaram a gravidez ($p=0,004$) e que apresentaram patologias prévias ($p=0,000$) e durante a gravidez ($p=0,000$). Com diferença estatística significativa surgem as puérperas com um ganho ponderal ≤ 6 kg ($p=0,015$).

2.1.4- Variáveis obstétricas

No que se concerne às variáveis obstétricas estas são constituídas pelo: número de Gestações; número de Filhos; Gemelaridade; Intervalo Interparto; Peso do primeiro Filho e Idade Gestacional.

A análise descritiva realizada às variáveis, tendo em conta o peso ao nascimento, indica-nos que:

- *Número de Gestações*: a operacionalização desta variável foi efectuada em três classes: primípara; 2 a 3 gestações e 4 ou mais gestações.

Analisando o número de gestações constata-se que varia entre um mínimo de 1 e um máximo de 8 gestações. A média é de 1,78 gestações, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,0. O coeficiente de variação corresponde a um valor de 56,2%. Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica (SK/EP= 29,33 & K/EP= 34,22).

Verifica-se ainda que 49,5% das puérperas são primigestas, 44,7% das puérperas com 2 ou 3 gestações e 5,7% com 4 ou mais gestações.

Atendendo ao baixo peso ao nascer é nas primigestas que se encontram mais casos (9,63%), seguidas das puérperas com 4 ou mais gestações (9,43% tem BPN) e por último das que tiveram 2-3 gestações (7,43%).

Da análise realizada não se verificam valores com significância estatística ($\chi^2= 2,254$; $p= 0,324$).

- *Número de Filhos*: a variável foi operacionalizada em três classes: 1 filho, 2 a 3 filhos e 4 ou mais filhos.

Relativamente ao número de filhos, existe um mínimo de 1 e um máximo de 5 filhos, em que a média centra-se nos 1,57 filhos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0.747 e coeficiente de variação de 47,58%. O coeficiente de variação corresponde

a um valor de 56,2%. Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica (SK/EP= 23,84 & K/EP= 16,96).

Através da análise do número de filhos constata-se que a maioria das puérperas era primípara (55,8%), precedida das que já tinham tido entre 2 a 3 filhos (41,9%) e por último pelas múltiparas (5,7%).

Analisando os dados, tendo em conta o baixo peso ao nascimento, verifica-se que a proporção maior de casos aconteceu nas múltiparas (11,90 tem BPN), seguida das puérperas primíparas (9,13%) e por último pelas que têm 2 a 3 filhos (8,01% tem BPN). Constata-se não haver diferença estatística ($\chi^2= 21,238$; $p= 0,538$).

- *Gemelaridade*: a operacionalização desta variável foi efectuada em resposta dicotómica: Sim e Não.

No total da amostra, somente se contabilizam 13 casos de gemelaridade (0,3%), que coincidentemente também foram totalmente enquadrados no baixo peso ao nascimento (100% tem BPN). Os restantes casos de baixo peso ao nascer correspondem a uma gravidez em que só se encontrava um feto, apresentando uma prevalência de aparecimento de 8,07%.

Da análise realizada verifica-se diferença estatística altamente significativa ($\chi^2=137,021$; $p= 0,000$), na presença de gravidez gemelar.

- *Intervalo Interparto*: o intervalo interparto foi analisado em três classes; na classe das puérperas que tiveram um intervalo ≤ 2 anos (17,8%), nas que tiveram um intervalo entre os 3 e os 5 anos (39,9%) e por último nas com intervalos interparto ≥ 6 anos (42,3%).

De acordo com os casos de baixo peso ao nascimento, e atendendo à existência de mais que uma gravidez, o maior número foi encontrado nos intervalos interparto ≤ 2 anos (8,82% tem BPN), sendo seguido do intervalo ≥ 6 anos (8,08%) e por último o de 3-5 anos (4,28%). A diferença estatística encontrada não foi significativa ($\chi^2= 4,816$; $p= 0,090$).

- *Peso do 1º Filho*: analisada sob a forma de classificação do peso ao nascer, duas classes: ≤ 2499 g (6%) e >2500 g (94%). Apresenta um mínimo de 750g e um máximo de 5000g, tem uma média de 3188,27 gramas e desvio padrão a oscilar no valor de 473,242. O coeficiente de variação é de 14,8%. Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição simétrica e leptocúrtica (SK/EP= -0,519 & K/EP= 10,89).

Após cruzamento de dados averigua-se que uma grande proporção do BPN do actual recém-nascido coincide com uma história de baixo peso do 1º filho (34,78% tem BPN), em comparação a 6,20% dos que não coincidiu.

Da referida análise encontra-se diferença estatística altamente significativa ($\chi^2=48,570$; $p=0,000$), nos primeiros filhos com peso $\leq 2499g$.

- *Idade Gestacional*: foi operacionalizada em três classes: idade gestacional <37 semanas (8,5%); entre as 37 e 40 semanas (81%) e ≥ 41 semanas (10,5%). A análise estatística traduz-nos um mínimo de 24 semanas e um máximo de 42 semanas, a média é de 38,69 semanas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,827 e coeficiente de variação leve (4,72%). Na observação das medidas de simetria (SK) e achatamento (K), verifica-se estar perante uma distribuição assimétrica negativa e leptocúrtica (SK/EP=-35,54 & K/EP=71,54).

Observando as puérperas que tiverem recém-nascidos com baixo peso, estas centram-se nas que tiveram um parto pré-termo (62,34% tem BPN), seguida das com gestações de 37-40 semanas (4,01%) e por último pelas gestações com idade gestacional ≥ 41 semanas (0,52%).

A análise encontrada também revela diferença estatística altamente significativa ($\chi^2=621,658$; $p=0,000$), na idade gestacional <37 semanas.

Tabela 7: Distribuição das puérperas segundo as variáveis obstétricas

Peso ao nascer	$\leq 2499 g^{(1)}$		$>2500 g^{(2)}$		Total				Residuais	
	N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)	χ^2	p	(1)	(2)
N.º Gestações										
Primípara	88	4,8	826	44,7	914	49,5	2,254	0,324	1,4	-1,4
2 a 3 gestações	63	3,4	763	41,3	826	44,7			-1,5	1,5
4 ou + gestações	10	0,5	96	5,2	106	5,7			0,3	-0,3
N. Filhos										
1 filho	94	5,1	936	50,7	1030	55,8	1,238	0,538	0,7	-0,7
2 a 3 filhos	62	3,4	712	38,6	774	41,9			-0,9	0,9
4 ou + filhos	5	0,3	37	2,0	42	2,3			0,7	-0,7
Gemelaridade										
Sim	13	0,7	0	0	13	0,7	137,021	0,000	11,7	-11,7
Não	148	8,0	1685	91,3	1833	99,3			-11,7	11,7
Intervalo Interparto										
≤ 2 anos	12	1,6	124	16,3	136	17,8	4,816	0,090	1,1	-1,1
3 a 5 anos	13	1,7	291	38,2	304	39,9			-2,2	2,2
≥ 6 anos	26	3,4	296	38,8	322	42,3			1,3	-1,3
Peso do 1º Filho										
$\leq 2499g$	16	2,1	30	3,9	46	6,0	48,570	0,000	7,0	-7,0
$> 2500g$	45	5,8	681	88,2	726	94,0			-7,0	7,0
Idade gestacional										
<37	96	5,3	58	3,2	154	8,5	621,658	0,000	24,9	-24,9
37-40 semanas	59	3,2	1412	77,8	1471	81,0			-14,4	14,4
≥ 41	1	0,1	190	10,5	191	10,5			-4,2	4,2

Em suma, das variáveis obstétricas, as características que mais ressaltam das puérperas com BPN surge a primiparidade (55,2%), apresentam um filho (58,6%); a gravidez não gemelar (92%) na sua maioria com intervalo interparto ≥ 6 anos (51%) e parto com idades gestacionais maioritariamente inferiores às 37 semanas (61,6%). Das puérperas com mais de um filho, o primeiro apresentou um peso $> 2500\text{g}$ (73,4%).

A incidência maior de BPN surge nas que são primíparas, nas puérperas com 4 ou mais filhos, com gravidez gemelar, com intervalo interparto inferior ou igual a 2 anos ou ausência de intervalo por primiparidade, com filho anterior de BPN (primeiro filho), e parto em idade gestacional de pré-termo.

Com diferenças estatísticas altamente significativas encontram-se: a gemelaridade ($p=0,000$), o peso do 1º filho $\leq 2499\text{g}$ ($p=0,000$) e a idade gestacional inferior às 37 semanas ($p=0,000$).

2.1.5- Variáveis de Risco

Com o objectivo de avaliar a relação das variáveis de risco com o peso ao nascer foi efectuado um cruzamento entre ambos. Da análise constata-se que parte das puérperas não apresenta risco sociodemográfico (54,04%), obstétrico (57,14%) e de assistência pré-natal (94,41%), contudo as diferenças andam muito próximas no risco/sem risco nas variáveis sociodemográficas e obstétricas, já na da assistência pré-natal a discrepância surge com uma diferença muito acentuada. Contudo, verifica-se que são as puérperas com risco obstétrico e risco na assistência pré-natal que apresentam uma tendência maior a desenvolver crianças com baixo peso ao nascimento (31,51% e 37,5% respectivamente), seguidas posteriormente, pelas de risco sociodemográfico (13,58%).

Também se verifica haver diferenças altamente significativas para todas as variáveis: Risco Sociodemográfico – com risco ($\chi^2= 22,910$; $p= 0,000$), Risco Obstétrico- com risco ($\chi^2= 162,045$; $p= 0,000$), e Risco na Assistência pré-natal- com risco ($\chi^2= 25,297$; $p= 0,000$).

Tabela 8: Distribuição das puérperas segundo o risco e o peso ao nascer

Peso ao nascer		$\leq 2499\text{g}^{(1)}$		$>2500\text{g}^{(2)}$		Total		Residuais			
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)				
Variáveis											
Risco Sociodemográfico	Com Risco	74	4,0	471	25,5	545	29,5	22,910	0,000	4,8	-4,8
	Sem Risco	87	4,7	1214	65,8	1301	70,5			-4,8	4,8
Risco Obstétrico	Com Risco	69	3,7	150	8,1	219	11,9	162,045	0,000	12,7	-12,7
	Sem Risco	92	5,0	1535	83,2	1627	88,1			-12,7	12,7
Risco na Assistência Pré-natal	Com Risco	9	0,5	15	0,8	24	1,3	25,297	0,000	5,0	-5,0
	Sem Risco	152	8,2	1670	90,5	1822	98,7			-5,0	5,0

Variáveis de Risco Sociodemográfico

Com o objectivo de verificar se existe alguma relação entre o *risco sociodemográfico* e as variáveis da assistência pré-natal e obstétricas, foi efectuado um cruzamento entre ambos, enquadrando somente as puérperas com recém-nascidos de baixo peso.

Da análise efectuada à tabela 9 entende-se que somente existe relação com diferença estatisticamente significativa na Gemelaridade sem risco ($\chi^2= 5,324$; $p= 0,021$), Peso do 1º Filho sem risco ($\chi^2= 4,322$; $p= 0,038$) e Hábitos tabágicos de risco ($\chi^2= 5,762$; $p= 0,016$); e bastante significativa no Planeamento da Gravidez de risco ($\chi^2= 11,972$; $p= 0,001$), Gravidez Desejada de risco ($\chi^2= 11,904$; $p= 0,001$) e Primeira Consulta de risco ($\chi^2= 8,604$; $p= 0,003$).

Efectuando uma análise individual, depreende-se que a gemelaridade não é característica nas puérperas com risco sociodemográfico (1,2%), como também não o é nas que não apresentam risco (6,8%).

Na variável peso do 1º filho, somente 27,9% das puérperas tiveram coincidência de primeiros filhos com BPN, considerando 8,2% destas como sendo de risco sociodemográfico e 19,7% sem risco.

Em relação ao planeamento da gravidez, face a alterações do padrão sociodemográfico, 31,1% das puérperas com risco planearam a sua gravidez, assim como 48,4% das puérperas sem risco sociodemográfico. Das que não planearam, o maior número surge no grupo de risco sociodemográfico (14,9% em 20,5%).

No que concerne ao desejo da gravidez, em relação com o risco sociodemográfico, as puérperas revelam tê-la desejado (35,4% pertencente ao grupo de Risco e 51,6% do grupo Sem Risco). Avaliando as puérperas com gravidez não desejada, estas já surgem na classificação de risco sociodemográfico (10,6% em 13%).

Atendendo à 1ª Consulta realizada durante a gravidez, tanto no grupo de risco sociodemográfico como no grupo com ausência de risco, parte das puérperas afirmou ter efectuado a sua 1ª consulta antes das 12 semanas de gestação (41,6% Risco e 54% Sem Risco). Da análise específica às puérperas com 1ª vigilância acima das 12 semanas, 4,3% encontra-se no grupo de risco.

A descrição de ambos os grupos de risco sociodemográfico, atendendo à variável hábitos tabágicos, também surge como predominante nas puérperas que revelam não ter tido consumo de tabaco durante a gravidez (28,6% Risco e 42,9% Sem Risco). Especificando as

que mantiveram o hábito tabágico, mais uma vez, o valor corresponde às descritas como de risco sociodemográfico (17,4% em 28,6%).

Tabela 9: Distribuição das puérperas segundo o risco sociodemográfico

Risco Sociodemográfico		Com Risco ⁽¹⁾		Sem Risco ⁽²⁾		Total		X ²	p	Residuais	
		N (74)	% (46)	N (87)	% (54)	N (161)	% (100)			(1)	(2)
N.º Gestações	Risco (1 e ≥ 4)	44	27,3	54	33,5	98	60,9	0,114	0,735	-0,3	0,3
	Sem Risco (2 a 3)	30	18,6	33	20,5	63	39,1			0,3	-0,3
N.º Filhos	Risco (1 e ≥ 4)	43	26,7	56	34,8	99	61,5	0,662	0,416	-0,8	0,8
	Sem Risco (2 a 3)	31	19,3	31	19,3	62	38,5			0,8	-0,8
Gemelaridade	Risco (Gemelar)	2	1,2	11	6,8	13	8,1	5,324	0,021	-2,3	2,3
	Sem Risco (Simples)	72	44,7	76	47,2	148	91,9			2,3	-2,3
Intervalo Interparto	Risco (≤ 2 e ≥ 6 anos)	21	41,2	17	33,3	38	74,5	0,156	0,693	-0,4	0,4
	S/ Risco (3-5 anos)	8	15,7	5	9,8	13	25,5			0,4	-0,4
Peso 1º Filho	Risco (≤ 2499g)	5	8,2	12	19,7	17	27,9	4,322	0,038	-2,1	2,1
	Sem Risco (> 2500g)	26	42,6	18	29,5	44	72,1			2,1	-2,1
Idade Gestacional	Risco (≤ 36 e ≥ 41 sem)	41	26,3	56	35,9	97	62,2	0,401	0,527	-0,6	0,6
	Sem Risco (37 a 40 sem)	28	17,9	31	19,9	59	37,8			0,6	-0,6
Planeamento da Gravidez	Risco (Não planeada)	24	14,9	9	5,6	33	20,5	11,972	0,001	3,5	-3,5
	Sem Risco (Planeada)	50	31,1	78	48,4	128	79,5			-3,5	3,5
Gravidez Desejada	Risco (Não Desejada)	17	10,6	4	2,5	21	13,0	11,904	0,001	3,5	-3,5
	Sem Risco (Desejada)	57	35,4	83	51,6	140	87,0			-3,5	3,5
Vigilância da Gravidez	Risco (Não Viglada)	15	9,3	9	5,6	24	14,9	3,106	0,078	1,8	-1,8
	Sem Risco (Viglada)	59	36,6	78	48,4	137	85,1			-1,8	1,8
Primeira Consulta	Risco (>12 semanas)	7	4,3	0	0,0	7	4,3	8,604	0,003	2,9	-2,9
	Sem Risco (≤12 semanas)	67	41,6	87	54,0	154	95,7			-2,9	2,9
Patologias Prévias	Risco (com Patologia)	9	5,6	12	7,5	21	13,0	0,094	0,759	-0,3	0,3
	Sem Risco (sem Patologia)	65	40,4	75	46,6	140	87,0			0,3	-0,3
Patologias Gravidez	Risco (com Patologia)	33	20,5	49	30,4	82	50,9	2,201	0,138	-1,5	1,5
	Sem Risco (sem Patologia)	41	25,5	38	23,6	79	49,1			1,5	-1,5
Tabaco	Risco (Fumou)	28	17,4	18	11,2	46	28,6	5,762	0,016	2,4	-2,4
	Sem Risco (Não Fumou)	46	28,6	69	42,9	115	71,4			-2,4	2,4
Álcool	Risco (Bebeu)	7	4,3	7	4,3	14	8,7	0,101	0,751	0,3	-0,3
	Sem Risco (Não Bebeu)	67	41,6	80	49,7	147	91,3			-0,3	0,3
Ganho Ponderal	Risco (≤ 6 kg)	22	13,7	20	12,4	42	26,1	0,942	0,332	1,0	-1,0
	Sem Risco (> 6 kg)	52	32,3	67	41,6	119	73,9			-1,0	1,0

Em suma, das variáveis que se analisaram com o risco sociodemográfico destaca-se como características das puérperas a ausência de risco sociodemográfico. Associado ao mesmo surge um número de gestações (33,5%), número de filhos (34,8%) e idade gestacional (35,9%) de risco; gravidez não gemelar (47,2%), com intervalo interparto (41,8%) sem risco, gravidez planeada (48,4%), desejada (51,6%) e viglada (48,4%) correctamente, com 1ª consulta

(54%) atempada. Ausência de patologias prévias (46,6%), com presença de patologias na gravidez (30,4%). Sem hábitos tabágicos (42,9%) e alcoólicos (49,7%) e com um ganho ponderal (41,6%) adequado. Das que apresentam risco sociodemográfico, somente surgiu como característica o peso do 1º filho > 2500g. (42,6%)

Com diferenças estatísticas significativas surgem as puérperas com risco sociodemográfico/gravidez não gemelar e sem risco sociodemográfico/gravidez gemelar ($p=0,021$); com risco sociodemográfico/ peso 1º filho > 2500g e sem risco sociodemográfico /peso do 1º filho ≤ 2499 g ($p=0,038$) e com risco sociodemográfico/hábito tabágico e sem risco sociodemográfico/sem hábito tabágico ($p=0,016$). Com diferença bastante significativa as puérperas com risco sociodemográfico/gravidez não planeada e sem risco sociodemográfico/gravidez planeada ($p=0,001$); com risco sociodemográfico/gravidez não desejada e sem risco sociodemográfico/gravidez desejada ($p=0,001$) e com risco sociodemográfico/1ª consulta > 12 semanas e sem risco sociodemográfico/1ª consulta ≤ 12 semanas ($p=0,003$).

Variáveis de Risco Obstétrico

Da análise entre o *Risco Obstétrico* e as variáveis sociodemográficas e de assistência pré-natal, observa-se com diferença estatisticamente significativa o estado civil no grupo de risco ($X^2= 4,573$; $p= 0,032$) e a vigilância da gravidez de risco ($X^2= 6,529$; $p= 0,011$).

Depreende-se que as puérperas com companheiro são as mais representativas em ambos os grupos de risco obstétrico (21,7% Risco e 38,5% Sem Risco), apesar de a diferença no grupo de risco ser muito discreta. Contudo, individualizando as puérperas que não apresentam companheiro durante a gravidez, a sua maioria encontra-se no grupo de risco obstétrico (21,1% em 39,8%).

A variável da vigilância da gravidez age nos mesmos contornos, em que, 32,9% das puérperas com risco obstétrico vigiaram a sua gravidez, como também as que não apresentaram risco (52,2%). Avaliando as puérperas com gravidez não vigiada, estas também já surgem maioritariamente na classificação de risco obstétrico (9,9% em 14,9%).

Tabela 10: Distribuição das puérperas segundo o risco obstétrico

Risco Obstétrico		Com Risco ⁽¹⁾		Sem risco ⁽²⁾		Total		Residuais			
		N (69)	% (42,9)	N (92)	% (57,1)	N (161)	% (100)	X ²	p	(1)	(2)
Idade Materna	Risco (≤ 19 e ≥ 35 anos)	20	12,4	31	19,3	51	31,7	0,404	0,525	-0,6	0,6
	Sem Risco (20 – 34 anos)	49	30,4	61	37,9	110	68,3				

Escolaridade	Risco ($\leq 12^{\circ}$ Ano)	47	29,2	74	46,0	121	75,2	3,204	0,073	-1,8	1,8
	Sem Risco (Superior)	22	13,7	18	11,2	40	24,8				
Situação Profissional	Risco (Desempregada)	26	16,1	37	23,0	63	39,1	0,106	0,744	-0,3	0,3
	Sem Risco (Empregada)	43	26,7	55	34,2	98	60,9				
Rendimento Mensal	Risco (≤ 1000 €)	35	21,7	47	29,2	82	50,9	0,002	0,964	0,0	0,0
	Sem Risco (> 1000 €)	34	21,1	45	28,0	79	49,1				
Estado Civil	Risco (S/ companheiro)	34	21,1	30	18,6	64	39,8	4,573	0,032	2,1	-2,1
	S/ Risco (C/ companheiro)	35	21,7	62	38,5	97	60,2				
Planeamento da Gravidez	Risco (Não planeada)	18	11,2	15	9,3	33	20,5	2,316	0,128	1,5	-1,5
	Sem Risco (Planeada)	51	31,7	77	47,8	128	79,5				
Gravidez Desejada	Risco (Não Desejada)	11	6,8	10	6,2	21	13,0	0,894	0,344	0,9	-0,9
	Sem Risco (Desejada)	58	36,0	82	50,9	140	87,0				
Vigilância da Gravidez	Risco (Não Viglada)	16	9,9	8	5,0	24	14,9	6,529	0,011	2,6	-2,6
	Sem Risco (Vigliada)	53	32,9	84	52,2	137	85,1				
Primeira Consulta	Risco (>12 semanas)	5	3,1	2	1,2	7	4,3	2,439	0,118	1,6	-1,6
	S/ Risco (≤ 12 semanas)	64	39,8	90	55,9	154	95,7				
Patologias Prévias	Risco (com Patologia)	10	6,2	11	6,8	21	13,0	0,224	0,636	0,5	-0,5
	S/ Risco (sem Patologia)	59	36,6	81	50,3	140	87,0				
Patologias Gravidez	Risco (com Patologia)	32	19,9	50	31,1	82	50,9	1,002	0,317	-1,0	1,0
	S/ Risco (sem Patologia)	37	23,0	42	26,1	79	49,1				
Tabaco	Risco (Fumou)	21	13,0	25	15,5	46	28,6	0,205	0,650	0,5	-0,5
	Sem Risco (Não Fumou)	48	29,8	67	41,6	115	71,4				
Álcool	Risco (Bebeu)	7	4,3	7	4,3	14	8,7	0,319	0,572	0,6	-0,6
	Sem Risco (Não Bebeu)	62	38,5	85	52,8	147	91,3				
Ganho Ponderal	Risco (≤ 6 kg)	20	12,4	22	13,7	42	26,1	0,526	0,468	0,7	-0,7
	Sem Risco (> 6 kg)	49	30,4	70	43,5	119	73,9				

Em suma, na análise do risco obstétrico destaca-se como características das puérperas, o não apresentar risco durante a sua gravidez. Associado à ausência de risco obstétrico, surgem ainda as seguintes características: idades maternas sem risco (37,9%), baixa escolaridade (46%), situação profissional sem risco (34,2%) mas rendimento mensal de risco (29,2%); casadas (38,5%), com gravidez planeada (47,8%), desejada (50,9%) e viglada (52,2%); com 1^a consulta atempada (55,9%), sem patologias prévias (50,3%), mas com patologias durante a mesma (31,1%). Não consumiram álcool (52,8%) nem tabaco (41,6%) e tiveram um ganho ponderal adequado (43,5%).

Das variáveis com diferenças estatísticas significativas surge o risco obstétrico/estado civil de risco e sem risco obstétrico/estado civil sem risco ($p=0,032$); e risco obstétrico/vigilância de risco e sem risco obstétrico/vigilância sem risco ($p=0,011$).

Variáveis de Risco na Assistência Pré-natal

Continuando com o objectivo de verificar se existe alguma relação entre o *Risco na Assistência Pré-natal* e as variáveis sociodemográficas e obstétricas, foi analisada a sua interacção, enquadrando somente as puérperas com recém-nascidos de baixo peso.

Somente existe relação com diferença estatisticamente significativa na idade materna de risco ($X^2= 5,393$; $p= 0,020$) e situação profissional de risco ($X^2=5,978$; $p= 0,014$); e bastante significativa no rendimento mensal de risco ($X^2= 59,184$; $p= 0,002$).

O comportamento da variável idade materna face a alterações do padrão de risco de assistência pré-natal age de maneira diferente em relação às variáveis até então relatadas. A parte das puérperas centra-se no grupo de sem risco na assistência pré-natal, mesmo apresentando uma idade de risco (28%) ou sem risco (66,5%).

A situação profissional apresenta-se da mesma forma, em que as puérperas demonstram ter tido uma assistência pré-natal adequada (sem risco), apesar da sua condição profissional (desempregada- 34,8%; empregada- 59,6%).

A variável do rendimento mensal age nos mesmos contornos, em que, as puérperas incluem-se no grupo de sem risco na assistência pré-natal (≤ 1000 € - 45,3%; > 1000 €- 49,1%).

Tabela 11: Distribuição das puérperas segundo o risco na assistência pré-natal

Risco na Assistência Pré-natal		Com Risco ⁽¹⁾		Sem risco ⁽²⁾		Total		Residuais			
		N (9)	% (5,6)	N (152)	% (94,4)	N (161)	% (100)	X ²	p	(1)	(2)
Idade Materna	Risco (≤ 19 e ≥ 35 anos)	6	3,7	45	28,0	51	31,7	5,393	0,020	2,3	-2,3
	S/ Risco (20 – 34 anos)	3	1,9	107	66,5	110	68,3			-2,3	2,3
Escolaridade	Risco ($\leq 12^{\circ}$ Ano)	9	5,6	112	69,6	121	75,2	3,151	0,076	1,8	-1,8
	Sem Risco (Superior)	0	0,0	40	24,8	40	24,8			-1,8	1,8
Situação Profissional	Risco (Desempregada)	7	4,3	56	34,8	63	39,1	5,978	0,014	2,4	-2,4
	Sem Risco (Empregada)	2	1,2	96	59,6	98	60,9			-2,4	2,4
Rendimento Mensal	Risco (≤ 1000 €)	9	5,6	73	45,3	82	50,9	9,184	0,002	3,0	-3,0
	Sem Risco (> 1000 €)	0	0,0	79	49,1	79	49,1			-3,0	3,0
Estado Civil	Risco (S/ companheiro)	6	3,7	58	36,0	64	39,8	2,883	0,089	1,7	-1,7
	S/ Risco (C/companheiro)	3	1,9	94	58,4	97	60,2			-1,7	1,7
N.º Gestações	Risco (1 e ≥ 4)	8	5,0	90	55,9	98	60,9	3,142	0,076	1,8	-1,8
	Sem Risco (2 a 3)	1	0,6	62	38,5	63	39,1			-1,8	1,8
N.º Filhos	Risco (1 e ≥ 4)	7	4,3	92	57,1	99	61,5	1,068	0,301	1,0	-1,0
	Sem Risco (2 a 3)	2	1,2	60	37,3	62	38,5			-1,0	1,0
Gestação Múltipla	Risco (Gemelar)	0	0,0	13	8,1	13	8,1	0,837	0,360	-0,9	0,9
	Sem Risco (Simples)	9	5,6	139	86,3	148	91,9			0,9	-0,9

Intervalo Interparto	Risco (≤ 2 e ≥ 6 anos)	3	5,9	35	68,6	38	74,5	1,090	0,296	1,0	-1,0
	S/ Risco (3-5 A)	0	0,0	13	25,5	13	25,5			-1,0	1,0
Peso 1º Filho	Risco (≤ 2499 g)	0	0,0	17	29,3	17	29,3	1,219	0,270	-1,1	1,1
	Sem Risco (> 2500 g)	3	4,9	41	67,2	44	72,1			1,1	-1,1
Idade Gestacional	Risco (≤ 36 e ≥ 41 sem)	4	2,6	93	59,6	97	62,2	0,079	0,779	-0,3	0,3
	Sem Risco (37 a 40 sem)	3	1,9	56	35,9	59	37,8			0,3	-0,3

Em suma, das variáveis que se cruzam com a variável de risco na assistência pré-natal, na sua grande maioria, não apresentam risco. Associado ao mesmo, surgem ainda idades maternas sem risco (66,5%), baixa escolaridade (69,6%), situação profissional (59,6%) e rendimento mensal (49,1%) sem risco; casadas (58,4%), com um número de gestações (55,9%), número de filhos (57,1 %) e idade gestacional (59,6%) de risco; gravidez não gemelar (86,3%), com intervalo interparto (70,2%) sem risco. O peso do 1º filho correspondeu a um > 2500 g (67,2%).

Das variáveis com diferenças estatísticas significativas surge o risco na assistência pré-natal/idade materna de risco e sem risco na assistência pré-natal/idade materna sem risco ($p=0,020$); risco na assistência pré-natal/situação profissional de risco e sem risco na assistência pré-natal/situação profissional sem risco ($p=0,014$); e com diferença estatística bastante significativa o risco na assistência pré-natal/rendimento mensal de risco e sem risco na assistência pré-natal/rendimento mensal sem risco ($p=0,002$).

2.1.6- Variáveis segundo o risco

De acordo com a revisão bibliográfica, sobressai a interacção de algumas variáveis, determinando um baixo peso à nascença. Nesse sentido foram efectuadas interacções de variáveis com o intuito de determinar essa possível relação.

Idade Materna vs Baixo peso ao nascer

De acordo com a análise da tabela 12, constata-se que, com diferença altamente significativa se encontram os cruzamentos das variáveis idade de risco/situação profissional de risco ($X^2= 24,915$; $p=0,000$), idade de risco/rendimento mensal de risco ($X^2=18,386$; $p=0,000$), idade de risco e sem risco/patologias na gravidez de risco ($X^2=39,155$; $p=0,000$), idade de risco e sem risco/hábitos tabágicos de risco ($X^2=32,525$; $p=0,000$); idade de risco e sem risco/gemelaridade de risco ($X^2= 142,113$; $p= 0,000$).

Com diferença bastante significativa a idade de risco/escolaridade de risco ($X^2=13,211$; $p=0,004$), idade de risco/número de gestações de risco ($X^2=11,816$; $p=0,005$), idade sem

risco/vigilância da gravidez de risco ($\chi^2=13,357$; $p=0,004$), idade de risco/ganho ponderal de risco ($\chi^2=17,643$; $p=0,001$) e idade de risco/estado civil de risco ($\chi^2=13,759$; $p=0,003$); e com diferença estatisticamente significativa a idade de risco/ número de filhos de risco ($\chi^2=8,706$; $p=0,033$), idade de risco/planeamento da gravidez de risco ($\chi^2= 9,994$; $p= 0,019$), idade de risco/patologias prévias à gravidez sem risco ($\chi^2= 8,399$; $p= 0,039$) e idade de risco/1ª consulta de risco ($\chi^2= 11,064$; $p=0,011$). A variável álcool não apresentou diferença estatisticamente significativa, contudo os valores residuais indicam uma significância marginal a 10% na idade de risco/sem consumo de álcool (residual 2,5 e $p=0,057$).

Das características evidenciadas, depreende-se que a escolaridade de risco é a situação mais comum em ambos grupos etários, contudo torna-se mais evidente nas faixas etárias de risco.

A parte das puérperas encontra-se numa relação com companheiro, empregada, mas a oferecer um rendimento mensal $\leq 1000\text{€}$. Já em situação de desemprego, a comparação revela que é mais frequente nas faixas etárias de risco.

A gravidez foi em grande número, planeada e vigiada correctamente, com a 1ª consulta efectuada atempadamente, o ganho ponderal também foi o adequado, contudo, apesar de a diferença não ser grande, as puérperas com idades de risco destacam-se como menos cumpridoras.

A maioria das puérperas independentemente da idade teve um número de gestações considerada de risco, mas é nos extremos de vida reprodutiva que surgem mais casos de número de filhos e intervalos interparto inadequados.

Da análise destaca-se ainda que as patologias prévias não são comuns, mas os poucos casos que surgem, aparecem mais nas idades de risco. Quanto às patologias na gravidez, estas já surgem como as mais comuns nas idades de risco.

O consumo de álcool e tabaco não foi característico na grande maioria das puérperas, mas quando existiu, surgiu mais aliado ao grupo etário sem risco.

A gemelaridade também não foi de todo, predominante na grande parte da amostra, e os poucos casos que surgiram foram maioritários nos grupos etários considerados de risco.

Tabela 12: Distribuição das puérperas segundo a Idade Materna a interagir com o Peso ao nascer

		$\leq 2499 \text{ g}^{(1)}$		$> 2500 \text{ g}^{(2)}$		Total		Residuais			
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)	χ^2	p	(1)	(2)
Idade vs Escolaridade	Risco + Risco	35	1,9	229	12,4	264	14,3	13,211	0,004	2,8	-2,8
	Risco + Sem Risco	16	0,9	152	8,2	168	9,1			0,4	-0,4
	Sem Risco + Risco	73	4,0	719	38,9	792	42,9			0,7	-0,7
	Sem Risco + Sem Risco	37	2,0	585	31,7	622	33,7			-3,0	3,0

Idade vs Situação Profissional	Risco + Risco	24	1,3	103	5,6	127	6,9	24,915	0,000	4,2	-4,2
	Risco + Sem Risco	27	1,5	278	15,1	305	16,5			0,1	-0,1
	Sem Risco + Risco	39	2,1	309	16,7	348	18,9			1,8	-1,8
	Sem Risco + Sem Risco	71	3,8	995	53,9	1066	57,7			-3,7	3,7
Idade vs Rendimento	Risco + Risco	26	1,4	150	8,1	176	9,5	18,386	0,000	3,0	-3,0
	Risco + Sem Risco	25	1,4	231	12,5	256	13,9			0,6	-0,6
	Sem Risco + Risco	56	3,0	473	25,6	529	28,7			1,8	-1,8
	Sem Risco + Sem Risco	54	2,9	831	45,0	885	47,9			-3,8	3,8
Idade vs N.º Gestações	Risco + Risco	30	1,6	166	9,0	196	10,6	11,816	0,005	3,5	-3,5
	Risco + Sem Risco	21	1,1	215	11,6	236	12,8			0,1	-0,1
	Sem Risco + Risco	68	3,7	756	41,0	824	44,6			-0,6	0,6
	Sem Risco + Sem Risco	42	2,3	548	29,7	590	32,0			-1,7	1,7
Idade vs N.º Filhos	Risco + Risco	25	1,4	163	8,8	188	10,2	8,706	0,033	2,3	-2,3
	Risco + Sem Risco	26	1,4	218	11,8	244	13,2			1,1	-1,1
	Sem Risco + Risco	74	4,0	810	43,9	884	47,9			-0,5	0,5
	Sem Risco + Sem Risco	36	2,0	494	26,8	530	28,7			-1,9	1,9
Idade vs Intervalo Interparto	Risco + Risco	17	2,2	160	21,0	177	23,2	7,309	0,063	1,8	-1,8
	Risco + Sem Risco	5	0,7	57	7,5	62	8,1			0,5	-0,5
	Sem Risco + Risco	21	2,8	260	34,1	281	36,9			0,7	-0,7
	Sem Risco + Sem Risco	8	1,0	234	30,7	242	31,8			-2,6	2,6
Idade vs Planeamento	Risco + Risco	17	0,9	89	4,8	106	5,7	9,994	0,019	2,7	-2,7
	Risco + Sem Risco	34	1,8	292	15,8	326	17,7			1,2	-1,2
	Sem Risco + Risco	16	0,9	205	11,1	221	12,0			-0,8	0,8
	Sem Risco + Sem Risco	94	5,1	1099	59,5	1193	64,6			-1,7	1,7
Idade vs Vigilância	Risco + Risco	7	0,4	40	2,2	47	2,5	13,357	0,004	1,5	-1,5
	Risco + Sem Risco	42	2,3	340	18,4	382	20,7			1,8	-1,8
	Sem Risco + Risco	17	0,9	98	5,3	115	6,2			2,4	-2,4
	Sem Risco + Sem Risco	95	5,1	1207	65,4	1302	70,5			-3,4	3,4
Idade vs Patologias Prévias	Risco + Risco	8	0,4	47	2,5	55	3,0	8,390	0,039	1,6	-1,6
	Risco + Sem Risco	43	2,3	334	18,1	377	20,4			2,1	-2,1
	Sem Risco + Risco	13	0,7	114	6,2	127	6,9			0,6	-0,6
	Sem Risco + Sem Risco	97	5,3	1190	64,5	1287	69,7			-2,7	2,7
Idade vs Patologias Gravidez	Risco + Risco	29	1,6	109	5,9	138	7,5	39,155	0,000	5,3	-5,3
	Risco + Sem Risco	22	1,2	272	14,7	294	15,9			-0,8	0,8
	Sem Risco + Risco	53	2,9	417	22,6	470	25,5			2,3	-2,3
	Sem Risco + Sem Risco	57	3,1	887	48,0	944	51,1			-4,2	4,2
Idade vs Álcool	Risco + Risco	4	0,2	30	1,6	34	1,8	7,516	0,057	0,6	-0,6
	Risco + Sem Risco	47	2,5	351	19,0	398	21,6			2,5	-2,5
	Sem Risco + Risco	10	0,5	88	4,8	98	5,3			0,5	-0,5
	Sem Risco + Sem Risco	100	5,4	1216	65,9	1316	71,3			-2,7	2,7
Idade vs Tabaco	Risco + Risco	13	0,7	40	2,2	53	2,9	32,525	0,000	4,1	-4,1
	Risco + Sem Risco	38	2,1	341	18,5	379	20,5			1,0	-1,0
	Sem Risco + Risco	33	1,8	204	11,1	237	12,8			3,0	-3,0
	Sem Risco + Sem Risco	77	4,2	1100	59,6	1177	63,8			-4,4	4,4
Idade vs Ganho Ponderal	Risco + Risco	19	1,0	76	4,1	95	5,1	17,643	0,001	4,0	-4,0
	Risco + Sem Risco	32	1,7	305	16,5	337	18,3			0,6	-0,6
	Sem Risco + Risco	23	1,2	231	12,5	254	13,8			0,2	-0,2
	Sem Risco + Sem Risco	87	4,7	1073	58,1	1160	62,8			-2,4	2,4
Idade vs 1ª Consulta	Risco + Risco	6	0,3	21	1,1	27	1,5	11,064	0,011	2,5	-2,5
	Risco + Sem Risco	45	2,4	360	19,5	405	21,9			1,9	-1,9
	Sem Risco + Risco	1	0,1	23	1,2	24	1,3			-0,8	0,8
	Sem Risco + Sem Risco	109	5,9	1281	69,4	1390	75,3			-2,3	2,3
Idade vs Gemelaridade	Risco + Risco	5	0,3	0	0,0	5	0,3	142,113	0,000	7,2	-7,2
	Risco + Sem Risco	46	2,5	381	20,6	427	23,1			1,7	-1,7
	Sem Risco + Risco	8	0,4	0	0,0	8	0,4			9,2	-9,2
	Sem Risco + Sem Risco	102	5,5	1304	70,6	1406	76,2			-4,0	4,0
Idade vs Estado Civil	Risco + Risco	20	1,1	119	6,4	139	7,5	13,750	0,003	2,5	-2,5
	Risco + Sem Risco	31	1,7	262	14,2	293	15,9			1,2	-1,2
	Sem Risco + Risco	44	2,4	378	20,5	422	22,9			1,4	-1,4
	Sem Risco + Sem Risco	66	3,6	926	50,2	992	53,7			-3,4	3,4

Em síntese, do cruzamento realizado entre a idade materna com outras variáveis destaca-se como características predominantes das puérperas com recém-nascidos de BPN, as seguintes: Idade materna sem risco na sua totalidade, associada a escolaridade (45,3%), rendimento mensal (34,8%), número de gestações (42,2%) e número de filhos (45,9%) de *RISCO*; e situação profissional (44,1%), intervalo interparto (56,9%), planeamento (58,4%) e

vigilância da gravidez (59%), patologias prévias (60,2%) e patologias da gravidez (35,4%), alcoolismo (62,1%), tabagismo (47,8%), ganho ponderal (54%), 1ª consulta (67,7%), gemelaridade (63,4%) e estado civil (40,9%) *SEM RISCO*.

No estudo, foram encontradas diferenças estatísticas, estando estas localizadas maioritariamente na *Idade de Risco* associada a: escolaridade de risco ($p=0,004$); situação profissional de risco ($p=0,000$); rendimento mensal de risco ($p=0,000$); número de gestações de risco ($p=0,005$); número de filhos de risco ($p=0,033$); planeamento de risco ($p=0,019$); patologias prévias sem risco ($p=0,039$); ganho ponderal de risco ($p=0,001$); 1ª consulta de risco ($p=0,011$), estado civil de risco ($p=0,000$) e sem consumo de álcool ($p=0,057$ e residual=2,5).

Nas que apresentam diferenças significativas com a *Idade de Risco e Sem Risco* surgem: a gemelaridade ($p=0,000$); patologias da gravidez de risco ($p=0,000$); e o tabagismo ($p=0,000$). Somente com a *Idade sem Risco* apresenta-se a vigilância de risco ($p=0,004$).

Escolaridade vs BPN

Atendendo à análise da tabela 13, constata-se que as puérperas com recém-nascidos de baixo peso têm uma escolaridade correspondente à de risco.

Desta forma, aliada à escolaridade, a interação de variáveis revela-nos que é nos casos de baixa escolaridade que surge com maior predominância um baixo rendimento mensal, apesar de na maioria as puérperas se encontrarem empregadas. A taxa de desemprego também é mais comum nas puérperas com escolaridade inferior.

A presença de companheiro também foi característica comum na maioria das puérperas, contudo, apesar de discreta, é nas puérperas com mais elevada escolaridade que se encontra o maior número de casos de estado civil de risco.

A vigilância da gravidez e número de filhos também foram descritos como adequados em ambos os níveis de escolaridade, mas as puérperas com menor nível destacam-se como menos cumpridoras. Já o intervalo interparto foi considerado como maioritariamente de risco.

O consumo de tabaco também foi descrito como maioritariamente não realizado, contudo, mais uma vez, das que apresentam esse hábito destacam-se as que têm menor escolaridade. Relativamente ao ganho ponderal, este surge como adequado em ambos os grupos de escolaridade, mais firmemente marcado nas puérperas com baixa escolaridade.

Constata-se ainda da referida análise que, com diferenças altamente significativas se encontram os cruzamentos das variáveis: escolaridade de risco/situação profissional de

risco ($\chi^2= 20,323$; $p= 0,000$), escolaridade de risco/vigilância da gravidez de risco ($\chi^2=17,766$; $p=0,000$), e escolaridade de risco/hábitos tabágicos de risco ($\chi^2=32,144$; $p=0,000$). Com diferença bastante significativa a escolaridade de risco/rendimento mensal de risco ($\chi^2= 17,699$; $p= 0,001$), escolaridade de risco/estado civil de risco ($\chi^2= 13,965$; $p= 0,003$) e escolaridade de risco/ganho ponderal de risco ($\chi^2= 13,272$; $p= 0,004$); e com diferença estatisticamente significativa a escolaridade de risco/ número de filhos de risco ($\chi^2= 8,744$; $p= 0,033$). Em relação à escolaridade/intervalo interparto só apresenta diferença estatística significativa nos casos de peso superior a 2499g ($\chi^2= 9,844$; $p= 0,020$).

Tabela 13: Distribuição das puérperas segundo a Escolaridade a interagir com o Peso ao nascer

		$\leq 2499 \text{ g}^{(1)}$		$> 2500 \text{ g}^{(2)}$		Total		χ^2	p	Residuais	
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)
Escolaridade vs Rendimento	Risco + Risco	74	4,0	504	27,3	578	31,3	17,699	0,001	4,2	-4,2
	Risco + Sem Risco	34	1,8	444	24,1	478	25,9			-1,4	1,4
	Sem Risco + Risco	8	0,4	119	6,4	127	6,9			-1,0	1,0
	Sem Risco + Sem Risco	45	2,4	618	33,5	663	35,9			-2,2	2,2
Escolaridade vs Situação Profissional	Risco + Risco	48	2,6	309	16,7	357	19,3	20,323	0,000	3,5	-3,5
	Risco + Sem Risco	60	3,3	639	34,6	699	37,9			-0,2	0,2
	Sem Risco + Risco	15	0,8	103	5,6	118	6,4			1,6	-1,6
	Sem Risco + Sem Risco	38	2,1	634	34,3	672	36,4			-3,5	3,5
Escolaridade vs Estado Civil	Risco + Risco	42	2,3	302	16,4	344	18,6	13,965	0,003	3,5	-3,5
	Risco + Sem Risco	66	3,6	646	35,0	712	38,6			-0,2	0,2
	Sem Risco + Risco	22	1,2	195	10,6	217	11,8			1,6	-1,6
	Sem Risco + Sem Risco	31	1,7	542	29,4	573	31,0			-3,5	3,5
Escolaridade vs Vigilância	Risco + Risco	20	1,1	87	4,7	107	5,8	17,766	0,000	3,8	-3,8
	Risco + Sem Risco	88	4,8	861	46,6	949	51,4			0,9	-0,9
	Sem Risco + Risco	4	0,2	51	2,8	55	3,0			-0,4	0,4
	Sem Risco + Sem Risco	49	2,7	686	37,2	735	39,8			-2,5	2,5
Escolaridade vs N.º Filhos	Risco + Risco	62	3,4	492	26,7	554	30,0	8,744	0,033	2,5	-2,5
	Risco + Sem Risco	46	2,5	456	24,7	502	27,2			0,4	-0,4
	Sem Risco + Risco	37	2,0	481	26,1	518	28,1			-1,5	1,5
	Sem Risco + Sem Risco	16	0,9	256	13,9	272	14,7			-1,8	1,8
Escolaridade vs Intervalo Interparto	Risco + Risco	17	2,2	160	21,0	177	23,2	9,844	0,020	3,0	-3,0
	Risco + Sem Risco	5	0,7	57	7,5	62	8,1			-1,0	1,0
	Sem Risco + Risco	21	2,8	260	34,1	281	36,9			-1,2	1,2
	Sem Risco + Sem Risco	8	1,0	234	30,7	242	31,8			-1,9	1,9
Escolaridade vs Tabaco	Risco + Risco	38	2,1	160	8,7	198	10,7	32,144	0,000	5,5	5,5
	Risco + Sem Risco	70	3,8	788	42,7	858	46,5			-0,8	0,8
	Sem Risco + Risco	8	0,4	84	4,6	92	5,0			0,0	0,0
	Sem Risco + Sem Risco	45	2,4	653	35,4	698	37,8			-2,7	2,7
Escolaridade vs Ganho Ponderal	Risco + Risco	26	1,4	180	9,8	206	11,2	13,272	0,004	2,1	-2,1
	Risco + Sem Risco	82	4,4	768	41,6	850	46,0			1,3	-1,3
	Sem Risco + Risco	16	0,9	127	6,9	143	7,7			1,1	-1,1
	Sem Risco + Sem Risco	37	2,0	610	33,0	647	35,0			-3,4	3,4

Em suma, verifica-se que a totalidade das puérperas com recém-nascidos de BPN apresentou uma escolaridade de risco, associado a um rendimento mensal (45,9%) e número de filhos (38,5%) de *RISCO*; associado ainda a uma situação profissional (37,3%), estado civil (40,9%), vigilância pré-natal (54,7%), intervalo interparto (39,1%), consumo de tabaco (43,5%) e ganho ponderal (50,9%) *SEM RISCO*.

Destacam-se com diferenças estatísticas a *Escolaridade de Risco* com: rendimento mensal de risco ($p=0,001$); situação profissional de risco ($p=0,000$); estado civil de risco ($p=0,003$); vigilância da gravidez de risco ($p=0,000$); número de filhos de risco ($p=0,033$); tabagismo ($p=0,000$) e ganho ponderal de risco ($p=0,004$). O intervalo interparto apesar de apresentar diferença estatística não apresentou valores residuais coincidentes com os de BPN.

Rendimento vs BPN

A análise realizada à tabela 14 revela-nos mais uma vez que a maioria das puérperas com recém-nascidos de baixo peso tem um rendimento mensal correspondente ao de risco.

Destaca-nos ainda que, apesar de ser extremamente discreta a diferença, é nas puérperas com baixo rendimento que surge um ganho ponderal mais adequado, em contrapartida, mesmo estando incluídas nos estados civis e vigilância da gravidez sem risco, é no grupo dos baixos rendimentos que surgem mais casos de vigilância inadequada e de puérperas sem companheiro durante a gravidez.

A interação das variáveis demonstra apresentar diferença altamente significativa nas variáveis rendimento de risco/estado civil de risco e sem risco ($X^2=18,701$; $p=0,000$) e rendimento de risco/vigilância da gravidez de risco ($X^2=20,207$; $p=0,000$), e bastante significativa no rendimento de risco/ganho ponderal de risco e sem risco ($X^2=17,702$; $p=0,001$).

Tabela 14: Distribuição das puérperas segundo o Rendimento Mensal a interagir com o Peso ao nascer

		$\leq 2499 \text{ g}^{(1)}$		$> 2500 \text{ g}^{(2)}$		Total		X^2	p	Residuais	
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)
Rendimento vs Ganho Ponderal	Risco + Risco	21	1,1	120	6,5	141	7,6	17,702	0,001	2,7	-2,7
	Risco + Sem Risco	61	3,3	503	27,2	564	30,6			2,1	-2,1
	Sem Risco + Risco	21	1,1	187	10,1	208	11,3			0,7	-0,7
	Sem Risco + Sem Risco	58	3,1	875	47,4	933	50,5			-3,9	3,9
Rendimento vs Estado Civil	Risco + Risco	35	1,9	256	13,9	291	15,8	18,701	0,000	2,2	-2,2
	Risco + Sem Risco	47	2,5	367	19,9	414	22,4			2,2	-2,2
	Sem Risco + Risco	29	1,6	241	13,1	270	14,6			1,3	-1,3
	Sem Risco + Sem Risco	50	2,7	821	44,5	871	47,2			-4,3	4,3
Rendimento vs Vigilância	Risco + Risco	17	0,9	71	3,8	88	4,8	20,207	0,000	3,6	-3,6
	Risco + Sem Risco	65	3,5	553	30,0	618	33,5			1,9	-1,9
	Sem Risco + Risco	7	0,4	66	3,6	73	4,0			0,3	-0,3
	Sem Risco + Sem Risco	72	3,9	995	53,9	1067	57,8			-3,5	3,5

Em síntese, verifica-se que as puérperas com casos de BPN apresentam um Rendimento Mensal sem Risco, associado a um estado civil sem risco (31%), e a uma vigilância da gravidez adequada (44,7%). A exceção surge na relação com o ganho ponderal

em que 37,8% das puérperas apresentam um ganho adequado num *Rendimento Mensal de Risco*.

Os três cruzamentos apresentam diferenças estatísticas, sendo estas no Rendimento de Risco/Ganho Ponderal de Risco e sem Risco ($p=0,001$); Rendimento de Risco/Estado Civil de risco e sem risco ($p=0,000$); e Rendimento de Risco/Vigilância de risco ($p=0,000$).

Vigilância da Gravidez vs BPN

A vigilância da gravidez sem risco foi a característica predominante nas puérperas com recém-nascidos de baixo peso ao nascer (tabela 15).

De acordo com a análise da tabela, constata-se que, com diferença altamente significativa se encontram as variáveis, vigilância de risco/patologias prévias de risco ($X^2=19,946$; $p=0,000$), vigilância de risco e sem risco/patologias na gravidez de risco ($X^2=35,426$; $p=0,000$), vigilância de risco e sem risco/hábitos tabágicos de risco ($X^2=28,798$; $p=0,000$) e vigilância de risco/ganho ponderal de risco ($X^2=19,694$; $p=0,000$).

Com diferença bastante significativa a variável vigilância de risco/estado civil de risco ($X^2=15,128$; $p=0,002$) e vigilância de risco/número de filhos de risco ($X^2=12,967$; $p=0,005$); com diferença estatisticamente significativa a vigilância de risco/planeamento da gravidez de risco ($X^2=9,499$; $p=0,023$), vigilância de risco/hábitos alcoólicos sem risco ($X^2=9,718$; $p=0,021$) e vigilância de risco/1ª consulta sem risco ($X^2= 8,454$; $p= 0,038$).

É no grupo das puérperas casadas que a vigilância da gravidez é efectuada mais correctamente, mas quando se tornam de risco, já surge em maior proporção nas não casadas.

O correcto planeamento e execução de uma 1ª consulta atempada também se inclui na maior parte das puérperas que realizaram uma vigilância sem risco, contudo, torna a ser evidente que quem não o faz surge maioritariamente no grupo de vigilância de risco.

As patologias prévias também são mais comuns nas puérperas que não vigiaram a gravidez de forma adequada. Já as patologias durante a gravidez surgem mais frequentemente nas vigilâncias efectuadas de forma correcta. O número de filhos de risco também surge maioritariamente no grupo da vigilância de risco.

A maior parte das puérperas não consumiram álcool ou tabaco durante a gravidez, mas as que o fizeram inserem-se mais no grupo da gravidez não vigiada correctamente. O ganho ponderal, quando é insuficiente surge mais no grupo da vigilância de risco.

Tabela 15: Distribuição das puérperas segundo a Vigilância da Gravidez a interagir com o Peso ao nascer

	≤ 2499 g ⁽¹⁾		> 2500 g ⁽²⁾		Total		χ ²	p	Residuais		
	N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)	
Vigilância vs Estado Civil	Risco + Risco	12	0,7	59	3,2	71	3,8	15,128	0,002	2,5	-2,5
	Risco + Sem Risco	12	0,7	79	4,3	91	4,9			1,5	-1,5
	Sem Risco + Risco	53	2,9	438	23,7	491	26,6			1,9	-1,9
	Sem Risco + Sem Risco	84	4,6	1109	60,1	1193	64,6			-3,5	3,5
Vigilância vs Planeamento	Risco + Risco	9	0,5	40	2,2	49	2,7	9,499	0,023	2,4	-2,4
	Risco + Sem Risco	15	0,8	98	5,3	113	6,1			1,8	-1,8
	Sem Risco + Risco	24	1,3	254	13,8	278	15,1			-0,1	0,1
	Sem Risco + Sem Risco	113	6,1	1293	70,7	1406	76,2			-1,9	1,9
Vigilância vs 1ª consulta	Risco + Risco	5	0,3	26	1,4	31	1,7	8,454	0,038	3,1	-3,1
	Risco + Sem Risco	19	1,0	112	6,1	131	7,1			-0,1	0,1
	Sem Risco + Risco	2	0,1	18	1,0	20	1,1			-6,3	6,3
	Sem Risco + Sem Risco	135	7,3	1529	82,8	1664	90,1			8,0	-8,0
Vigilância vs Patologias Prévias	Risco + Risco	6	0,3	10	0,5	16	0,9	19,946	0,000	4,2	-4,1
	Risco + Sem Risco	18	1,0	128	6,9	146	7,9			1,6	-1,6
	Sem Risco + Risco	15	0,8	151	8,2	166	9,0			0,2	-0,2
	Sem Risco + Sem Risco	122	6,6	1396	75,6	1518	82,2			-2,2	2,2
Vigilância vs Patologias Gravidez	Risco + Risco	8	0,4	36	2,0	44	2,4	35,426	0,000	2,3	-2,3
	Risco + Sem Risco	16	0,9	103	5,6	119	6,4			1,9	-1,9
	Sem Risco + Risco	74	4,0	490	26,5	564	30,6			4,4	-4,4
	Sem Risco + Sem Risco	63	3,4	1056	57,2	1119	60,6			-5,8	5,8
Vigilância vs N.º Filhos	Risco + Risco	17	0,9	72	3,9	89	4,8	12,967	0,005	3,6	-3,6
	Risco + Sem Risco	7	0,4	66	3,6	73	4,0			0,3	-0,3
	Sem Risco + Risco	82	4,4	901	48,8	983	53,3			-0,6	0,6
	Sem Risco + Sem Risco	55	3,0	646	35,0	701	38,0			-1,0	1,0
Vigilância vs Álcool	Risco + Risco	2	0,1	17	0,9	19	1,0	9,718	0,021	0,3	-0,3
	Risco + Sem Risco	22	1,2	121	6,6	143	7,7			2,9	-2,9
	Sem Risco + Risco	12	0,7	101	5,5	113	6,1			0,7	-0,7
	Sem Risco + Sem Risco	125	6,8	1446	78,3	1571	85,1			-2,8	2,8
Vigilância vs Tabaco	Risco + Risco	8	0,4	29	1,6	37	2,0	28,798	0,000	2,8	-2,8
	Risco + Sem Risco	16	0,9	109	5,9	125	6,8			1,7	-1,7
	Sem Risco + Risco	38	2,1	215	11,6	253	13,7			3,8	-3,8
	Sem Risco + Sem Risco	99	5,4	1332	72,2	1431	77,5			-5,1	5,1
Vigilância vs Ganho Ponderal	Risco + Risco	9	0,5	23	1,2	32	1,7	19,694	0,000	3,9	-3,9
	Risco + Sem Risco	15	0,8	115	6,2	130	7,0			1,2	-1,2
	Sem Risco + Risco	33	1,8	284	15,4	317	17,2			1,2	-1,2
	Sem Risco + Sem Risco	104	5,6	1263	68,4	1367	74,1			-2,9	2,9

Resumindo, as puérperas com casos de BPN efectuam uma Vigilância sem Risco durante a sua gravidez. Associada a essa vigilância surgem ainda as características de estado civil sem risco (52,2%); planeamento da gravidez (70,2%), realização de uma 1ª consulta atempada (83,9%); ausência de Patologias prévias (75,8%), presença de patologias na gravidez (45,9%), um número de filhos de risco (50,9%), sem consumo de álcool (61,5%) e com um ganho ponderal adequado (64,6%).

Das diferenças estatísticas constam: vigilância de risco/estado civil de risco ($p=0,002$); vigilância de risco/planeamento de risco ($p=0,023$); vigilância de risco/1ª consulta sem risco ($p=0,038$); presença de patologias prévias ($p=0,000$); presença de patologias na gravidez ($p=0,000$); número de filhos de risco ($p=0,005$); sem consumo de álcool ($p=0,021$); consumo de tabaco ($p=0,000$) e ganho ponderal inadequado ($p=0,000$).

Patologias durante a gravidez vs BPN

Da análise constata-se que as puérperas desenvolveram alguma patologia durante a gravidez, e que coincidentemente, também manifestaram alterações na altura do nascimento, tendo estas ocorridos nas idades gestacionais consideradas de risco.

A diferença estatística encontrada foi altamente significativa na patologia da gravidez de risco e sem risco/idade gestacional de risco ($\chi^2=257,042$; $p=0,000$).

Tabela 16: Distribuição das puérperas segundo a Patologia da Gravidez a interagir com a Idade gestacional no Peso ao nascer

		≤ 2499 g ⁽¹⁾		> 2500 g ⁽²⁾		Total		χ^2	p	Residuais	
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)
Patologia Gravidez vs Idade Gestacional	Risco + Risco	53	2,9	74	4,1	127	7,0	257,042	0,000	13,8	-13,8
	Risco + Sem Risco	27	1,5	445	24,5	472	26,0			-2,6	2,6
	Sem Risco + Risco	44	2,4	174	9,6	218	12,0			6,5	-6,5
	Sem Risco + Sem Risco	32	1,8	968	53,3	1000	55,0			-9,1	9,1

Em suma, 32,9% das puérperas com BPN apresenta Patologias na gravidez e Idade Gestacional de risco. Com diferença estatística altamente significativa surge a relação entre a ausência ou presença de patologias na gravidez/ idade gestacional de risco ($p=0,000$).

Patologias prévias vs BPN

Da análise realizada à tabela 17 verifica-se que a presença de patologias prévias não é comum. Contudo quando está presente, interage com a idade gestacional (pré ou pós-termo), ocasionando nascimentos de baixo peso.

A diferença estatística encontrada também foi altamente significativa ($\chi^2=219,123$; $p=0,000$) nas patologias prévias de risco e sem risco/idade gestacional de risco.

Tabela 17: Distribuição das puérperas segundo as Patologia Prévias a interagir com a Idade gestacional no Peso ao nascer

		≤ 2499 g ⁽¹⁾		> 2500 g ⁽²⁾		Total		χ^2	p	Residuais	
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)
Patologia Prévias vs Idade Gestacional	Risco + Risco	17	0,9	23	1,3	40	2,2	219,123	0,000	7,7	-7,7
	Risco + Sem Risco	4	0,2	133	7,3	137	7,5			-25	2,5
	Sem Risco + Risco	80	4,4	225	12,4	305	16,8			12,1	-12,1
	Sem Risco + Sem Risco	55	3,0	1280	70,4	1335	73,5			-11,3	11,3

Em síntese, 49,7% das puérperas com BPN, apresenta uma gravidez sem patologias prévias mas com um nascimento em idade gestacional de risco. As diferenças estatísticas são altamente significativas e centram-se na presença ou ausência de patologias prévias/idade gestacional de risco ($p=0,000$).

Hábitos Alcoólicos vs BPN

A análise demonstra que a grande maioria das puérperas não consumiu álcool durante a gravidez, mas quando o fez, este associou-se a um maior aparecimento de patologias durante a gravidez. A idade gestacional e ganho ponderal de risco não se encontram relacionadas com o hábito alcoólico, sendo mais comuns no grupo das puérperas que não o manifestaram.

A diferença estatística encontrada para o consumo de álcool de risco e sem risco/patologias da gravidez de risco ($\chi^2=29,518$; $p=0,000$) foi altamente significativa.

Já o ganho ponderal ($\chi^2=6,863$; $p=0,076$) não demonstra ter diferença estatisticamente significativa, contudo, os residuais demonstram uma significância marginal a 10% no sem consumo de álcool/ganho ponderal de risco (residual: 2,3).

Tabela 18: Distribuição das puérperas segundo o Consumo de Álcool a interagir com o Peso ao nascer

		$\leq 2499 \text{ g}^{(1)}$		$> 2500 \text{ g}^{(2)}$		Total		Residuais			
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)	χ^2	p	(1)	(2)
Álcool vs Patologias Gravidez	Risco + Risco	9	0,5	33	1,8	42	2,3	29,518	0,000	3,0	-3,0
	Risco + Sem Risco	5	0,3	85	4,6	90	4,9			-1,1	1,1
	Sem Risco + Risco	73	4,0	493	26,7	566	30,7			4,2	-4,2
	Sem Risco + Sem Risco	74	4,0	1074	58,2	1148	62,2			-4,4	4,4
Álcool vs Ganho Ponderal	Risco + Risco	2	0,1	11	0,6	13	0,7	6,863	0,076	0,9	-0,9
	Risco + Sem Risco	12	0,7	107	5,8	119	6,4			0,5	-0,5
	Sem Risco + Risco	40	2,2	296	16,0	336	18,2			2,3	-2,3
	Sem Risco + Sem Risco	107	5,8	1271	68,9	1378	74,6			-2,5	2,5

Resumindo, a maioria das puérperas com BPN não consumiu álcool durante a gravidez e associado a essa relação surge ainda ausência de patologias na gravidez (45,9%); idade gestacional de risco (55,9%) e ganho ponderal adequado (66,5%).

Com diferenças estatísticas altamente significativas surgem as relações Hábito Alcoólico de Risco ou sem Risco/Patologias na gravidez ($p=0,000$). Com significância marginal surge o Hábito Alcoólico sem Risco/Ganho Ponderal de Risco ($p=0,076$).

Hábitos tabágicos vs BPN

O hábito tabágico também não foi característica predominante nas puérperas com recém-nascidos de baixo peso ao nascer (tabela 19).

Em relação ao ganho ponderal, constata-se que o consumo de tabaco não teve interferência no mesmo, aparecendo sugestivamente mais situações de risco nas puérperas que não fumaram.

De acordo com a análise, verifica-se que a totalidade das variáveis revelou diferença altamente significativa no consumo tabágico de risco/ganho ponderal de risco e sem risco ($\chi^2=30,968$; $p=0,000$).

Tabela 19: Distribuição das puérperas segundo o Consumo de Tabaco a interagir com o Peso ao nascer

		≤ 2499 g ⁽¹⁾		> 2500 g ⁽²⁾		Total		Residuais			
		N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			χ^2	p
Tabaco vs Ganho Ponderal	Risco + Risco	5	0,3	20	1,1	25	1,4	30,968	0,000	2,0	-2,0
	Risco + Sem Risco	41	2,2	224	12,1	265	14,4			4,2	-4,2
	Sem Risco + Risco	37	2,0	287	15,5	324	17,6			1,9	-1,9
	Sem Risco + Sem Risco	78	4,2	1154	62,5	1232	66,7			-5,2	5,2

Em suma, a maioria das puérperas com BPN não fumou durante a gravidez e associado a essa relação surge ainda um ganho ponderal adequado (48,4%).

Com diferenças estatísticas altamente significativas surge a relação Hábito Tabágico de risco/Ganho Ponderal de risco ou sem risco ($p=0,000$).

Número de Filhos vs BPN

Analisando a tabela 20 denota-se que as puérperas apresentam um número de filhos considerado de risco.

Após análise da interacção de variáveis, constata-se que o aparecimento de patologias durante a gravidez está relacionado com o número de filhos de risco.

Da mesma avaliação, conclui-se ainda que o peso do 1º filho e o intervalo interparto não confluíram com o número de filhos de risco, aparecendo mais vezes alterados no grupo “sem risco”, determinando desta forma, mais casos de baixo peso à nascença.

A diferença estatística encontrada para o número filhos de risco/patologias da gravidez de risco ($\chi^2=32,086$; $p=0,000$) e número de filhos sem risco/peso do 1º filho de risco ($\chi^2=55,804$; $p=0,000$) foi altamente significativa. Para o intervalo interparto a diferença estatisticamente encontrada foi bastante significativa ($\chi^2=8,932$; $p=0,030$).

Tabela 20: Distribuição das puérperas segundo o Número de Filhos a interagir com o Peso ao nascer

	≤ 2499 g ⁽¹⁾		> 2500 g ⁽²⁾		Total		χ^2	p	Residuais		
	N (161)	% (8,7)	N (1685)	% (91,3)	N (1846)	% (100)			(1)	(2)	
N.º Filhos vs Patologias Gravidez	Risco + Risco	56	3,0	302	16,4	358	19,4	32,086	0,000	5,2	-5,2
	Risco + Sem Risco	43	2,3	671	36,3	714	38,7			-3,3	3,3
	Sem Risco + Risco	27	1,5	224	12,1	251	13,6			1,2	-1,2
	Sem Risco + Sem Risco	35	1,9	488	26,4	523	28,3			-1,9	1,9
N.º Filhos vs Peso 1º Filho	Risco + Risco	1	0,1	2	0,3	3	0,4	55,804	0,000	1,6	1,6
	Risco + Sem Risco	4	0,5	37	4,8	41	5,3			0,5	-0,5
	Sem Risco + Risco	16	2,1	28	3,6	44	5,7			7,2	-7,2
	Sem Risco + Sem Risco	40	5,2	644	83,4	684	88,6			-5,9	5,9
N.º Filhos vs Idade Gestacional	Risco + Risco	60	3,3	152	8,4	212	11,7	206,999	0,000	10,9	-10,9
	Risco + Sem Risco	34	1,9	809	44,2	837	46,1			-6,4	6,4
	Sem Risco + Risco	37	2,0	96	5,3	133	7,3			8,2	-8,2
	Sem Risco + Sem Risco	25	1,4	610	33,6	635	34,9			5,2	-5,2
N.º Filhos vs Intervalo Interparto	Risco + Risco	4	0,5	19	2,5	23	3,0	8,932	0,030	2,1	-2,1
	Risco + Sem Risco	2	0,3	19	2,5	21	2,8			0,5	-0,5
	Sem Risco + Risco	34	4,5	401	52,6	435	57,1			1,4	-1,4
	Sem Risco + Sem Risco	11	1,4	272	35,7	283	37,1			-2,4	2,4

Em síntese, as puérperas com casos de BPN apresentam um número de filhos de risco, exceptuando quando essa variável está a interagir com o peso do 1º filho e o intervalo interparto em que demonstra ser maioritariamente uma variável sem risco (65,6% e 88,2% respectivamente). Quando associados ao risco do número de filhos surgem ainda a característica de presença de patologias na gravidez (34,8%), idade gestacional de risco (37,3%) e intervalo interparto de risco (58,9%).

Da verificação das diferenças estatísticas, constata-se como altamente significativa na relação: Número de Filhos de risco/Patologias na gravidez ($p=0,000$) e N.º de Filhos de risco ou sem risco/ Idade Gestacional de risco ($\chi^2=206,999$; $p=0,000$); e bastante significativa na N.º Filhos de risco/Intervalo interparto de risco ($\chi^2=8,932$; $p=0,030$).

2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, procedemos à verificação da validade das questões de investigação formuladas.

Como referido anteriormente são múltiplos os possíveis factores que podem interferir no aparecimento do baixo peso ao nascer.

Por conseguinte, considera-se relevante analisar o BPN da amostra encontrada e conhecer de que modo é influenciado pelas variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal.

**Que variáveis sociodemográficas, obstétricas ou de assistência pré-natal
estão associadas ao BPN?**

Relação entre a Idade Materna e o BPN

Encontra-se comprovado que a idade materna exerce influência na gravidez, tanto a nível fisiológico como psicológico, podendo causar alguns resultados perinatais adversos.^(30, 93)

De forma a identificar essa influência no BPN, utilizou-se um Teste Kruskal-Wallis. Na observação, constata-se que é nas puérperas enquadradas no grupo etário ≤ 19 anos que surgem mais casos de BPN. No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a relação entre ambas.

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre a idade materna e o BPN

<i>Idade Materna</i>	≤ 19 anos	20 – 34 anos	≥ 35 anos	KW	P
	OM	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	96,43	79,88	78,50	1,704	0,427

Relação entre a Escolaridade e o BPN

Pressupõe-se que a baixa escolaridade materna possa colocar tanto a mãe como recém-nascido em situações de risco, uma vez que está associado a um deficit de conhecimentos tanto sobre hábitos de vida saudáveis a ter durante a gravidez, como da importância da vigilância pré-natal, como pelo menor interesse demonstrado.^(24, 83)

No sentido de identificar a relação entre a Escolaridade e o BPN, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney. Realça-se que é nas puérperas com menor nível de formação que surge maior relação com a presença de recém-nascidos com BPN. Os resultados evidenciam que existe uma significância marginal a 10% ($p=0,074$), confirmando a relação entre ambas.

Tabela 22 – Teste U de Mann-Whitney entre a escolaridade materna e o BPN

<i>Escolaridade</i>	$\leq 12^\circ$ Ano	Ensino Superior	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	84,78	69,58	1963,0	0,074

Relação entre a Situação Profissional e o BPN

Estudos indicam que o risco de pais desempregados terem crianças de baixo peso ao nascer é duas vezes maior quando comparados com pais empregados.⁽¹⁸⁵⁾

Para determinar essa relação com o BPN, utilizou-se um Teste T de Student para amostras independentes. Afere-se que, contudo, é nas puérperas empregadas que surge uma maior relação média com o BPN. No entanto não se constata diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), pelo que se exclui a relação entre ambas.

Tabela 23 – Teste T entre a Situação Profissional materna e o BPN

<i>Situação Profissional</i>	Empregada		Desempregada		t	P
	M	DP	M	DP		
Baixo peso ao nascer	2124,59	414,460	2113,53	367,484	0,177	0,860

Relação entre o Rendimento Mensal e o BPN

Um baixo rendimento mensal, pode implicar para a grávida deficits nutricionais, com ganho ponderais insuficientes e ausência/diminuição do número de consultas de vigilância pré-natal durante a gravidez por dificuldades no seu acesso ou transporte.⁽³⁶⁾

O teste T utilizado para analisar a relação entre o Rendimento mensal e o BPN verifica que é no grupo de puérperas com rendimento ≤ 1000 € que surgem médias superiores de BPN. Na análise do cruzamento entre as variáveis não se observam significâncias ($p > 0,05$), pelo que não se pode validar a relação entre ambas.

Tabela 24 – Teste T entre o Rendimento mensal e o BPN

<i>Rendimento Mensal</i>	≤ 1000 €		> 1000 €		t	P
	M	DP	M	DP		
Baixo peso ao nascer	2135,09	389,124	2099,97	382,966	0,577	0,565

Relação entre o Estado Civil e o BPN

Estudos internacionais indicam que as mulheres casadas apresentam um risco menor de desenvolver crianças com BPN, prematuras e pequenas para a idade gestacional, quando comparadas com mães solteiras. Esta causalidade de efeitos adversos, por norma

está associado a um status materno de desemprego, baixa escolaridade, hábitos tabágicos e primiparidade nas que não coabitação com companheiro.^(8, 186)

Para compreender a relação entre o estado civil e o baixo peso ao nascer, aplicou-se um Teste T de Student. Verifica-se que a relação com o baixo peso ao nascer surge maioritariamente nas puérperas que não apresentaram companheiro durante a gravidez. Contudo, não se observam valores significativos no cruzamento efectuado ($p > 0,05$), não se podendo validar a relação entre ambas.

Tabela 25 – Teste T entre o Estado Civil e o BPN

<i>Estado Civil</i>	<i>Solteira/Viúva/Divorciada</i>		<i>Casada/União Facto</i>		t	P
	M	DP	M	DP		
Baixo peso ao nascer	2145,77	373,851	2099,44	393,519	0,745	0,457

Relação entre o Número de Gestações e o BPN

A possibilidade de surgirem complicações obstétricas durante a gravidez, tanto nas primíparas como nas múltiparas é comprovadamente maior. O que, por presença de prematuridade ou RCIU, ou até mesmo pela diminuição dos intervalos interparto poderão ter uma interferência maior no aparecimento de BPN.^(1, 8, 33, 34)

Para a avaliação da relação foi aplicado um Teste Kruskal-Wallis, onde se constata que o BPN surge maioritariamente nas puérperas com um número de gestações sem risco (2 a 3 gestações). Analisando a significância verifica-se que as variáveis não são explicativas ($p > 0,05$), pelo que não se valida a relação entre ambas.

Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis entre o Número Gestações e o BPN

<i>Número de Gestações</i>	1 gestação	2 a 3 gestações	≥ 4 gestações	KW	P
	OM	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	78,31	84,67	81,55	0,684	0,710

Relação entre o Número de Filhos e o BPN

A relação de número de filhos com o peso ao nascer tende a estar estritamente relacionada com a idade materna, uma vez que é nas grávidas adolescentes que o maior número de filhos se associa à sua diminuição. O número de filhos também surge como

indicativo da distribuição dos pesos, em que por norma o primeiro é o que apresenta um valor menor.^(1, 95, 126)

A tabela 28 revela a relação entre o número de filhos e o BPN, tendo-se aplicado um Teste Kruskal-Wallis para a analisar. Constata-se que a superioridade das médias de recém-nascidos com baixo peso ao nascer se enquadra mais nas puérperas com um número de filhos superior ou igual a quatro. A análise conclui ainda que não existe diferença estatística significativa ($p > 0,05$), excluindo a relação.

Tabela 27 – Teste Kruskal Wallis entre o Número de Filhos e o BPN

<i>Número de Filhos</i>	1 filho	2 a 3 filhos	≥ 4 filhos	KW	P
	OM	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	81,95	78,70	91,60	0,449	0,799

Relação entre a Gemelaridade e o BPN

O BPN na gravidez múltipla pode surgir pela possibilidade aumentada de prematuridade e pela discrepância entre os pesos dos recém-nascidos.⁽³⁵⁾

Desta forma, a relação entre a gemelaridade e o baixo peso foi avaliada pela aplicação de um Teste U de Mann-Whitney, no qual se afere que a maior ordenação média com o BPN surge nas puérperas com gravidez não gemelar. Da análise não se apura significância estatística entre as variáveis ($p > 0,05$), pelo que não se valida a relação entre ambas.

Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney entre a Gemelaridade e o BPN

<i>Gemelaridade</i>	Sim	Não	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	66,19	82,30	769,5	0,232

Relação entre o Intervalo Interparto e o BPN

Intervalos interparto inferiores a 18 meses e superiores a 60 estão associados a nascimentos pré-termo, RCIU, e BPN. Segundo a OMS o intervalo recomendado centra-se em pelo menos 24 meses.^(8, 87)

Quanto à relação entre o Intervalo Interparto e o BPN, aplicou-se um Teste Kruskal-Wallis. Torna-se pertinente referir que é nas puérperas que mantiveram um intervalo interparto ≥ 6 anos que se enquadra uma ordenação média superior com o BPN. Da análise do cruzamento entre as variáveis não existem diferenças significativas ($p > 0,05$), pelo que não se confirma a relação entre ambas.

Tabela 29 – Teste Kruskal-Wallis entre o Intervalo Interparto e o BPN

<i>Intervalo Interparto</i>	≤ 2 anos	3 a 5 anos	≥ 6 anos	KW	P
	OM	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	22,79	23,62	28,67	1,736	0,420

Relação entre o Peso do 1º Filho e o BPN

Estudos revelam que o primeiro filho, em geral, é menor que os subsequentes.⁽¹⁸⁷⁾

No que concerne à relação entre o peso ao nascer do 1º filho e o baixo peso ao nascer do filho actual, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney. Denota-se que são as puérperas com primeiros filhos com pesos superiores a 2500g que demonstram uma maior relação com o BPN do filho actual. A análise conclui que também não existe diferença estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), pelo que não se confirma a relação entre ambas.

Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o peso ao nascer do 1º Filho e o BPN

<i>Peso ao nascer do 1º filho</i>	≤ 2499 g	> 2500 g	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	25,62	33,08	282,5	0,141

Relação entre a Idade Gestacional e o BPN

Julga-se que cerca de 50% dos casos de BPN se coadunam com a presença da prematuridade. Na gestação pós-termo, o BPN em consequência de uma RCIU, é o maior promotor de complicações fetais, tornando-as particularmente mais elevadas.^(166, 168)

No que se referente à sua relação com o baixo peso ao nascer, aplicou-se um Teste Kruskal-Wallis, onde se afere que a relação com o BPN é maior nas puérperas que tiveram os seus recém-nascidos com uma idade gestacional ≥ 41 semanas. Da análise entre as

variáveis constata-se que existe diferença estatística altamente significativa ($p=0,000$), confirmando-se a relação.

Tabela 31 – Teste Kruskal-Wallis entre a Idade Gestacional e o BPN

<i>Idade Gestacional</i>	≤ 36 sem	37 – 40 sem	≥ 41 sem	KW	P
	OM	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	60,85	106,29	133,50	38,468	0,000

Relação entre o Planeamento da Gravidez e o BPN

O não planeamento de uma gravidez pode resultar muitas vezes em complicações obstétricas e perinatais tanto pela ausência de prevenção e tratamento de doenças prévias à gravidez, pelo início tardio da vigilância pré-natal como pelos comportamentos desajustados que podem tomar numa fase inicial da gravidez, fase essa importantíssima para o desenvolvimento fetal.^(49, 53)

Foi aplicado um Teste de U de Mann-Whitney com o intuito de avaliar as relações, do qual se verifica que, são as puérperas que não planearam a gravidez que apresentam uma maior relação com o baixo peso ao nascer. Verifica-se que existe uma significância marginal a 10% ($p=0,089$) pelo que se confirma a relação entre ambas.

Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre o Planeamento da Gravidez e o BPN

<i>Planeamento da Gravidez</i>	Não	Sim	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	93,30	77,83	1706,0	0,089

Relação entre a Gravidez Desejada e o BPN

Cerca de um terço das gravidezes estão aliadas a um não desejado das mesmas. Como repercussão no peso ao nascer pode agir a situação de *stress*, provável depressão, má vigilância pré-natal, comportamentos não saudáveis e baixas condições socioeconómicas.⁽⁵⁰⁻⁵²⁾

Para determinar a relação entre a gravidez desejada e o Baixo peso ao nascer, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney. Denota-se que a ausência de desejo da gravidez influencia a relação com o baixo peso à nascença, contudo da análise não se observam significâncias estatísticas ($p > 0,05$).

Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre a Gravidez Desejada e o BPN

<i>Gravidez Desejada</i>	Não	Sim	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	86,69	80,15	1350,5	0,549

Relação entre a Vigilância da Gravidez e o BPN

A vigilância pré-natal é de extrema importância para o desenrolar de uma gravidez saudável sem prejuízo para a saúde materna e fetal. O número de consultas realizadas é fundamental (mínimo 6), mas mais ainda é a qualidade com que se efectuam.^(54, 91)

Na Tabela 35 evidencia-se a relação entre a vigilância da gravidez e o BPN, tendo-se utilizado um Teste U de Mann-Whitney para a sua análise. Como se observa, é nas puérperas que vigiaram a sua gravidez que se notou uma maior relação com a presença de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. Observa-se ainda que não existe diferença estatística significativa ($p > 0,05$), pelo que não se valida a relação.

Tabela 34 – Teste U de Mann-Whitney entre a Vigilância da Gravidez e o BPN

<i>Vigilância da Gravidez</i>	Não	Sim	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	77,56	81,60	1561,5	0,695

Relação entre a Primeira Consulta e o BPN

É muito relevante a necessidade de uma datação precisa da idade gestacional, como inclusive o controle de patologias prévias e da gravidez. E por serem extremamente importantes, é aconselhado um início da vigilância pré-natal precoce, e preferencialmente antes da 12^a semana de gestação.⁽⁹⁴⁾

Para compreender essa influência, aplicou-se um Teste U de Mann-Whitney. Do qual se observa que, a ordenação média de baixo peso ao nascer é superior nas puérperas que com primeira consulta realizada mais tardiamente (> 12 semanas). Na Tabela 36 constata-se uma significância marginal a 10% ($p=0,067$), pelo que se confirma a relação das variáveis.

Tabela 35 – Teste U de Mann-Whitney entre a Primeira Consulta e o BPN

<i>1ª Consulta</i>	> 12 semanas	≤ 12 semanas	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	112,57	79,56	318,0	0,067

Relação entre as Patologias Prévias da Gravidez e o BPN

Algumas patologias maternas, prévias à concepção, são condicionantes para o aumento do risco obstétrico da gravidez, e por conseguinte a possibilidade de um parto pré-termo ou baixo peso ao nascer.^(32, 47)

Para avaliar a sua relação com o baixo peso ao nascer, aplicou-se um Teste U de Mann-Whitney do qual se constata que é nas puérperas que não apresentam patologias prévias que surge uma maior presença de recém-nascidos com baixo peso. Os valores de significância estatística não são relevantes ($p > 0,05$), pelo que não se aceita esta relação.

Tabela 36 – Teste U de Mann-Whitney entre as Patologias Prévias à Gravidez e o BPN

<i>Patologias Prévias</i>	Sim	Não	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	64,26	83,51	1118,5	0,078

Relação entre as Patologias da Gravidez e o BPN

O aparecimento de patologias durante a gravidez coloca em perigo acrescido a saúde materna e fetal como pode comprometer a própria gravidez pelo risco de abortamento.^(32, 93)

Para determinar a relação com o BPN, utilizou-se um Teste T. Afere-se da aplicação que houve uma maior relação com o BPN nas puérperas sem patologia na gravidez do que com patologia. Verifica-se desta análise que não existe diferença estatística significativa ($p \geq 0,05$), pelo que não se confirma a relação entre ambas.

Tabela 37 – Teste T entre as Patologias na Gravidez e o BPN

<i>Patologias na Gravidez</i>	Sim		Não		t	P
	M	DP	M	DP		
Baixo peso ao nascer	2071,61	403,934	2165,86	361,276	-1,559	0,121

Relação entre o consumo de Tabaco e o BPN

Estudos específicos do tabagismo na gravidez revelam que cerca de 80% das grávidas fumadoras, mantêm o consumo de tabaco durante a gravidez, contudo estima-se que se o abandonassem, perto de um quarto dos recém-nascidos com baixo peso, podiam ser evitados. ^(43, 44, 79)

Com o intuito de compreender a relação entre o consumo de tabaco e o BPN, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney. As puérperas que consumiram tabaco apresentam ordenações médias superiores de BPN em detrimento das que não fumaram. Contudo, verifica-se que não existe diferença estatística significativa ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a relação entre ambas.

Tabela 38 – Teste U de Mann-Whitney entre o consumo de Tabaco e o BPN

<i>Tabaco</i>	Sim	Não	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	81,23	80,91	2634,5	0,969

Relação entre o consumo de Álcool e o BPN

Estima-se que a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez, tenha aumentado durante os últimos anos. Alguns autores pressupõem ainda que esse aumento ronda os 20-25% das grávidas, mas outros revelam que pode ir de 2% a 40%, dependendo do método de investigação utilizado. ^(45, 46, 147)

Os efeitos do álcool sobre o recém-nascido são extremamente nefastos e possivelmente irreversíveis. ⁽¹⁵¹⁾

No sentido de identificar a relação entre as variáveis foi aplicado um Teste U de Mann-Whitney, onde se realça que são as puérperas não consumidoras de álcool que apresentam ordenações médias superiores de baixo peso ao nascer. As diferenças estatísticas não aparecem como significativas ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a relação entre as duas.

Tabela 39 – Teste U de Mann-Whitney entre o consumo de Álcool e o BPN

<i>Álcool</i>	Sim	Não	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	70,25	82,02	878,5	0,366

Relação entre o Ganho Ponderal e o BPN

O aporte de nutrientes ao feto é tão somente garantido pela ingestão alimentar materna como pelas suas reservas nutricionais, logo, se este não for o adequado irá incorrer na alteração do desenvolvimento e crescimento daquela criança.⁽³⁶⁾

De forma a identificar essa influência no BPN, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney. Na observação da Tabela 41 constata-se que surge uma maior relação com o BPN nas puérperas que tiveram um ganho ponderal superior a 6 Kg. No entanto, não se verificam valores significativos entre as variáveis ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a relação.

Tabela 40 – Teste U de Mann-Whitney entre o Ganho Ponderal e o BPN

<i>Ganho Ponderal</i>	≤ 6 kg		> 6 kg		U	P
	OM	OM	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	80,07	81,33	2460,0	0,881		

Em suma, somente as puérperas com baixa escolaridade, gravidez não planeada, com uma vigilância tardia (> 12 semanas) e com um parto na idade gestacional ≥ 41 semanas é que demonstram apresentar relação com o BPN.

Em que medida as variáveis designadas de risco interferem no aparecimento do BPN?

Interferência do Risco Sociodemográfico no BPN

No sentido de conhecer a interferência do Risco sociodemográfico no BPN, aplicou-se um Teste T. Avaliando essa aplicação constata-se que a média superior de casos de BPN surge na maioria das puérperas que apresentam risco. Da análise da Tabela 42, contudo, não se regista diferença estatística significativa entre as variáveis ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a interferência.

Tabela 41 – Teste T entre o Baixo peso ao nascer e o Risco Sociodemográfico

<i>Risco Sociodemográfico</i>	Sim		Não		t	P
	M	DP	M	DP		
Baixo peso ao nascer	2166,65	367,478	2076,36	397,232	1,487	0,139

Interferência do Risco Obstétrico no BPN

Com o intuito de se perceber a relação entre o Risco Obstétrico e o BPN, utilizou-se um Teste T. Salienta-se da respectiva análise que surge uma média superior de casos de BPN nas puérperas que não apresentaram risco obstétrico. Constata-se ainda que existe diferença estatística bastante significativa entre as variáveis ($p=0,001$), confirmando-se a interferência.

Tabela 42 – Teste T entre o Baixo peso ao nascer e o Risco Obstétrico

<i>Risco Obstétrico</i>	Sim		Não		t	P
	M	DP	M	DP		
Baixo peso ao nascer	1998,51	438,300	2207,37	313,977	-3,523	0,001

Interferência do Risco na Assistência Pré-natal no BPN

Foi aplicado um Teste de U de Mann-Whitney, com o intuito de compreender a relação entre o Risco na assistência pré-natal e o BPN. Na análise dos resultados, refere-se que o maior número de recém-nascidos com baixo peso ao nascer esteve associado às puérperas que manifestaram um risco na assistência pré-natal. No entanto, não se verifica diferença estatística significativa ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a interferência.

Tabela 43 – Teste U de Mann-Whitney entre o Baixo peso ao nascer e Risco na Assistência Pré-natal

<i>Risco Assistência Pré-natal</i>	Sim	Não	U	P
	OM	OM		
Baixo peso ao nascer	99,83	79,88	514,5	0,212

Em suma, somente a ausência de Risco Obstétrico de forma isolada revela interferir no aparecimento do BPN.

Interacção do Risco Sociodemográfico Vs BPN

No sentido de conhecer a interferência do Risco Sociodemográfico em interacção com variáveis obstétricas e de assistência pré-natal, sob o BPN, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney. Salienta-se que somente os valores de ordenação média da interacção Risco Sociodemográfico/ Idade gestacional sem risco ($p=0,007$) e Sem Risco Sociodemográfico/Idade gestacional sem risco ($p=0,000$) é que demonstrou valores significativos, pelo que se confirma a interferência destas variáveis no BPN.

Tabela 44 - Teste U de Mann-Whitney entre a interação da variável de risco sociodemográfico e as variáveis obstétricas e de assistência pré-natal, no BPN

BPN		OM	OM	U	P
R I S C O	Número de Gestações				
		Risco (1 e ≥ 4 gestações)	Sem Risco (2 a 3 gestações)		
	Risco	37,19	37,95	646,5	0,882
	Sem Risco	41,95	47,35	780,5	0,334
	Número de Filhos				
		Risco (1 e ≥ 4 filhos)	Sem Risco (2 a 3 filhos)		
	Risco	38,12	36,65	640,0	0,771
	Sem Risco	44,94	42,31	815,5	0,642
	Gemelaridade				
		Risco (Gemelar)	Sem Risco (Simples)		
Risco	33,5	37,61	64,0	0,806	
Sem Risco	38,0	44,87	352,0	0,399	
S O C I O E C O N Ó M I C O	Intervalo Interparto				
		Risco (≤ 2 e ≥ 6 anos)	Sem Risco (primípara e 3-5 anos)		
	Risco	16,14	12,0	60,0	0,241
	Sem Risco	11,15	12,70	36,5	0,638
	Peso 1º Filho				
		Risco (≤ 2499g)	Sem Risco (> 2500g)		
	Risco	12,9	16,6	49,5	0,405
	Sem Risco	13,58	16,78	85,0	0,330
	Idade Gestacional				
		Risco (≤ 36 e ≥ 41 semanas)	Sem Risco (37 a 40 semanas)		
Risco	29,57	42,95	351,5	0,007	
Sem Risco	32,93	64,0	248,0	0,000	
R I S C O	Planeamento da Gravidez				
		Risco (Não planeada)	Sem Risco (Planeada)		
	Risco	40,75	35,94	522,0	0,368
	Sem Risco	50,89	43,21	289,0	0,387
	Gravidez Desejada				
		Risco (Não Desejada)	Sem Risco (Desejada)		
	Risco	39,91	36,78	443,5	0,598
	Sem Risco	38,63	44,26	144,5	0,674
	Vigilância da Gravidez				
		Risco (Não Vigiada)	Sem Risco (Vigiada)		
Risco	39,10	37,09	418,5	0,747	
Sem Risco	34,0	45,15	261,0	0,210	
S O C I O E C O N Ó M I C O	Primeira Consulta				
		Risco (>12 semanas)	Sem Risco (≤12 semanas)		
	Risco	49,71	36,22	149,0	0,114
	Sem Risco	0,0	44,0	-	-
	Patologias Prévias				
		Risco (com Patologia)	Sem Risco (sem Patologia)		
	Risco	29,61	38,59	221,5	0,240
	Sem Risco	33,83	45,63	328,0	0,133
	Patologias Gravidez				
		Risco (com Patologia)	Sem Risco (sem Patologia)		
Risco	36,41	38,38	640,5	0,695	
Sem Risco	40,79	48,14	773,5	0,178	
S O C I O E C O N Ó M I C O	Tabaco				
		Risco (Fumou)	Sem Risco (Não Fumou)		
	Risco	35,13	38,95	577,5	0,458
	Sem Risco	45,42	43,63	595,5	0,789
	Álcool				
		Risco (Bebeu)	Sem Risco (Não Bebeu)		
	Risco	36,71	37,58	229,0	0,919
	Sem Risco	32,57	45,0	200,0	0,212

	Ganho Ponderal			
	Risco (≤ 6 kg)	Sem Risco (> 6 kg)		
Risco	40,23	36,35	512,0	0,478
Sem Risco	40,03	45,19	590,5	0,422

Interacção do Risco Obstétrico vs BPN

Para identificar a interferência do Risco Obstétrico em interacção com as variáveis sociodemográficas e de assistência pré-natal, sobre o BPN, foi aplicado um Teste U de Mann-Whitney. Da referida análise verifica-se que o maior número de recém-nascidos com BPN surge da interacção entre o *Risco Obstétrico* com a Idade materna de risco ($p=0,007$) e início de uma vigilância acima das 12 semanas de gestação ($p=0,036$) e no *Sem Risco Obstétrico* com a gravidez não planeada ($p=0,036$). Desta forma confirma-se a interferência das referidas variáveis sobre o BPN.

Tabela 45- Teste U de Mann-Whitney entre a interacção da variável de risco obstétrico e as variáveis sociodemográficas e de assistência pré-natal, no BPN

BPN		OM	OM	U	P	
R I S C O	Idade Materna					
		Risco (≤ 19 e ≥ 35 anos)	Sem Risco (20 – 34 anos)			
	Risco	45,23	30,83	285,5	0,007	
	Sem Risco	39,18	50,22	718,5	0,061	
	O B S T É T R I C O	Escolaridade				
			Risco ($\leq 12^\circ$ Ano)	Sem Risco (Superior)		
		Risco	37,60	29,05	379,0	0,103
		Sem Risco	47,01	44,24	599,0	0,698
		Situação Profissional				
			Risco (Desempregada)	Sem Risco (Empregada)		
	Risco	36,81	33,91	512,0	0,561	
	Sem Risco	47,93	45,54	964,5	0,673	
	O B S T É T R I C O	Rendimento Mensal				
			Risco (≤ 1000 €)	Sem Risco (> 1000 €)		
		Risco	37,63	32,29	503,0	0,269
		Sem Risco	47,52	45,43	1009,5	0,708
		Estado Civil				
			Risco (Sem companheiro)	Sem Risco (Com companheiro)		
Risco		36,15	33,89	556,0	0,640	
Sem Risco		52,80	43,45	741,0	0,115	
Planeamento da Gravidez						
		Risco (Não planeada)	Sem Risco (Planeada)			
Risco		40,22	33,16	365,0	0,199	
Sem Risco		49,73	43,92	379,0	0,036	
O B S T É T R I C O	Gravidez Desejada					
		Risco (Não Desejada)	Sem Risco (Desejada)			
	Risco	42,59	33,56	235,5	0,171	
	Sem Risco	47,75	46,35	397,5	0,875	
	Vigilância da Gravidez					
		Risco (Não Viglada)	Sem Risco (Viglada)			
Risco	36,38	34,58	402,0	0,754		
Sem Risco	48,44	46,32	320,5	0,830		

		Primeira Consulta			
		Risco (>12 semanas)	Sem Risco (≤12 semanas)		
Risco		53,10	33,59	69,5	0,036
Sem Risco		67,0	46,04	49,0	0,272
		Patologias Prévias			
		Risco (com Patologia)	Sem Risco (sem Patologia)		
Risco		28,10	36,17	226,0	0,239
Sem Risco		37,86	47,67	350,5	0,253
		Patologias Gravidez			
		Risco (com Patologia)	Sem Risco (sem Patologia)		
Risco		29,94	39,38	430,0	0,051
Sem Risco		45,18	48,07	984,0	0,605
		Tabaco			
		Risco (Fumou)	Sem Risco (Não Fumou)		
Risco		37,57	33,88	450,0	0,481
Sem Risco		45,42	46,90	810,5	0,813
		Alcool			
		Risco (Bebeu)	Sem Risco (Não Bebeu)		
Risco		29,79	35,59	180,5	0,468
Sem Risco		43,86	46,72	279,0	0,785
		Ganho Ponderal			
		Risco (≤ 6 kg)	Sem Risco (> 6 kg)		
Risco		28,5	37,65	360,0	0,085
Sem Risco		54,43	44,01	595,5	0,110

Interacção do Risco na Assistência Pré-natal vs BPN

No que concerne, à avaliação da interferência do Risco na Assistência Pré-natal, quando este se encontra a interagir com as variáveis sociodemográficas e obstétricas, foi aplicado um Teste U de Mann-Whitney. Avaliando esta aplicação consta-se que a interacção mostrou-se significativa para o aparecimento de BPN nos casos de *Risco na Assistência Pré-natal* com uma idade materna de risco ($p=0,020$) e *Sem Risco na Assistência Pré-natal* com uma idade gestacional sem risco ($p=0,000$). Pelo que se confirma a interferência entre as referidas variáveis.

Tabela 46 - Teste U de Mann-Whitney entre a interacção da variável de risco na assistência pré-natal e as variáveis sociodemográficas e obstétricas, no BPN

BPN		OM	OM	U	P
R I S C O	Idade Materna				
		Risco (≤ 19 e ≥ 35 anos)	Sem Risco (20 – 34 anos)		
	Risco	6,5	2,0	0,000	0,020
	Sem Risco	75,37	76,98	2356,5	0,837
A S S I	Escolaridade				
		Risco (≤ 12º Ano)	Sem Risco (Superior)		
	Risco	5,0	0,0	-	-
	Sem Risco	79,71	66,87	1800,0	0,119
A S S I	Situação Profissional				
		Risco (Desempregada)	Sem Risco (Empregada)		
	Risco	4,86	5,5	6,0	0,770
	Sem Risco	78,66	75,24	2567,0	0,644

S T Ê N C I A P R É - N A T A L		Rendimento Mensal			
		Risco (≤ 1000 €)	Sem Risco (> 1000 €)		
	Risco	5,0	0,0	-	-
	Sem Risco	78,76	74,41	2718,5	0,543
		Estado Civil			
		Risco (Sem companheiro)	Sem Risco (Com companheiro)		
	Risco	4,67	5,67	7,0	0,606
	Sem Risco	79,84	74,44	2532,0	0,462
		Número de Gestações			
		Risco (1 e ≥ 4 gestações)	Sem Risco (2 a 3 gestações)		
	Risco	5,0	5,0	4,0	1,0
	Sem Risco	73,65	80,64	2533,5	0,336
		Número de Filhos			
		Risco (1 e ≥ 4 filhos)	Sem Risco (2 a 3 filhos)		
	Risco	4,57	6,5	4,0	0,380
	Sem Risco	78,05	74,14	2617,0	0,590
		Gemelaridade			
		Risco (Gemelar)	Sem Risco (Simples)		
	Risco	0,0	5,0	-	-
	Sem Risco	63,85	77,68	739,0	0,278
		Intervalo Interparto			
		Risco (≤ 2 e ≥ 6 anos)	Sem Risco (primípara e 3-5 anos)		
	Risco	2,0	0,0	-	-
Sem Risco	24,99	23,19	210,5	0,693	
	Peso 1º Filho				
	Risco (≤ 2499 g)	Sem Risco (> 2500 g)			
Risco	0,0	2,0	-	-	
Sem Risco	25,0	31,37	272,0	0,191	
	Idade Gestacional				
	Risco (≤ 36 e ≥ 41 semanas)	Sem Risco (37 a 40 semanas)			
Risco	4,0	4,0	6,0	1,0	
Sem Risco	58,41	102,54	1061,5	0,000	

Em suma, da análise das variáveis de risco em interacção, constata-se como condições influenciáveis do aparecimento do BPN: o *Risco Sociodemográfico* com a Idade gestacional de termo ($p=0,007$), o *Risco Obstétrico* com a Idade materna de risco ($p=0,007$) e início de uma vigilância superior às 12 semanas de gestação ($p=0,036$) e o *Risco na Assistência Pré-natal* com uma idade materna de risco ($p=0,020$). E ainda a *ausência de Risco sociodemográfico* com a Idade gestacional sem risco ($p=0,000$), *ausência de Risco Obstétrico* com a gravidez não planeada ($p=0,036$) e *ausência de Risco na Assistência Pré-natal* com uma idade gestacional sem risco ($p=0,000$).

De que modo a interacção das variáveis sociodemográfico, obstétrico e de assistência pré-natal segundo o risco influenciam o BPN?

Influência da interacção da Idade Materna no BPN

Para se verificar a influência da Idade materna na sua interacção com outras variáveis do âmbito sociodemográfico, obstétrico e de assistência pré-natal, sobre o BPN, efectuou-se um Teste Kruskal-Wallis. Da análise realizada, destaca-se que as puérperas com ordenações médias mais elevadas dentro dos grupos etários de risco (≤ 19 e ≥ 35) são as que apresentam baixos níveis de escolaridade, desempregadas, com um rendimento $\leq 1000\text{€}$, um número de gestações entre 1 e ≥ 4 , número de filhos entre 1 e ≥ 4 , gravidez não planeada e não vigiada, sem patologias prévias e na gravidez, que fumaram mas não beberam, tiveram um ganho ponderal de risco e um início tardio da vigilância da sua gravidez; uma gravidez não gemelar e sem companheiro. Já nos grupos etários sem risco (20-34 anos) as que apresentam ordenações médias superiores são as que têm um intervalo interparto de risco e partos nas idades gestacionais entre as 37 e as 40 semanas.

Em todos os testes aplicados somente a interacção entre a Idade Materna de risco/Número de Gestações de risco ($p=0,021$) apresenta uma diferença estatística significativa, pelo que se confirma que estas variáveis quando em interacção influenciam o BPN.

Tabela 47 – Teste Kruskal-Wallis entre a Idade Materna a interagir com o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Idade Materna/Escolaridade				5,477	0,140
	≤ 19 e ≥ 35 A $\leq 12^\circ$ ano	≤ 19 e ≥ 35 A Ens. Superior	20-34 Anos $\leq 12^\circ$ ano	20-34 Anos Ens. Superior		
	91,60	65,53	84,17	71,41		
	Idade Materna/Situação Profissional				0,547	0,908
	≤ 19 e ≥ 35 A Desempregada	≤ 19 e ≥ 35 A Empregada	20-34 Anos Desempregada	20-34 Anos Empregada		
	86,02	81,11	82,59	78,39		
	Idade Materna/Rendimento Mensal				2,133	0,545
	≤ 19 e ≥ 35 A $\leq 1000\text{€}$	≤ 19 e ≥ 35 A > 1000 €	20-34 Anos $\leq 1000\text{€}$	20-34 Anos > 1000 €		
	92,27	74,22	80,50	79,23		
	Idade Materna/N.º Gestações				9,780	0,021
	≤ 19 e ≥ 35 A 1 e ≥ 4 gest.	≤ 19 e ≥ 35 A 2 a 3 gest.	20-34 Anos 1 e ≥ 4 gest.	20-34 Anos 2 a 3 gest.		
	94,43	67,69	71,68	93,15		
	Idade Materna/N.º Filhos				4,802	0,187
	≤ 19 e ≥ 35 A 1 e ≥ 4 filhos	≤ 19 e ≥ 35 A 2 a 3 filhos	20-34 Anos 1 e ≥ 4 filhos	20-34 Anos 2 a 3 filhos		
96,82	70,54	77,58	84,60			
Idade Materna/Intervalo Interparto				3,510	0,319	
≤ 19 e ≥ 35 A ≤ 2 e ≥ 6 anos	≤ 19 e ≥ 35 A 3-5A	20-34 Anos ≤ 2 e ≥ 6 anos	20-34 Anos 3-5A			
23,21	17,80	29,74	27,25			

Baixo Peso ao Nascer	Idade Materna/Planeamento				3,770	0,287
	≤19 e ≥35 A Não Planeada	≤19 e ≥35 A Planeada	20-34 Anos Não Planeada	20-34 Anos Planeada		
	100,00	75,13	86,19	78,80		
	Idade Materna/Vigilância				1,737	0,629
	≤19 e ≥35 A Não Viglada	≤19 e ≥35 A Viglada	20-34 Anos Não Viglada	20-34 Anos Viglada		
	95,21	79,15	70,29	82,68		
	Idade Materna/Patologias Prévias				3,458	0,326
	≤19 e ≥35 A C/ Patologia	≤19 e ≥35 A S/ Patologia	20-34 Anos C/ Patologia	20-34 Anos S/ Patologia		
	69,56	86,00	61,00	82,41		
	Idade Materna/Patologias Gravidez				2,316	0,509
	≤19 e ≥35 A C/ Patologia	≤19 e ≥35 A S/ Patologia	20-34 Anos C/ Patologia	20-34 Anos S/ Patologia		
	78,10	90,43	74,75	84,65		
	Idade Materna/Tabaco				0,353	0,950
	≤19 e ≥35 A Fumou	≤19 e ≥35 A Não Fumou	20-34 Anos Fumou	20-34 Anos Não Fumou		
	87,38	82,07	78,80	80,34		
	Idade Materna/Álcool				1,032	0,794
	≤19 e ≥35 A Bebeu	≤19 e ≥35 A Não Bebeu	20-34 Anos Bebeu	20-34 Anos Não Bebeu		
	76,00	84,05	67,95	81,07		
	Idade Materna/Ganho Ponderal				5,425	0,143
	≤19 e ≥35 A ≤ 6 kg	≤19 e ≥35 A > 6 kg	20-34 Anos ≤ 6 kg	20-34 Anos > 6 kg		
97,16	75,27	65,96	83,56			
Idade Materna/1ª Consulta				4,942	0,176	
≤19 e ≥35 A > 12 sem	≤19 e ≥35 A ≤ 12 sem	20-34 Anos > 12 sem	20-34 Anos ≤ 12 sem			
121,50	78,34	59,00	80,07			
Idade Materna/Gemelaridade				1,680	0,641	
≤19 e ≥35 A Gemelar	≤19 e ≥35 A Não Gemelar	20-34 Anos Gemelar	20-34 Anos Não Gemelar			
69,40	84,95	64,19	81,11			
Idade Materna/Estado Civil				1,018	0,797	
≤19 e ≥35 A S/ Companheiro	≤19 e ≥35 A C/ Companheiro	20-34 Anos S/ Companheiro	20-34 Anos C/ Companheiro			
90,18	79,06	81,81	78,59			

Influência da interação da Escolaridade Materna no BPN

No que concerne à influência da escolaridade materna a interagir com outras variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal sobre o BPN, utilizou-se um Teste Kruskal-Wallis. É de salientar, na globalidade, uma maior influência sobre o BPN nas puérperas com baixa escolaridade, associando a esta uma situação profissional de desemprego e um rendimento de risco; uma vigilância da gravidez adequada, com ganho ponderal normal, mas com número de filhos de risco em intervalos interparto também considerados de risco. Associado ainda à baixa escolaridade encontramos puérperas fumadoras e sem companheiro, como as que mais influenciaram no aparecimento do BPN. Do cruzamento entre as variáveis observam-se diferenças estatísticas na Escolaridade de risco/Situação profissional de risco ($p=0,044$) e na Escolaridade de risco/Rendimento mensal de risco ($p=0,036$). Com significância marginal a 10% surge a Escolaridade de Risco/Intervalo

Interparto de risco ($p=0,079$) e a Escolaridade de risco/Estado Civil de risco ($p=0,068$), pelo que se valida que estas variáveis quando em interacção influenciam o BPN.

Tabela 48 – Teste Kruskal-Wallis entre a Escolaridade Materna a interagir com o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Escolaridade/Rendimento				8,56 1	0,036
	≤12º ano ≤ 1000€	≤12º ano >1000€	Ens. Superior ≤ 1000€	Ens. Superior >1000€		
	88,80	81,74	41,94	74,56		
	Escolaridade/Ganho Ponderal				4,70 0	0,195
	≤12º ano ≤ 6kg	≤12º ano > 6kg	Ens. Superior ≤ 6 kg	Ens. Superior > 6kg		
	86,40	86,63	69,78	69,57		
	Escolaridade/Situação Profissional				8,10 4	0,044
	≤12º ano Desempregada	≤12º ano Empregada	Ens. Superior Desempregada	Ens. Superior Empregada		
	92,74	81,65	55,60	75,17		
	Escolaridade/N.º Filhos				5,29 6	0,151
	≤12º ano 1 e ≥ 4 filhos	≤12º ano 2 a 3 filhos	Ens. Superior 1 e ≥ 4 filhos	Ens. Superior 2 a 3 filhos		
	88,75	83,65	71,86	64,47		
	Escolaridade/Tabaco				4,90 3	0,179
	≤12º ano Fumou	≤12º ano Não Fumou	Ens. Superior Fumou	Ens. Superior Não Fumou		
	93,86	88,06	68,75	69,79		
	Escolaridade/Vigilância				5,21 7	0,157
	≤12º ano Não Viglada	≤12º ano Viglada	Ens. Superior Não Viglada	Ens. Superior Viglada		
	80,13	88,05	64,75	70,03		
	Escolaridade/Intervalo Interparto				6,79 6	0,079
≤12º ano ≤ 2 e ≥ 6 anos	≤12º ano Primípara e 3-5A	Ens. Superior ≤ 2 e ≥ 6 A	Ens. Superior Primípara e 3-5A			
28,90	23,45	9,13	24,50			
Escolaridade/Estado Civil				7,12 3	0,068	
≤12º ano S/ Companheiro	≤12º ano C/ Companheiro	Ens. Superior S/Companheiro	Ens. Superior C/ Companheiro			
94,62	81,46	64,95	72,95			

Influência da interacção do Número de Filhos no BPN

A Tabela 50 revela o estudo da influência do Número de Filhos, a interagir com outras variáveis da assistência pré-natal e obstétrica, sobre o BPN, tendo-se aplicado um Teste Kruskal-Wallis. Constata-se da respectiva análise que a maior influência sobre o BPN centra-se nas puérperas que apresentam um número de filhos de risco, associado a uma idade gestacional de termo, sem patologias na gravidez, com primeiros filhos com pesos acima dos 2499g, mas em intervalos interparto considerados de risco. Verifica-se ainda, que somente houve diferença estatística altamente significativa na variável Número de Filhos Risco/Idade Gestacional sem Risco ($p=0,000$), pelo que se valida que estas variáveis quando em interacção influenciam o BPN.

Tabela 49 – Teste Kruskal-Wallis entre o Número de Filhos a interagir com o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	N.º Filhos/Idade Gestacional				37,029	0,000
	1 e ≥ 4 filhos ≤ 36s e ≥ 41s	1 e ≥ 4 filhos 37-40sem	2 a 3 filhos ≤ 36s e ≥ 41s	2 a 3 filhos 37-40sem		
	61,07	111,57	62,46	99,10		
	N.º Filhos/Patologias Gravidez				2,002	0,572
	1 e ≥ 4 filhos C/ Patologia	1 e ≥ 4 filhos S/ Patologia	2 a 3 filhos C/ Patologia	2 a 3 filhos S/ Patologia		
	78,95	86,99	71,85	83,99		
	N.º Filhos/Peso 1º Filho				5,835	0,120
	1 e ≥ 4 filhos ≤ 2499 g	1 e ≥ 4 filhos >2499g	2 a 3 filhos ≤ 2499 g	2 a 3 filhos >2499g		
	58,90	34,25	23,56	32,96		
	N.º Filhos/Intervalo Interparto				2,527	0,470
	1 e ≥ 4 filhos ≤ 2 e ≥ 6 anos	1 e ≥ 4 filhos Primípara e 3-5A	2 a 3 filhos 2 e ≥ 6 A	2 a 3 filhos Primípara e 3-5A		
	36,88	25,25	25,63	23,32		

Influência da interacção do Rendimento Mensal no BPN

Referente à influência do Rendimento Mensal a interagir com variáveis sociodemográficas e da assistência pré-natal sobre o BPN, aplicou-se um Teste Kruskal-Wallis. Afere-se que as puérperas com rendimento mensal de risco associado a um estado civil sem companheiro, a uma vigilância da gravidez e ganho ponderal adequado, são as que sofrem maior influência sobre o BPN. Não se apuram significâncias estatísticas entre as variáveis ($p > 0,05$), pelo que não se valida a interacção entre ambas no BPN.

Tabela 50 – Teste Kruskal-Wallis entre o Rendimento Mensal a interagir com o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Rendimento/Ganho Ponderal				0,840	0,840
	≤ 1000€ ≤ 6kg	≤ 1000€ > 6kg	>1000€ ≤ 6kg	>1000€ > 6kg		
	82,55	84,81	77,60	77,66		
	Rendimento/Estado Civil				1,392	0,707
	≤ 1000€ S/ Companheiro	≤ 1000€ C/ Companheiro	>1000€ S/ Companheiro	>1000€ C/ Companheiro		
	88,53	81,03	79,47	76,59		
	Rendimento/Vigilância				1,158	0,763
	≤ 1000€ Não Viglada	≤ 1000€ Viglada	>1000€ Não Viglada	>1000€ Viglada		
	81,00	85,08	69,21	78,47		

Influência da interacção da Vigilância da Gravidez no BPN

Quanto à influência da Vigilância da Gravidez a interagir com outras variáveis de âmbito sociodemográfico, obstétrico e de assistência pré-natal, sobre o BPN, utilizou-se um

Teste Kruskal-Wallis. Refere-se da respectiva análise que as puérperas que não vigiaram a gravidez, das que manifestaram maior influência no BPN foram as que não apresentaram patologias prévias, nem patologias na gravidez; tiveram número de filhos sem risco mas um ganho ponderal ≤ 6 kg. Das que vigiaram a gravidez, apresentaram um estado civil sem companheiro, uma gravidez não planeada e com uma vigilância mais tardia; fumaram durante a gravidez mas não consumiram álcool. Na análise do cruzamento não se observam significâncias estatísticas ($p > 0,05$), pelo que não se valida a interacção entre ambas no BPN.

Tabela 51 – Teste Kruskal-Wallis entre a Vigilância da Gravidez a interagir com o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Vigilância/Patologias Prévias				3,277	0,351
	Não Vigiada C/ Patologia	Não Vigiada S/ Patologia	Vigiada C/ Patologia	Vigiada S/ Patologia		
	57,83	84,14	66,83	83,42		
	Vigilância/Patologias Gravidez				4,038	0,257
	Não Vigiada C/ Patologia	Não Vigiada S/ Patologia	Vigiada C/ Patologia	Vigiada S/ Patologia		
	53,94	89,38	78,31	85,47		
	Vigilância/1ª Consulta				4,518	0,211
	Não Vigiada > 12 sem	Não Vigiada ≤ 12 sem	Vigiada > 12 sem	Vigiada ≤ 12 sem		
	108,40	69,45	123,00	80,99		
	Vigilância/Planeamento				3,451	0,327
Não Vigiada Não Planeada	Não Vigiada Planeada	Vigiada Não Planeada	Vigiada Planeada			
85,17	73,00	96,35	78,47			
Vigilância/Estado Civil				0,832	0,842	
Não Vigiada S/Companheiro	Não Vigiada C/ Companheiro	Vigiada S/ Companheiro	Vigiada C/Companheiro			
78,58	76,54	85,70	79,02			
Vigilância/N.º Filhos				2,493	0,477	
Não Vigiada 1 e ≥ 4 filhos	Não Vigiada 2 a 3 filhos	Vigiada 1 e ≥ 4 filhos	Vigiada 2 a 3 filhos			
70,56	94,57	84,90	76,68			
Vigilância/Tabaco				0,173	0,982	
Não Vigiada Fumou	Não Vigiada Não Fumou	Vigiada Fumou	Vigiada Não Fumou			
76,31	78,19	82,26	81,35			
Vigilância/Álcool				0,999	0,801	
Não Vigiada Bebeu	Não Vigiada Não Bebeu	Vigiada Bebeu	Vigiada Não Bebeu			
71,50	78,11	70,04	82,71			
Vigilância/Ganho Ponderal				1,670	0,644	
Não Vigiada ≤ 6 kg	Não Vigiada > 6kg	Vigiada ≤ 6 kg	Vigiada > 6kg			
90,61	69,73	77,20	83,00			
Baixo Peso ao Nascer	Vigilância/Álcool				0,999	0,801
	Não Vigiada Bebeu	Não Vigiada Não Bebeu	Vigiada Bebeu	Vigiada Não Bebeu		
	71,50	78,11	70,04	82,71		
	Vigilância/Ganho Ponderal				1,670	0,644
	Não Vigiada ≤ 6 kg	Não Vigiada > 6kg	Vigiada ≤ 6 kg	Vigiada > 6kg		
	90,61	69,73	77,20	83,00		

Influência da interacção do Consumo de Álcool no BPN

No que concerne à influência do consumo de Álcool a interagir com as variáveis da assistência pré-natal sobre o BPN, utilizou-se um Teste Kruskal-Wallis. Denota-se que foram

as puérperas que não beberam, associada a ausência de patologias durante a gravidez, um ganho ponderal de risco e um parto com idade gestacional de termo, que manifestaram uma maior influência sobre o aparecimento do BPN. Da avaliação das diferenças estatísticas não se verificou validação de nenhuma variável.

Tabela 52 – Teste Kruskal-Wallis entre o Consumo de Álcool a interagir e o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Álcool/Patologias na Gravidez				3,167	0,367
	Bebeu C/ Patologia	Bebeu S/ Patologia	Não Bebeu C/ Patologia	Não Bebeu S/ Patologia		
	73,44	64,50	76,24	87,73		
	Álcool/Ganho Ponderal				2,330	0,507
	Bebeu ≤ 6kg	Bebeu > 6kg	Não Bebeu ≤ 6kg	Não Bebeu > 6kg		
	32,75	76,50	82,44	81,87		

Influência da interacção do Consumo de Tabaco no BPN

Para compreender a influência do consumo de tabaco a interagir com a variável da assistência pré-natal sobre o BPN, aplicou-se um Teste Kruskal-Wallis. Observa-se da respectiva análise que das puérperas que fumaram, apresentaram como característica mais influenciadora, um ganho ponderal normal. Verifica-se ainda da respectiva análise que não existe diferença estatística significativa na variável, pelo que não se confirma que estas variáveis quando em interacção influenciam o BPN.

Tabela 53 – Teste Kruskal-Wallis entre o Consumo de Tabaco a interagir com o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Tabaco/Ganho Ponderal				0,447	0,930
	Fumou ≤ 6kg	Fumou > 6kg	Não Fumou ≤ 6kg	Não Fumou > 6kg		
	68,30	82,80	81,66	80,55		

Influência da interacção das Patologias na Gravidez no BPN

No que concerne à influência das Patologias na gravidez a interagir com a Idade Gestacional, sobre o BPN, utilizou-se um Teste Kruskal-Wallis. Na observação da Tabela 52 verifica-se que são as puérperas com patologia durante a gravidez e partos em idade gestacional de termo, que mais influenciaram o aparecimento de BPN. Constata-se ainda diferença estatística altamente significativa ($p=0,000$), pelo que se confirma que estas variáveis quando em interacção influenciam o BPN.

Tabela 54 – Teste Kruskal-Wallis entre as Patologias na Gravidez a interagir com a Idade Gestacional e o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Patologias na Gravidez/Idade Gestacional				45,916	0,000
	C/ Patologia ≤ 36s e ≥41s	C/ Patologia 37-40sem	S/ Patologia ≤ 36s e ≥41s	S/ Patologia 37-40sem		
	50,74	117,83	74,68	96,55		

Influência da interação das Patologias Prévias no BPN

Para determinar a influência das Patologias prévias a interagir com a Idade Gestacional, sobre o BPN, aplicou-se um Teste Kruskal-Wallis. Afere-se que são as puérperas com patologia prévia mas com partos em idade gestacional de termo que mais influenciam o aparecimento do BPN. Da respectiva análise verifica-se diferença estatística altamente significativa ($p=0,000$), pelo que se confirma que estas variáveis em interação influenciam o BPN.

Tabela 55 – Teste Kruskal-Wallis entre as Patologias Prévias a interagir com a Idade Gestacional e o BPN

	OM	OM	OM	OM	KW	P
Baixo Peso ao Nascer	Patologias Prévias/Idade Gestacional				37,799	0,000
	C/ Patologia ≤ 36s e ≥41s	C/ Patologia 37-40sem	S/ Patologia ≤ 36s e ≥41s	S/ Patologia 37-40sem		
	49,68	121,00	64,13	105,22		

Em suma, das interações entre variáveis, as que demonstram influenciar o BPN foram: a idade materna de risco associada a número de gestações de risco; baixa escolaridade com rendimentos ≤1000€, desemprego, ausência de companheiro e intervalo interparto de risco; número de filhos de risco e gestação de termo e presença de patologias prévias e durante a gravidez com idade gestacional de termo.

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo uma das fases fundamentais de um estudo científico, a discussão permite-nos reflectir sobre a investigação realizada e elaborar inferências e generalizações concretas dos dados mais significativos, confrontando-os com outros estudos relevantes na temática.

Este capítulo está dividido em dois sub-capítulos: a *discussão metodológica*, onde se faz uma breve explanação sobre a estratégia delineada para este estudo e as suas limitações e a *discussão dos resultados* onde é realizada uma discussão detalhada dos resultados mais expressivos obtidos através da análise descritiva e inferencial, comparando-os com o enquadramento teórico que deu suporte ao estudo, com os objectivos, questões formuladas e com os resultados obtidos por outros estudos sobre esta problemática.

3.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

O plano metodológico delineado, teve por base o tipo de estudo e os objectivos traçados. A concretização dos objectivos conduziu-nos à definição de uma amostra relevante, que obtivesse resultados fiáveis e nos permitisse eleger questionários de auto-resposta como instrumento de colheita de dados. A escolha deste tipo de instrumento teve em conta a facilidade de aplicação e por serem os mais adequados ao estudo de um grande número de sujeitos num curto espaço de tempo.

De realçar algumas possíveis limitações nos resultados, decorrentes da ausência de algumas resposta e da sinceridade das mesmas, atendendo que algumas poderão ter sido dirigidas a condutas desejáveis e não tanto ao que realmente aconteceu.

Quanto ao instrumento de colheita de dados, após a análise dos resultados e revisão mais profunda da literatura, entende-se que teria sido importante a introdução de outras variáveis independentes, no sentido de compreender os factores que influenciam o baixo peso ao nascer. De entre essas variáveis destaca-se o sexo do recém-nascido, a determinação do IMC, o peso materno ao nascimento e se foi vítima de algum tipo de agressão durante a gravidez.

De realçar que, apesar do esforço e duração do tempo de aplicação do instrumento de colheita de dados, a amostra de puérperas com recém-nascidos de BPN, a nosso ver,

ainda continua a ser insuficiente (161 casos - 8,7%). Por de trás destes resultados insuficientes, refletem-se talvez os dados correspondentes à taxa média de BPN em Portugal, que segundo a OMS em dados recolhidos entre 2000-2009 era de 8%.

Apesar das eventuais limitações da presente investigação, considera-se que os resultados obtidos permitem, por um lado, adquirir um conhecimento mais diferenciado e real sobre os factores que poderão influenciar o BPN. Por outro, podem constituir um contributo valioso para a intervenção dos profissionais de saúde, na promoção de hábitos saudáveis, bem como no desenvolvimento de competências para lidar com factores considerados de risco. Neste sentido, os profissionais poderão contribuir para uma vivência mais saudável e gratificante deste período, prevenindo complicações, facilitando a estabilidade emocional e principalmente potenciando um desenvolvimento e crescimento mais saudável das crianças.

3.2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como referido anteriormente, o presente estudo tem como objectivo principal compreender quais os factores associados ao baixo peso ao nascer, nomeadamente, se este poderá ser influenciado pelas variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal estabelecidas.

De seguida irá ser apresentada uma reflexão dos resultados obtidos, tendo como suporte o esquema conceptual da base e as questões de investigação formuladas. Como tal, será feita alusão a cada variável independente e depois discutida a sua relação com o baixo peso ao nascer.

Atendendo que o baixo peso ao nascer é considerada a principal variável em estudo, optámos por, antes de dar início à discussão dos resultados, efectuar um ligeiro enquadramento com o intuito de melhorar a compreensão sobre a sua contextualização e ajuste para com as restantes variáveis independentes.

A definição da problemática do baixo peso ao nascer é extremamente complexa e preenchida por múltiplos factores, possivelmente causais ou não, tendo em conta que estes poderão variar de acordo com a raça, realidade social, localização, meio ambiente, características genéticas, físicas, obstétricas e psicológicas da grávida.^(3, 188)

É um estudo que se revela de máxima importância, atendendo que os seus valores refletem as condições de saúde materna durante a gravidez e preveem o impacto social em

termos de custos como também da incidência de mortalidade e morbilidade fetal, neonatal e infantil do país onde se efectua o estudo.

As consequências para os recém-nascidos de baixo peso são várias, com uma probabilidade de morte duas a três vezes maior que os de peso adequado, propensão ao atraso de desenvolvimento cognitivo, deficits neuropsicológicos, maior risco de infecções e de desenvolvimento de doenças crónicas na vida adulta. Têm ainda alteração do vínculo e diminuição do período de tempo de amamentação.^(8, 9, 15)

Nesta perspectiva, o primeiro ponto de discussão relaciona-se com a questão:

- **Qual a prevalência de recém-nascidos com BPN?**

A amostra foi constituída por 1846 puérperas portuguesas, internadas em 26 maternidades de Portugal, entre os meses de março de 2010 a maio de 2012, das quais somente 161 apresentaram nascimentos de crianças com baixo peso.

O peso dos recém-nascidos da totalidade da amostra oscilou entre um mínimo de 650g e um máximo de 5480g, apresentando uma média de 3168,72g, média esta exactamente igual à encontrada por Nascimento⁽¹⁸⁹⁾ no seu estudo. A maioria apresentou um peso adequado ao nascer (88,1%), 3,2% mostraram ser macrossómicos e 8,7% de baixo peso.

Atendendo ao peso adequado determinado no nosso estudo, este encontrou-se de acordo com o preconizado pela OMS, uma vez que ultrapassa o valor mínimo estipulado de pelo menos 85%. O peso médio, contudo, deveria ser ligeiramente superior, e oscilar entre os 3400g e os 3500g, o que revela que a nossa prevalência de BPN deveria ser inferior.⁽⁶²⁾

Depois de apurada a proporção de baixo peso ao nascer (8,7%), constatou-se que valores muito próximos ao nosso também foram encontrados pelo INE⁽¹⁹⁰⁾ no ano de 2011 e por Moraes⁽¹⁹¹⁾, sendo estes correspondentes a 8,4% de BPN. De acordo com Thompson et al.⁽¹⁹²⁾ a investigação da prevalência do BPN, tem que ter em conta o local onde é efectuado o estudo, e até inclusive as discrepâncias das regiões inseridas nesse local/país. Revela ainda que, embora as características individuais e contextuais sejam importantes na influência do BPN, uma parte significativa do risco de BPN permanece ainda por explicar, podendo estar associada ao local de residência materna e aos cuidados de saúde perinatal e do parto ao nível contextual.

A OMS revelou que entre 2000-2009 a taxa média europeia de BPN rondava os 7%, sendo que Portugal estaria nos 8%, contudo, esta taxa tem mostrado uma tendência crescente, de 7,2% em 2001, 8,2% em 2009 e mais recentemente de 8,4% em 2011. Tal

facto poderá estar relacionado com a proporção de nascimentos em mães com idades superiores a 35 anos, ao uso de técnicas de fertilização e conseqüentemente também a um maior número de gestações múltiplas.^(123, 190)

Como se constatou, é perentório que o aparecimento do BPN está associado a variadíssimos factores causais. Sob esta perspectiva, o segundo ponto de discussão irá relacionar-se com a seguinte questão:

- **Que variáveis sociodemográficas estão associadas ao BPN?**

No que se refere à *idade das puérperas*, esta variou entre um mínimo de 15 anos e um máximo de 44, com uma média de 29,95 anos, sendo o grupo mais representativo o das puérperas com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos (76,6%), seguido das puérperas com mais de 35 anos (19,8%) e por último as adolescentes (3,6%).

De acordo com os dados do INE⁽¹⁹³⁾, a idade média da mãe ao nascimento no ano de 2011 rondou os 30,35 anos, não muito longe da calculada no nosso estudo. Também foi entre as idades dos 20 e 34 anos que se registou o maior número de nascimentos (72,35%), precedida das puérperas mais velhas (23,87%) e por último as adolescentes (3,78%), valores estes que coadunam de uma forma próxima com os nossos.

Analisando de forma progressa as idades maternas ao nascimento, o nosso estudo vem confirmar que a gravidez na adolescência, em Portugal, está a registar um decréscimo (2001- 5,9%; 2009- 4,2% e 2011- 3,78%), rebatendo ainda mais um pouco os valores dos anos anteriores para 3,6%. Quanto à incidência de nascimentos nas mulheres com 35 anos ou mais, também tem progressivamente aumentado no nosso país (2001-14%; 2009- 20,6% e 2011- 23,87%), contudo o valor calculado neste estudo é ligeiramente inferior ao esperado (19,8%).⁽¹⁹³⁾

Relativamente ao BPN (8,7%), esta investigação revelou que na nossa amostra (161), o maior número de casos apareceu no grupo etário entre os 20-34 anos (6%), seguida das idades ≥ 35 anos (2%) e posteriormente das adolescentes (0,7%). Os valores são muito próximos aos estimados pelo INE⁽¹⁹⁰⁾ em 2011, com diferenças de mais ou menos três décimas percentuais (≤ 19 anos: 0,33%; 20-34 anos: 5,75%; ≥ 35 anos: 2,31%).

A incidência maior de aparecimento de BPN, calculada pela análise descritiva da variável, indica-nos que existe uma maior relação entre o BPN e as puérperas com idades ≤ 19 anos, como de igual forma revelam os estudos efectuados por Xi-Kuan Chen et al.⁽¹⁰⁵⁾ e Santos et al.⁽¹⁰⁴⁾, contudo na análise inferencial não se comprovou associação entre a idade

materna e o aparecimento de BPN, resultado este que se encontra em consonância com a revisão da literatura sobre o BPN efectuada por Prakeshkumar Shah e Arne Ohlsson.^(8, 194)

Segundo Kassar et al⁽¹¹⁴⁾, salienta-se ainda que a idade materna não funciona como preditora do BPN de forma isolada, devendo ser sempre considerada com outros factores, nomeadamente os socioeconómicos.

A *baixa escolaridade* é a condição com maior predominância na nossa amostra (66,9%), e somente 33,1% revelou apresentar uma escolaridade correspondente ao ensino superior. Os resultados encontrados coadunam-se com os efectuados pelo INE⁽¹⁹⁵⁾ referentes ao ano de 2011, onde as mulheres entre os 14 e 44 anos, 68% têm escolaridade até ao 12º ano e 32% apresentam ensino superior. Também são as puérperas com menor nível de escolaridade que se associam a uma maior incidência de BPN (10,425%) em comparação às que têm uma escolaridade elevada (6,22%). A relação entre a escolaridade e o BPN surge, inicialmente, como estatisticamente significativa, e foi confirmada após ter sido testada (U Mann-Whitney) com uma significância marginal a 10%. O mesmo resultado foi obtido por outros autores, como Nascimento⁽⁸⁴⁾, Carniel⁽¹⁵⁾ e Haidar⁽²⁴⁾ que descrevem que o nível de escolaridade influencia no interesse, e no deficit de conhecimentos relativos à gravidez.

Da mesma opinião surge o autor Yin-Ming Li⁽⁸⁵⁾, que acrescenta que a escolaridade poderá ter efeitos independentes, uma vez que as mães com maior nível de escolaridade poderão ter mais conhecimentos sobre planeamento familiar e comportamentos saudáveis a adotar na gravidez. Implica ainda no acesso a oportunidades de emprego e salários inferiores, interferindo na aquisição de bens essenciais.⁽¹⁹⁶⁾

A proporção de famílias monoparentais em Portugal tem vindo a aumentar (7,4% para 8,5% entre 1999 e 2009), as quais, maioritariamente são compostas por mulheres (86,8% em 2009). Infelizmente também é nas mulheres que habitualmente, as condições de emprego surgem com maior precaridade, associadas a uma baixa remuneração e desemprego.⁽¹²³⁾

Relativamente ao *estado civil*, verificou-se que 69,6% das puérperas da nossa amostra total se encontravam casadas. O valor é equivalente ao calculado para alguns países europeus, no estudo efectuado por Zeitlin⁽¹⁹⁷⁾ e também pelo INE⁽¹⁹⁸⁾, no que se refere ao número de nascimentos vivos em mulheres casadas em Portugal, apesar de ser ligeiramente superior ao esperado, uma vez que este tem manifestado um decréscimo (2006-68,39%; 2009- 61,88%; 2011- 57,16%).

No que concerne à sua relação com o BPN, a nossa investigação demonstrou-nos que, semelhante ao estudo realizado por Raatikainen⁽¹⁹⁹⁾, a maior proporção de casos surgiu

associado às puérperas sem companheiro, apresentando um valor estatisticamente significativo nas mesmas. Alguns trabalhos justificam ainda que esta relação surge, porque muitas vezes a ausência de companheiro está relacionada à falta de adesão e à vigilância pré-natal.^(176, 200) Após a aplicação de um Teste t de Student, não se confirmou a relação, tal como da mesma forma, foram concordantes os estudos de Bird et al.⁽²⁰¹⁾ e de Sullivan et al.⁽¹⁸⁶⁾, onde até o último acrescenta que o estado civil é um factor muito fraco para o estabelecimento do baixo peso ao nascer.

Atendendo à *situação profissional*, a classe que demonstrou maior predominância na amostra foi a de situação de emprego (74,3%), sendo que 25,7% das puérperas se encontravam desempregadas. A avaliação da taxa de desemprego, associada aos Censos de 2011⁽²⁰²⁾ à população feminina portuguesa, centra-se num valor ligeiramente mais baixo, rondando os 13,92%. A justificação possível para esta discrepância, prende-se provavelmente, pela delimitação das idades maternas do nosso estudo entre os 15 e os 44 anos.

A participação da mulher no mercado de trabalho tem vindo a aumentar desde as últimas décadas, inicialmente pela necessidade de ajudar no sustento da família mas mais actualmente também pelo desejo de realização profissional.⁽²⁰³⁾

A protecção conferida pelo trabalho materno sobre o BPN poderá estar ligada ao factor socioeconómico, no qual, se o poder aquisitivo estiver em risco, fará com que o acesso à alimentação, aos serviços de saúde, aos serviços essenciais, bem como à qualidade do ambiente sejam muito mais difíceis de atingir.⁽²⁰⁴⁾ De outra forma também poderá ser prejudicial, uma vez que já existem estudos que comprovam que a exposição a materiais tóxicos, barulho, *stress*, trabalhos forçados, horários superiores a 40 horas semanais, o permanecer muito tempo em pé e realização de trabalhos por turnos poderão incorrer no aumento da incidência de BPN.⁽²⁰⁵⁾

A nossa investigação, atendendo à situação profissional vai de encontro à relação entre o BPN e o desemprego, surgindo com valores estatisticamente significativos na mesma, contudo não é confirmada após aplicação de um teste t de Student, como de igual modo aconteceu no estudo realizado por Yin-Ming Li⁽⁸⁵⁾ e Vettore⁽¹³⁾.

Normalmente o aparecimento de BPN surge como interligado ao *baixo rendimento*, uma vez que este poderá implicar deficits nutricionais, condições ambientais deficientes com provável aparecimento de doenças. Encontra-se ainda aliado a baixos níveis de instrução e profissões que podem conter risco apreciáveis para a saúde como ainda a analfabetismo e desemprego.⁽³⁶⁾ O nosso estudo revelou que 61,8% das puérperas apresentou um rendimento mensal superior a 1000€, contudo a proporção de aparecimento de BPN foi

maior nas puérperas com baixos rendimentos mensais (11,63%), apresentando diferença estatisticamente significativa nesse parâmetro. Testada a relação (t de Student), não se confirmou a influência desta variável no baixo peso ao nascer, tal como o estudo efectuado por Vettore⁽¹³⁾.

- **Que variáveis de assistência pré-natal estão associadas ao BPN?**

O planeamento familiar permite informar os casais sobre os métodos de contraceção eficazes e seguros, facultando uma vivência da sexualidade também de forma segura e saudável, e uma decisão, de quando querem e se querem ter filhos, assim como programarem a gravidez e o parto nas condições mais adequadas.⁽²⁰⁶⁾

Relativamente ao *planeamento da gravidez* da nossa amostra, 82,3% das puérperas referiu ter planeado a sua gravidez, enquanto 17,7% referiu que não o fez. Estes valores são ligeiramente superiores aos encontrados por Bacelo⁽²⁰⁷⁾, numa investigação a 122 puérperas do Hospital de Santo André em Leiria, no ano de 2007, das quais 71,3% referiu ter planeado aquela gravidez e 27,1% revelou não o ter feito, ou por desconhecimento, por falta de vagas, por não ter interesse ou então por apresentar uma gravidez não desejada.

Pressupõe-se que o não planeamento da gravidez influencia no aparecimento do BPN, uma vez que poderá resultar numa vigilância pré-natal tardia, adoção de comportamentos desajustados e ao não tratamento e estabilização de patologias prévias.^(49, 170) O nosso estudo revelou que a proporção de BPN surgiu maioritariamente nas puérperas que não planearam a sua gravidez (10,09%), mas sem demonstração de diferença estatisticamente significativa, como de igual forma aconteceu com Karaçam⁽²⁰⁸⁾, Bitto⁽²⁰⁹⁾ e Pulley⁽²¹⁰⁾ nas suas investigações. Após aplicação de um teste U de Mann-Whitney conseguiu-se confirmar a influência entre as variáveis, com uma diferença estatística marginal a 10%. O resultado foi concordante com o estudo efectuado por Villalbí⁽²¹¹⁾ e D'Angelo⁽²¹²⁾ que apresentou um risco relativo de 1.21 (1.11–1.32) para a gravidez não planeada e o BPN.

Se a gravidez for um acontecimento *não desejado*, para a mulher ou companheiro, ou até mesmo para ambos, poderá condicionar todo o período de gestação por um elevado nível de *stress*, possível desenvolvimento de depressão e provavelmente condicioná-la a um conjunto de atitudes desajustáveis para esse período.^(51, 213)

Somente uma pequena parte das puérperas do nosso estudo revelou não desejar a sua gravidez (7,3%), valor este muito próximo ao encontrado por Bacelo⁽²⁰⁷⁾. Mas tendo em conta à proporção de BPN, é nessa pequena porção que surge a maior influência (15,56%),

apresentando um valor bastante significativo, indo de acordo com a investigação de Sharma et al.⁽²¹⁴⁾, Morris⁽²¹³⁾ e Eggleston⁽²¹⁵⁾

Já o estudo realizado por Vettore⁽¹³⁾, Baydar⁽²¹⁶⁾, Morris⁽²¹³⁾ e Kathryn Kost⁽²¹⁷⁾, encontra-se em consonância com o nosso resultado diferencial, não confirmando a relação entre a gravidez não desejada e o aparecimento de BPN.

A *vigilância da gravidez* é extremamente importante na medida em que permite avaliar o risco da gravidez e promover comportamentos benéficos, assegurando o nascimento de uma criança saudável.⁽⁵³⁾ De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)⁽²⁰⁶⁾, 87,7% das grávidas (média nacional em 2010) frequentaram seis ou mais consultas de enfermagem em saúde materna. Da totalidade da amostra em investigação, o valor encontra-se ligeiramente acima do reportado, sendo que 91,2% das puérperas realizam uma vigilância adequada da sua gravidez, com uma média de 8,96 consultas.

Relativamente ao BPN, a maior influência sob o seu aparecimento surgiu nas puérperas que não vigiaram a sua gravidez (14,81%). A sua relação foi confirmada com diferença estatisticamente significativa, tal como nos estudos de Vettore⁽¹³⁾, Rendón⁽⁷⁸⁾, Nobile⁽²¹⁸⁾, Giglio⁽²¹⁹⁾, Nascimento⁽⁸⁴⁾, Barros⁽²²⁰⁾ e Krueger⁽²²¹⁾. Posteriormente à validação da relação com o teste de U de Mann-Whitney, não se confirmou a relação entre as variáveis, estando em concordância com os estudos efectuados por Uchimura⁽⁵⁷⁾, Majoko⁽²²²⁾, Lindmark⁽²²³⁾ e Sikorski⁽²²⁴⁾.

Embora o acompanhamento pré-natal objective melhorar as condições de nascimento, inclusive o peso normal, uma revisão sistemática efectuado por Silveira⁽²²⁵⁾ sobre o assunto, mostrou que isso nem sempre é evidenciado, podendo-se até conjecturar que as grávidas, por terem algum problema de saúde, já por si só procuram um maior número de vezes os cuidados de saúde, originando um viés, e descaracterizando o maior número de consultas como melhor factor prognóstico para o BPN.⁽²²⁶⁾

A importância de um *início precoce da vigilância pré-natal* valida-se pela necessidade de uma datação precisa da gestação, da detecção de situações patológicas que requerem seguimento especializado, aplicando intervenções oportunas, e ainda do suporte de informação fornecida à mulher/casal para a adoção de cuidados e comportamento ajustados à gravidez.⁽⁹⁴⁾

A nossa investigação revelou que 97,2% das puérperas efectuaram a sua primeira consulta no 1º trimestre da gravidez e somente 2,8% não o fez. De acordo com Machado⁽¹²³⁾, têm-se verificado um aumento de primeiras consultas no primeiro trimestre da gravidez, em todas as unidades de saúde dos Cuidados de Saúde Primários nas múltiplas regiões do país, atingindo os 82% em 2008. E segundo o ACSS⁽²⁰⁶⁾ a taxa mediana em 2010 ronda os 89,9%.

Relacionando este evento com o BPN, o nosso estudo revelou-nos que a maior proporção de casos surgiu nas puérperas que efectuaram a primeira consulta de vigilância da gravidez tardiamente, contudo não houve evidência de diferenças estatísticas significativas.

Hueston et al.⁽²²⁷⁾ encontra-se concordante com este resultado descritivo, revelando que na sua investigação não houve nenhum benefício no início precoce da vigilância pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer. Destaca ainda que achados relacionados com diferenças de baixo peso ao nascer entre as mulheres que começam o pré-natal mais tarde são provavelmente devido a diferenças sociodemográficas que podem influenciar o acesso precoce e atempado a esses cuidados.

Após realização de uma análise inferencial, constatou-se um resultado com significância marginal a 10%, coadunando-se com os resultados dos autores Charlene Wood⁽²²⁸⁾, Thompson⁽¹⁹²⁾, Raine⁽²²⁹⁾ e Alexy⁽²³⁰⁾.

A absorção de nutrientes e oxigénio são factores chave para o desenvolvimento fetal. Algumas patologias prévias e durante a gravidez poderão condicionar o ambiente intra-uterino e afectar o correcto transporte sanguíneo uteroplacentário, podendo desta forma atingir o crescimento fetal como também a duração da gestação.⁽⁸⁾

Relativamente ao nosso estudo uma grande parte das puérperas não revelou apresentar patologias prévias (90,1%), contudo 32,9% já desenvolveram alguma patologia durante a gravidez. A proporção de BPN, como seria de esperar, também foi maior nas puérperas que desenvolveram patologias durante a gravidez (13,49%) e também nas que já tinham história prévia de desenvolvimento de patologias (11,54%).

A análise descritiva revelou que a presença de patologias prévias, ao contrário das patologias durante a gravidez, não influenciou o aparecimento de BPN.

A análise inferencial revelou que, de igual modo, ambas patologias, prévias ou na gravidez, não interferiram no aparecimento de BPN. O estudo efectuado por Vettore⁽¹³⁾ e Sanhua⁽²³¹⁾ estão concordantes com os nossos resultados, excluindo o último os casos de hipertensão gravídica.

Isto remete-nos a pensar que a assistência pré-natal efectuada a estas puérperas primou pela qualidade e eficácia no que concerne ao tratamento ou controle das suas patologias, ou que estas possam ter sido corrigidas atempadamente nas consultas de planeamento familiar.

O consumo de tabaco durante a gravidez é ainda um comportamento pouco conhecido em Portugal, no entanto o Instituto Nacional de Saúde (INS) tem revelado um aumento continuado de mulheres fumadoras: grupo etário 15-44 anos (17,8% para 18,4% entre 1998/99 e 2005/06) e dos 15-24 anos (13,7% para 16,1%).^(44, 232)

A prevalência encontrada no nosso estudo de puérperas que fumaram durante a gravidez foi de 15,7%, muito próxima do estudo efectuado por Correia et al⁽⁴⁴⁾, a 475 puérperas da maternidade do Hospital Santa Maria em Lisboa, no ano de 2003 (19,4%) mas mais ainda no estudo realizado no Hospital de Leiria em 2007 (15,6%), por Bacelo⁽²⁰⁷⁾.

Quando confrontado este hábito com o BPN, a maior prevalência surge nas puérperas que fumaram durante a gravidez (15,86%), confrontando-se um resultado estatisticamente significativo, como o encontrado por Silva⁽²³³⁾, Vardavas⁽²³⁴⁾ e Kallen⁽¹⁴²⁾. Contudo, a análise inferencial revela não existir relação entre as variáveis. De igual modo, também obtiveram os mesmos resultados os autores Freire⁽¹⁴⁵⁾, Silva⁽²³⁵⁾, Nascimento⁽¹⁸⁹⁾.

O consumo de álcool na gravidez também não é de todo conhecido, somente se pressupõe que o mesmo tem aumentado nos últimos anos.⁽⁴⁵⁾ A nossa investigação revelou esse aumento, uma vez que apresentou uma percentagem de consumo de álcool de 7,2%, em comparação aos 0,8% encontrados por Bacelo⁽²⁰⁷⁾.

A relação que apresentou com o BPN também foi maior nas puérperas consumidoras (10,61%), mas sem representatividade significativa em ambas as análises (descritiva e inferencial). A mesma conclusão foi obtida por Freire⁽¹⁴⁵⁾ e Barros⁽²²⁰⁾.

O ganho ponderal inadequado por ser resultado de um estado nutricional deficitário, incorrendo numa provável alteração do crescimento placentário e fetal.^(36, 79)

Na nossa investigação, a média de ganho de peso durante a gravidez foi de 11,2 Kg, e somente 18,9% das puérperas apresentou um ganho ponderal inferior ao estipulado (6 kg). A proporção maior de BPN surgiu maioritariamente nessas puérperas (12,03%).

Existem estudos que indicam que um ganho de peso insuficiente durante a gravidez produz resultados adversos, como o baixo peso ao nascer do neonato^(37, 189, 236-238), afirmação esta que é corroborada com o resultado descritivo da nossa investigação. Já de acordo com a análise inferencial esse resultado não foi confirmado, como também não encontrou relação Ohlsson⁽⁸⁾ no seu estudo sobre os determinantes e prevenção do BPN, associando somente o aumento inadequado de peso à prematuridade ou aos recém-nascidos pequenos para a idade gestacional.

- **Que variáveis obstétricas estão associadas ao BPN?**

A paridade, normalmente, surge fortemente associada à prematuridade nas primíparas e ao aparecimento de patologias durante a gravidez nas múltiparas.^(1, 33)

A característica que demonstrou maior representatividade no nosso estudo, no que concerne ao número de gestações foi a primiparidade (49,5%), seguida das puérperas com

2 a 3 gestações (44,7%) e em último as múltiparas (5,7%). A análise ficou muito próxima à efectuada pelo INE⁽²³⁹⁾ no ano de 2011, em que as primíparas representavam 52,99% dos nascimentos e as múltiparas 2,99%.

Na nossa investigação a maior predisposição para o BPN aconteceu, com uma diferença muito discreta, nas primíparas (9,63%) e nas múltiparas (9,43%), mas sem representatividade estatística tanto na análise descritiva como na inferencial. Ao mesmo resultado chegou Vettore⁽¹³⁾, Barros⁽²²⁰⁾ e Carmo⁽⁴⁷⁾ nas suas investigações.

O declínio da fecundidade tem vindo a aumentar e a média de filhos por mulher em idade fértil tem diminuído progressivamente. De acordo com Machado⁽¹²³⁾, a média de filhos na década de 60 rondava os 3 filhos, mas em 2009 encontrava-se nos 1,3 filhos. Na investigação realizada o número de filhos correspondeu a uma média de 1,57 filhos.

Segundo alguns autores, a ordem de nascimento interfere no peso ao nascer, referindo que o primeiro filho por norma é menor que os subsequentes.^(1, 126, 127)

No estudo efectuado a percentagem de puérperas só com um filho foi a preponderante (55,8%), seguida das que tem 2 a 3 filhos (41,9%) e por fim das com 4 ou mais filhos (2,3%). De acordo com o BPN as percentagem seguem a mesma ordem de aparecimento contudo é nas puérperas que têm 4 ou mais filhos que surge a maior proporção (11,9%). As análises estatísticas descritivas e inferenciais não foram significativas como de igual modo o foram no estudo efectuado por Nobile⁽²¹⁸⁾.

A discordância de pesos entre os recém-nascidos ou a prematuridade são as causas mais prováveis de aparecimento de BPN nas gestações múltiplas.⁽³⁵⁾

A gravidez múltipla representa actualmente cerca de 3% das gestações⁽²⁴⁰⁾, no nosso estudo somente representou 0,7%. Relativamente à proporção de BPN, todos os casos de gemelaridade foram enquadrados, apresentando diferença estatística significativa na análise descritiva, corroborando com os resultados de Nobile⁽²¹⁸⁾. Já na análise inferencial essa relação não foi confirmada como sucedeu nos estudos de Nascimento⁽¹⁸⁹⁾ e Carniel⁽¹⁵⁾.

Um intervalo interparto adequado é de extrema importância para uma recuperação nutricional e fisiológica materna. Se este for pequeno, poderá incorrer-se na possibilidade de surgirem fetos com menor peso.^(128, 129)

Os resultados obtidos revelaram que das puérperas com mais de um filho, o intervalo interparto com maior predominância foi o superior ou igual a 6 anos (42,3%). Já o que demonstrou maior proporção de BPN foi o intervalo menor ou igual a 2 anos (8,82% de BPN). Ambas as análises estatísticas não demonstraram significância estatística. O resultado é corroborado com o encontrado por Uchimura⁽⁵⁷⁾, Hosain⁽²⁴¹⁾ e Ochoa⁽²⁴²⁾.

Factores médicos ou genéticos responsáveis pelo nascimento de um recém-nascido de baixo peso, poderão influenciar a repetição do evento nas gestações seguintes, o que conduz a um aumento do risco.⁽⁸⁾

Somente 6% das puérperas com mais de um filho apresentou história prévia de primeiro filho com BPN. De acordo com a proporção de BPN, este demonstrou ser muito superior nessas puérperas (34,78%), quando comparadas com as que apresentaram recém-nascidos prévios com pesos superiores a 2500g (6,20%).

A análise descritiva da variável relaciona-a positivamente com o BPN, quando em presença de BPN prévio, contudo não é confirmada na análise inferencial não se encontrando em conformidade com os estudos de Torres-Arreola⁽¹⁷⁸⁾, Rendón⁽⁷⁸⁾ e Silva⁽²³⁵⁾.

Estima-se que cerca de 50% dos prematuros possam pesar menos que 2500g, quando comparados aos 2% dos recém-nascidos de termo.⁽¹⁶⁶⁾

Segundo Machado⁽¹²³⁾, em 2009 8,8% dos nados vivos nasceram prematuramente. No estudo realizado, somente 8,5% das puérperas apresentaram recém-nascidos prematuros. Contudo é nessas puérperas que a proporção de BPN ultrapassa a estimada pelo autor do parágrafo anterior, sendo de 62,34%. A análise estatística descritiva corrobora a interacção da prematuridade com o BPN, como Nobile⁽²¹⁸⁾, Silva⁽²⁴³⁾ e Carniel⁽¹⁵⁾ revelaram, contudo a inferencial já aponta, como sendo a que mais se relacionou, a idade gestacional pós-termo.

- **Em que medida as variáveis designadas de risco interferem no aparecimento do BPN?**

Relativamente à análise desta questão de investigação, não foram encontrados estudos que corroboram a análise estatística efectuada.

A análise descritiva revelou diferenças estatísticas significativas com o BPN para todas as variáveis de risco, estando a proporção de casos de BPN mais aumentada nas situações de risco na assistência pré-natal (37,5%), risco obstétrico (31,51%) e risco sociodemográfico (13,58%). Na análise inferencial, a única que demonstrou significância foi o risco obstétrico, contudo numa situação não esperada, quando este se encontrou ausente.

Quando efectuada a distribuição das puérperas segundo o risco sociodemográfico, inferencialmente, somente a idade gestacional de termo, em ambas condições de risco ou sem risco é que demonstrou significância.

Na distribuição das puérperas atendendo ao risco obstétrico, a análise inferencial demonstrou uma relação maior nas puérperas com presença de risco e idade materna nos extremos reprodutivos e ainda com primeira consulta de vigilância da gravidez efectuada tardiamente. Foi encontrada ainda associação na ausência de risco obstétrico para as puérperas que não planearam a sua gravidez.

De acordo com o risco na assistência pré-natal, a idade materna nos extremos de vida reprodutiva também demonstrou diferença estatística significativa na análise inferencial, quando relacionada com presença de risco. A idade gestacional de termo também esteve associada, mas à ausência de risco na assistência pré-natal.

- **De que modo a interacção entre as variáveis, segundo o risco, influenciam no BPN?**

Relativamente a esta questão de investigação, não foram encontrados nenhuns estudos que tivessem realizado interligações de variáveis com o BPN. Maioritariamente demonstravam associação entre alguns grupos de variáveis, mas posteriormente com análises estatísticas individuais.

Da investigação realizada ressaltou que a interacção entre a idade materna de risco quando interligada a uma condição de gestação de risco; a baixa escolaridade aliada a um baixo rendimento ou situação de desemprego, com intervalo interparto considerado de risco e sem companheiro influenciam o aparecimento do BPN.

Influenciou ainda a presença de patologias prévias e presença de patologias durante a gravidez associadas a gestações de termo. O número de filhos de risco em presença de gestação de termo também esteve associado ao BPN.

Contrariamente ao que nos diz a revisão bibliográfica, a gestação de termo, no nosso estudo surge como potenciadora do BPN quando em interacção. A provável explicação para o aparecimento de gestações de termo como factor influenciador, pode ter relação com a adequada assistência pré-natal e controle de patologias ou condições que interfiram no aparecimento da prematuridade, mas não do BPN.

Segundo alguns autores a idade materna avançada e a multiparidade predis põem ao aumento de complicações tanto maternas como obstétricas e por consequência uma maior susceptibilidade ao BPN, nascimento pré-termo, RCIU, e intercorrências neonatais ^(32, 33, 79)

De acordo com Haidar⁽²⁴⁾ e Leal⁽²⁵⁾, a baixa escolaridade materna também se encontra associada à ocorrência de BPN. Para eles esta associação poderá estar

relacionada com o elevado número de filhos que demonstram ter, sendo por vezes associado a um intervalo interparto inferior ao adequado, um baixo padrão socioeconómico ou ainda a situações de ausência de companheiro.

De acordo com Merck⁽⁴⁸⁾, determinadas condições clínicas da mulher previamente à gravidez ou em gravidezes anteriores, poderão influenciar negativamente a gravidez actual. O desenvolvimento de patologias durante a gravidez também pode incorrer num parto prematuro espontâneo, induzido ou cirúrgico, em função das complicações maternas ou fetais, influenciando desta forma, negativamente o peso ao nascer.^(32, 47)

Concluindo a discussão, destaca referir que a etiologia multifactorial do BPN dificulta em muito a detecção dos factores associados e por isso o estabelecimento de programas que possam resolver esta problemática.

Segundo Maia⁽²⁰⁴⁾, a realização de programas de assistência à saúde efectivos e de qualidade, podem contribuir para a redução do problema e das suas consequências. Contudo acções para a redução deste agravo extrapolam o sector de saúde, como constatado pela investigação realizada, e por isso exigem um esforço organizado de vários sectores da sociedade.

4 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O baixo peso ao nascer é considerado um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, tanto para a criança e família, como para a sociedade onde esta se insere.

O nascimento de um recém-nascido com baixo peso tem associado a este um conjunto de custos avultados a curto, médio e a longo prazo. Desde o início, há necessidade de internamento em serviços de cuidados especializados, podem ocorrer alterações de desenvolvimento, problemas de aprendizagem e a uma incidência elevada de doenças crónicas na sua vida adulta. ⁽⁸⁾

A etiologia do baixo peso ao nascer não é de fácil classificação. Muitas vezes surge com sendo extremamente complexo e multifactorial, e com factores que inicialmente parecem ser considerados de forma individual mas que na sua maioria agem de forma inter-relacional. ⁽⁸⁾

O BPN, normalmente correlaciona factores de saúde materna com as condições socioeconómicas da família de origem, condições essas que quanto mais participativas forem, maior serão as alterações da proporção de BPN nessa comunidade. ^(25, 28)

De acordo com a revisão bibliográfica, reconhece-se que a determinação de um baixo peso ao nascer é extremamente influenciado por diversos factores, como as características maternas, ambientais e dos contextos sociais onde a grávida esteve inserida durante o seu período de gestação.

Por conseguinte, o presente estudo teve como objectivo para além de estudar a prevalência de recém-nascidos BPN, determinar quais os factores que influenciam o aparecimento do BPN, nomeadamente os factores sociodemográficos, obstétricos e de assistência pré-natal, pois acredita-se que interagem com o mesmo.

Para estudar esta problemática, recorreu-se a uma amostra de 1846 puérperas portuguesas, das quais 161 apresentaram recém-nascidos de baixo peso à nascença.

O perfil definido das puérperas que tiveram recém-nascidos de BPN centra-se numa idade média de 29,54 anos, com baixa escolaridade, casadas, maioritariamente empregadas mas com rendimentos mensais inferiores ou iguais a 1000€.

O perfil obstétrico das puérperas com recém-nascidos de baixo peso surge com: gestações e número de filhos de risco, não gemelar, em idade gestacional pré-termo e com

intervalos interparto sem risco. Para as puérperas com mais que um filho, o primeiro apresentou na sua maioria um peso superior a 2500g.

Já o perfil de assistência pré-natal surge com as seguintes características: gravidez desejada, planeada e vigiada, com 1^a consulta atempada, sem patologias prévias mas com presença de patologias durante a gravidez. O ganho ponderal adquirido foi o adequado. E registou-se puérperas não fumadoras e não consumidoras de álcool durante a gestação.

A avaliação do risco determinou que a maioria das puérperas não apresentava risco sociodemográfico, obstétrico e de assistência pré-natal.

Como reflexões sobre os resultados encontrados, ressaltamos que neste estudo, no que se refere à **primeira questão**, que procurava determinar qual a prevalência de recém-nascidos com baixo peso, se constatou que o valor correspondente era de 8,7% da amostra total.

Atendendo à **segunda questão**, na qual se ambicionava conhecer que variáveis sociodemográficas, obstétricas ou de assistência pré-natal estão associadas ao BPN, concluiu-se que é possível considerar que:

- A baixa escolaridade, o não planeamento da gravidez, a realização de uma vigilância da gravidez tardia (>12 semanas) e um parto com idade gestacional \geq 41 semanas estão associados ao aparecimento de BPN.

No que respeita à **terceira questão** de investigação que pretendia conhecer em que medida as variáveis designadas de risco interferem no aparecimento do BPN, apurou-se que somente a ausência de Risco Obstétrico, apresentava interferência individual no aparecimento do BPN. Quando em interacção, constatou-se que as condições mais influenciáveis eram:

- Risco Sociodemográfico e Sem Risco Sociodemográfico com uma Idade gestacional sem risco;
- Risco Obstétrico com a Idade materna de risco e início de uma vigilância tardia, acima das 12 semanas de gestação;
- Sem Risco Obstétrico com gravidez não planeada;
- Risco na Assistência Pré-natal com uma idade materna de risco;
- Sem Risco na Assistência Pré-natal com uma idade gestacional de termo.

Quanto à **quarta questão** de investigação, que tencionava compreender de que modo a interacção entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de assistência pré-natal classificadas segundo o risco influenciavam no BPN, comprovou-se que:

- A idade materna de risco associada a número de gestações de risco;
- A baixa escolaridade com rendimentos $\leq 1000\text{€}$;
- A baixa escolaridade e desemprego;
- A baixa escolaridade com ausência de companheiro;
- A baixa escolaridade com intervalo interparto de risco (≤ 2 anos ou ≥ 6 anos);
- O número de filhos de risco com idades gestacionais sem risco;
- A presença de patologias prévias com idade gestacional de termo;
- E a presença de patologias na gravidez com idade gestacional de termo, influenciam no BPN.

Face à apreciação global dos resultados obtidos torna-se legítimo considerar, que no geral, os objectivos delineados foram atingidos, admitindo-se que o BPN é um indicador de saúde extremamente complexo, que pode ser influenciado por múltiplos factores, individuais ou em interacção, e são influenciados pelas realidades sociais onde estão inseridos. De salientar que a literatura consultada nem sempre apresentava factores associados lineares, mas sim, maioritariamente controversos, o que tornou um pouco mais difícil a sua definição.

Ainda como limitações do estudo, surge o número de puérperas com casos de BPN, que apesar da amostra inicial ser elevada, continua a nosso ver, a ser insuficiente para a obtenção de dados relevantes e fidedignos, para um estabelecimento mais correcto dos factores associados. Surgem ainda algumas variáveis que após ter sido feita a revisão bibliográfica, assomaram-se como potencialmente passíveis de serem consideradas, como por exemplo:

- *sexo do recém-nascido*: em média o peso do recém-nascido do sexo masculino é maior em cerca de 150g em comparação com os femininos, contudo alguns estudos indicam que a probabilidade de parto pré-termo é maior no feto do sexo masculino. A taxa de mortalidade também é maior nesse grupo quando comparado com o feminino.⁽⁸⁾

- *peso pré-gestacional*: alguns autores revelam uma diferença média no peso dos recém-nascidos de 118g nas puérperas com IMC normal, no início da gravidez, quando comparadas às de IMC inferior ao normal. Da mesma análise foi constatada uma influência possível na prematuridade, e por consequência no BPN, por se ter encontrado uma diferença média de mais de duas semanas de gestação nas mulheres com IMC normal.⁽³⁶⁾

- *Violência/abusos*: são factores que tanto podem agir directamente como indirectamente sobre o peso do recém-nascido. A consequência de um traumatismo directo pode influenciar no início da contractilidade uterina e ameaça de parto pré-termo ou até mesmo numa ruptura prematura de membranas e mais raramente numa ruptura uterina.⁽²⁴⁴⁾ Como influência indirecta da violência/abuso pode surgir *stress*, depressão e até mesmo adoção de comportamentos de risco como o consumo de álcool, drogas, tabaco e uma má vigilância da gravidez como tentativa de ocultar os sinais dos traumatismos. Todos estes comportamentos estão associados ao BPN/prematuridade.^(8, 245)
- *Características paternas*: estudos revelam que é possível que a idade avançada do pai da criança possa estar associada a casos de BPN e pré-termo, por presença de anormalidades do esperma, alterações genéticas, e associação a casos maternos de pré-eclâmpsia, aborto e alterações no nascimento.^(246, 247) O tipo de profissão que realiza e até o seu peso à nascença, também são considerados factores que podem interferir no peso à nascença.^(8, 10)

Por conseguinte, presume-se que os resultados obtidos através da realização deste estudo poderão complementar futuras investigações sobre a temática, bem como, dar suporte para o planeamento de intervenções na área da saúde materna e obstetrícia, baseando as práticas do cuidar em enfermagem na evidência científica.

Em alguns países, após ter sido feito algum investimento em acções básicas junto à população grávida, houve mudanças significativas no perfil do peso ao nascer e alcance na redução da mortalidade infantil.⁽⁷⁵⁾

Considera-se portanto, que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia tem competências científica, técnica e relacional para atender a mulher/casal/família ao longo do ciclo vital, e especificamente para a temática, no período pré-natal. Encontram-se desta forma numa posição privilegiada, no sentido de promover hábitos de vida saudáveis para a grávida, com aconselhamento sobre a nutrição, descanso, espaçamento interparto, idades ideais para engravidar e gestão de *stress*.^(131, 248)

Considera-se ainda fundamental que o enfermeiro esteja atento aos níveis de *stress* da mãe, mas também do pai, no sentido de rastrear situações patológicas e ajudar os pais a encontrarem estratégias para lidar com o *stress*, inerentes a esta fase de transição. Assim, poderá minimizar as experiências de maior tensão e autonomizar os pais no exercício dos seus novos papéis, favorecendo um melhor desenrolar para aquela gravidez.

Seria importante ainda, atendendo à influência da assistência pré-natal no controle do BPN, elaborar projectos de assistência tangível, em que por exemplo se criavam visitas domiciliárias às grávidas em situação socioeconómica desfavorável ou transporte para as consultas, e ainda apoio alimentar e emocional.⁽²⁴⁸⁾

Quanto à gravidez na adolescência é de manter o investimento tido na educação, sexual, incentivando a promoção da abstinência e do uso de contraceptivos. Experiências inovadoras como a simulação dos cuidados necessários ao recém-nascido têm mostrado um aumento da percepção das adolescentes da vivência futura se engravidarem.⁽⁸⁾

De toda a análise, concluímos que ainda são necessários esforços, no sentido de elaborar e implementar medidas de suporte direccionadas para a redução da ocorrência do BPN, e conseqüentemente contribuir para a melhoria de vida do recém-nascido a curto, médio e longo prazo. Tais medidas contribuem ainda para a redução dos gastos em saúde na nossa sociedade, ao passo que, diminuem a necessidade e/ou tempo de utilização dos serviços de saúde altamente especializados. Assim sendo, também são minimizadas as sequelas mais graves relacionadas com as alterações do desenvolvimento e as doenças crónicas futuras.

“O nascimento de uma criança é um acontecimento chave na vida das famílias e na construção das comunidades; é assim que deve continuar, mas tem de ser seguro, acima de tudo.”⁽²⁴⁹⁾

BIBLIOGRAFIA

1. Costa CE, Gotlieb SLD. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. *Revista de Saúde Pública*. 1998;32:328-34.
2. Uchimura TT, Szarfarc SC, Latorre MRDdO, Uchimura NS, Souza SBd. Anemia e peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2003; 37: Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400002&nrm=iso.
3. KRAMER MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *World Health Organization*. 1987;65(5):663-737.
4. Silva ESd, Nunes ML. The influence of gestational age and birth weight in the clinical assesment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2005;63:956-62.
5. Eisenhauer E, Uddin D, Albers P, Paton S, Stoughton R. Establishment of a Low Birth Weight Registry and Initial Outcomes. *Maternal & Child Health Journal*. 2011;15(7):921-30.
6. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon Jd, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009†. *Human Reproduction*. 2009;24(11):2683-7.
7. L.Kiely J, Brett KM, Yu S, Rowley DL. Birth Outcomes- Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation. CDC'S Public Health Surveillance for women, infants, and children: Center of Disease Control and Prevention; 1994. Available from: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/ProductsPubs/DatatoAction/DataToAction.htm>.
8. Ohlsson A, Shah P. Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence: The Institute of Health Economics; 2008.
9. Wardlaw T, Blanc A, Zupan J, Åhman E. LOW BIRTHWEIGHT - COUNTRY, REGIONAL AND GLOBAL ESTIMATES. UNICEF WHO. 2004:27.
10. Shah PS. Paternal factors and low birthweight, preterm, and small for gestational age births: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(2):103-23.
11. Petrou S, Petrou S, Sach T, Davidson L. The long-term costs of preterm birth and low birth weight: results of a systematic review. *Child: Care, Health & Development*. [Article]. 2001;27(2):97-115.
12. Brilhante HMdAA. AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DETERMINANTES DO BAIXO PESO AO NASCER, EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CE. FORTALEZA-CE2005.
13. Vettore MV, Gama SGnd, Lamarca GdA, Schilithz AOC, Leal MdC. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:1021-31.
14. WHO. World Health Statistics 2011. World Health Organization. 2011:170.
15. Carniel EdF, Zanolli MdL, Antônio MÂRdGM, Morcillo AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:169-79.
16. Minagawa AT, Biagoline REM, Fujimori E, de Oliveira IMV, Moreira APdCA, Ortega LDS. [Low birth weight and prenatal maternal conditions]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*. 2006;40(4):548-54.
17. Ricketts SA, Murray EK, Schwalberg R. Reducing low birthweight by resolving risks: results from Colorado's Prenatal Plus Program. *American Journal of Public Health*. 2005;95(11):1952-7.

18. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSNd, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Revista de Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003; 37: Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300007&nrm=iso.
19. Lasker JN, Coyle B, Li K, Ortynsky M. Assessment of risk factors for low birth weight deliveries. Health Care for Women International. 2005;26(3):262-80.
20. Cátia Regina BdF, Maria Wany LS, Lídia Raquel dC, Rosana Fiorini P. Risk factors for low birth weight in Botucatu city, SP state, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008. BMC Research Notes. [Article]. 2012;5(1):60-8.
21. WHO. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. In: Abuse DoMHaS, editor.: World Health Organization; 2008.
22. R W, M M. Social determinants of health: the solid facts. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2003.
23. Moraes ABd, Zanini RR, Giugliani ERJ, Riboldi J. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27:229-40.
24. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cadernos de Saúde Pública. 2001;17:1025-9.
25. Leal MdC, Gama SGNd, Cunha Cbd. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. Revista de Saúde Pública. 2006;40:466-73.
26. Roth J, Hendrickson J, Schilling M, Stowell DW. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel. Journal of School Health. 1998;68(7):271-5.
27. Santos GHNd, Martins MdG, Sousa MdS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2008;30:224-31.
28. Gama SGNd, Szwarcwald CL, Leal MdC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Revista de Saúde Pública. 2001;35:74-80.
29. Gripp Bicalho Mariotoni G, de Azevedo Barros Filho A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? (Brasil). Revista chilena de pediatria. 2000;71:453-60.
30. Azevedo GdD, Freitas Júnior RAdO, Freitas AKMSdO, Araújo ACPFd, Soares EMM, Maranhão TMdO. Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2002;24:181-5.
31. Ximenes FmA, Oliveira McRd. A influência da idade materna sobre as consições perinatais. Revista Brasileira em Promoção da saúde. 2004:56-60.
32. Silva JLDcPe, Surita FGdC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2009;31:321-5.
33. Lima GdSP, Sampaio HAdC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [serial on the Internet]. 2004; 4: Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300005&nrm=iso.
34. Huttly SRA, Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Birth Spacing and Child Health in Urban Brazilian Children. Pediatrics [serial on the Internet]. 1992; 89(6): Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/89/6/1049>.
35. Baldwin VJ. Pathology Multiple Pregnancy. 1st ed: New York: Springer-Verlag; 1994.
36. Paula CGD, Boccolini CS, Silva AAM, Bacelo AC, Cardoso FT, Capelli JDCS. Baixo Peso ao Nascer: Fatores Socioeconômicos, Assistência Pré-Natal e Nutricional – Uma Revisão. Revista Augustus. 2010;14(29):54-65.
37. Hulsey TC, Neal D, Bondo SC, Hulsey T, Newman R. Maternal prepregnant body mass index and weight gain related to low birth weight in South Carolina. Southern Medical Journal. 2005;98(4):411-5.

38. Padilha PdC, Saunders C, Machado RCM, Silva CLd, Bull A, Sally EdOF, et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007;29:511-8.
39. Coleman T. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(9).
40. Ward C, Lewis S, Coleman T. Prevalence of maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and impact on birth weight: retrospective study using Millennium Cohort. *BMC Public Health*. 2007;7(1):81.
41. Brooke OG, Anderson HR, Bland JM, Peacock JL, Stewart CM. Effects on birth weight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress. *BMJ*. 1989;298:795-801.
42. Lassen K, Oei T. Effects of Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy on Long-Term Physical and Cognitive Parameters of Child Development Addictive Behaviors. 1998;23(5):635-53.
43. Kuczkowski KM. Tabagismo durante a gravidez: um problema maior do que se imagina. *Jornal de Pediatria*. 2004;80:83-4.
44. CORRREIA S, NASCIMENTO C, GOUVEIA R, MARTINS S, SANDES AR, FIGUEIRA J, et al. GRAVIDEZ E TABAGISMO Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos. *Acta Médica Portuguesa*. 2007;20 (3)(II):201-7.
45. Freire TdM, Machado JC, Melo EVd, Melo DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005;27:376-81.
46. Passini Júnior R. Consumo de álcool durante a gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005;27:373-5.
47. Carmo BGd. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de gestantes e recém-nascidos e factores determinantes do peso ao nascer: um estudo de usuários do SUS em Viçosa-MG. Minas Gerais - Brasil: Universidade federal de Viçosa; 2006.
48. Merck. Manual Merck de Informação Médica: Saúde Para a Família 2010. Available from: <http://www.manualmerck.net/>.
49. DGS. Prestação de cuidados pré-concepcionais- Circular Normativa n.º 2. Ministério da Saúde; 2006.
50. Orr ST, Miller CA, James SA, Babones S. Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*. [Article]. 2000;14(4):309-13.
51. Shah PS, Balkhair T, Ohlsson A, Beyene J, Scott F, Frick C. Intention to become pregnant and low birth weight and preterm birth: a systematic review. *Maternal & Child Health Journal*. 2011;15(2):205-16.
52. Afable-Munsuz A, Braveman P. Pregnancy intention and preterm birth: differential associations among a diverse population of women. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*. 2008;40(2):66-73.
53. Lowdermilk, Perry. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª, editor. Loures: Lusodidacta; 2008.
54. DGS. Vigilância pré-natal e revisão no puerpério. In: DGS, editor. 2a ed. Lisboa1993.
55. OMS. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra1996; Available from: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf.
56. Paula HAdA, Salvador BC, Barbosa L, Cotta RMM. *Peso ao nascer e variáveis maternas no âmbito da promoção da saúde*2011.
57. Uchimura Tt, Szarfarc SC, Latorre MdRD, Uchimura NS. Fatores biodemográficos maternos e sua correlação com o baixo peso ao nascer. *Arq Ciência Saúde Unipar*. 2001 maio/agosto;5(2):105-14.
58. Wilcox AJ. On the importance—and the unimportance— of birthweight. *International Journal of Epidemiology*. 2001 December 1, 2001;30(6):1233-41.
59. WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-Tenth Revision*. 2004;2(2).
60. Mariotoni GG, Barros Filho AA. *Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975-1996*. *Revista de saude publica [serial on the Internet]*. 2000; 34(1): Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000100013&nrm=iso.

61. Monteiro CA, Benício M, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Revista de saúde pública* [serial on the Internet]. 2000; 34(6 Supl).
62. Monteiro CA, Benicio MHDA, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Revista de Saúde Pública*. 2000;34:26-40.
63. Menezes LOd. Associação entre o baixo peso ao nascer e a depressão na gestação: impacto para o SUS: Universidade Católica de Pelotas; 2011.
64. Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública*. 2003;37:311-8.
65. Nekatibeb G, G/Mariam A. Analysis of birth weight in Metu Karl hospital: South West Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*. 2007;45(2):195-202.
66. Aquino-Cunha M, Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J, Andrade T. Gestação na Adolescência: Relação com o Baixo Peso ao Nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2002;24:513-9.
67. Menezes AMB, Barros FC, Víctora CG, Tomasi E, Halpern R, Oliveira ALB. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Revista de Saúde Pública*. 1998;32:209-16.
68. Almeida MFd, Jorge MHPdM. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Revista de Saúde Pública*. 1998;32:217-24.
69. Guimarães EAdA, Velásquez-Meléndez G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2002;2:283-90.
70. Alexander GR, Slay M. Prematurity at birth: Trends, racial disparities, and epidemiology. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*. [Article]. 2002;8(4):215-20.
71. Araujo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:219-27.
72. Araújo DMR, Pereira NdL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:747-56.
73. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008;35:144-53.
74. Skokić F, Bačaj D, Selimović A, Hasanović E, Muratović S, Halilbašić A. Association of Low Birth Weight Infants and Maternal Sociodemographic Status in Tuzla Canton during 1992-1995 War Period in Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Pediatrics*. [Article]. 2010:1-7.
75. Antonio MÂRdGM, Zanolli MdL, Carniel EdF, Morcillo AM. Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009;55:153-7.
76. Simão MO, Kerr-Corrêa F, Dalben I, Smaira SI. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002;24:121-9.
77. Salinas Portillo H, Erazo Bahamondes M, Pastene S C, Reyes P A, Catalan M J, Carmona G S. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Revista chilena de salud pública*. 2004;8(2):78-83.
78. Rendón MT, Apaza DH, Vildoso MT. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en poblacion atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Ginecol Obstet Mex*. 2012 Febrero 2012;80(2):51-60.
79. Nogueira JMP. Fatores associados ao Baixo Peso à Nascimento: Universidade do Porto; 2010.
80. Lizo CLP, Azevedo-Lizo Z, Aronson E, Segre CAM. Relação entre ganho de peso materno e peso do recém-nascido. *Jornal de Pediatria*. 1998;74(2):114-8.
81. Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66(5):762-9.
82. Bohland AK, Jorge MHPdM. Mortalidade de menores de um ano de idade na região Sudoeste do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 1999;33:366-73.
83. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Díaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. 2000;79(5):371-8.
84. 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*. 2003;3:37-42.

85. Li Y-M, Chang T-K. Maternal Demographic and Psychosocial Factors Associated with Low Birth Weight in Eastern Taiwan. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 2005;21(11):502-10.
86. P R, BK A-D. Birth interval: perceptions and practices among urban-based Saudi Arabian women. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2007;13(4):881-92.
87. OMS. Report of WHO Technical Consultation on Birth Spacing. In: Safer DoMP, Research DoRHa, editors. Geneva, Switzerland 2007.
88. Prada J, Tsang R. Biological mechanisms of environmentally induced causes of IUGR *European Journal of Clinical Nutrition*. 1998;52(S21-S28).
89. Furlan JP, Guazzelli CAF, Papa ACS, Quintino MP, Soares RVP, Mattar R. A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003;25:625-30.
90. Leal MdC, Gama SGNd, Cunha CBd. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39:100-7.
91. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38:24-9.
92. Araújo SG, Sant'Ana DdMG. Relação entre a idade materna e o peso ao nascer: um estudo da gravidez na adolescência no município de Umuarama, PR, Brasil em 2001. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2003 jul./dez.:155-60.
93. Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. *Medifam [serial on the Internet]*. 2001; 11: Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004&nrm=iso.
94. Graça LM. *Medicina Materno-Fetal*. In: LIDEL, editor. 3ª ed. Lisboa-Porto 2005.
95. Melo ASdO. Fatores associados ao crescimento fetal inadequado [Dissertação de Mestrado]. Campina Grande: Universidade Estadual de Paraíba; 2006.
96. OMS. *International classification of diseases. 9th revision*. Geneva: WHO Library. 1975.
97. who. Early marriages, adolescent and young pregnancies. WHO. 2012, Março;SIXTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY(Provisional agenda item 13.4):1-4.
98. who. Youth1 and health risks. who. 2011, Maio;SIXTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY(Agenda item 13.16):1-4.
99. Henriques M, Matos C, Valido A. Os Filhos dos Adolescentes. "Arquivos" - MAC 2006;16:26-32.
100. Nados vivos por local de residência da mãe, sexo, idade da mãe e duração da gravidez, ano 2010 [database on the Internet] 2010. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005950&contexto=bd&selTab=tab2.
101. WHO. *World Health Statistics 2008*. World Health Organization. 2008:110.
102. Lopes MJ. Uma média de 12 adolescentes dão à luz todos os dias em Portugal. *Público*; 2011; Available from: <http://www.publico.pt/Sociedade/uma-media-de-12-adolescentes-dao-a-luz-todos-os-dias-em-portugal-1476391>.
103. Costa TdJNMd, Heilborn ML. Gravidez na adolescência e factores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. *Revista de APS*. 2006 Jan/Jun.
104. Santos GHNd, Martins MdG, Sousa MdS, Batalha SdJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2009;31:326-34.
105. Chen X-K, 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*. 2007 April 1, 2007;36(2):368-73.
106. Schempf AH, Branum AM, Lukacs SL, Schoendorf KC. Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*. [Article]. 2007;21(1):34-43.
107. JOLLY MC, SEBIRE N, HARRIS J, ROBINSON S, REGAN L. Obstetric Risks of Pregnancy in Women Less Than 18 Years Old. *Obstetrics & Gynecology*. 2000;96(6):962-6.

108. Carniel EdF, Zanolli MdL, Almeida CAAd, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2006;6:419-26.
109. WHO. Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse [serial on the Internet]. 2004: Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf.
110. Eisenstein E, Coelho KSC, Coelho SC, Coelho MASC. Nutrição na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2000;76(3):263-74.
111. Costa MCO, Neto AFO. Abordagem nutricional de gestantes e nutrizes adolescentes: estratégia básica na prevenção de riscos. *Jornal de Pediatria*. 1999;75(3):161-6.
112. Martins C, Almeida M. Fecundidade e diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano, São Paulo, Brasil, 1997. *Revista de saúde pública* 2001;35(5):421-7.
113. Elster A. The effect of maternal age, parity and prenatal care on prenatal outcome in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [serial on the Internet]. 1984: Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6540522>.
114. Kassar SB, Gurgel RQ, Albuquerque MdfMd, Barbieri MA, Lima MdC. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005;5:293-9.
115. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2004;26:697-701.
116. Benzies KM. Advanced maternal age: Are decisions about the timing of child-bearing a failure to understand the risks? *Canadian Medical Association Journal*. 2008 January 15, 2008;178(2):183-4.
117. Chan BC-P, Lao TT-H. Effect of Parity and Advanced Maternal Age on Obstetric Outcome. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2008;63(12):761-3 10.1097/01.ogx.0000338079.83386.cc.
118. Senesi LG, Tristão EG, Andrade Rpd, Krajden ML, Oliveira Junior FCd, Nascimento DJ. Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2004;26:477-82.
119. Sass A, Gravena AAF, Pelloso SM, Marcon SS. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011;32:362-8.
120. Donoso S E, Villarroel del P L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Revista médica de Chile*. 2003;131:55-9.
121. Ziadeh SM. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. *Gynecologic And Obstetric Investigation*. 2002;54(1):6-10.
122. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics And Gynecology*. 2005;105(5 Pt 1):983-90.
123. Maria do Céu Machado, Maria Isabel Alves, Couceiro ML. Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2011;42(5):195-204.
124. Bastos V, Faria C. Gravidez em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos. *Revista Nascer e Crescer*. 2003;XII(4):254-6.
125. Benzies K, Tough S, Tofflemire K, Frick C, Faber A, Newburn-Cook C. Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006;35(5):625-33.
126. Ramos JLA, Vaz FAC, Calil VMLT. O recém-nascido pequeno para a idade gestacional. *REVISTA PEDIATRIA MODERNA* [serial on the Internet]. 2002: Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=243.
127. Melve KK, Skjaerven R. Birthweight and perinatal mortality: paradoxes, social class, and sibling dependencies. *International Journal of Epidemiology*. 2003 August 1, 2003;32(4):625-32.
128. Szarfarc SC, Böell CP, Andrade Jd, Ciari Junior C. Características vitais como indicadores do risco gravídico. *Revista de Saúde Pública* [serial on the Internet]. 1980; 14: Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101980000300004&nrm=iso.

129. Rawlings JS, Rawlings VB, Read JA. Prevalence of Low Birth Weight and Preterm Delivery in Relation to the Interval between Pregnancies among White and Black Women. *New England Journal of Medicine*. 1995;332(2):69-74.
130. Zhu BP, Haines KM, Le T, McGrath-Miller K, Boulton ML. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes among white and black women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2001;185(6):1403-10.
131. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Norton MH, Rosas-Bermúdez A. Effect of the interpregnancy interval on perinatal outcomes in Latin America. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;106(2):359-66.
132. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*. 2006;295(15):1809-23.
133. Thame M, Osmond C, Bennett F, Wilks R, Forrester T. Fetal growth is directly related to maternal anthropometry and placental volume. *European Journal of Clinical Nutrition*. [Article]. 2004;58(6):894-900.
134. Neufeld LM, Haas JD, Grajéda R, Martorell R. Changes in maternal weight from the first to second trimester of pregnancy are associated with fetal growth and infant length at birth. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2004 April 1, 2004;79(4):646-52.
135. Rocha DdS, Netto MP, Priore SE, Lima NMMd, Rosado LEFPdL, Franceschini SdCC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Revista de Nutrição*. 2005;18:481-9.
136. Guerra AFFdS, Heyde MEDvd, Mulinari RA. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007;29:126-33.
137. Aguiar MBd, Figueiredo B. Prematuridade e Baixo Peso do Bebê à Nascimento: da Investigação à Intervenção. *Revista Nursing*. 2010.
138. Spinillo A, Capuzzo E, Piazzini G, Nicola S, Colonna L, Iasci A. Maternal high-risk factors and severity of growth deficit in small for gestational age infants. *Early Human Development*. 1994;38(1):35-43.
139. Kalinka J, Hanke W. [Tobacco smoking--a risk factor for intrauterine growth retardation, preterm delivery and low birth weight]. *Ginekologia Polska*. 1996;67(2):75-81.
140. Marin GH, Delgado L, Sager G, Visentín S, Azzaro S, Tozzi M. Consequences of smoking during pregnancy for mother and child. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2003;3:159-64.
141. Spencer N, Logan S. Social influences on birth weight. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002 May 1, 2002;56(5):326-7.
142. KÄLLÉN K. The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. *The European Journal of Public Health*. 2001 September 1, 2001;11(3):329-33.
143. Badlissi D, Guillemette A, Fadin A. Prématurité et petit poids à la naissance : les effets du tabagisme actif et passif durant la grossesse. *REVUE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE*. 2001;92(4):272-5.
144. Hernández MC. Bajo peso al nacer y tabaquismo *Rev cuba salud publica*. 1999;25(1):64-9.
145. Freire K, Padilha PdC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2009;31:335-41.
146. Jaakkola JJK, Gissler M. Maternal Smoking in Pregnancy, Fetal Development, and Childhood Asthma. *American Journal of Public Health*. 2004;94(1):136-40.
147. Silva Id, Quevedo Lda, Silva RAd, Oliveira Ssd, Pinheiro RT. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:864-9.
148. Mesquita MdA. Síndrome alcoólica fetal. *Einstein*. 2003;1:149.
149. Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Martier SS, Ager JW, Shankaran S. Effects of alcohol use, smoking, and illicit drug use on fetal growth in black infants. *The Journal of Pediatrics*. 1994;124(5):757-64.
150. Goodlett CR, Horn KH. Mechanisms of Alcohol-Induced Damage to the Developing Nervous System. *Alcohol Research & Health*. 2001;25:175-84.

151. Mesquita M. The effects of alcohol in newborns. *einstein*. 2010 julho/setembro;8(3):368 - 75.
152. Mesquita MdA, Segre CAdM. Freqüência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2009;19:63-77.
153. McDermott R, Campbell S, Li M, McCulloch B. The health and nutrition of young indigenous women in north Queensland – intergenerational implications of poor food quality, obesity, diabetes, tobacco smoking and alcohol use. *Public Health Nutrition*. 2009;12(11):2143-9.
154. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [serial on the Internet]*. 2006; 6: Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100011&nrm=iso.
155. Abalos E. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(10).
156. Magee L. Oral beta-blockers for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(1).
157. SOUZA AR, AMORIM MR, COSTA AAR, NETO CN. Tratamento Anti-Hipertensivo na Gravidez. *ACTA MÉDICA PORTUGUESA*. 2010 Janeiro/Fevereiro 2010; 23 N.º 1 (II):77-84.
158. Rosenthal T, Oparil S. The effect of antihypertensive drugs on the fetus. *Journal of Human Hypertension*. [Article]. 2002;16(5):293.
159. Easterling TR, Carr DB, Brateng D, Diederichs C, Schmucker B. Treatment of Hypertension in Pregnancy: Effect of Atenolol on Maternal Disease, Preterm Delivery, and Fetal Growth. *Obstetrics & Gynecology*. 2001;98(3):427-33.
160. Elhassan EM, Mirghani OA, Habour AB, Adam I. Methyl dopa versus no drug treatment in the management of mild pre-eclampsia. *East African medical journal*. 2002;79(4):172-5.
161. Brasil MS. Gestação de Alto Risco - manual Técnico. Brasília: EDITORA MS; 2010. Available from: http://abenfo.redesindical.com.br/args/outros/154_gestacao_de_risco.pdf.
162. Funayama CAR, Novaes DdA, Costa FdS, Cavalli RdC, Duarte G, Cunha SPd. Gravidez Gemelar com Morte Fetal de Um dos Gêmeos: Avaliação Neurológica dos Gemelares Sobreviventes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2002;24:107-12.
163. Marques EM, Rudge MVC. Resultados Perinatais de Gêmeos com Pesos Discordantes ao Nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2002;24:389-94.
164. Silva AAMd, Gomes UA, Bettiol H, Dal Bo CMR, Mucillo G, Barbieri MA. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*. 1992;26:150-4.
165. Salge AKM, Vieira AVdC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Revista Electrónica de Enfermagem [serial on the Internet]*. 2009; 11: Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a23.pdf>.
166. Murphy PA. Preterm birth prevention programs: a critique of current literature. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1993;38(6):324-35.
167. Bakewell JM, Stockbauer JW, Schramm WF. Factores associated with repetition of low birthweight: Missouri longitudinal study. *Paediatric and perinatal Epidemiology [serial on the Internet]*. 1997; 11: Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3016.11.s1.4.x/pdf>.
168. DONALD BRISCOE, HAYLEY NGUYEN, MELANIE MENCER, NEETA GAUTAM, DANIEL B. KALB. Management of pregnancy beyond 40 weeks' gestation. *American Family Physician*. 2005;71(10):1935-41.
169. Martins MdFdSV. Um Olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O Passado, o Presente, que Futuro?. . Centro de Estudos Sociais - Universidade Coimbra. 2004.
170. Regueira Naranjo JL, Rodríguez Ferrá R, Brizuela Pérez S. Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1998;14:160-4.

171. Margia S, Jeanette L. Enfermagem Comunitária: Promoção para a Saúde de Grupos, Famílias e indivíduos. 4ª ed. Loures 1999.
172. Aquino-Cunha M. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no Município de Rio Branco-AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal. 2008.
173. Cordeiro A, Rosário Fd, Gonçalves R, Campos A. Gravidez não vigiada – a experiência da MAC em 2004. Arquivos- MAC. 2006;XVI(4):14-6.
174. Enfermeiros Od. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica 2010 [22 Abril 2010]; Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
175. Sinisterra Rodriguez OT, Szarfarc SC, Benicio MHdA. Anemia e desnutrição maternas e sua relação com o peso ao nascer. Revista de Saúde Pública. 1991;25:193-7.
176. MINAMISAVA R, BARBOSA MA, MALAGONI L, ANDRAUS LMS. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. Revista Eletrônica de Enfermagem 2004 set/dez.
177. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. Sao Paulo Medical Journal. 2001;119:33-42.
178. Torres-Arreola LP, Constantino-Casas P, Flores-Hernández S, Villa-Barragán JP, Rendón-Macías E. Socioeconomic factors and low birth weight in Mexico. BMC Public Health. 2005;5:20-.
179. Fonseca Cd, Strufaldi M, Carvalho Ld, Puccini R. Risk factors for low birth weight in Botucatu city, SP state, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008. BMC Research Notes. 2012;5(1):60.
180. Moser K, Li L, Power C. Social inequalities in low birth weight in England and Wales: trends and implications for future population health. Journal of Epidemiology & Community Health. 2003;57(9):687-91.
181. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la Investigación. ed, editor: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
182. Campana ÁO. Investigação Científica na Área Médica: Diversos; 2001.
183. Fortin MF, Côté J, Filion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ª, editor. Loures: Lusodidacta; 2009.
184. PESTANA MH, GAGEIRO JN. Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. 5ª Edição ed. Edição, editor. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
185. McAvoy H. Unequal at birth: inequalities in the occurrence of low birthweight babies in Ireland / Helen McAvoy ... [et al.] 2006.
186. Sullivan K, Raley RK, Hummer RA, Schiefelbein E. The potential contribution of marital-cohabitation status to racial, ethnic, and nativity differentials in birth outcomes in Texas. Maternal And Child Health Journal. 2012;16(4):775-84.
187. Siervo M, Horta BL, Stephan BCM, Victora CG, Wells JCK. First-Borns Carry a Higher Metabolic Risk in Early Adulthood: Evidence from a Prospective Cohort Study. PloS one. [Article]. 2010;5(11):1-7.
188. Ricciardi C, Guastadisegni C. Environmental inequities and low birth weight. Annali Dell'istituto Superiore Di Sanità. 2003;39(2):229-34.
189. Nascimento LFC. Análise hierarquizada dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer. Revista Paulista de Pediatria. 2005;23(2):76-82.
190. Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe, Sexo, Local de parto da mãe, Assistência médica e Escalão de peso à nascença; Anual - INE, Nados-Vivos [database on the Internet]. INE. 2012. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005948&contexto=bd&selTab=tab2.
191. Moraes ABd. Baixo peso de Nascidos vivos no Rio Grando do Sul, Brasil: uma análise estatística multinível: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
192. Thompson LA, Goodman DC, Chiang-Hua C, Stukel TA. Regional Variation in Rates of Low Birth Weight. Pediatrics. [Article]. 2005;116(5):1114-21.

193. Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2001), Sexo e Grupo etário da mãe; Anual - INE, Nados-Vivos [database on the Internet]2012. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001865&contexto=bd&selTab=tab2.
194. Shah P, Ohlsson A. Literature Review of Low Birth Weight, Including Small for Gestational Age and Preterm Birth. Toronto Public Health. 2002.
195. População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade (Situação no nível); INE, Recenseamento da População e Habitação [database on the Internet]. INE. 2012. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006349&contexto=bd&selTab=tab2.
196. Monteiro CA, Nazário CdL. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*. 2000;34:13-8.
197. Zeitlin JA, Saurel-Cubizolles M-J, Ancel P-Y. Marital status, cohabitation, and the risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*. [Article]. 2002;16(2):124-30.
198. Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe, Grupo etário da mãe, Sexo e Filiação; Anual - INE, Nados-Vivos [database on the Internet]. INE. 2012. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000003&contexto=bd&selTab=tab2.
199. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Marriage still protects pregnancy. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. 2005;112(10):1411-6.
200. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*. 2003;37:456-62.
201. Bird ST, Chandra A, Bennett T, Harvey SM. Beyond marital status: relationship type and duration and the risk of low birth weight. *Family planning perspectives*. 2000;32(6):281-7.
202. Taxa de desemprego (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Recenseamento da População e Habitação [database on the Internet]. INE. 2012. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006733&contexto=bd&selTab=tab2.
203. Scorzafave LGDdS. Caracterização da inserção feminina no mercado de trabalho e seus efeitos sobre a distribuição de renda. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2004.
204. Maia RdRP, Souza JMPd. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2010;20:735-44.
205. Figa`-Talamanca I. Occupational risk factors and reproductive health of women. *Occupational Medicine*. 2006;56:521-31.
206. Saúde ACdSd. Unidades de Saúde Familiar- Análise da atividade realizada em 2010. ACSS-Ministério da Saúde. 2011.
207. Bacelo TM, Lopes MS. Antecipar a Vida - Consulta Pré-concepcional – Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André – Leiria. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2009;25:19-29.
208. Karaçam Z, Şen E, Amanak K. Effects of unplanned pregnancy on neonatal health in Turkey: A case-control study. *International Journal of Nursing Practice*. 2010;16(6):555-63.
209. Bitto A, Gray RH, Simpson JL, Queenan JT, Kambic RT, Perez A, et al. Adverse outcomes of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: a prospective study. *American Journal of Public Health*. 1997;87(3):338-43.
210. Pulley L, Klerman LV, Tang H, Baker BA. The extent of pregnancy mistiming and its association with maternal characteristics and behaviors and pregnancy outcomes. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*. 2002;34(4):206-11.
211. Villalbí JR, Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz MC, Borrell C. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatric and perinatal Epidemiology*. 2007;21(5):441-7.

212. D'Angelo DV, Gilbert BC, Rochat RW, Santelli JS, Herold JM. Differences between mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2004 Sep-Oct;36(5):192-7.
213. Morris NM, Udry JR, Chase CL. Reduction of low birth weight birth rates by the prevention of unwanted pregnancies. *American Journal of Public Health*. 1973;63(11):935-8.
214. Sharma R, Synkewecz C, Raggio T, Mattison DR. Intermediate variables as determinants of adverse pregnancy outcome in high-risk inner-city populations. *Journal of the National Medical Association*. 1994;86(11):857-60.
215. Eggleston E, Tsui AO, Kotelchuck M. Unintended pregnancy and low birthweight in Ecuador. *American Journal of Public Health*. 2001;91(5):808-10.
216. Baydar N. Consequences for children of their birth planning status. *Family planning perspectives*. [Article]. 1995;27(6):228-45.
217. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Family planning perspectives*. 1998;30(5):223-30.
218. Nobile CGA, Raffaele G, Altomare C, Pavia M. Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. *BMC Public Health*. [Article]. 2007;7:192-9.
219. Giglio MRP, Lamounier JA, Morais Neto OLd, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005;27:130-6.
220. Barros H, Tavares M, Rodrigues T. Role of prenatal care in preterm birth and low birthweight in Portugal. *Journal of public health medicine*. 1996;18(3):321-8.
221. Krueger PM, Scholl TO. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. *The Journal Of The American Osteopathic Association*. 2000;100(8):485-92.
222. Majoko F, Munjanja SP, Nyström L, Mason E, Lindmark G. Randomised controlled trial of two antenatal care models in rural Zimbabwe. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(7):802-11.
223. Munjanja SP, Lindmark G, Nyström L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet*. 1996;348(9024):364-9.
224. Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ (Clinical research ed)*. 1996;312(7030):546-53.
225. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:1160-8.
226. Tiago L, Caldeira A, Vieira M. Risk factors for low birth weight in the Public Maternity Hospital in the interior of Minas Gerais state, Brazil. *Pediatria (Sao Paulo)*. 2008;30(1):8 - 14.
227. Hueston WJ, Gilbert GE, Davis L, Sturgill V. Delayed Prenatal Care and the Risk of Low Birth Weight Delivery. *Journal of Community Health*. 2003;28(3):199-208.
228. Wood C. The Association of Marital Status with Low Birthweight North Carolina, 1994-1995. *State Center for Health Statistics*. 1997;104.
229. Raine T, Powell S, Krohn MA. The risk of repeating low birth weight and the role of prenatal care. *Obstetrics And Gynecology*. 1994;84(4):485-9.
230. Alexy B, Nichols B, Heverly MA, Garzon L. Prenatal factors and birth outcomes in the public health service: a rural/urban comparison. *Research in Nursing & Health*. 1997;20(1):61-70.
231. Sanhua VM, Juárez CM, Moreno Mdel C, Posada EG, Horwitz MK, Ramos RV, et al. [Relation among pathological maternal history and weight diagnosis at birth]. *Ginecologia Y Obstetricia De Mexico*. 2004;72:561-9.
232. Machado A, Nicolau R, Dias CM, editors. Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa2009.
233. Silva R, Thomas M, Caetano R, Aragaki C. Preventing low birth weight in Illinois: outcomes of the family case management program. *Maternal & Child Health Journal*. 2006;10(6):481-8.

234. Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, Plana E, Sarri K, Kafatos A, et al. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *European journal of pediatrics*. 2010;169(6):741-8.
235. Silva AA, Lamy-Filho F, Alves MT, Coimbra LC, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. *Paediatric and perinatal Epidemiology*. 2001;15(3):257-64.
236. Rached-Paoli I, Henríquez-Pérez G, Azuaje-Sánchez A. Relación del peso al nacer con la edad gestacional y la antropometría materna. *Anales Venezolanos de Nutrición*. 2006;19:10-6.
237. Lorenzo Rodríguez Domínguez P, Hernández Cabrera J, Tomás García León L. Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. (Spanish). Action proposal to reduce the mother factors related to the low birth weight (English). [Article]. 2010;36(4):532-43.
238. Frederick IO, Williams MA, Sales AE, Martin DP, Killien M. Pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain, and other maternal characteristics in relation to infant birth weight. *Maternal & Child Health Journal*. 2008;12(5):557-67.
239. Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe, Sexo, Idade da mãe e Ordem de nascimento [database on the Internet]. INE. 2011. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005951&contexto=bd&selTab=tab2.
240. Manso P, Vaz A, Taborda A, Silva IS. CORIONICIDADE E COMPLICAÇÕES PERINATAIS NA GRAVIDEZ GEMELAR. *Acta Médica Portuguesa*. 2011;24:695-8.
241. Hosain GM, Chatterjee N, Begum A, Saha SC. Factors associated with low birthweight in rural Bangladesh. *Journal of tropical pediatrics*. 2006;52(2):87-91.
242. Ochoa Sangrador C, Luque Benlloch C, Carrascal Tejado A. [Prematurity, low birth weight and the interval between pregnancies]. *Anales espanoles de pediatria*. 1996;45(1):67-70.
243. Silva AAMd, Bettiol H, Barbieri MA, Brito LGO, Pereira MM, Aragão VMFd, et al. Which factors could explain the low birth weight paradox? *Revista de Saúde Pública*. 2006;40:648-55.
244. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Mont JD. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2001 May 29, 2001;164(11):1567-72.
245. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2001;28(1):55-61.
246. Reichman NE, Teitler JO. Paternal age as a risk factor for low birthweight. *American Journal of Public Health*. 2006;96(5):862-6.
247. Astolfi P, De Pasquale A, Zonta LA. Paternal Age and Preterm Birth. *Epidemiology*. 2006;17(5):593-4 10.1097/01.ede.0000229739.69140.ef.
248. Hodnett ED. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(6).
249. WHO. The World health report : 2005 : make every mother and child count. In: WHO, editor. Geneva: World Health Organization; 2005.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO**SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA EM PORTUGAL:
Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português**

Assinatura da Utente

Assinatura do Investigador

Data: __/__/__

**Consentimento Informado da utente para participar no estudo**

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito de doutoramento em Ciências da Saúde – ramo de enfermagem, subordinado ao tema **SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA: Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português**. Compreendo que este questionário fará parte de um trabalho de Investigação, que tem como objectivos - Comparar as vivências de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal; - Analisar os factores determinantes da vigilância pré-natal em grávidas imigrantes e portuguesas; - Analisar a percepção de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde culturais durante o trabalho de parto; - Compreender a vivência de puérperas imigrantes e portuguesas de cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal

Estou informada sobre os objectivos do estudo e:

- 1 - Responderei às questões durante o internamento neste hospital/maternidade.
- 2 - As minhas respostas não serão reveladas a ninguém
- 3 - A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhuma circunstância.
- 4 -Participo ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afectados os serviços ou cuidados de que eu vier a necessitar dos profissionais de saúde.
- 5- Compreendo que este estudo contribuirá para prestar cuidados de qualidade e culturalmente competentes ao conhecer a população de mães imigrantes em Portugal
- 6 - Não receberei nenhum benefício directo como resultado da minha participação.
- 7 - Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelo contacto:

Emília Coutinho – 961011800 ou 232419100

Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.

SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA:

Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português
Este estudo desenvolve-se no âmbito académico O questionário é anónimo e confidencial.

Instituição _____

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

- 1- Qual é a sua nacionalidade? _____
- 2- Qual é a nacionalidade do seu companheiro/cônjuge? _____
- 3- Qual é a sua idade? _____ Anos
- 4- Qual é a idade do seu companheiro/cônjuge? _____ Anos
- 5- Qual é o seu estado civil
 Solteira Divorciada
 Viúva Casada
 Outra _____
- 6- Qual é o seu local de residência? Aldeia Vila Cidade
- 7- É crente em alguma religião? Não Sim
- 7.1 - Se sim qual? _____
- 8- Quais são as suas habilitações literárias?
 Inferior ou igual a 4 Anos Bacharelato
 Entre 5 e 6 Anos Licenciatura
 Entre 7 e 9 Anos Mestrado
 Entre 10 e 12 Anos Doutoramento
 Curso técnico-profissional Outra _____
- 9- Quais são as habilitações literárias do seu companheiro/cônjuge?
 Inferior ou igual a 4 Anos Bacharelato
 Entre 5 e 6 Anos Licenciatura
 Entre 7 e 9 Anos Mestrado
 Entre 10 e 12 Anos Doutoramento
 Curso técnico-profissional Outra _____
- 10- Qual é a sua formação profissional? _____
- 11- Qual é a sua profissão actual? _____
- 12- Qual é a formação profissional do seu companheiro? _____
- 13- Qual é a Profissão actual do seu companheiro? _____
- 14- Qual é a sua situação profissional actual?
 Empregada
 Desempregada
- 14.1 -Se está empregada, encontrou alguns obstáculos para arranjar emprego? Não Sim Se sim, quais? _____
- 15- Qual é a situação profissional actual do seu companheiro?
 Empregado
 Desempregado
- 16- Vive em casa:
 Própria
 Empréstada
 Alugada
- 17- Tem internet em casa? Não Sim
- 18- Quais são as condições da sua casa? (Assinale as opções correctas)
 Tem saneamento
 Tem electricidade
 Tem casa de banho
 Tem água canalizada

- 19- Quantas assoalhadas tem a sua casa (nº de quartos e salas)? _____ Assoalhadas
- 20- Qual é o Rendimento mensal do seu agregado familiar? <500 500-1000 1000-1500 1500-2000 >2000 Euros
- 21- Quantas pessoas residem na sua casa? _____ Pessoas
- 22- Tem carro próprio? Não Sim.
- 23- Quais os motivos que a levaram a escolher este hospital/maternidade? _____

Da pergunta 24 à 29.2 apenas respondem as mães imigrantes

- 24- Há quanto tempo reside em Portugal? _____ Anos _____ Meses
- 25- O que a motivou a imigrar para Portugal?
- Falta de dinheiro
 - Para estar próximo de familiar
 - Falta de emprego no país de origem
 - Ter referências positivas deste país
 - Outro. Qual? _____
- 26- Costuma enviar dinheiro para os familiares que ficaram no seu país de origem? Não Sim
- 27- Há quanto tempo não vai ao seu país de origem?
-
- 28- Qual a sua situação relativamente ao processo de aquisição de cidadania em Portugal?
- Ainda não iniciou nenhum processo de título de residência ou cidadania
 - Encontra-se no processo de obtenção de título de residência
 - Tem o título de residência
 - Encontra-se no processo de obtenção de visto
 - Tem visto
 - Encontra-se no processo de obtenção de naturalização
 - Encontra-se naturalizada
- 29- Teve necessidade de intérprete em algum momento da sua gravidez ou parto? Não Sim. Se sim, quando?
-
- 29.1- Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior foi-lhe facultada interprete? Não Sim.
- 29.2-Caso não tenha sido facultado, ou não tenha sido útil, isso trouxe-lhe dificuldades acrescidas? Não Sim. Se sim, quais?
-

PARTE II- VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

- 1 – Esta gravidez foi planeada? Não Sim Sim, mas não para esta altura
- 2 – Quem desejou este filho? (pode assinalar mais do que uma opção)
- Eu Nenhum
 - O pai da criança Outro
 - Ambos
- 3 – Durante a gravidez foi a alguma consulta de vigilância?
- Não Sim Se respondeu não, passe para a pergunta 7
- 4 – Onde realizou as consultas de vigilância?
- Centro de Saúde Clínicas Privadas/ médico particular
 - Maternidade/Consulta Externa Outro. Qual? _____
- 5 – Quando realizou a 1ª consulta?
- Antes de engravidar Três meses após a 1ª falta menstrual
 - Logo após a 1ª falta menstrual Quatro meses após a 1ª falta menstrual
 - Um mês após a 1ª falta menstrual Cinco meses após a 1ª falta menstrual
 - Dois meses após a 1ª falta menstrual Mais de cinco meses após a 1ª falta menstrual

6 – No contexto desta gravidez, quantas consultas realizou?

Antes de engravidar? _____ Consultas

Durante a gravidez? _____ Consultas

7 – Se não fez consultas ou não fez as consultas que desejaria quais os motivos que a impediram? (assinale com uma cruz a(s) opções)

<input type="checkbox"/> Pensei que não fosse necessário
<input type="checkbox"/> Falta de dinheiro
<input type="checkbox"/> Falta de tempo
<input type="checkbox"/> Por sentir que me julgavam
<input type="checkbox"/> Por sentir que não me davam apoio
<input type="checkbox"/> Falta de transporte
<input type="checkbox"/> Não ter ninguém para cuidar dos outros filhos
<input type="checkbox"/> Ter dificuldade em conciliar a consulta com o horário de trabalho
<input type="checkbox"/> O médico ter muitas clientes
<input type="checkbox"/> Pensar que não tinha direito às consultas
<input type="checkbox"/> Dificuldade em marcar consulta
<input type="checkbox"/> Não sabia que estava grávida
<input type="checkbox"/> A gravidez era mantida em segredo
<input type="checkbox"/> Já sabia o que fazer por experiências anteriores
<input type="checkbox"/> Não tinha problemas de saúde
<input type="checkbox"/> Conhecer outras mulheres que não foram às consultas tendo-lhes corrido tudo bem
<input type="checkbox"/> Estava noutro país
<input type="checkbox"/> Não sabia para onde me dirigir
<input type="checkbox"/> Má experiência com o médico na gravidez anterior
<input type="checkbox"/> Falta de confiança nos serviços de saúde
<input type="checkbox"/> O meu marido ou companheiro não concordava com as consultas
<input type="checkbox"/> Medo de ter problemas legais (imigração)
<input type="checkbox"/> Correr o risco de ser atendida por profissionais do sexo masculino
<input type="checkbox"/> Ter dificuldade em falar português
<input type="checkbox"/> Não ter companhia
<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____

8 – Antes de engravidar tinha algum problema de saúde? Não Sim. Se sim, qual? _____

9 – Durante a gravidez teve algum problema de saúde? Não Sim

9.1 – Se sim, qual?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Vômitos abundantes |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Infecções urinárias |
| <input type="checkbox"/> Ameaça de abortamento | <input type="checkbox"/> Infecções vaginais |
| <input type="checkbox"/> Ameaça parto prematuro | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> Hepatite B |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

10 – Esteve internada durante a gravidez? Não Sim.

10.1 – Se sim, qual foi a causa do internamento? _____

11 – Durante a gravidez tomou algum dos seguintes medicamento:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ferro | <input type="checkbox"/> Cálcio |
| <input type="checkbox"/> Ácido fólico | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Magnésio | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

11.1 – Para além dos medicamentos referidos anteriormente tomou outros medicamentos durante a gravidez?

- Não Sim

11.2 – Se sim, qual (ou quais)? _____

12 – Na primeira consulta, entregaram-lhe o boletim de saúde da grávida? Não Sim

13 – O Enfermeiro esteve nas suas consultas de vigilância da gravidez?

- Nunca
 Às vezes
 Sempre

14 – Que informações lhe deram nas consultas de vigilância da gravidez? (assinale com uma cruz a(s) opções):

Informação sobre:	Quem lhe deu a informação?			
	Médico	Enfermeiro	Ambos	Nenhum
Vigilância de saúde				
Alimentação				
Alterações físicas do corpo				
Alcool				
Tabaco				
Actividade sexual				
Aumento de peso na gravidez				
Direitos da grávida no trabalho				
Crescimento do bebé				
Actividade física/repouso				
Vestuário/calçado				
Desconfortos da gravidez				
Prevenção de Varizes				
Náuseas/vómitos/azia				
Preparação para a amamentação				
Envolvimento da família				
Trabalho de parto				
Analgesia epidural				
Enxoval e cuidados com roupa do bebé				
Banho do bebé				
Segurança e transporte do bebé				
Exercícios do pós-parto				
Consulta de revisão puerperal				

15 – Gostaria de ter recebido mais algum tipo de informação? Não Sim

Se sim, que tipo de informação? _____

16 – Como considera a informação que lhe foi prestada durante a gravidez? (Assinale com uma cruz mais próximo de um ou de outro termo consoante a sua opinião). Ex: Feliz X _____ Infeliz

Adequada	-----	Inadequada
Útil	-----	Inútil
Orientadora	-----	Desorientadora
Pertinente	-----	Inoportuna
Necessária	-----	Desnecessária
Específica	-----	Genérica
Suficiente	-----	Insuficiente
Escassa	-----	Excessiva
Agradável	-----	Constrangedora
Profunda	-----	Superficial
Clara/objectiva	-----	Confusa
Eficaz	-----	Ineficaz
Simples	-----	Complexa
Completa	-----	Incompleta

17 – Fumou durante a gravidez? Não Sim.

Se sim quantos cigarros fumou por dia? _____ Cigarros

18 – Durante a gravidez ingeriu bebidas alcoólicas? Não Sim.

Se sim:

- Todos os dias
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

19 – Durante a gravidez consumiu drogas proibidas? Não Sim. Se sim quais as drogas que consumiu? _____

20 – Realizou diagnóstico pré-natal (exame para detectar malformações do bebé)?

Não Sim.

PARTE IV- ESCALA DE PERCEÇÃO DE CUIDADOS CULTURAIS (Vitória Parreira)

Instruções de preenchimento.

A seguir encontra uma lista de significados, organizados numa escala com um valor numérico entre 1 e 5, onde vai assinalar o número que lhe parece traduzir a sua opinião e que corresponde ao significado que atribui aos cuidados que lhe foram prestados.

Cada um dos números tem o seguinte significado:

- 1 – Discordo em absoluto
- 2 – Discordo parcialmente
- 3 – Tenho opinião contraditória (umas vezes sim outras vezes não)
- 4 – Concordo parcialmente
- 5 - Concordo em absoluto.

Assinale o número que melhor traduz a sua opinião.

Exemplo: Considero que fui atendida de uma forma personalizada porque as enfermeiras foram simpáticas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Considerando a sua experiência na Sala de Partos, por favor, responda a todas as questões:

Considero que fui atendida de uma forma personalizada porque:

- 1- As enfermeiras foram simpáticas.....
- 2- Tinha necessidade de falar com alguém e a enfermeira escutou os meus problemas.....
- 3- As enfermeiras foram sempre carinhosas.....
- 4- As enfermeiras foram compreensivas.....
- 5- As enfermeiras souberam ajudar.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Sentimentos que vivenciei, por falta de explicação do que me iam fazer:

- 6- Fiquei ansiosa.....
- 7- Senti medo
- 8- Senti-me insegura
- 9- Fiquei nervosa
- 10- Senti-me revoltada.....
- 11- Imaginava o meu filho em perigo.....
- 12- Por não compreender os termos técnicos, em relação à minha situação ficava apreensiva.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Situações em que pensei que ia morrer:

- 13- Ouvei dizer que ia para o bloco com urgência e sem me explicarem porquê.....
- 14- Vi uma movimentação rápida dos profissionais e não me explicavam nada.....
- 15- Ouvei chamar o médico de urgência e não me explicavam nada.....
- 16- Quando me picaram a veia e colocaram um frasco do soro.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Considero que os cuidados foram despersonalizados porque:

- 17- O sofrimento não era valorizado.....
- 18- Falavam-me com desdém.....
- 19- Falavam-me com ironia.....
- 20- Não tinham respeito por mim como pessoa.....
- 21- Por questionar e não obter resposta às questões.....
- 22- A enfermeira examina-me, vem o médico volta a examinar.....
- 23- Não explicarem e parecer-lhes que eu já sabia tudo.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

O uso de Aparelhos e Utensílios durante o trabalho de parto:

- 24- Transmitiram-me segurança.....
- 25- Provocaram-me medo.....
- 26- Provocaram -me incómodo.....
- 27- Provocaram -me nervosismo.....
- 28- Transmitiram-me tranquilidade.....
- 29- Provocaram-me angústia.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Relativamente ao significado do tempo durante o trabalho de parto:

- 30- Para mim nunca mais chegava a hora.....
- 31- As horas pareciam dias.....
- 32- Cada minuto parecia uma eternidade.....
- 33- Um dia parecia uma semana.....
- 34- O humor da enfermeira ajuda a aliviar o tempo de espera.....
- 35- Acreditei que as fases da lua influenciaram o tempo para que se desse o parto.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Em relação ao meio ambiente:

- 36- Senti um calor horrível na enfermaria.....
- 37- Queria dormir e não podia, pelo barulho que se fazia.....
- 38- Sentia necessidade de descansar e não conseguia.....
- 39- O ambiente era muito barulhento; a luz durante a noite incomodava-me.....
- 40- Era incomodada pelos gemidos das outras parturientes.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

De uma forma geral estou satisfeita:

- 41- Pela forma como fui tratada pelas enfermeiras.....
- 42- Gostei da forma como fui atendida.....
- 43- Recebi muito apoio quando precisava.....
- 44- Molharam-me os lábios quando tinha sede.....
- 45- Foram simpáticas nos momentos difíceis.....
- 46- Senti a mão da enfermeira a segurar-me.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

De uma forma geral, as enfermeiras conheciam:

- 47- Os equipamentos sociais/ recursos da minha área de residência.....
- 48- O meio ou lugar onde eu morava.....
- 49- A minha estrutura familiar.....
- 50- Valorizaram o meu ambiente familiar.....
- 51- A organização dos serviços de saúde da minha área.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Relativamente ao espaço, como utente, senti que:

- 52 - Respeitou a minha intimidade.....
- 53-Transmitiu-me um sentimento de segurança.....
- 54- Assegurou a minha autonomia.....
- 55- Foi respeitado o meu espaço e assegurada a minha identidade pessoal.....
- 56-A falta de privacidade foi um dos resultados da falta de espaço.....
- 57-O espaço para mim é muito importante para comunicar com a enfermeira.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Gratos pelo tempo e empenhamento despendidos