



ARTIGO ORIGINAL

Fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência

Modifiable factors associated with low birth weight pregnancy in adolescence

Paulo Fernando Brum Rojas¹, Camilla Casarin Francisco², Luiz Fernando Marques Siqueira³, Ana Paula dos Santos Carminatti⁴

Resumo

OBJETIVO: Identificar os fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência. **MÉTODOS:** Estudo epidemiológico observacional com delineamento seccional, desenvolvido com 318 adolescentes gestantes, no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, no período de 01/01/2008 e 31/12/2009. Os dados foram coletados de prontuários que continham questões relacionadas ao perfil sócio-demográfico, hábitos de vida, pré-natal e parto das adolescentes gestantes. **RESULTADOS:** A idade média das 318 adolescentes puérperas analisadas foi de 17 anos com desvio padrão de 1,2 anos. Verificou-se que a prevalência de baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência foi de 6,1%. Não se associaram ao baixo peso ao nascer, o uso de drogas (RP= 1,1; IC95%= 0,14-8,29) e a ingestão de bebidas alcoólicas (RP= 1,1; IC95%= 0,14-8,26). A idade materna, a não realização do pré-natal e o tabagismo durante a gestação não apresentaram influencia estatisticamente significativa no peso ao nascer dos recém-nascidos, porém houve associação quanto a realização de 5 ou menos consultas de pré-natal (RP= 3,53; IC95%= 1,14-10,96). **CONCLUSÕES:** O fator modificável associado ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência, que apresenta impacto estatisticamente significativo, foi o número de consultas de pré-natal.

Descritores: Gravidez na adolescência. Baixo peso ao nascer. Pré-natal. Fatores de risco.

Abstract

PURPOSE: To identify modifiable actors associated with LBW in teenage pregnancy. **METHODS:** An observational study with cross-sectional design including 318 pregnant adolescent girls in St. Joseph Hospital Regional de Miranda Gomes Dr. Homer, was conducted during the period January 1st, 2008, until December 31st, 2008. Sample size was calculated using EPI6 software module, observing a confidence interval of 95% and 80% power. Data were collected from medical records stored in Excel and exported to the program for analysis SPSS16.0. Studies of association between independent and dependent categorical variable and continuous variables were evaluated by Chi-square (X²) test and Student's t test, respectively. Results with p-value less than 0.05 were considered significant. **RESULTS:** The average age of 318 puerperal adolescents in the study was 17 years with standard deviation of 1,2 years. Prevalence of low birth weight in teenage pregnancies was found to be 6.1%. Not associated with low birth weight, drug use (PR= 1,1, 95% CI= 0,14-8,29) and alcohol intake (PR= 1,1, 95% CI= 0,14-8,26). Maternal age, non-performance of prenatal care and smoking during pregnancy did not influence significantly the birth weight of newborns, however a clear association between the realization of five or fewer prenatal visits and birth weight of newborns was observed (PR = 3,53, 95% CI= 1,14-10,96). **CONCLUSIONS:** The modifiable factor associated with low birth weight in teenage pregnancy that showed statistically significant impact was the number of visits for prenatal care.

Keywords: Teenage pregnancy. Low birth weight. Pre-natal. Risk factors.

1. Médico Obstetra da Maternidade do Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina.
2. Aluna do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.
3. Aluno do curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda.
4. Aluna do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Introdução

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o período que se caracteriza pela transição da infância à idade adulta, cronologicamente dos 10 aos 19 anos¹. Assim, é um período de diversas modificações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e de identificação consigo mesmo², que acaba gerando inquietação, ansiedade, angústia e insegurança frente à descoberta deste “novo mundo” que ao mesmo tempo é desejado pelas sensações de liberdade, mas temido pelas cobranças e responsabilidades³.

Nesta fase, ocorre o amadurecimento físico devido à ação dos hormônios sexuais e do crescimento, estimulando nas adolescentes o desenvolvimento das mamas, dos quadris, a distribuição de pêlos e a menarca. Essas mudanças contribuem para o conflito de auto-afirmação³. Todavia, essa maturidade sexual, na maioria das vezes, é atingida antes da maturidade emocional, social e/ou a independência econômica, conseqüentemente podendo haver iniciação precoce da vida sexual. Desta forma, seja por falta de orientação, de informação ou de acesso aos meios contraceptivos as adolescentes podem desenvolver uma gravidez não desejada⁴.

No Brasil, em 1999, a taxa de nascidos vivos, entre mães de 10 a 19 anos, era de 23,5% e, no ano de 2008, essa taxa passou para 20,4%. Na região sul a taxa de 21,2%, em 1999, diminuiu para 18,4% em 2008. No Estado de Santa Catarina houve uma queda de 2,8% no ano de 1999 até 2008⁵.

No município de São José-SC a queda foi de 6,6% no percentual de nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos. De aproximadamente 21% em 1999, chegou a 14,6% em 2008⁵. Porém, é importante observar que mesmo com a queda na fecundidade, é preocupante a gravidez em adolescentes devido à situação de vulnerabilidade biológica, psicológica e social³.

Hábitos como o uso de álcool, drogas e fumo, além da desnutrição, dos aspectos sociais, do nível de escolaridade e do estado civil devem ser analisados, assim como o apoio familiar e o incentivo de um diálogo sobre sexualidade e contracepção, entre pais e filhos, pode prevenir uma gravidez ou os efeitos adversos que esta pode gerar^{3,6,7}. Porém, para diminuir os resultados adversos da gravidez na adolescência é essencial a realização de um pré-natal adequado durante a gestação e, além disso, educação e apoio social para a mãe^{5, 6,8,9}.

São diversos os resultados que a gravidez na adolescência pode gerar, afinal, ocorrerão repercussões na saúde da mãe e, por conseguinte, poderá haver complicações gestacionais, como pré-eclâmpsia, diabetes ges-

tacional, depressão pós-parto, hemorragia pós-parto ou anemia. Além disso, complicações ao recém-nascido (RN) como a prematuridade, o baixo peso ao nascer (BPN), o crescimento intra-uterino restrito, o sofrimento fetal e a morte no período neonatal ou pós-neonatal^{10,12}.

O BPN é definido como RN com menos de 2.500g, enquanto que os RN com menos de 1.500g são considerados de muito baixo peso e aqueles com menos de 1.000g de elevado baixo peso¹³. Estudos demonstram frequência maior de RN de BPN, sobretudo em adolescentes de 15 anos ou menos^{10,12,14}.

O BPN pode resultar da deficiência no suprimento de nutrientes fetais e levar a adaptações das células em períodos críticos do crescimento, o que altera permanentemente o metabolismo. Assim, o feto na tentativa de preservar tecidos nobres, promove alterações hormonais para adaptar o organismo ao menor aporte calórico e protéico, comprometendo o desenvolvimento de órgãos e sistemas e predispondo o RN a afecções cardiovasculares, doença vascular cerebral, diabetes melito tipo II, obesidade, hipertensão arterial, osteopenia, alguns tipos de câncer e de doenças mentais^{15,16}.

Outros mecanismos, que podem justificar o BPN, seriam os fatores de natureza biológica, como a imaturidade do sistema reprodutivo, a nutrição da adolescente, antes e durante a gestação, e os fatores socioculturais, como a pobreza e a marginalidade social, além de falta de cuidado pré-natal e primigestação¹⁴.

A dificuldade de se estabelecer os fatores modificáveis (biológicos e/ou sociais) associados ao BPN em RN de mães adolescentes, que é um significativo marcador de morbidade e mortalidade neonatal e infantil, justifica a importância de uma investigação que responda a seguinte questão de pesquisa: Quais são os fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência?

Métodos

Estudo epidemiológico observacional com delineamento seccional desenvolvido no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), na região da Grande Florianópolis, em Santa Catarina.

A população em estudo foram prontuários de adolescentes puérperas que tiveram seus partos e foram acompanhadas, juntamente com seus filhos, no HRSJHMG no período de 01/01/2008 a 31/12/2009. A amostra e seleção da população foram calculadas pelo software EPI6 módulo Statcalc, para o desenho de estudo transversal, com intervalo de confiança de 95% e poder de 80% resultando em 318 ado-

lescentes puérperas. Foram incluídos prontuários de gestantes entre 10 e 19 anos e excluídos prontuários incompletos ou ilegíveis.

Para seleção das variáveis foi considerado os referenciais teóricos sobre os determinantes do BPN em RN de adolescentes gestantes. A variável dependente foi o peso do RN, classificando em BPN (<2.500g) e peso normal (≥2.500g). Quanto às variáveis independentes, a data de nascimento das adolescentes (dia/mês/ano), a idade atual (ponto de corte: 10-19 anos), a etnia (branca/negra/amarela/parda/indígena), o estado civil (solteira/casada/divorciada/viúva), o pré-natal (sim ou não), a quantidade de consultas de pré-natal (ponto de corte: < 6 ou ≥ 6), o uso de drogas ilícitas (sim/qual ou não), o tabagismo (sim/quantidade ou não) e a ingestão bebidas alcoólicas (sim ou não).

Os dados sobre as adolescentes puérperas e seus RNs foram coletados dos prontuários pela pesquisadora, que utilizou um roteiro de coleta impresso criado especialmente para o estudo, contendo questões relacionadas ao perfil sócio-demográfico, hábitos de vida, pré-natal e parto das adolescentes gestantes. O método para seleção da amostragem foi o aleatório simples por intermédio da técnica sistemática no Excel. O intervalo de seleção, determinado pela razão entre o tamanho da população (N=603) e o número da amostra (n=318) foi igual a 1,9, e o intervalo utilizado de 2, assim o número de entrada sorteado foi 2.

Após coletados, os dados foram armazenados no programa Excel, exportados para o programa SPSS16.0 e analisados por estatísticas descritivas, utilizando frequência para variáveis categóricas, médias e desvio padrão para variáveis contínuas. Foi aplicado o teste do qui-quadrado (χ^2) ou Fisher para avaliar possíveis associações entre as variáveis e os desfechos, e para as variáveis contínuas foi utilizado o Teste T de Student. Foram calculadas as razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Possíveis vieses do estudo seriam as informações distorcidas nos prontuários que não podem ser controladas.

O presente estudo está fundamentado nos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi assinado um Termo de Compromisso para a Utilização dos Dados, os quais serão armazenados por cinco anos e, posteriormente, descartados. Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRSJHMG, sob parecer de número 73/10.

Resultados

Com relação ao perfil sócio-demográfico das 318 gestantes adolescentes, a idade média foi de 17 anos com desvio padrão de 1,2 anos. Notou-se que 88% das adolescentes eram solteiras, 12% casadas e não havia casos de adolescentes divorciadas ou viúvas. Quanto à etnia 1% eram indígenas, 9% negras e 90% eram brancas.

Durante a gestação a ingestão de bebidas alcoólicas foi de 4,7%. Em relação ao uso de cigarro foi observado que 12% eram tabagistas e destas, 27% fumavam 20 cigarros ao dia. O uso de drogas ilícitas foi verificado em 4,7% das adolescentes, e a maconha foi a droga de mais frequente consumo.

Dentre o total de RN das adolescentes puérperas analisadas o BPN apresentou razão de prevalência de 6,1%.

Conforme verificado na Tabela 1, em relação à idade das puérperas adolescentes com RN BPN 6,7% apresentavam 17 anos ou menos e 4,7% destas adolescentes tinham 18 anos ou mais. Em seus estilos de vida, durante a gestação, o uso de drogas ilícitas foi de 6,7%, quanto ao hábito de fumar foi evidenciado que 13,2% das adolescentes eram tabagistas e a ingestão de bebidas alcoólicas foi de 6,7%.

De acordo com a Tabela 2, as adolescentes gestantes que realizaram cinco consultas ou menos de pré-natal apresentaram uma prevalência 4 vezes maior de desenvolver RNs BPN quando comparada as adolescentes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal.

Discussão

O presente estudo analisou prontuários de 318 puérperas adolescentes, entre 10 e 19 anos, do HRSJHMG, no período 01/01/2008 a 31/12/2009. Observou-se uma média de idade de 17 anos, e variações de 15,8 a 18,2 anos, com semelhança a diversos estudos, tais como o desenvolvido no Ceará em que a média de idade foi 17,2 anos¹⁸ e também no Maranhão e no Rio de Janeiro, nos quais a idade média foi a mesma, 17,4 anos^{10, 19}. Desse modo, a variável idade apresenta características concorrentes independente do Estado estudado.

Quanto à etnia houve maior frequência de adolescentes brancas (90%) resultado que se assemelhou com estudo caso-controle realizado em Campinas-SP, em que 25,7% de adolescentes eram não-brancas²⁰. Por outro lado, pesquisas desenvolvidas no estado do Maranhão²¹ e do Espírito Santo⁹ mostraram que a prevalência de adolescentes não-brancas foi de 77,2% e 68,9%, respectivamente. Os resultados destes estudos são discrepantes em relação ao presente estudo, pro-

vavelmente devido às diferentes características étnicas peculiares no Brasil.

Em relação ao estado civil 88% das adolescentes estudadas eram solteiras e 12% casadas. Estudo descritivo e transversal mostrou que 33,9% das adolescentes eram solteiras, 8% casadas e 58% em união consensual¹⁰. Em estudo caso-controle, realizado em Campinas-SP, 72,2% das gestantes tinham parceiro e 20,4% sem parceiro²²; enquanto, em uma pesquisa transversal e analítica, 65,6% eram casadas ou em união consensual e 35,5% solteiras¹⁸. Ressalta-se neste estudo um grande percentual de adolescentes solteiras, possivelmente em razão de não ter sido estabelecida a união consensual como variável, porém interpretando os resultados dos estudos acima apresentados, observa-se que as mães adolescentes, na sua maioria, apresentam uma união consensual, ou seja, vivem junto com seus parceiros, mas considerando a Lei não são casadas.

No atual estudo a razão de prevalência de BPN foi de 6,1%, observando que 2% dos RN de adolescentes com 17 anos ou menos apresentaram BPN, maior em relação àquela com 18 anos ou mais, sem diferença estatística significativa. Assim, os achados deste estudo corresponderam com os de outras pesquisas, que verificaram maior prevalência de BPN entre RN de adolescentes na faixa etária até 17 anos. A frequência de RN pequenos para idade gestacional no Ceará foi de 10,8%, no grupo das gestantes precoces (menos de 16 anos) 12,4% e, no grupo das tardias (16 a 19 anos), 10,5%¹⁸. Em Maceió encontrou-se 28% de RNs de baixo peso nas adolescentes entre 13 e 15 anos e 13% naquelas de 16 a 19 anos²³. Em Montes Claros, Minas Gerais, a frequência de BPN das adolescentes entre 10 e 14 anos foi de 35% e entre 15 e 19 anos de 12%²⁴. A incidência de BPN, em estudo realizado em Vitória, foi de 13,5% no grupo precoce (10 a 15 anos) e significativamente maior em relação ao grupo tardio (16 a 19 anos) que correspondeu a 3,1%⁹. Porém é importante reconhecer que a idade cronológica, por si só, não é um fator determinante do peso ao nascer e deve ser considerada juntamente com outros fatores modificáveis.

Neste estudo, a frequência de tabagismo durante a gravidez foi de 12%, e 27% das adolescentes fumavam 20 cigarros/dia. Verificou-se que dos RNs que apresentaram BPN, 13% das mães fumaram durante a gestação e 5% não fumaram; o tabagismo na gestação é fator de risco modificável para BPN, porém não estatisticamente significativo. Pesquisa realizada em Pelotas aponta que o tabagismo materno, e o aumento do número de cigarros fumados na gravidez, aumentam o risco de BPN, e a prevalência de mães fumantes com RN pequenos para idade gestacional (PIG) foi de 21%²⁵. Em Campinas foi

visto que fumar durante o quarto mês de gestação é fator de risco para BPN, independente do número de cigarros²². Possíveis motivos pelos quais o tabagismo materno pode afetar o crescimento intra-uterino seriam a hipóxia fetal, decorrente do aumento dos níveis de carboxihemoglobina, a vasoconstrição uterina e a interferência no metabolismo fetal²⁵.

O uso de drogas ilícitas e a ingestão de álcool durante a gestação, no presente estudo, obtiveram a mesma prevalência 4,7%. A droga ilícita de mais frequência de consumo foi a maconha. Observa-se que ingerir bebida alcoólica e/ou usar drogas ilícitas durante a gravidez não se associou ao desfecho BPN, pois, não houve diferença significativa entre as adolescentes que se expuseram a esses fatores de risco e as que não tiveram tal exposição. Estudo transversal e analítico, realizado no Ceará, demonstra que o consumo de álcool e uso de drogas ilícitas, entre as adolescentes gestantes, foi de respectivamente 1,3% e 0,7%¹⁸. Em Maceió o uso de álcool nas adolescentes durante a gestação foi de 6,8% e em adultas 7%, e que não houve diferença estatística entre os grupos de mães²³.

O pré-natal é amplamente reconhecido como um dos principais índices da evolução gestacional normal, com impacto benéfico no crescimento intra-uterino por permitir identificar e tratar complicações da gestação, como também reduzir ou eliminar os fatores de risco modificáveis. A assistência pré-natal adequada deve garantir 6 ou mais consultas, porém deve-se ressaltar a importância de um pré-natal realizado com qualidade. Em diversos estudos foi observado que adolescentes gestantes realizavam menos consultas de pré-natal do que o recomendado. Em Maceió 54,8% das adolescentes tiveram um pré-natal insatisfatório (menos de 6 consultas)²³; em Montes Claros a frequência da não realização de pré-natal adequado das adolescentes, entre 10 e 14 anos e entre 15 e 19 anos, foi de, respectivamente, 88% e 71%²⁴; em Feira de Santana do total de mães que não realizaram pré-natal (14%) a maior prevalência foi entre as mães adolescentes²⁶. Assim é possível observar que quanto mais jovem as adolescentes gestantes maior é a prevalência da não realização de pré-natal adequado.

Realizando a análise multivariada, tendo como desfecho o BPN, observou-se que na não realização do pré-natal a frequência de BPN é de aproximadamente 3 vezes maior. Com relação a quantidade de pré-natal durante a gestação, constatou-se associação estatisticamente significativa entre o baixo número de consultas e o BPN, quando realizado 5 ou menos consultas houve uma prevalência aproximadamente 4 vezes maior de BPN do que quando realizado 6 ou mais consultas de

pré-natal. Pesquisa em Montes Claros, no ano de 2001, demonstrou que na relação do BPN com o pré-natal a razão de prevalência evidenciou elevada presença desse desfecho entre as parturientes que não frequentaram adequadamente o pré-natal²⁴; estudo no município de São Paulo confirma maior prevalência de BPN conforme a diminuição da quantidade de pré-natal realizado por gestantes²⁷. Estudo transversal em Pelotas ressalta que a associação entre baixa qualidade do pré-natal e nascimento de crianças PIG foi observada, mesmo após o controle do número de consultas, e demonstrou que se deve buscar um aumento na qualidade do pré-natal²⁵.

Conclui-se com o presente estudo que os principais fatores modificáveis, de adolescentes com idade média de 17 anos, solteiras, de raça branca, associados ao BPN identificados e suas prevalências são a faixa etária materna de 17 anos ou menos (6,7%), o tabagismo (13,2%), a não realização de pré-natal (14,3%) e a realização de 5 consultas ou menos de pré-natal (8,6%). Ressalta-se que a idade materna, a não realização de pré-natal e o tabagismo durante a gestação não influenciam significativamente no peso ao nascer dos RN. O fator modificável que apresentou impacto estatisticamente significativo na variação do peso ao nascer foi o número de consultas de pré-natal realizado pelas adolescentes.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Adolescent pregnancy - Unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes. Genebra: WHO; 2007.
2. Wong DL. Enfermagem Pediátrica - elementos essenciais a intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1999. 1130 p.
3. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev Esc Enferm USP 2008 jun; 42(2): 312-20.
4. Beretta MIR, Denari FEPJ. Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um município do Estado de São Paulo. Rev. Latino Am Enfermagem. 1995, 3:181-91.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [homepage internet]. Cadernos de Informação de Saúde Santa Catarina, 2008 [acesso em 27 out 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>
6. Aliyu MH, Salihu HM, Alio AP, Wilson RE, Chakrabarty S, Clayton HB. Prenatal smoking among adolescents and risk of fetal demise before and during labor. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010 jun; 23(3): 129-35.
7. Belarmino GO, Moura ERF, Oliveira NC, et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. Acta Paul Enferm. 2009; 22(2): 169-75.
8. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. Am J Obstet Gynecol. 2010 agosto; 203(2): 122.e1-6.
9. Rocha RCL, Souza E, Guazzelli CAF, Chambô FA, Soares EP, Nogueira ÉS. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006 Sep; 28(9): 530-535.
10. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5): 224-31.
11. Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 dec; 147(2):151-6.
12. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America. Am J Obstet Gynecol. 2005 Feb; 192(2): 342-9.
13. MacDonald MG, Seshia MMK, Mullett MD. Avery, neonatologia: fisiologia e tratamento do recém-nascido. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 1634.
14. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. Rev. Saúde Pública. 2004 Feb; 38(1): 24-29.
15. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KASL, Silva MA, et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. Cad Saúde Pública. 2002 maio-jun; 18(3):715-22.
16. Alves JGB. Baixo peso ao nascer e desmame precoce: novos fatores de risco para aterosclerose. J Pediatr. 2004 Aug; 80(4): 338-40.
17. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Regional de São José [homepage]. São José, SC. [acessado em 24 out. 2010]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hrs/j/index.htm>.
18. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos?. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006 Ago; 28(8): 446-52.

19. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP, Cosme MFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010 mar; 26(3): 567-78.
20. Mariotoni GG, Filho AAB. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? (Brasil). *Rev. chil. pediatr.* 2000 Sep; 71(5): 453-460.
21. Santos GHN, Martins MGL, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009 Jul; 31(7): 326-34.
22. Coutinho PR, Cecatti JG, Surita FG, Souza JP, Moraes SS. Factors associated with low birth weight in a historical series of deliveries in Campinas, Brazil. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(6): 692-699.
23. Kassar SB., Gurgel RQ, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Lima MC. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2005 Sep; 5(3): 293-299.
24. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005 Ago; 21(4): 1077- 86.
25. Rezende JD. *Obstetrícia*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 646.
26. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CL, Freitas JO, Ferreira KASL. Indicadores Materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. *J. Pediatr.* 2001 June; 77(3): 235-242.
27. Brito MC, Juliano Y, Novo NF, Sigulem, DM, Cury, MCFS. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em uma maternidade de nível secundário no Município de São Paulo. *Rev Paul Pediatría* 2006 set; 24(3): 221-6.

Tabelas

Tabela 1. Idade e estilo de vida das adolescentes gestantes de acordo com o BPN

Variáveis	Baixo peso ao nascer			Valor p	RP (IC 95%)
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)		
Faixa Etária (n=314)					
18 ou mais	101 (95,3)	5 (4,7)	106 (100)	0,619	1,00
17 ou menos	194 (93,3)	14 (6,7)	208 (100)		3,53 (0,51-3,96)
Tabagismo (n=314)					
Não	262 (94,9)	14 (5,1)	276 (100)	0,05	1,00
Sim	33 (86,8)	5 (13,2)	38 (100)		2,59 (0,93-7,20)
Álcool (n=313)					
Não	280 (94,0)	18 (6,0)	298 (100)	0,921	1,00
Sim	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (100)		1,1 (0,14-8,26)
Drogas (n=314)					
Não	281 (94,0)	18 (6,0)	299 (100)	0,918	1,00
Sim	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (100)		1,1 (0,14-8,29)

RP = Razão de prevalência; IC 95% = Intervalo de confiança a 95%. Todos os dados estão apresentados como dados absolutos e percentuais

Tabela 2. Consultas de pré-natal de acordo com o BPN

Variáveis	Baixo peso ao nascer			Valor p	RP (IC 95%)
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)		
Pré-natal (n=310)					
Sim	287 (94,7)	16 (5,3)	303 (100)	0,329	1,00
Não	6 (85,7)	1 (14,3)	7 (100)		3,35 (0,44-25,40)
Quantidade de consultas de pré-natal (n=305)					
6 ou mais	161 (97,6)	4 (2,4)	165 (100)	0,02	1,00
5 ou menos	128 (91,4)	12 (8,6)	140 (100)		3,53 (1,14-10,96)

RP = Razão de prevalência; IC 95% = Intervalo de confiança a 95%. Todos os dados estão apresentados como dados absolutos e percentuais.

Endereço para correspondência

Camilla Casarin Francisco
Rua das Sirmas, Ed. Cristal, 106, apto 108,
Pedra Branca, Palhoça- SC
CEP: 88137255
E-mail: camillinha_c@hotmail.com