

Semana Primeira Infância Protegida




PESQUISA FATORES
DE RISCO AO
DESENVOLVIMENTO
INFANTIL - 2013

MÃE IDEAL AMA SEU
BEBÊ E FAZ O PRÉ-NATAL

“Vovó Biquinha”



vovobiquinha.org.br

 /vovobiquinha



O que move o CIEP Vovó Biquinha, a realizar esta pesquisa é saber da importância que a faixa etária de 0 a 6 anos exerce sobre todas as outras etapas da vida. A primeira infância tornou-se, nos últimos anos, tema de interesse de diferentes campos de estudo. Além das áreas de Saúde e Educação, pesquisas sobre Sociologia, Economia e Demografia vêm apontando a real necessidade de investimentos e elaboração de políticas públicas específicas para as crianças pequenas.

A Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil, realizada pelo CIEP vem apontando, ano a ano, um expressivo número de crianças que desde o momento do nascimento já enfrentam condições desfavoráveis, que podem implicar na violação dos direitos fundamentais estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e demais leis, acordos e tratados de proteção à infância dos quais o Brasil é signatário.

Provocar a discussão, sobre esta situação da primeira infância, em nosso município e propor estratégias articuladas que cooperem para a redução das incidências de fatores de risco ao desenvolvimento infantil, é lutar por igualdade de oportunidades para todas as crianças, é **promover a inclusão**, ação principal destacada na missão institucional do CIEP Vovó Biquinha.

Conquistar avanços nas políticas públicas municipais para a primeira infância depende de um trabalho para conscientização coletiva de atores políticos e sociais, sobre a relevância do tema. A partir de agora, contamos com cada cidadão, que terá acesso a este relatório, para somarmos esforços pela garantia dos **direitos das crianças** de Itajaí. Boa Leitura!

Juliana Nunes Kael
Diretora do CIEP Vovó Biquinha



PESQUISA

FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (2013)

Este relatório é o resultado da oitava edição da *Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil* cujo objetivo é verificar a incidência territorial de fatores sociais e biológicos de risco ao desenvolvimento infantil, a partir das Declarações de Nascidos Vivos de Risco (DNVRs) de Itajaí.

As Declarações de Nascidos Vivos são, desde 1990, o documento padronizado pelo Ministério da Saúde, cuja finalidade é a coleta dos dados sobre nascidos vivos. É o primeiro documento de identificação da criança, válido em todo o território nacional, é a fonte que alimenta o Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

As DNVRs são as Declarações de Nascidos Vivos que apresentam um ou mais fatores de risco. Destes documentos o CIEP Vovó Biquinha analisa os dados referentes:

Às condições de nascimento da criança: peso, idade gestacional, índice Apgar e presença ou não de alguma malformação ou anomalia congênita.

À gestação: acompanhamento pré-natal.

À condição social: (referidos às condições maternas): idade da mãe, anos de escolaridade.

Nas últimas edições da pesquisa, tem-se incluído a análise ainda de outros dados extraídos das DNVRs: o tipo de parto e a naturalidade das mães.

“Conhecer o que põe em risco o crescimento saudável é fundamental para que se desenvolvam práticas eficazes de prevenção na primeira infância. Conhecer onde estes fatores incidem mais significativamente certamente contribuirá para o planejamento de estratégias mais eficientes”.

(CIEP Vovó Biquinha, 2010).



A pesquisa utiliza a mesma fonte do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), porém traz dados mais detalhados, pois mapeia a incidência dos fatores de risco nos bairros do município (que são agrupados em 12 setores conforme ilustrado na próxima página). Fornece desta forma, subsídios sobre importantes características biológicas e sociais que configuram a vulnerabilidade nos primeiros anos de vida de crianças nascidas em Itajaí e podem nortear a implantação de políticas públicas para redução dessas incidências.

RANKING NASCIDOS VIVOS DE RISCO ITAJAÍ 2013	
Setor 8 - São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt.	152
Setor 9 - Cordeiros, Murta e C. Cavalcante.	149
Setor 7 - Promorar I, II, III e Cidade Nova	137
Setor 1 - Zona Rural	125
Setor 5 – Fazenda	53
Setor 10 - São João e Nova Brasília	42
Setor 6 - Dom Bosco e N. Sra. Das Graças.	37
Setor 3 – Imaruí	26
Setor 4 - Cabeçudas e Praia Brava	26
Setor 12 – Centro	24
Setor 2 - Vila Operária e São Judas	23
Setor 11 - Ressacada e Carvalho	15
TOTAL DE DNVRs	809

Divisão dos bairros de Itajaí em setores: facilita o mapeamento das incidências dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil.

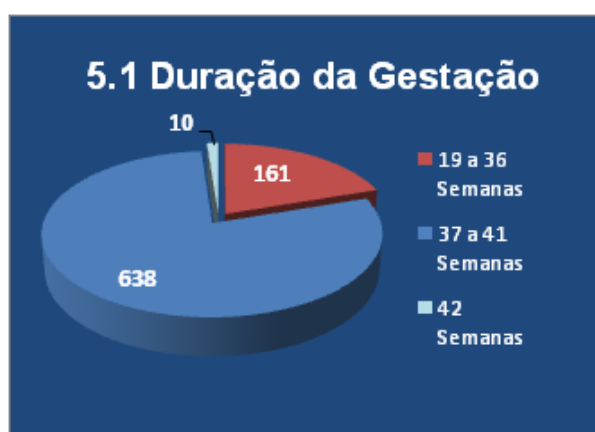


INSTRUÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS

Na primeira sessão deste relatório estão expostos os dados referentes ao total de nascimentos de risco em Itajaí em 2013 e a incidência dos casos pelos setores.

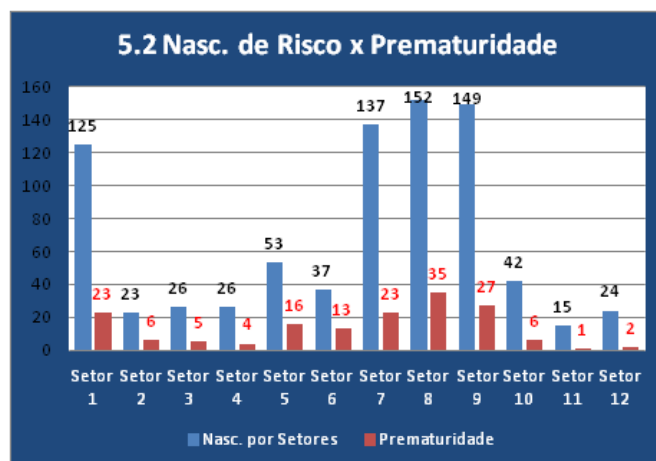
Na segunda sessão apresentamos os estudos sobre os fatores de risco (gravidez na adolescência, gravidez tardia, baixa escolaridade materna, acompanhamento pré natal inadequado, prematuridade, baixo peso ao nascer, macrossomia, Apgar 1º. minuto <7 , Apgar no 5º. minuto <7 e anomalias congênitas) representados por 2 gráficos e a discussão dos resultados mais expressivos. Todas as variáveis (fatores de risco) são comentadas através de revisão literária que sintetiza explicações sobre os impactos biopsicossociais que podem causar no desenvolvimento das crianças.

Nos gráficos “pizza” visualiza-se os totais de cada variável e o quanto o fator de risco desta variável representa do total de 809 DNVRs.





Nos gráficos “colunas”, as colunas azuis representam o total de nascimentos de risco para cada setor e as vermelhas, a incidência de cada fator de risco pelos setores. Na discussão dos resultados expressos nestes gráficos, analisamos as incidências proporcionais. Exemplo: o Setor 5 (bairro Fazenda) apresentou o total de 53 DNVRs em 2013. Portanto, 53 crianças nasceram em situação de risco em 2013 no bairro Fazenda, e destas, 16 eram prematuras, o que corresponde a 30% dos nascimentos de risco deste bairro. As discussões dos gráficos de colunas seguirão essa lógica



A terceira sessão traz uma novidade deste oitavo ano de pesquisa, ilustra o levantamento sobre a **naturalidade da mãe** e o **tipo de parto**. Estes resultados fomentam muitas discussões e também são demandas das políticas públicas locais e nacional.



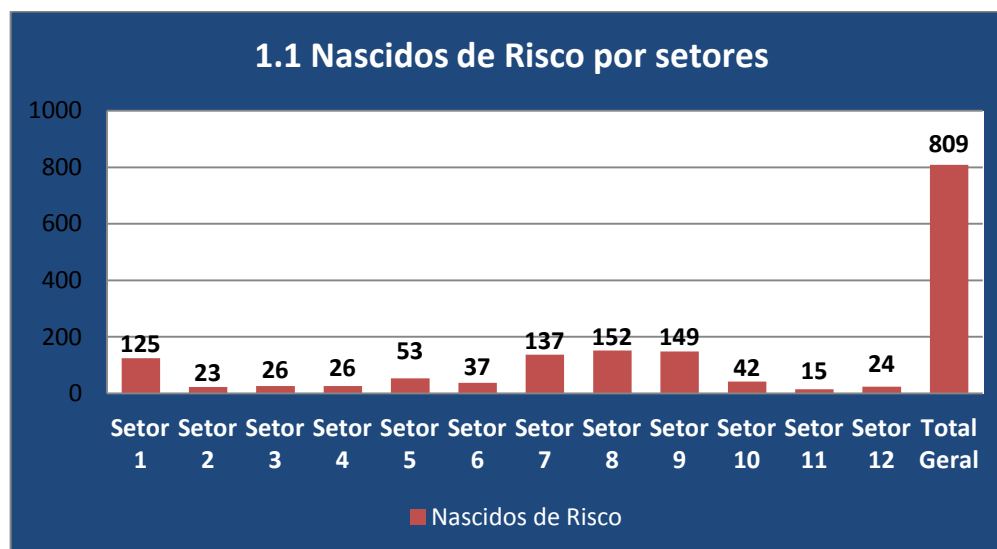
SESSÃO I

“Os direitos da criança são, por si sós, argumento suficiente para o Estado definir políticas e eleger prioridades. No entanto, muitos decisores preferem ter, ao lado desse argumento, dados de pesquisas que reforcem suas convicções, apontem urgências, orientem novas diretrizes de ação, justifiquem o aumento de recursos...”

(DIDONET, 2010)



1- POPULAÇÃO GERAL – Nascidos Vivos de Risco



Em 2013 foram triadas 809 DNVs, ou seja, 809 crianças foram caracterizadas em situação de risco já na ocasião de seu nascimento. As maiores incidências ocorreram no **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt), **Setor 9** (Cordeiros, Murta e C. Cavalcante) e **Setor 7** (Promorar I, II, III e Cidade Nova). A média aproximada de nascidos vivos de risco foi de **67 nascimentos de risco/mês**.

FATOR DE RISCO 2013	%
Acompanhamento Pré Natal Inadequado	37%
Baixo Peso ao Nascer (BPN- $\leq 2.500g$)	24%
Macrossomia (excesso de peso - Macro - $\geq 4.000g$)	24%
Prematuridade	20%
Apgar 1 min. < 7	14%
Gravidez na adolescência	13%
Gravidez após 35 anos (gravidez tardia)	11,5%
Anomalias congênitas	5%
Baixa escolaridade materna	4%
Apgar 5º. minuto <7	3%

Fatores de Risco ao desenvolvimento infantil

Proporção de casos a partir dos 809 nascimentos de risco

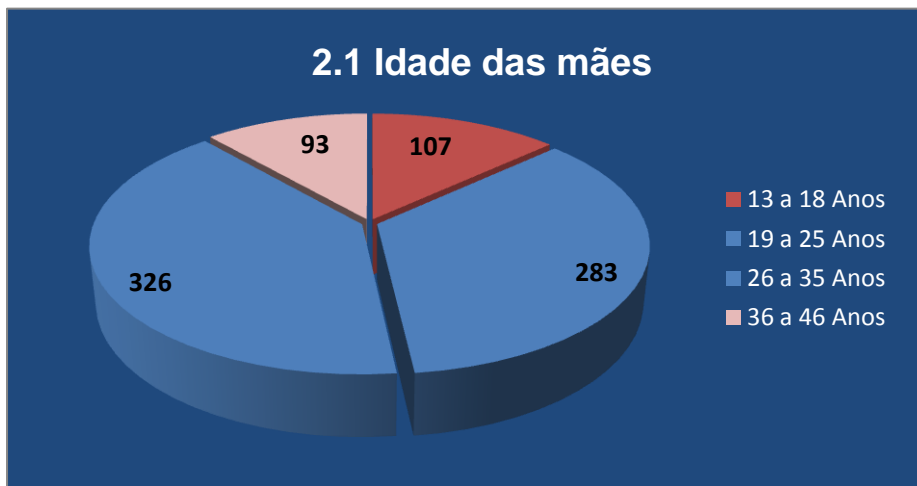


SESSÃO II

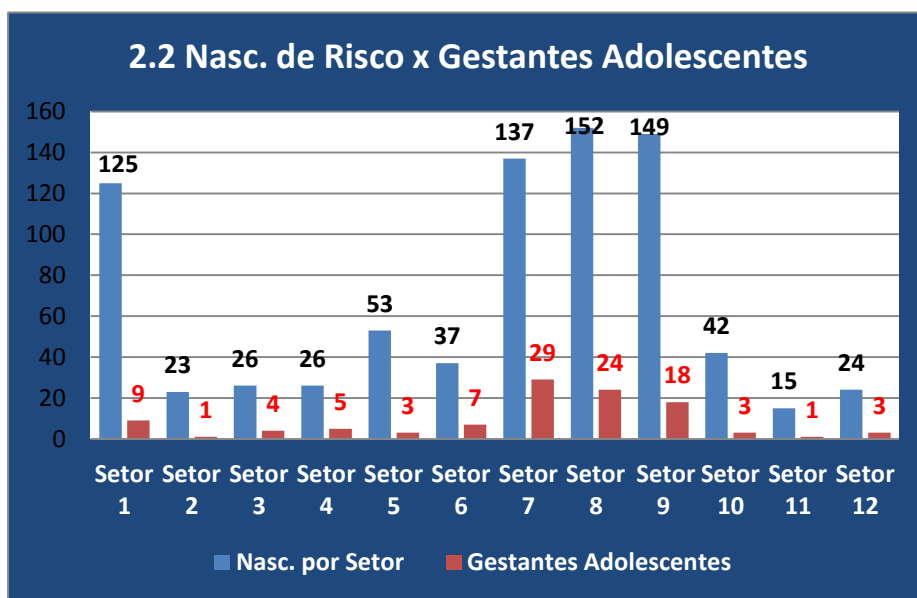
**“a identificação precoce de condições de risco e o encaminhamento das crianças para serviços especializados possibilitam um trabalho preventivo, através de programas de promoção de saúde e de estimulação essencial”
(RODRIGUES, 2003)**



2- FAIXA ETÁRIA MATERNA



Embora a maior incidência de gestações tenha ocorrido dentro da faixa etária considerável saudável (19-25 e 26-35 anos), o Gráfico 2.1 demonstra que 13% (107 gestantes) estavam na faixa etária da adolescência e 11,5% com idade acima de 35 anos. Portanto, aproximadamente 25% ou $\frac{1}{4}$ das gestações ocorreram em idades de risco.

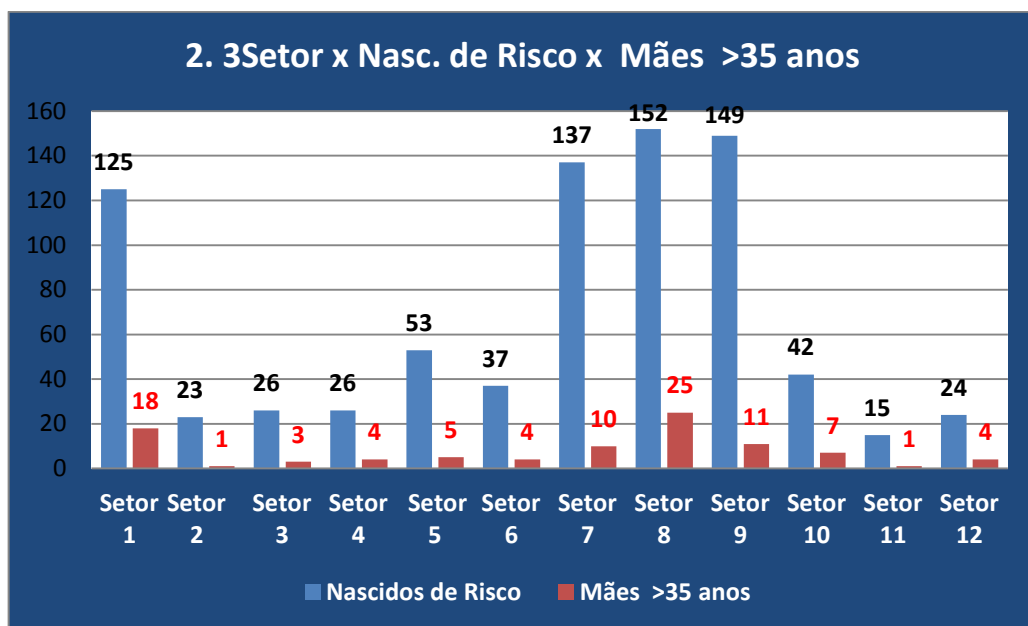


No gráfico 2.2 observa-se a relação entre o total de nascidos vivos em situação de risco e a gravidez na adolescência, que foi mais significativa no **Setor 7** (Promorar e Cidade Nova), cuja incidência corresponde a 21% dos nascimentos triados. No **Setor 4** (Cabeçadas e Praia Brava) esta relação foi de 19%. No **Setor 6** (Dom Bosco, N. Sra. das Graças) atingiu 19%. Nos demais setores a gravidez na



adolescência não ultrapassou 16% do total de nascimentos de risco.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública e também de ordem social e econômica. Além de agravar condições psicossociais, é um fator de risco que pode predispor a uma série de outros fatores relacionados à saúde da mãe e de seu bebê. É mais frequente nos segmentos sociais mais desfavorecidos, e representa em significativo número de casos, um agravante, comprometendo o futuro profissional da futura mãe, dificultando o retorno à escola e limitando as oportunidades de trabalho (GOLDENBERG *et al*, 2005; YAZLLE, 2006).

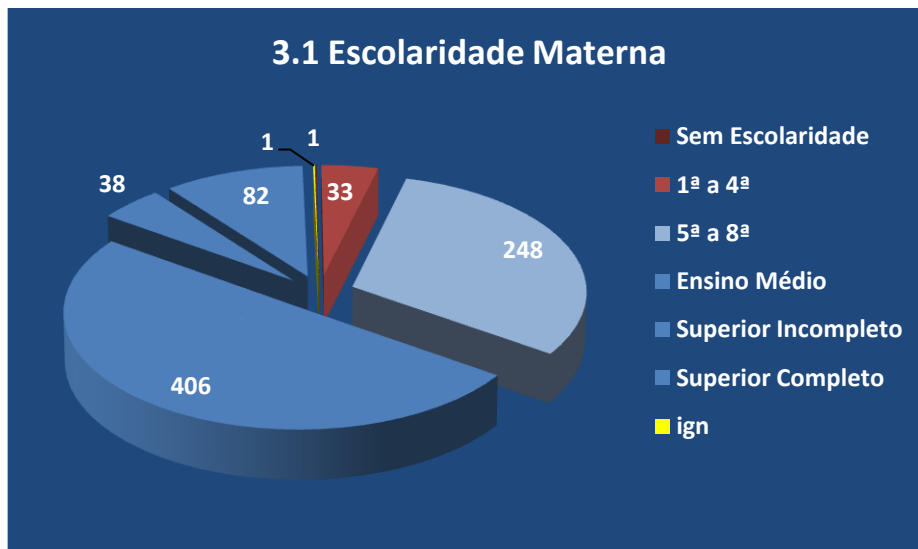


Observamos no Gráfico 2.3 que o **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt), **Setor 10** (São João e Nova Brasília), **Setor 12** (Centro) obtiveram o maior número de mulheres que engravidaram após os 35 anos, superando 16%.

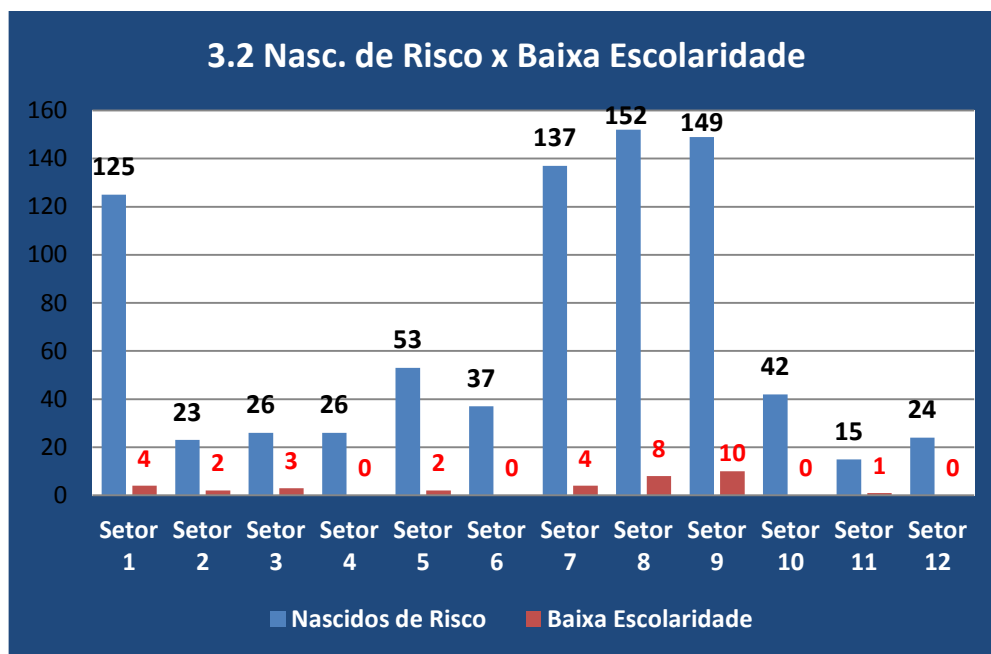
É crescente o número de mulheres que planejam engravidar após os 35 anos (gravidez tardia). Estes casos apresentam ótimo estado de saúde e boas condições socioeconômicas. Além desse grupo, de menor risco, entre as gestantes tardias estão aquelas que foram mães mais cedo, e que se tornaram um contingente vulnerável a merecer atenção especializada. Mesmo em países desenvolvidos, o risco de morbimortalidade é 2x maior quando a mulher engravida após os 35 anos e 5x maior após os 40 anos. A gravidez tardia aumenta a probabilidade de ocorrer complicações como: internações hospitalares; hipertensão arterial (4x mais); diabetes (até 6x mais); diagnóstico de sofrimento fetal intraparto, prematuridade e óbito perinatal (PARADA; TONETE, 2009; SILVA; SURITA, 2009)



3- ESCOLARIDADE MATERNA



No gráfico 3.1 pode-se observar que dos nascimentos de risco de 2013, 34 mães (ou 4%- fatias vermelhas) apresentam baixa escolaridade.



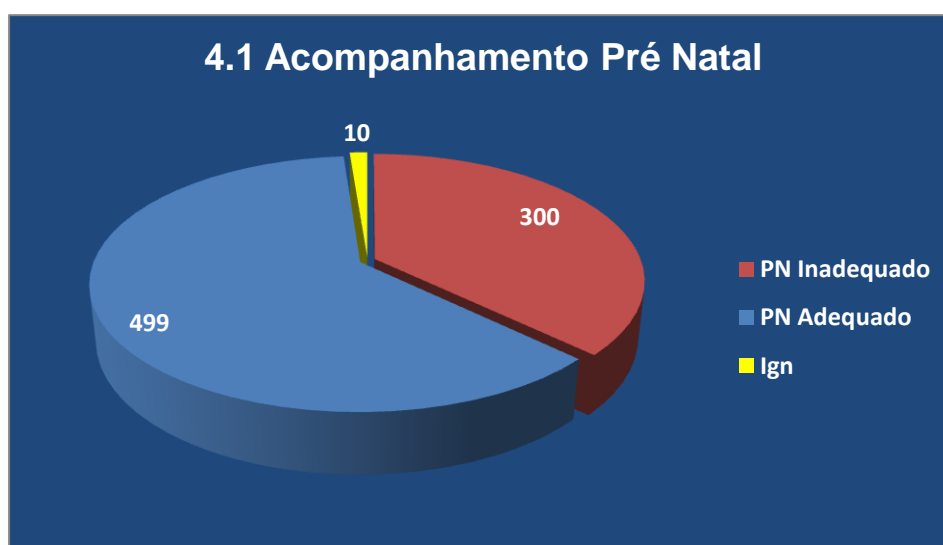
A análise das proporções da distribuição dos casos de baixa escolaridade entre as mães dos nascidos vivos de risco de gestantes em Itajaí, revela que apenas no **Sector 3** (Imaruí) = 11% , a incidência ultrapassou 10%. Nos demais setores as incidências estiveram entre 9% e 3%. Não foram registrados



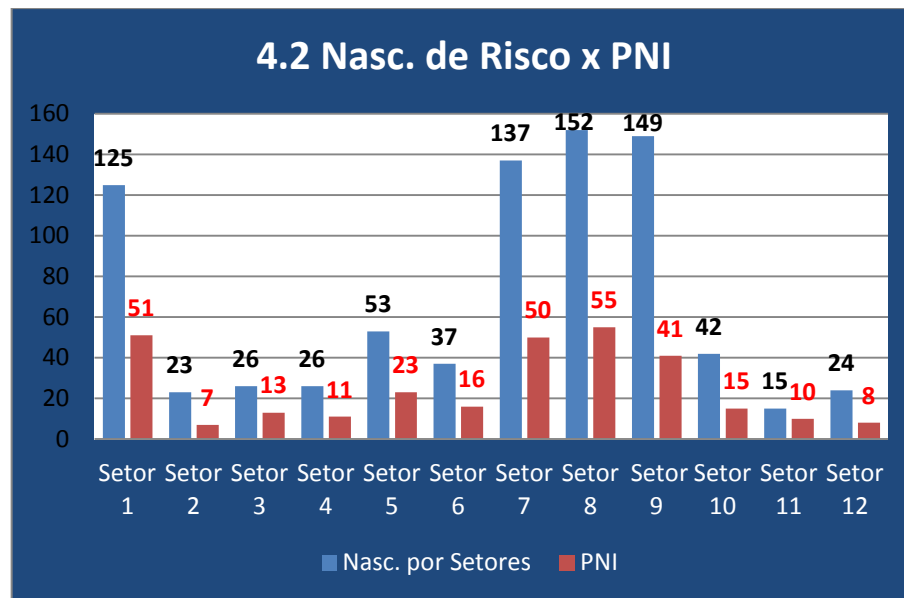
casos nos seguintes setores: **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava), **Setor 6** (Dom Bosco e N. Sra. das Graças), **Setor 10** (Dom Bosco e N. Sra. Das Graças) e **Setor 12** (Vila Operária e São Judas).

A baixa escolaridade materna reflete condições socioeconômicas desfavoráveis que podem predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir ou dificultar o acesso a informações, a capacidade de cuidado e ao exercício de direitos e de cidadania. (CARVALHO *et al*, 2007; RAMOS e CULMAN, 2009). Estudos comprovam a associação da baixa escolaridade com maior paridade, acompanhamento pré natal inadequado; maior risco de mortalidade materna e infantil; baixo peso ao nascer; crescimento insatisfatório das crianças; imunização incorreta, entre outros (MORCILLO *et al*, 2010).

4- ACOMPANHAMENTO PRÉ NATAL



O gráfico 4.1 mostra que é expressivo o número de gestantes que não fizeram o acompanhamento pré-natal adequadamente. O Acompanhamento Pré Natal Inadequado (PNI), porções vermelhas do gráfico, totalizam 300 casos, que equivalem a 37% de todos os nascimentos de risco em 2013. **Este é o principal fator de risco ao desenvolvimento infantil em Itajaí.**

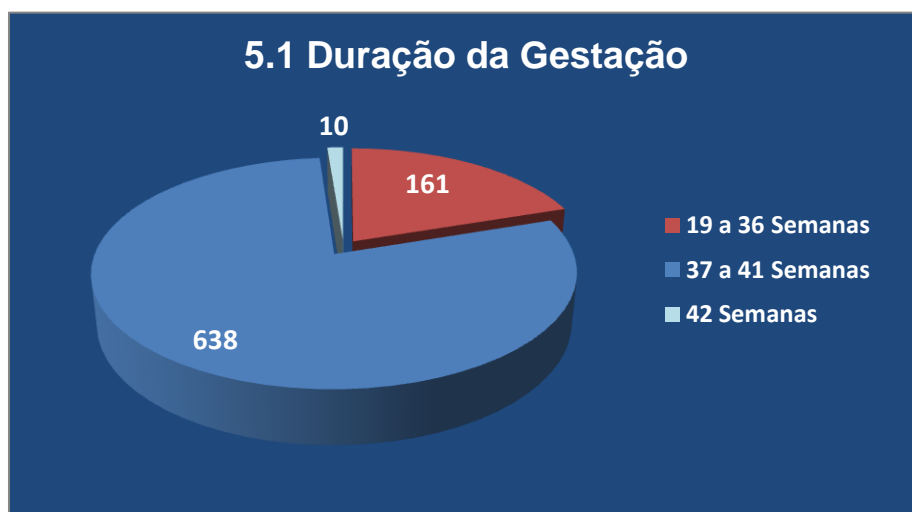


O gráfico 4.2, demonstra a relação entre nascimentos de risco por setores e acompanhamento Pré Natal Inadequado (PNI), observa-se uma elevada incidência na grande maioria dos setores, no **Setor 3** (Imaruí) a taxa foi de 50%; no **Setor 5** (Fazenda) = 43% e no **Setor 6** (Dom Bosco, N. Sra. Das Graças) = 43%.

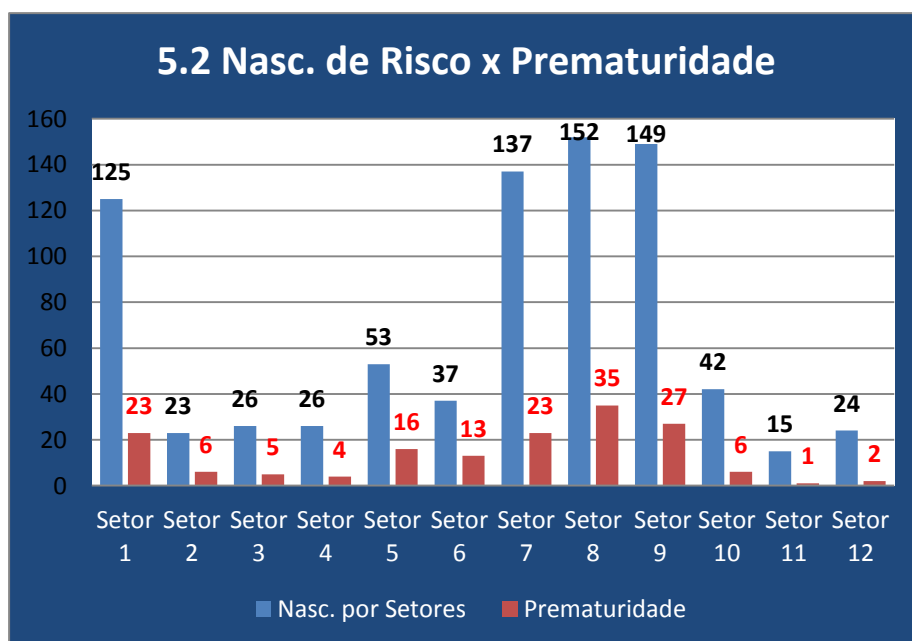
O pré natal torna possível detectar patologias que poderão intervir no bem estar físico e psicológico da mãe e do bebê, e a partir de então orientar as providências necessárias para o restabelecimento e/ou o não aparecimento de problemas futuros (PALITOT, 2010). O que mais comumente se conhece é que o PNI tem relação direta com os coeficientes de mortalidade materna e infantil e com outros fatores de risco ao desenvolvimento da criança e à saúde da mãe. Maia; Williams (2005) apontam que o acompanhamento PNI associa-se também ao aumento de risco de maus tratos à criança.



5- PERÍODO GESTACIONAL



O nascimento é considerado prematuro quando ocorre antes da idade gestacional de 37 semanas. O Gráfico 5.1 ilustra que 161 crianças nasceram prematuramente em Itajaí em 2013, representados no gráfico em vermelho, totalizando 20% dos nascimentos de risco. O Período gestacional ideal é o compreendido entre 37 e 41 semanas neste gráfico representado em azul.

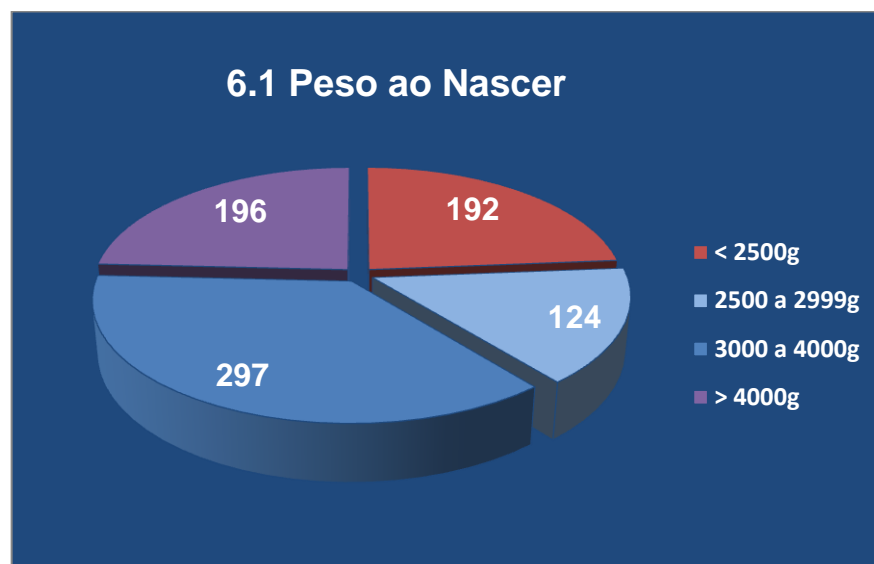


O fator de risco prematuridade representado no Gráfico 5.2, apresentou índices inferiores a 30% na maioria dos bairros. As taxas mais elevadas ocorreram no **Sector 6** (Dom Bosco, N. Sra. Das Graças)= 35%, seguido do **Sector 5** (Fazenda)= 30% e **Sector 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt)= 23%.



O parto prematuro (ocorre entre a 22^a. e a 36^a. semanas e 6 dias de gestação) é responsável por mais de 75% da morbimortalidade entre recém-nascidos (RABELLO; BARROS, 2011). Está associada ao atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor, lesão cerebral, deficiência visual e auditiva; insuficiência cardiorrespiratória e complicações tardias como hipertensão arterial (SANTOS 2012). O nascimento prematuro de uma criança acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. (RAMOS; CUMAN 2009).

6- PESO AO NASCER

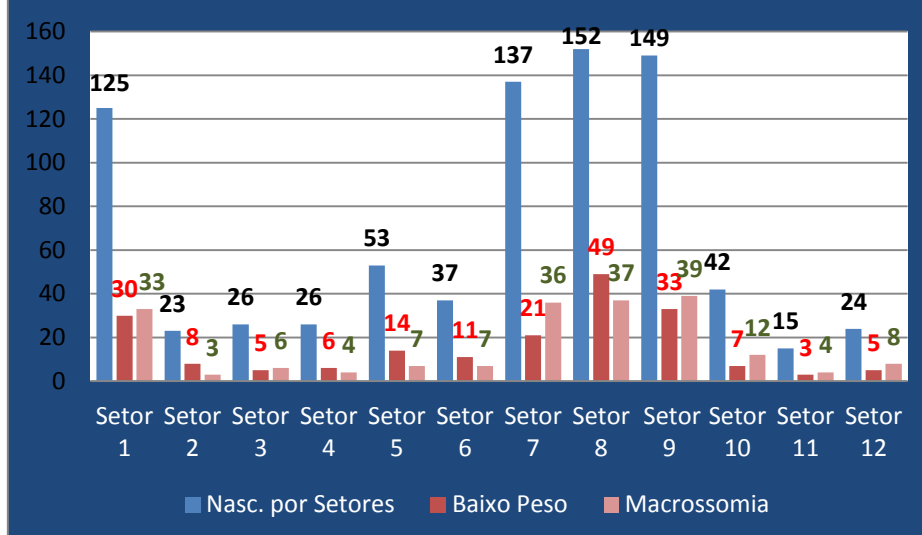


O Gráfico 6.1 representa o peso ao nascer e indica que 48% dos recém-nascidos apresentaram peso inadequado, 24% BPN (<2.500g) e 24% macrossomia (>4.000g) .

A Organização Mundial de Saúde – OMS classifica o peso do recém-nascido em 4 grupos: baixo peso (BPN) (< 2.500 g), peso insuficiente (2.500 a 2.999 g), peso adequado (3.000 a 3.999 g) e excesso de peso ou macrossomia (> 4.000 g).



6.2 Nasc. de Risco x Baixo Peso x Macrossomia



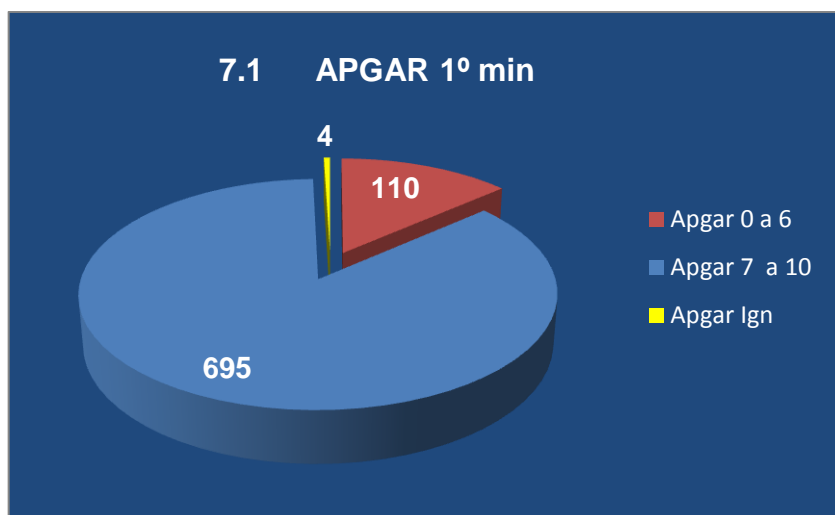
O Gráfico 6.2 compara BPN e macrossomia, relacionando com o total de nascimentos de risco por setores. Neste gráfico os maiores índices de BPN correspondem aos Setores: **Setor 2** (Centro) com 35%, **Setor 6** (S. João e N. Brasília) com 30% e **Setor 5** (Cabeçudas e P. Brava) com 26%.

Quanto a macrossomia (> 4.000g) os setores de maior incidência foram: **Setor 12** (Centro) com 33%, **Setor 10** (S. João e N. Brasília) com 28% e **Setor 1** (Zona Rural) com 26%. Em parte considerável dos setores os casos de macrossomia superam os de BPN.

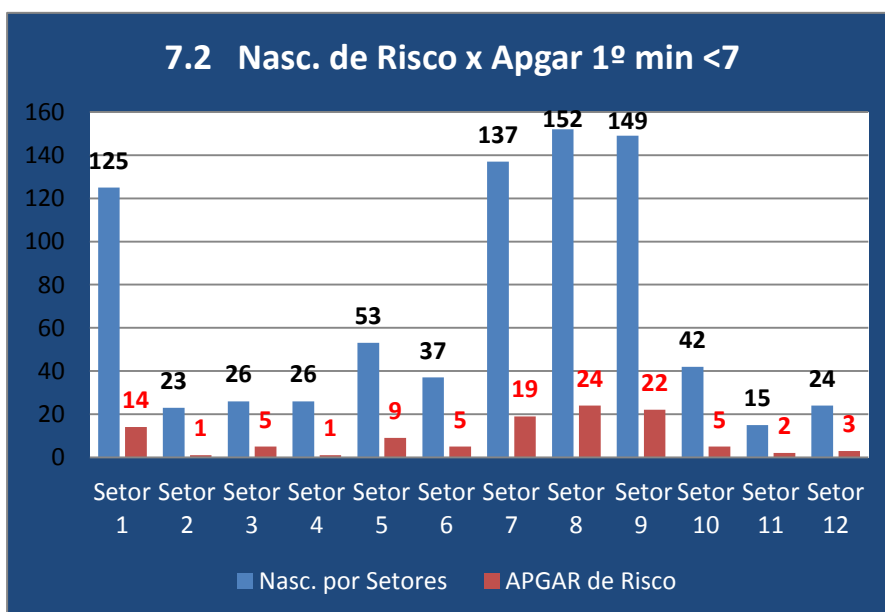
Os extremos de peso ao nascer **baixo peso e macrossomia** representam um significativo aumento no risco de morbimortalidade infantil. Os fatores que influenciam as alterações no peso ao nascer não são apenas de origem orgânica, fatores socioeconômicos também estão associados. O BPN é uma das grandes preocupações em termos de saúde pública por relacionar-se ao aumento da morbimortalidade neonatal. É fator de risco associado às condições biológicas do recém nascido, características maternas, condições socioeconômicas e carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência pré-natal. Também está relacionado ao maior risco de doenças na vida adulta, tais como a síndrome metabólica (PAULA *et. al*, 2011). A macrossomia fetal (> 4.000g) é um fator de risco, podendo causar: asfixia neonatal, maior risco de hipoglicemia fetal, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, traumas esqueléticos, desproporção feto-pélvica, distúrbios hidroeletrólíticos, aspiração de mecônio, entre outros. Assim como o BPN, este crescimento fetal inadequado favorece o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta. (TOURINHO E REIS, 2012).



7. ÍNDICE APGAR NO 1º. MINUTO



A análise do Gráfico 7.1 acusa que ocorreram 110 nascimentos (ou 13,5%) cujo índice Apgar pontuou entre 0 a 6 no primeiro minuto.

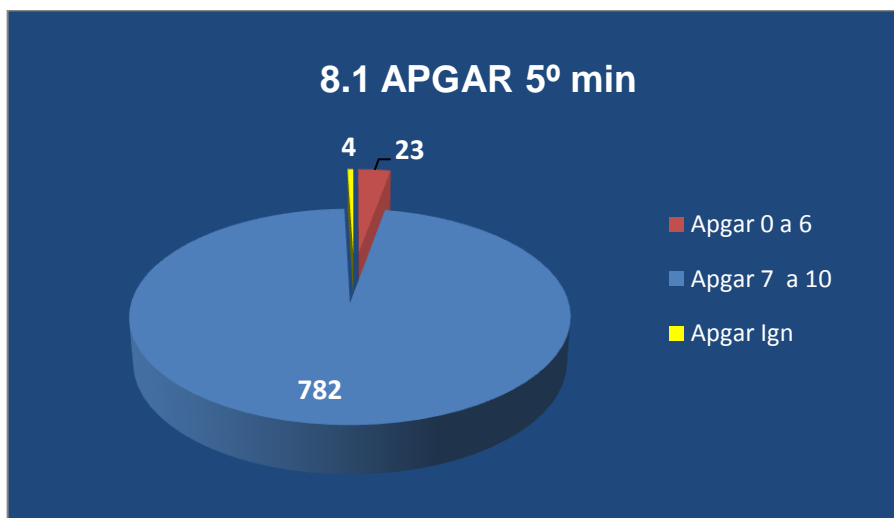


Considerando os dados do Gráfico 7.2, os bairros que obtiveram uma maior incidência de Apgar de risco no primeiro minuto, foram: **Setor 3** (Centro) com 19% e **Setor 5** (Ressacada e Carvalho) com 17% e o **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt) com 16%. No **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) e **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) os índices foram abaixo de 10%.

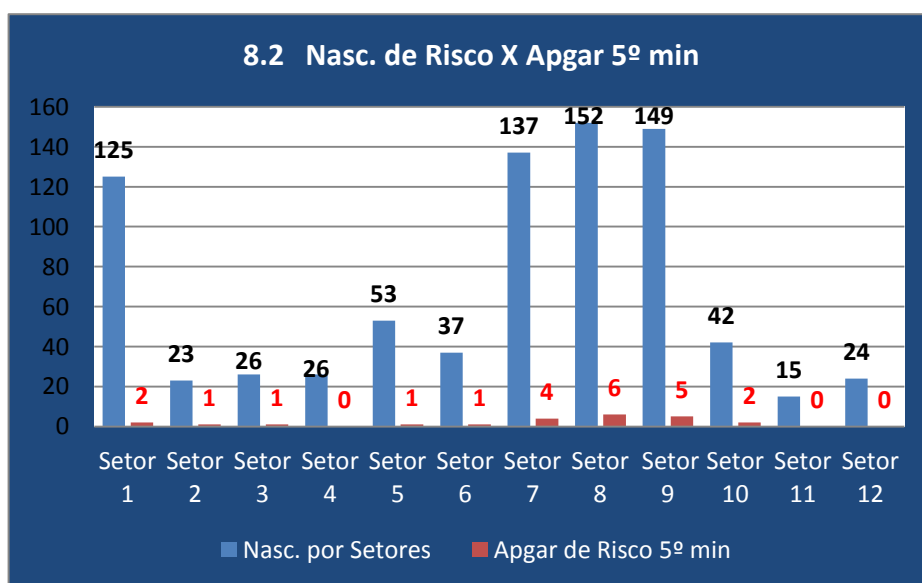




8. ÍNDICE APGAR NO 5º. MINUTO



A incidência de Apgar de Risco no 5º minuto, conforme ilustrado no Gráfico 8.1 foi de 23 casos, que corresponde 3% do total de nascimentos de risco.

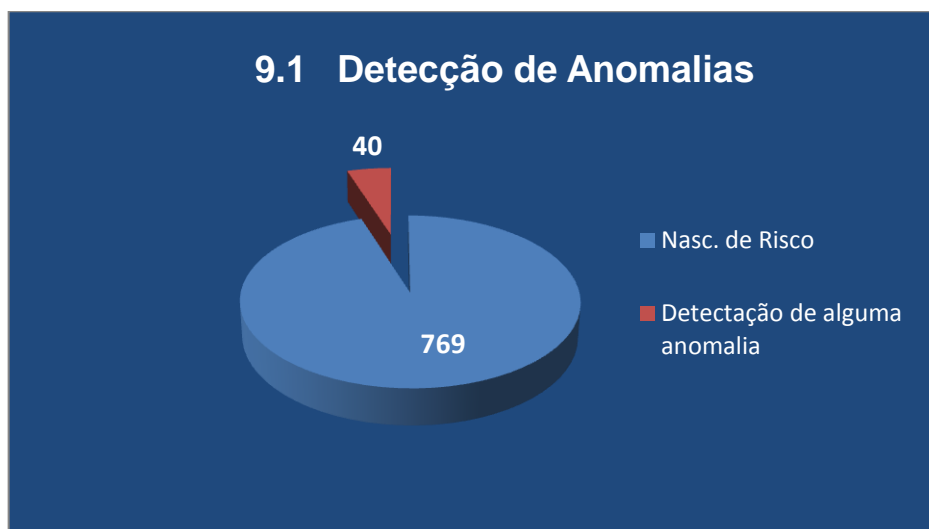


Analisando o Gráfico 8.2, observa-se incidências menores ou iguais a 5%. Isso demonstra a recuperação da maioria dos recém nascidos que apresentavam Apgar de risco no primeiro minuto.



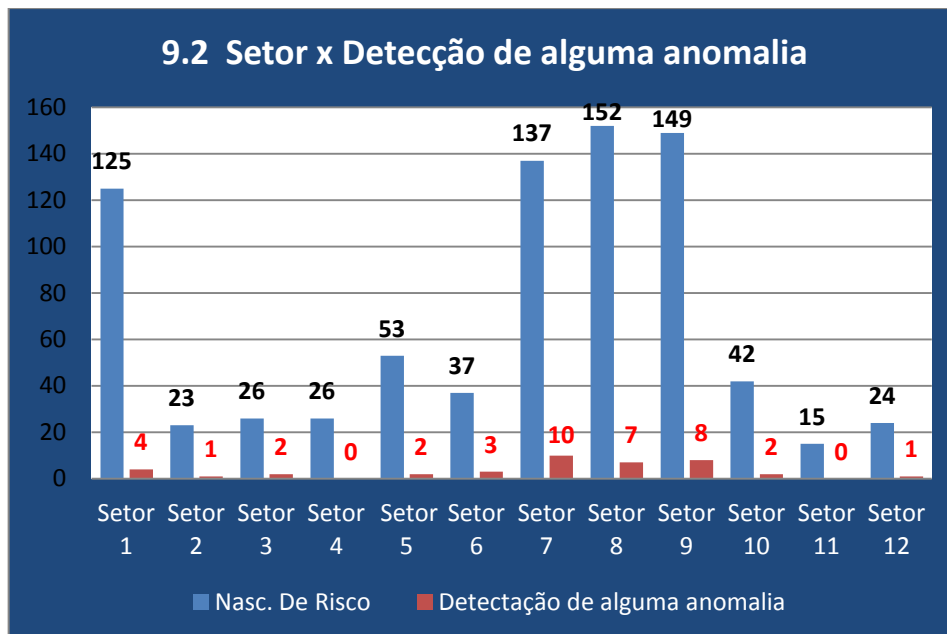
O índice Apgar é a avaliação dos sinais vitais da criança, realizada no primeiro minuto e no quinto minuto após seu nascimento. São observadas as seguintes características: frequência cardíaca, frequência respiratória, atividade e tônus muscular, coloração da pele e reação reflexa. Estas características do recém nascido geram um escore que varia entre zero (0) que significa sem sinais vitais, até dez (10) ou sinais vitais em perfeita normalidade. Embora um escore abaixo de 7 no primeiro minuto, isoladamente não seja determinante de asfixia ou outras condições de risco, deve ser considerado como um fator de atenção. O índice Apgar no quinto minuto tem importância significativa na avaliação do bem-estar e do prognóstico inicial do recém-nascido, sinaliza um bom ou mal estado da criança. Um escore abaixo de 7 representa, em inúmeras pesquisas, um fator de risco imediato para lesão cerebral e risco tardio como problemas na dentição. Pesquisas brasileiras apontam que Apgar abaixo de 7 no quinto minuto relaciona-se ainda a outros fatores, como maior prevalência em bairros periféricos e nos filhos de mães adolescentes (GOLDENBERG, 2005; SANTOS; PASQUINI, 2009)).

9. DETECÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNTAS



O Gráfico 9.1 representa que dos 809 nascimentos de risco, em 40 casos (5%), ocorreram a presença de alguma anomalia ou deficiência ao nascer.





Não foi registrada ocorrência no **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) e no **Setor 11** (Ressacada e Carvalho). Em todos os demais setores, os casos de anomalia congênita não ultrapassaram 10%.

Defini-se como anomalia ou defeito congênito toda anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto decorrente de fator originado antes do nascimento, seja genético, ambiental ou desconhecido (HOROVITZ; LLERENA, MATTOS, 2005). O impacto das anomalias congênitas na saúde do indivíduo, na família e na sociedade é complexo, porque estas patologias são de natureza crônica e podem afetar muitos órgãos e sistemas. Além disso, os problemas médicos, psicológicos e econômicos, entre outros, que esta família deve enfrentar são enormes, sendo imprescindível que todo programa de saúde inclua estratégias de prevenção voltadas para os defeitos congênitas (GUILLER; DUPAS; PETTENGILL, 2007).

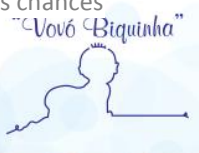


SESSÃO III

A Intervenção precoce promove níveis mais altos de educação, reduz a criminalidade, aprimora a produtividade da força de trabalho, promove adultos saudáveis e reduz a gravidez na adolescência (...) promove o bem estar da criança e a igualdade social. A intervenção precoce está relacionada com altas taxas de custo benefício.

(HECKMAN, 2008¹)

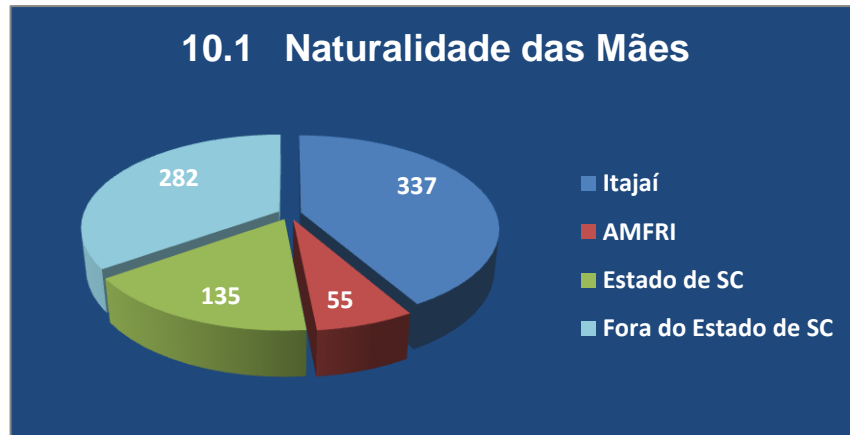
¹ **James Heckman** prêmio Nobel de economia – estuda os efeitos econômicos de programas socioeducacionais dirigidos à primeira infância. Está convencido de que quanto antes os estímulos vierem, maiores são as chances de a criança se tornar um adulto bem-sucedido.





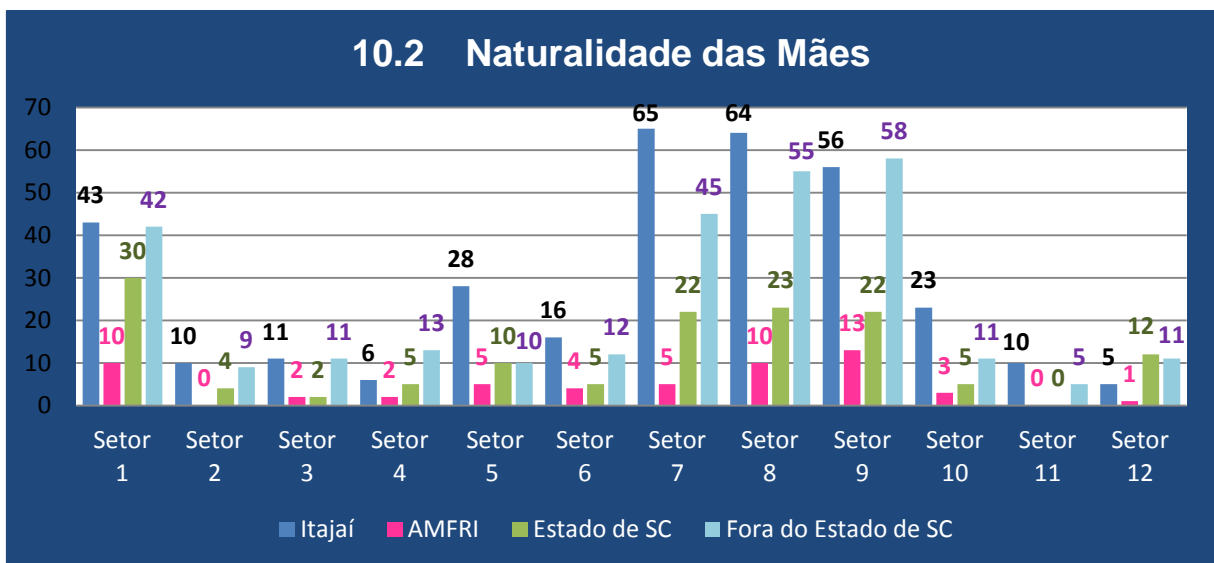
10. NATURALIDADE DAS MÃES

10.1 Naturalidade das Mães



O Gráfico 10.1 ilustra que 337 mães (ou 41,5% das DNVRs) são de naturalidade Itajaiense. São naturais de outros estados brasileiros, 282 mães (ou 35%). Correspondem a mães naturais de outras cidades do estado de Santa Catarina 135 (16,5%) e 55 (7%) nasceram em município da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí) que representam as cidades próximas de Itajaí.

10.2 Naturalidade das Mães

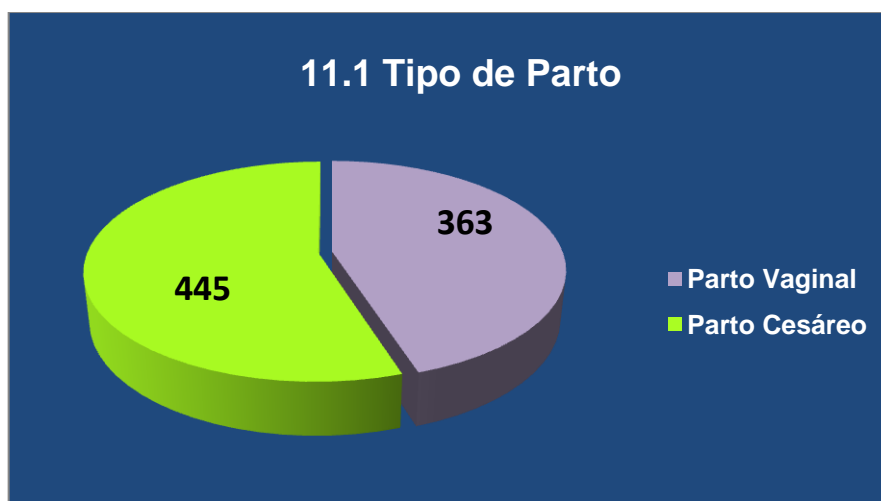


O gráfico 10.2 mostra que no **Sector 4** (Cabeçudas e Praia Brava), **Sector 9** (Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante) e **Sector 12** (Centro) o número de mães naturais de outros estados supera às itajaienses.

A migração de famílias socioeconomicamente vulneráveis indica um sério fator de risco para o desenvolvimento das crianças. Os recém-chegados podem ser empurrados para as margens da sociedade urbana, num típico caso de exclusão. Para os imigrantes, pode ser negado o acesso aos serviços públicos, à proteção social e a cuidados de saúde emergenciais (UNICEF, 2012).



11. TIPO DE PARTO



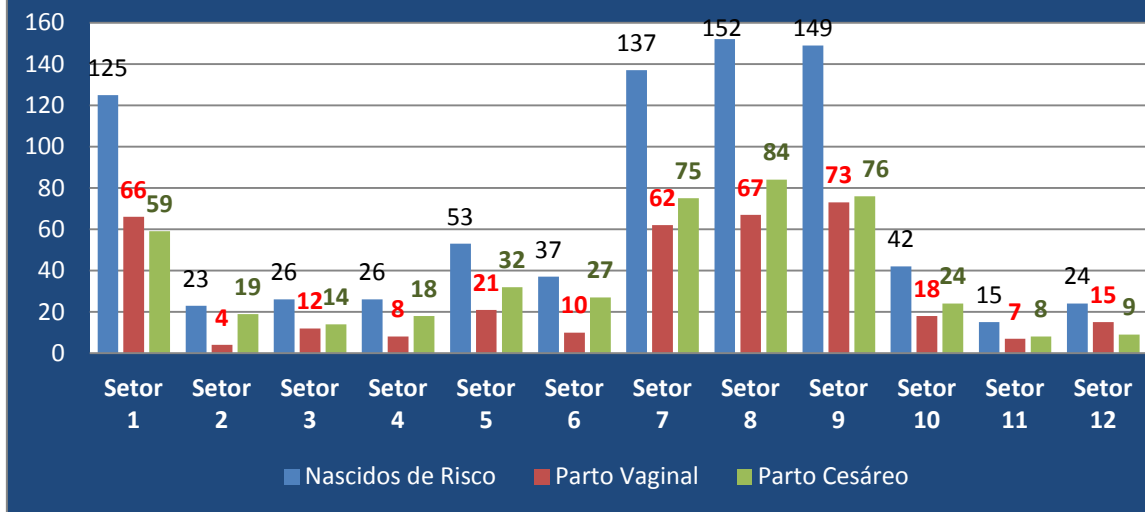
O Gráfico 11.1 demonstra que 445 (55%) dos nascimentos de risco referem-se a partos cesáreos.

Segundo dados levantados no sistema online Datasus/SC, se considerarmos todos os nascimentos de 2013 de crianças que residem em Itajaí (incluindo risco e não risco), a incidência de cesáreas foi a mesma, 55%.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que somente 15% dos partos sejam por meio deste método cirúrgico.



11.2 Setor x Nasc. Risco x Tipos de Parto



Observa-se no Gráfico 11.2 que na maioria dos setores o número de partos tipo cesáreo é maior que os casos de partos tipo vaginal. As maiores incidências de cesáreas foram no **setor 2** (Vila Operária e São Judas)=83%, **setor 6** (Dom Bosco, N. Sra. das Graças)= 73% e **setor 4** (Cabeçadas e Praia Brava)= 69%. No **setor 1** (Zona Rural) e no **setor 12** (Centro) o número de partos tipo vaginal foi superior aos partos do tipo cesáreo, no **setor 1**=53% e no **setor 12**= 63%

O Brasil lidera o ranking mundial de partos do tipo cesárea correspondendo a 52% dos nascimentos, se considerados apenas os partos atendidos pelo setor privado, o valor é de 88%. Ao contrário do que possa parecer, estas taxas são preocupantes porque aumentam a chances de complicações para a saúde da mãe e da criança que poderiam ser evitadas com o nascimento por parto normal.

Em relação à saúde das mães podem ocorrer complicações referentes ao processo cirúrgico, como infecções e hemorragia e também impactos negativos sobre a vida reprodutiva, que estão associados as alterações provocadas pela cicatriz uterina (CABAR *et al*, 2004). Para os recém-nascidos, os efeitos descritos na saúde são: aumento da mortalidade neonatal e nascimentos de prematuros evitáveis, ou seja, os prematuros tardios (34 a 36 semanas gestacionais) e bebês nascidos antes do prazo de 39 sem, e o uso de ventilação mecânica em recém-nascidos de baixo risco. “Embora não sejam considerados prematuros, são bebês que poderiam ganhar mais peso e maturidade se tivessem a chance de chegar a 39 semanas ou mais de gestação. A epidemia de nascidos com 37 ou 38 semanas no Brasil é, em parte, explicada pelo número elevado de cesarianas agendadas antes do início do trabalho de parto, especialmente no setor privado” (FIOCRUZ, 2014).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CABAR, Fábio Roberto et al. Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 26, n. 9, 2004.

CARVALHO, Patrícia Ismael et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. 2007.

CENTRO DE INTERVENÇÃO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE VOVÓ BIQUINHA **Pesquisa fatores de risco ao desenvolvimento infantil**: Relatório 2010. Itajaí, 2010.

DIDONET, V. (Coord.). **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília: Rede Nacional pela Primeira Infância, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto**. Rio de Janeiro, 2014.

GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil Adolescent pregnancy, prenatal care, and perinatal outcomes in Montes Claros. **Cad. saúde pública**, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, 2005.

GULLER, Cristiana Araújo; DUPAS, Giselle; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 1, p. 18-23, 2007.

HECKMAN, James J. Return on Investment: Cost vs. Benefits. **Ten Year Anniversary Heckman Handout**, p. 1-8, 2008.

HOROVITZ, Dafne Dain Gandelman; LLERENA, Juan Clinton; MATTOS, Ruben Araújo. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual Birth defects and health strategies in Brazil: an overview. **Cad. saúde pública**, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, 2005.

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.

MORCILLO, André Moreno et al. Caracterização das mães, partos e recém-nascidos em Campinas, São Paulo, 2001 e 2005. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 269-275, 2010.

PALITOT, M. 2010. Perspectivas epidemiológicas do pré-natal: um estudo realizado em João Pessoa/PB. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/saude-artigos/perspectivas-epidemiologicas-do-pre-natal-um-estudo-realizado-em-joao-pessoapb-3194431.html>>. Acesso em: 03 jun, 2014.

PARADA, Cristina Maria Garcia; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 385-392, 2009.





PAULA, Hudsara Aparecida de Almeida et al. Peso ao nascer e variáveis maternas no âmbito da promoção da saúde; Birthweight and maternal variables in health promotion. **Rev. APS**, v. 14, n. 1, 2011.

RABELLO, Miriam Siqueira do Carmo; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal, São Paulo, Brasil. **Einstein (São Paulo)**, v. 9, n. 4, 2011.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Bebês de risco e sua família: o trabalho preventivo. **Temas em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 107-113, 2003.

SANTOS LM, PASQUINI V.Z. A importância do Índice de Apagar. **Rev. Enfermagem UNISA** v. 10. n. 1, p. 39-43, 2009.

Silva J.L.C.P; Surita F.G.C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 31, n. 7, p. 321-325, 2009.

TOURINHO, Amanda Braga; REIS, Moreira Lílian Barros De Sousa. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional; Birth weight: a nutritional approach. **Comun. ciênc. saúde**, v. 23, n. 1, p. 19-30, 2012.

UNICEF. **Crianças em um mundo urbano**, 2012. Disponível em <https://www.unicef.pt/18/Relatorio_SituacaoInfancia2012.pdf>. acesso em: 21 mar 2014.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006.

EQUIPE PESQUISA FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL 2013

Juliana Nunes Kael- pesquisadora

Simone de Fátima C. Siqueira- pesquisadora

Joaquina Constantina Cardoso – coordenadora do projeto

Rudney Avelino – assistente da pesquisa

