

# **Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil em Itajaí**

## **Pesquisa 2010**

## INTRODUÇÃO

*“É necessário, porém, que todos os profissionais que atuem na área da infância e da adolescência tenham conhecimento dos direitos estabelecidos pelo ECA (1990), bem como dos fatores de risco envolvidos no prejuízo ao desenvolvimento infantil, para que possam intervir de forma precisa na prevenção e/ou interrupção do risco.” ( MAIA E WILLIAMS, 2005)*

A pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil, busca contribuir para que diferentes atores municipais do sistema de garantia dos direitos das crianças, sejam informados sobre as principais características biopsicossociais que configuram a vulnerabilidade dos recém nascidos de Itajaí.

Conhecer **o que** põe em risco o crescimento saudável é fundamental para que se desenvolvam práticas eficazes de combate a estes fatores. Conhecer **onde** estes fatores ocorrem mais significativamente certamente contribuirá para o planejamento de estratégias mais eficientes.

Com a implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) tornou-se possível obter, de forma ágil, algumas informações sobre gestação, parto e características do recém-nascido e da mãe, fundamentais para o planejamento de ações de saúde materno-infantil (KALE, 1997).

A pesquisa realizada pelo Programa Uma Conversa Salva Uma Vida (PUCSUV) utiliza a mesma fonte do SINASC que são as Declarações de Nascidos Vivos (DNVs), porém vai além, vem mapeando desde 2006 a incidência dos fatores de risco nos bairros do município (agrupados em setores). Desta forma produz informações mais fidedignas que podem nortear a implantação de políticas públicas de intervenção e redução dessas incidências.

Na sequência, apresentaremos, na forma de gráficos e comentários resumidos, as incidências mais significativas referentes ao levantamento das Declarações de Nascidos Vivos de Risco. A novidade da apresentação de 2010 é a ênfase no cruzamento de dados, evidenciando relações entre todos os dados triados com gravidez na adolescência e pré natal inadequado.

## METODOLOGIA

Desde 1990 a Declaração de Nascido Vivo – DNV é o documento pré numerado e apresentado em 3 vias, padronizado pelo Ministério da Saúde para utilização em todo o território nacional, cuja finalidade é a coleta dos dados sobre nascidos vivos. A DNV é considerada como documento hábil para a lavratura da Certidão de Nascimento pelo Cartório de Registro Civil dentre outros termos legais de comprovação de nascimento.

O Estatuto da Criança e do Adolescente institui no artigo 10 inciso IV que *“os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a fornecer declaração de nascimento onde constem, necessariamente, as intercorrências do parto e do neonato”*. A DNV é o documento padrão utilizado para este fim e segundo o próprio ECA, o estabelecimento onde a criança nasceu deve manter seus dados em prontuários individuais, pelo prazo de 18 (dezoito) anos.

Esta pesquisa utiliza como principal fonte de dados a DNV por contemplar informações da criança, da gravidez e da mãe, as informações extraídas da DNV permitem definir e avaliar o perfil dos nascimentos e traçar um prognóstico biológico e social da criança.

A Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí define como DNVs de Risco aquelas que apresentam um ou mais fatores relacionados às condições de nascimento da criança, tais como: peso, idade gestacional, índice de apgar, local do parto, detecção ou não de alguma malformação ou anomalia cormossômica; acompanhamento pré natal; e, como riscos sociais, aqueles referidos às condições maternas como: idade da mãe, grau de instrução, número de filhos nascidos vivos ou nascidos mortos e abortos.

Cópias das DNVS de risco são repassadas periodicamente, pela Secretaria Municipal de Saúde, ao CIEP Vovó Biquinha que tabula 26 itens, dos dados gerais em uma planinha. Em 2010 foram 693 DNVs triadas correspondendo a mais de 18 mil dados cadastrados. Os resultados deste levantamento são representados por meio de gráficos.

A apresentação destes gráficos está dividida em 3 sessões: 1) Resultados Gerais, 2) Cruzamentos Mães Adolescentes e 3) Cruzamentos Pré Natal Inadequado.

Na primeira sessão segue o levantamento de todas as variáveis consideradas de risco ilustradas de maneira que se possa identificar um fator, como por exemplo, “baixa escolaridade”, comparando sua incidência ao total de Nascimentos de Risco para cada setor.

Na segunda e terceira sessão estarão expostos os resultados dos cruzamentos a fim de iniciar um estudo mais profundo sobre a gravidez na adolescência e sobre o porquê em nosso município há uma incidência tão significativa de acompanhamento pré natal inadequado.

## Mapeamento por Setores

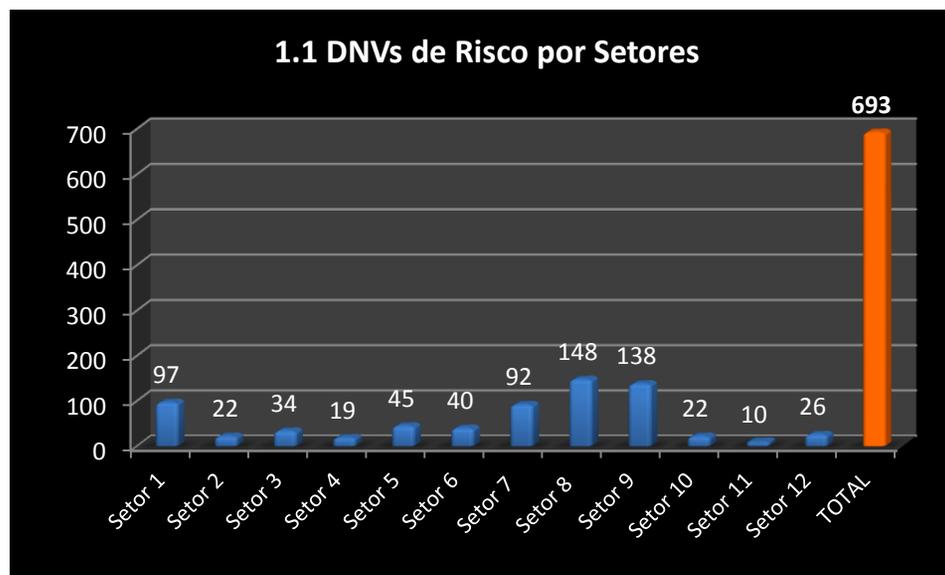
Itajaí é uma cidade que possui um grande número de bairros, para facilitar a visualização dos resultados esta pesquisa divide o município em 12 grandes setores:

Setor	Bairros de Itajaí
01	Zona Rural: Espinheiros, Salseiros, Km 12, Itaipava, Rio do meio, Canhanduba
02	Vila Operária e São Judas
03	Imaruí
04	Cabeçadas e Praia Brava
05	Fazenda
06	Dom Bosco, N. Sra. das Graças
07	Promorar I, II e III e Cidade Nova
08	São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt
09	Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante
10	São João e Nova Brasília
11	Ressacada e Carvalho
12	Centro

## Sessão 1

### Resultados Gerais

## 1. População Geral

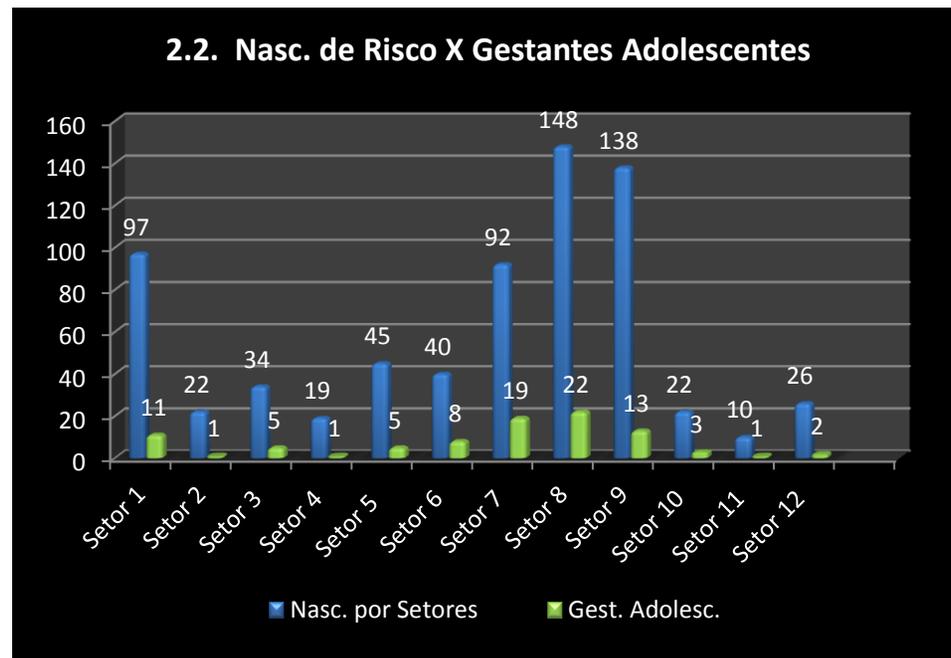
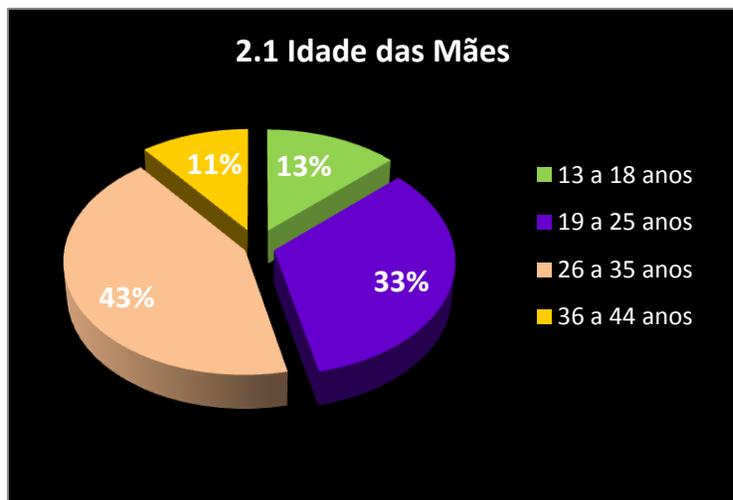


Em 2010 foram triadas 693 DNVs, ou seja 693 crianças foram caracterizadas em situação de risco já na ocasião de seu nascimento. A média de nascidos vivos de risco foi de 57,75 nascimentos/mês.

Ranking dos setores de acordo com a incidência de nascimentos de risco – Gráfico 1.1:

Setor	Bairros	Nascimentos de Risco
09	Cordeiros, Murta e Costa Cavalcante	148
08	São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt	138
01	Espinheiros, Salseiros, Km 12, Itaipava, Rio do meio, Canhanduba	97
07	Promorar I, II e III e Cidade Nova	92
05	Fazenda	45
06	Dom Bosco, N. Sra. das Graças	40
03	Imaruí	34
12	Centro	26
02	Vila Operária e São Judas	22
10	São João e Nova Brasília	22
04	Cabeçadas e Praia Brava	19
11	Ressacada e Carvalho	10

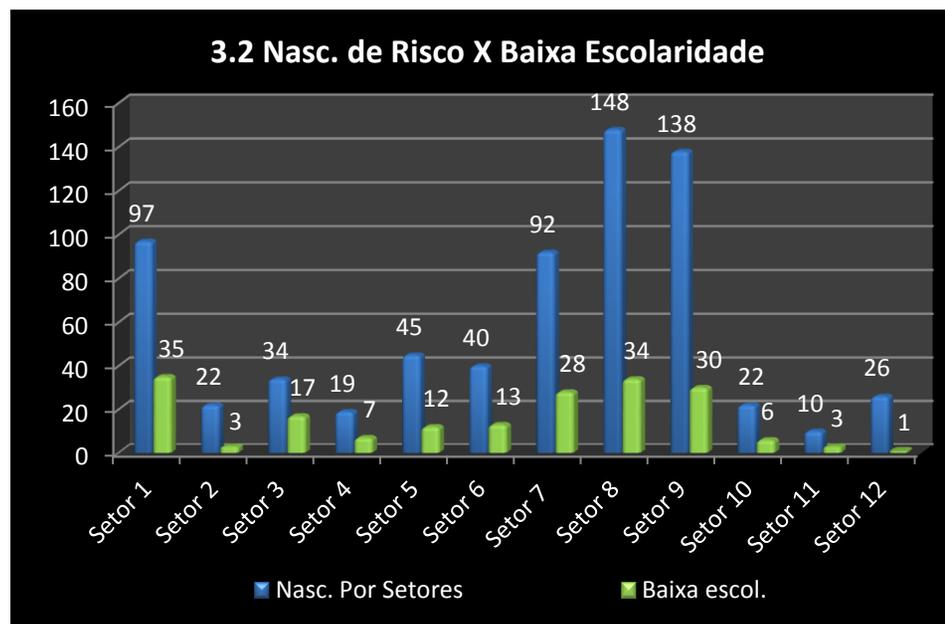
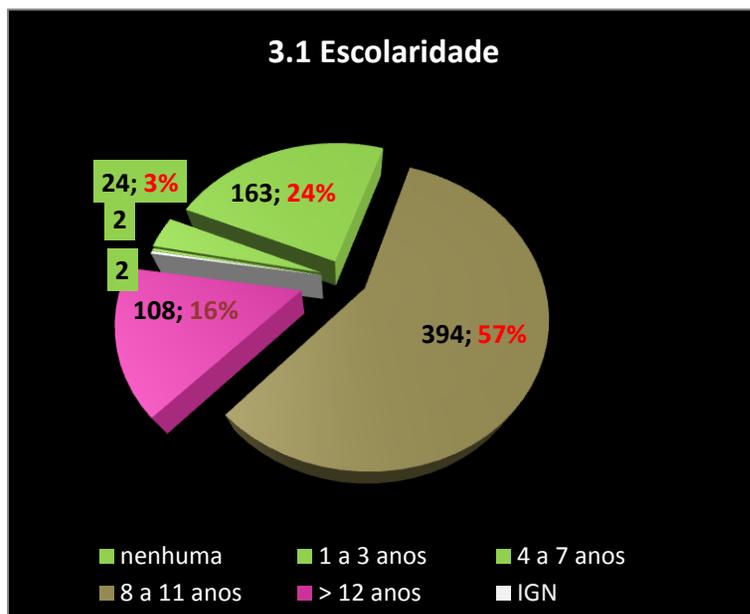
## 2. Faixa Etária Materna



Embora a maior incidência de gestações tenham ocorrido dentro da faixa etária considerável saudável ( 19-25 e 26 -35 anos), o Gráfico 2.1 demonstra que 13% (91 gestantes) estavam na faixa etária da adolescência e 11% com idade acima de 35 anos, somando 24% de gestações que se enquadram 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 =20,7% (Promorar e Cidade Nova) e no Setor 6= 20% (D. Bosco e N. S. das Graças). Nos demais setores a gravidez na adolescência não ultrapassou os 15% do total de nascimentos de risco.

Mais freqüente nos segmentos sociais mais desfavorecidos, a gravidez na adolescência representa, em significativo número de casos, um agravante, comprometendo o futuro profissional, dificultando o retorno à escola e limitando as oportunidades de trabalho . (GOLDENBERG e et al ,2005). Além de agravar condições psicossociais a gravidez na adolescência é um fator de risco que pode predispor a uma série de outros fatores relacionados à saúde da mãe e de seu bebê.

### 3. Escolaridade Materna

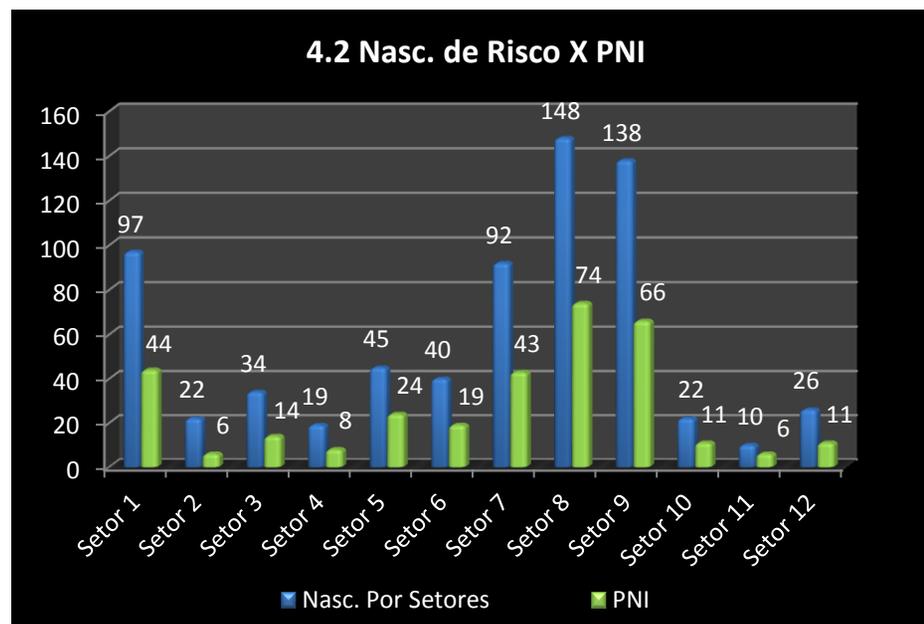
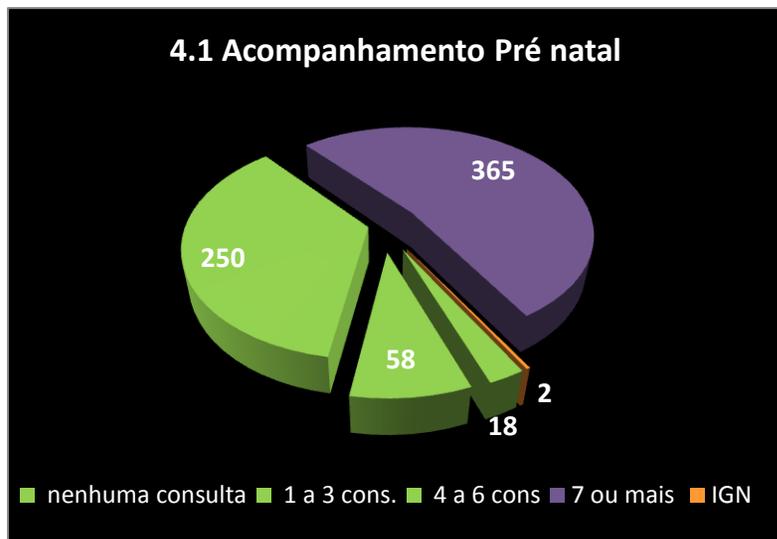


A baixa escolaridade materna reflete condições socioeconômicas desfavoráveis, o que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir ou dificultar o acesso a informações, a capacidade de cuidado e ao exercício de direitos e de cidadania.

No gráfico **3.1** pode-se observar que 191 mães (ou 27,5% - fatias em verde) apresentam nível escolar insatisfatório (CARVALHO e et al, 2007 / RAMOS e CULMAN, 2009)

A distribuição da baixa escolaridade pelo Município de Itajaí ilustrada no gráfico **3.2** demonstra não ser uniforme. Proporcionalmente as maiores incidências ocorreram, nos setores 3 (Imaruí) = 50%, setor 4 (Cabeçudas e Praia Brava)= 37% e no setor 1 (zona rural)= 36%.

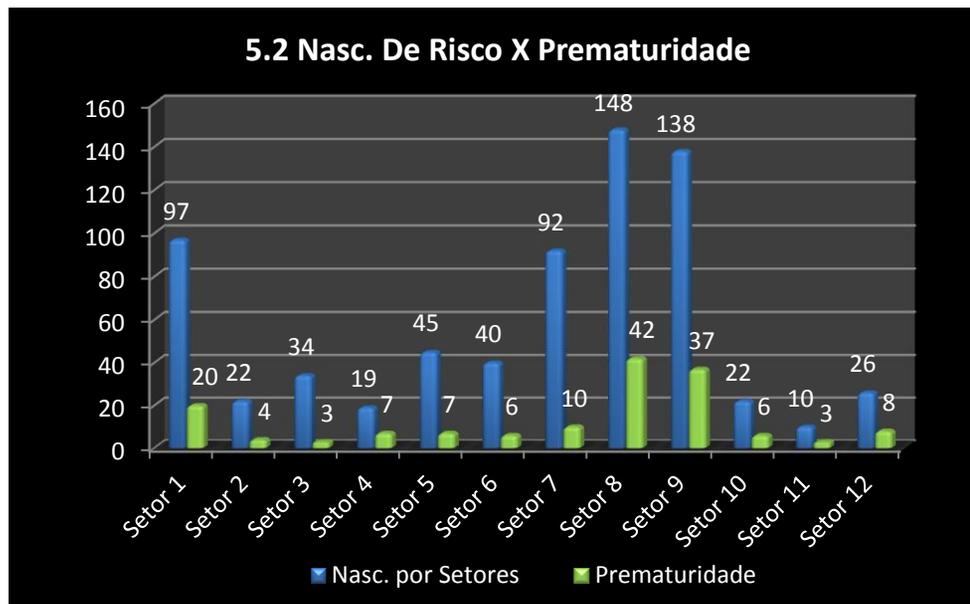
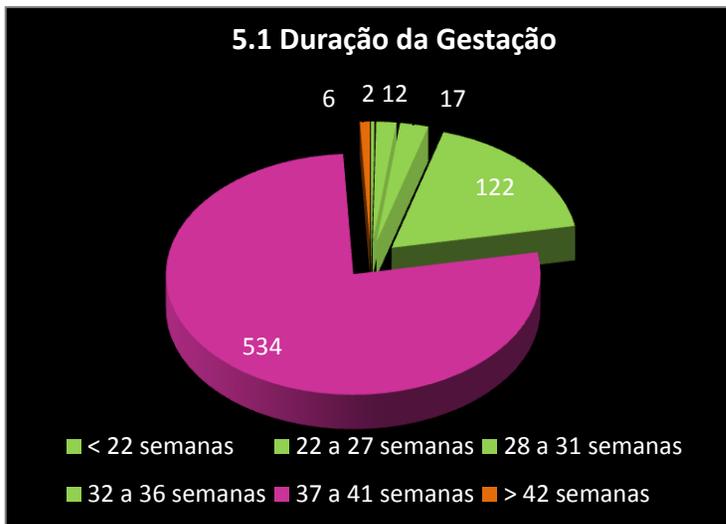
## 4. Acompanhamento PréNatal



O gráfico 4.1 mostra que é expressivo o número de gestantes que não tiveram acompanhamento pré natal adequado. Somando estes casos, ao quais chamamos de acompanhamento pré natal inadequado, fatias em verde, teremos 326 casos que equivalem a 47% de todos os nascimentos de risco em 2010. No gráfico 4.2, analisando a relação entre nascimentos de risco por setores e acompanhamento pré natal inadequado – PNI, observa-se uma elevada incidência na grande maioria dos setores, não ultrapassando 40% apenas no setor 2 (vila Op. e S. Judas) cuja taxa foi de 27,2%. Nos setores 8 (S. Vicente, Rio Bonito e Nilo Bit.) e 10 (S João e N. Brasília) os índices chegam a 50%, no setor 5 (Fazenda) 53,3% e no setor 11 (Ressacada e Carvalho) a taxa de PNI para nascimentos de risco foi de 60%.

O pré-natal torna possível detectar patologias que poderão intervir no bem estar físico e psicológico tanto da mãe quanto 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 e Williams, 2005 apontam que o acompanhamento pré natal inadequado associa-se também ao aumento de risco de maus tratos à criança.

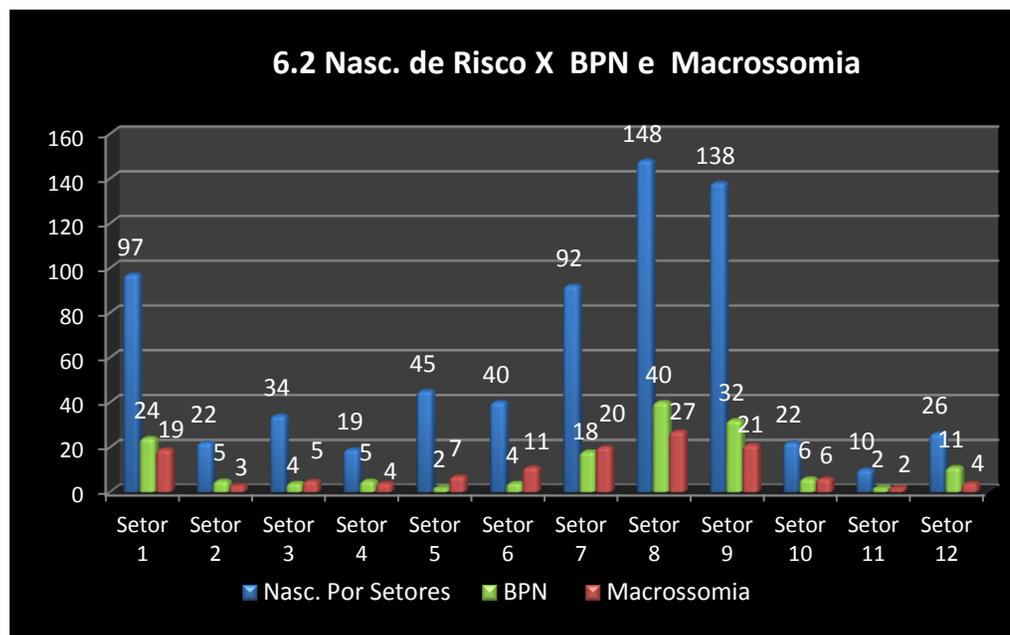
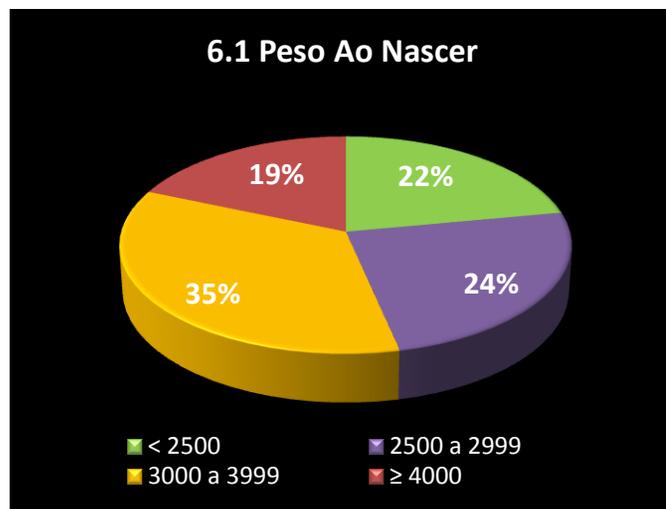
## 5. Período Gestacional



O nascimento é considerado prematuro quando ocorre antes da idade gestacional de 37 semanas. O gráfico 5.1 ilustra que 153 crianças nasceram prematuramente, este número refere-se a soma desses nascimentos representados no gráfico em verde, compreendendo 22% dos nascimentos de risco. O Período gestacional ideal é o compreendido entre 37 e 41 semanas no gráfico representado em rosa. A taxa de prematuridade relacionada aos nascimentos de risco por setores (gráfico 5.2) apresentou índices inferiores a 30% na maioria dos bairros. As taxas mais elevadas foram no setor 4 (Cabeçudas e Praia Brava)= 37%, seguido dos setores 11(Centro)= 34% e 12 (Ressacada e Carvalho)= 31%.

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. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade(RAMOS, E CULMAN 2009). Se de um lado as dificuldades de desenvolvimento apresentadas por crianças pré-termo são evidentes, por outro lado existem estudos que demonstram possibilidades bem sucedidas de enfrentamento das condições adversas pela criança prematura (LINHARES et al, 2003) o que está intrinsecamente relacionado com a qualidade de estimulação que a criança prematura irá receber.

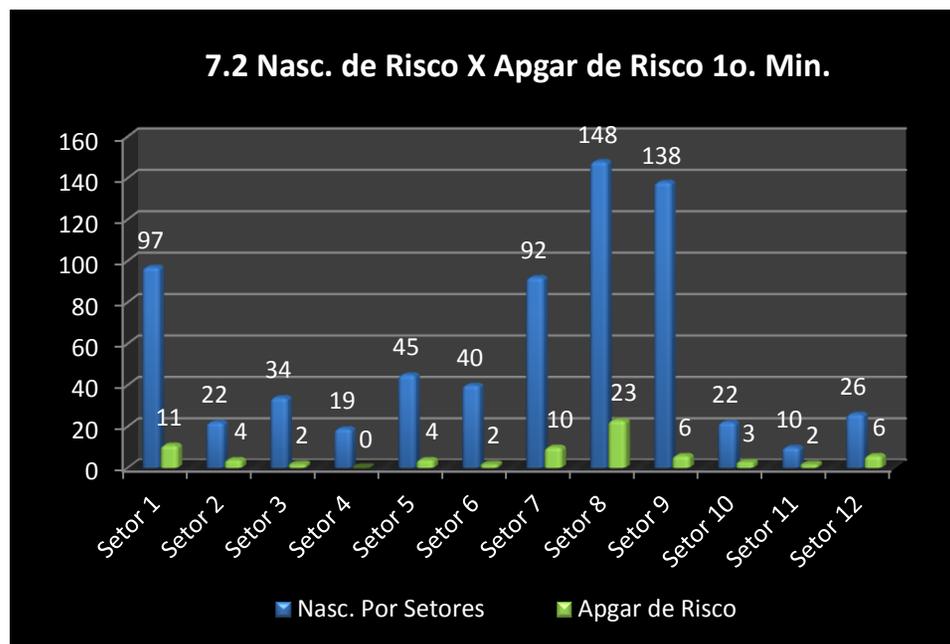
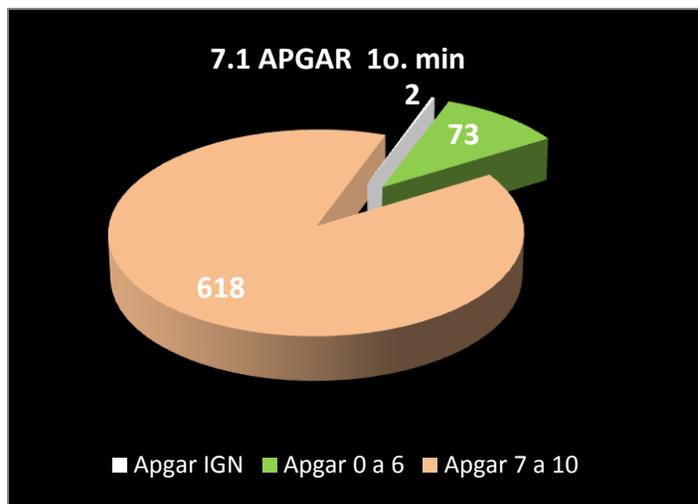
## 6. Peso ao Nascer



Os extremos de peso ao nascer –baixo peso e macrossomia representam um significativo aumento no risco de morbi-mortalidade infantil. 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 (Macro) (> 4.000 g). Os fatores que influenciam as alterações no peso ao nascer não são apenas de origem orgânicas, fatores socioeconômicos também estão associados (Paula et. al, 2011).

O gráfico **6.1** representa o peso ao nascer de acordo com a OMS e indica que 41% dos recém nascidos apresentaram peso inadequado, sendo 22% BPN e 19% Macrossomia. O gráfico **6.2** traz uma comparação entre o BPN e a Macrossomia relacionados com o total de nascimentos de risco por setores. Neste gráfico os maiores índices de BPN correspondem aos setores: 12 (centro) com 42%, 10 (S. João e N. Brasília) com 27% e 4 (Cabeçadas e P. Brava) com 26%. Em 4 setores a ocorrência de macrossomia foi maior que a de BPN, são eles: 3 (Imaruí), 5 (Fazenda), 7 (Promorar e C. Nova) e o setor 6 (D. Bosco e N. S. das Graças) neste último a incidência de macrossomia foi quase o dobro em relação ao BPN.

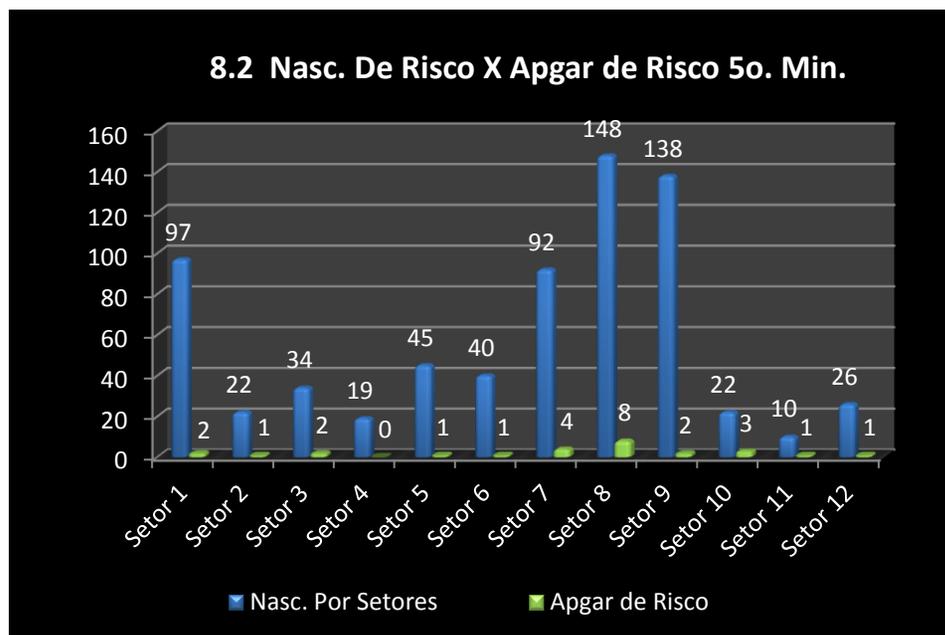
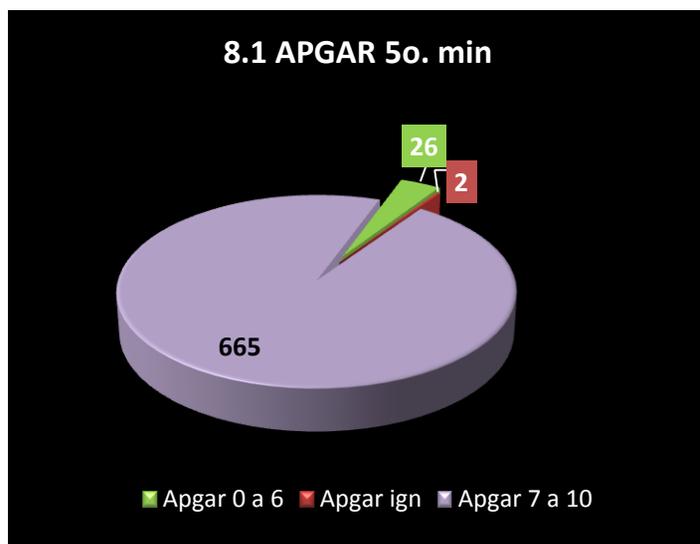
## 7. Índice Apgar no 1º. Minuto



Índice Apgar é avaliação da vitalidade da criança, realizada no primeiro minuto após seu nascimento. São observados os seguintes sinais: frequência cardíaca, frequência respiratória, atividade e tônus muscular, coloração da pele da criança e reação reflexa. Estas características do recém nascido geram um escore que varia de zero (0) ou 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.

A análise do gráfico 7.1 acusa que ocorreram 73 nascimentos (ou 10,5%) 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 12 (Centro) com 23% e setor 11 (Ressacada e Carvalho) com 20%. O setor 4 (Cabeçudas e P. Brava) não apresentou nenhum caso. Nos setores 1 (zona rural), 2 (vila Op. e S. Judas), 7 (Promorar e Cid. Nova) , 8 (S. Vicente, Rio Bonito e Nilo B.) e setor 10 (S. João e Nova Brasília) a incidência de Apgar de risco atingiu taxa superior a 10%.

## 8. Índice Apgar no 5º. Minuto



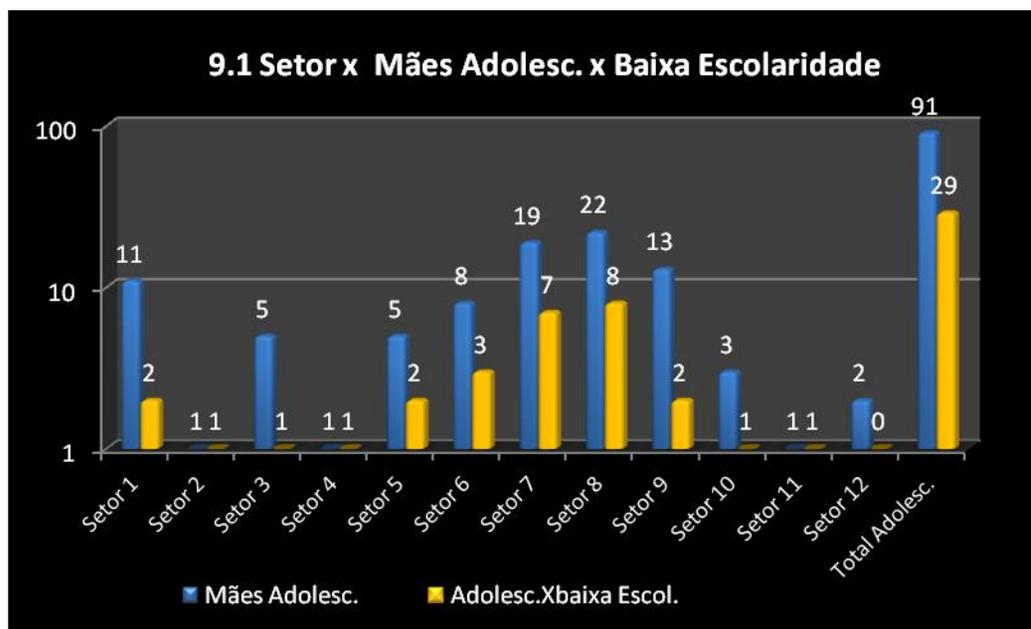
O Apgar no quinto minuto, tem importância significativa na avaliação do bem-estar e do prognóstico inicial do recém-nascido, sinaliza um bom ou mal estado da criança. Um escore abaixo de 7 configura em inúmeras pesquisas como fator de risco imediato como no caso de lesão cerebral e tardio como problemas na dentição. Pesquisas brasileiras apontam que Apgar abaixo de 7 no quinto minuto relaciona-se ainda a fatores socioeconômicos como maior prevalência em bairros periféricos e nos filhos de mães adolescentes ( GOLDENBERG,2005).

O índice de Apgar de risco no quinto minuto ilustrado no gráfico **8.1** é de 26 casos, ou seja, 3,75%. Analisando o gráfico **8.2**, não ocorreram incidências significativas, apenas no setor 10 (S. João e Nova Brasília) a taxa foi de 13,6%. Nos demais setores todos apresentaram taxas menores ou igual a 10%.

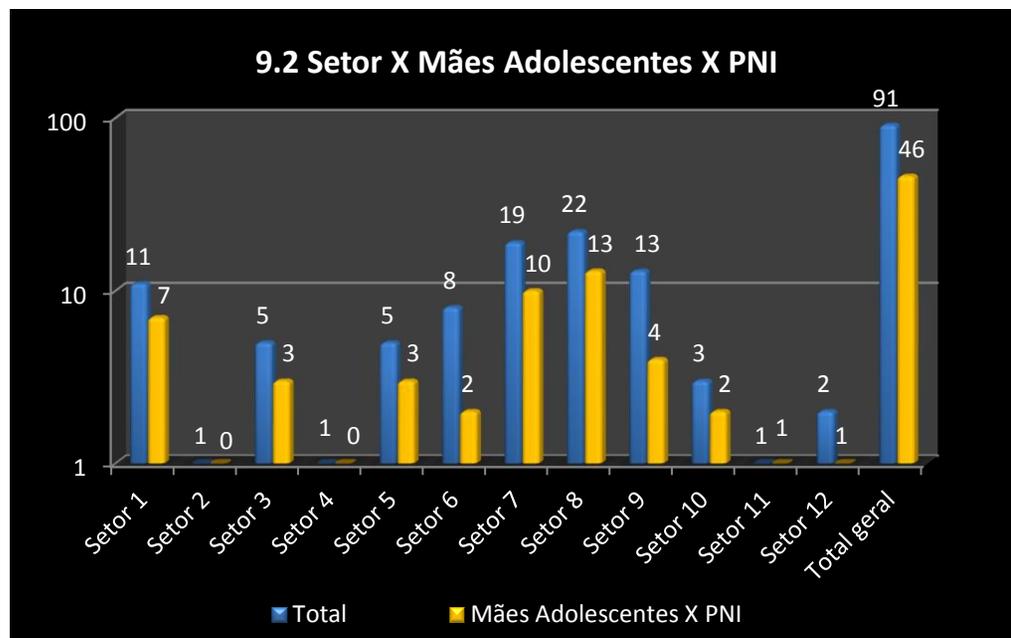
## Sessão 2

### Análise

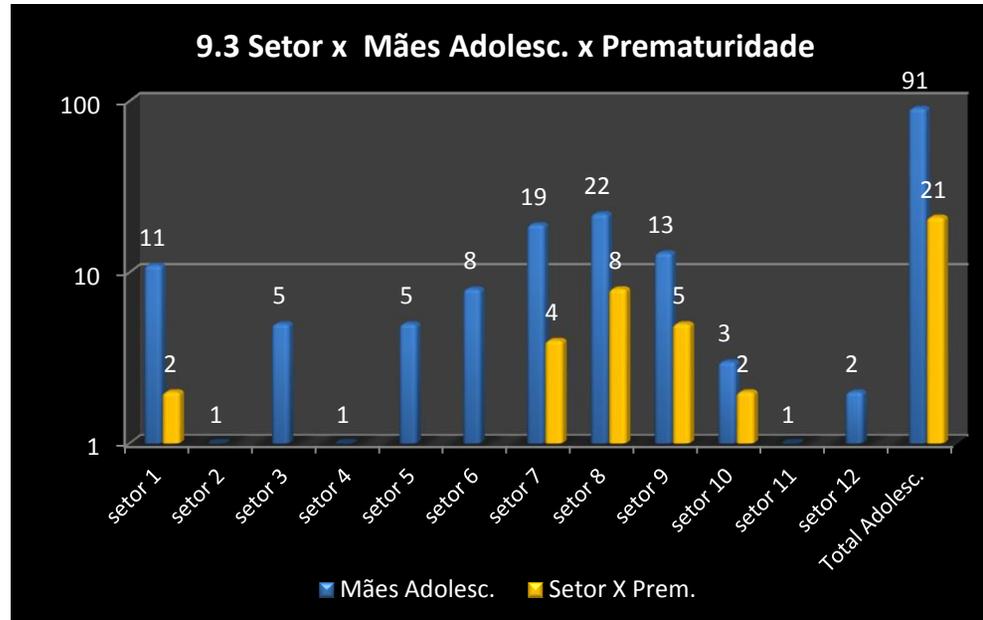
## Gravidez na Adolescência



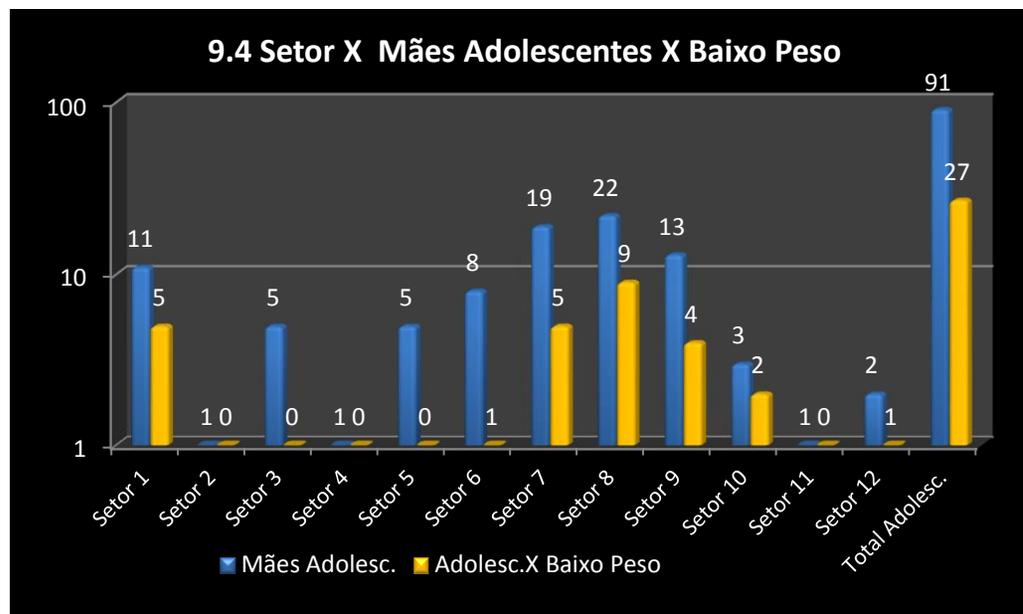
Das 91 mães adolescentes, 29 apresentaram baixa escolaridade, isto representa 32% do total. De forma geral as taxas de baixa escolaridade por setores não se distribuíram uniformemente. No setor 12 (Centro) não houve caso de baixa escolaridade.



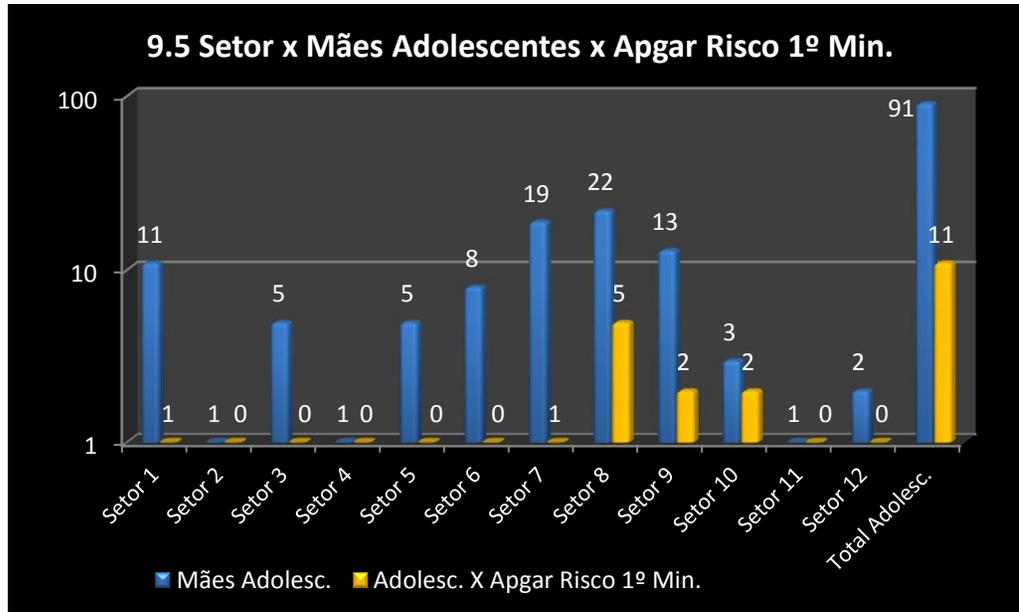
Entre as mães adolescentes triadas 46 apresentaram acompanhamento pré natal inadequado, correspondendo a 50,5% do total. Na maioria dos setores a incidência se manteve em torno de 50%.



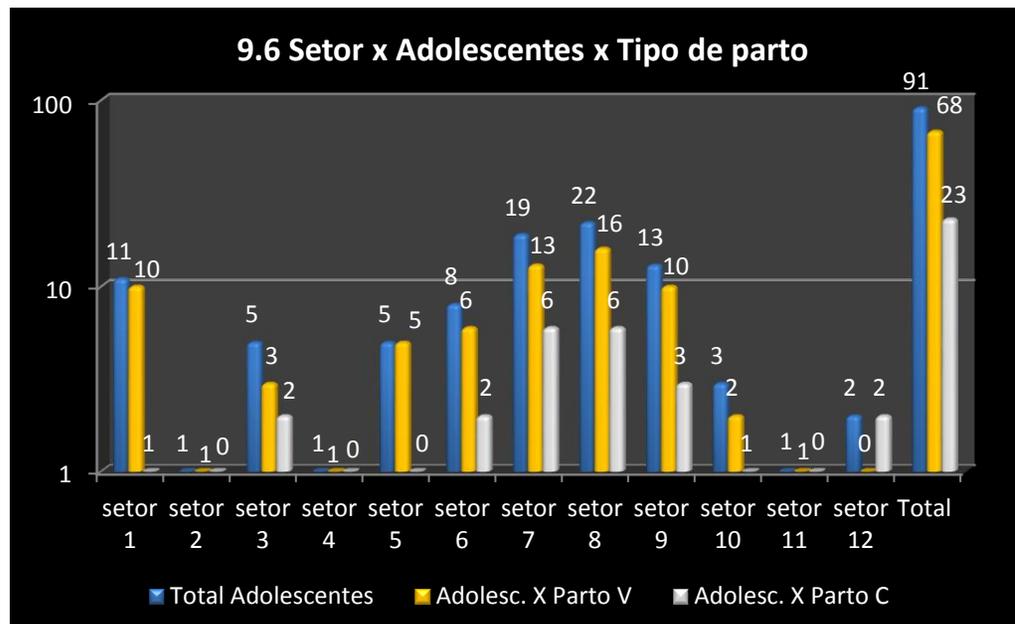
Do total de mães adolescentes, 21 tiveram parto prematuro, ou seja, 23% dos partos ocorrem antes do tempo ideal. Esses casos referem a cinco dos doze setores, setor 1 ( Zona rural), 7 (Promorar e C. Nova),8 (S. Vicente,Rio Bonito e Nilo B.),9 (Cordeiros , Murta e Costa Cav.),10 (S. João e N. Brasília).



A análise deste gráfico revela que 29,6% dos filhos (27 crianças) de mães adolescentes nasceram abaixo do peso considerado saudável. Embora em alguns setores não tenham acontecido o nascimento de crianças abaixo peso, as taxas foram significativas nos setores 1 (zona rural) = 45,5%, 8 (S. Vicente, Rio Bonito e Nilo B.) = 41%, 10 (S. João e N. Brasília) = 66,5%.



Dos filhos de mães adolescentes 11 nasceram com Apgar abaixo de 7 no primeiro minuto, representando 12%. Estes casos aconteceram nos setores 1 (Zona rural), 7 (Promorar e C. Nova), 8 (S. Vicente, Rio Bonito e Nilo B.), 9 (Cordeiros, Murta e Costa Cav.) e 10 (S. João e N. Brasília).

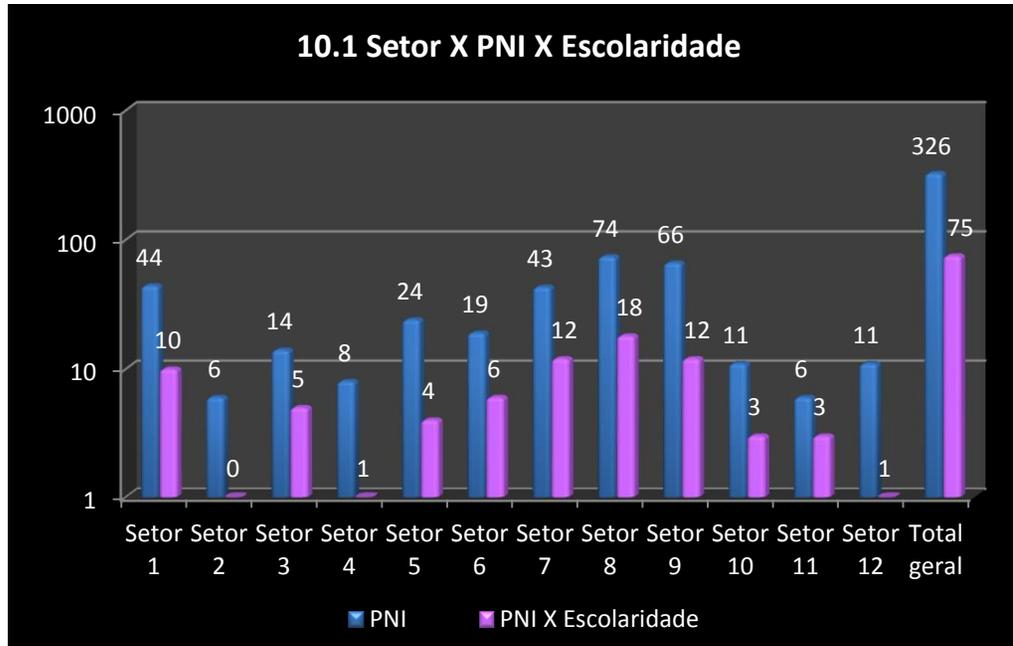


Em relação ao tipo de parto, entre as mães adolescentes ocorreram 68 partos vaginais. Estes casos se sobressaem aos 23 em que o tipo de parto foi cesário. Os partos vaginais equivalem a 75. Em todos os setores, exceto no setor 12 (Centro), o parto vaginal teve maior incidência que o parto cesário.

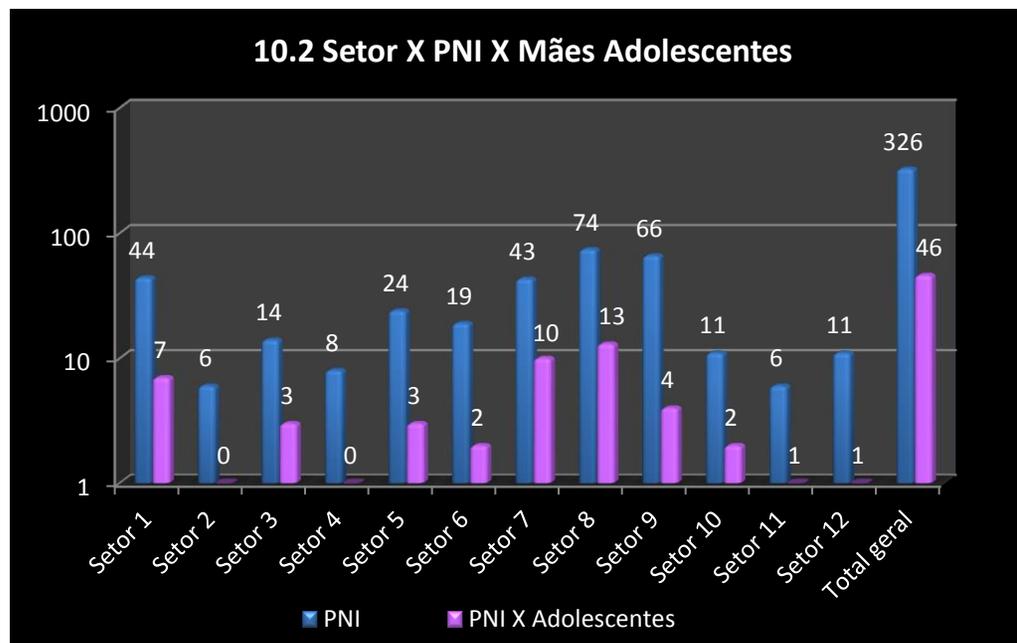
## Sessão 3

### Análise

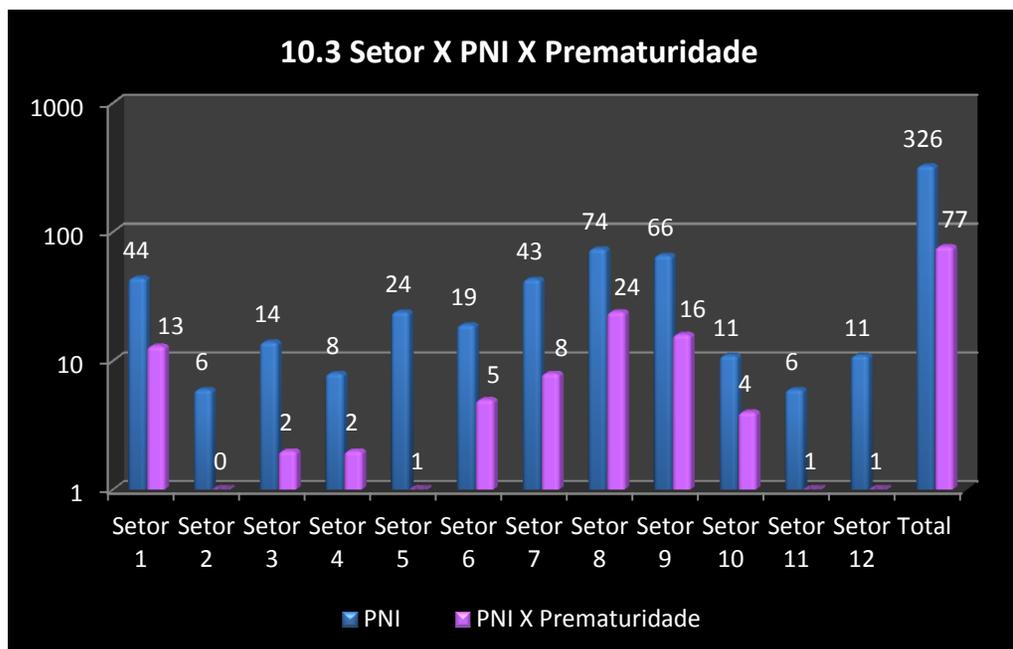
# Acompanhamento Pré Natal Inadequado



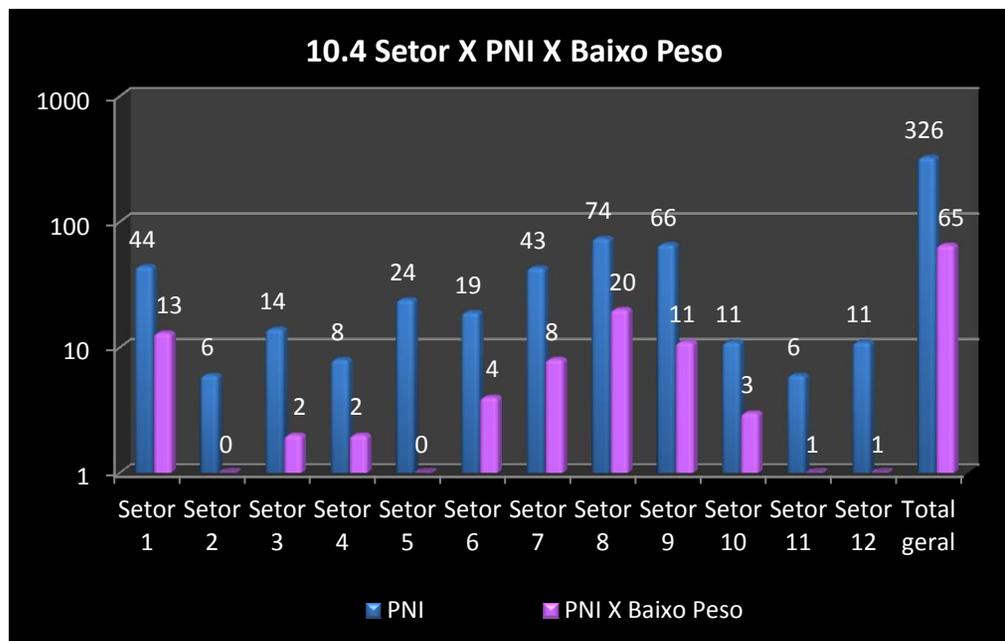
Em relação ao acompanhamento pré natal inadequado (PNI) foram triados 326 casos. Dentre estes casos, 75 apresentaram também baixa escolaridade, correspondendo a 23% do total. Em todos os setores, exceto no setor 2 (Vila Op. e S. Judas), encontramos incidência desta relação PNI X baixa escolaridade.



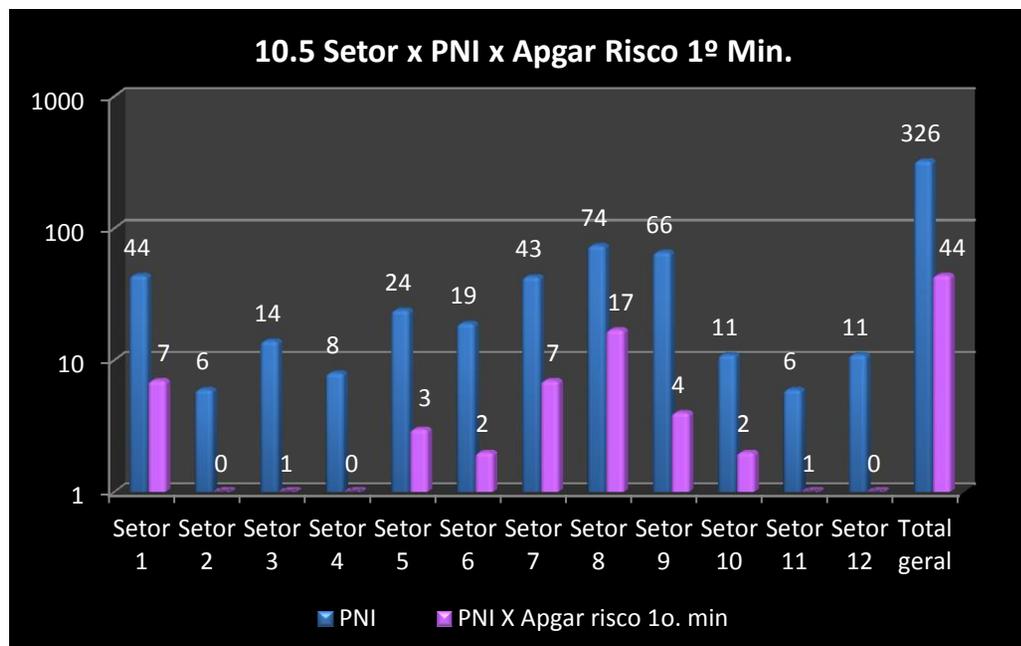
No gráfico 10.2 encontramos 46 mães adolescentes que tiveram PNI, representando uma taxa de 14% de. As maiores incidências são observadas nos setores 1(Zona Rural), 7 (Promorar e C. Nova) e 8 (S.Vicente, Rio Bonito e Nilo B.)



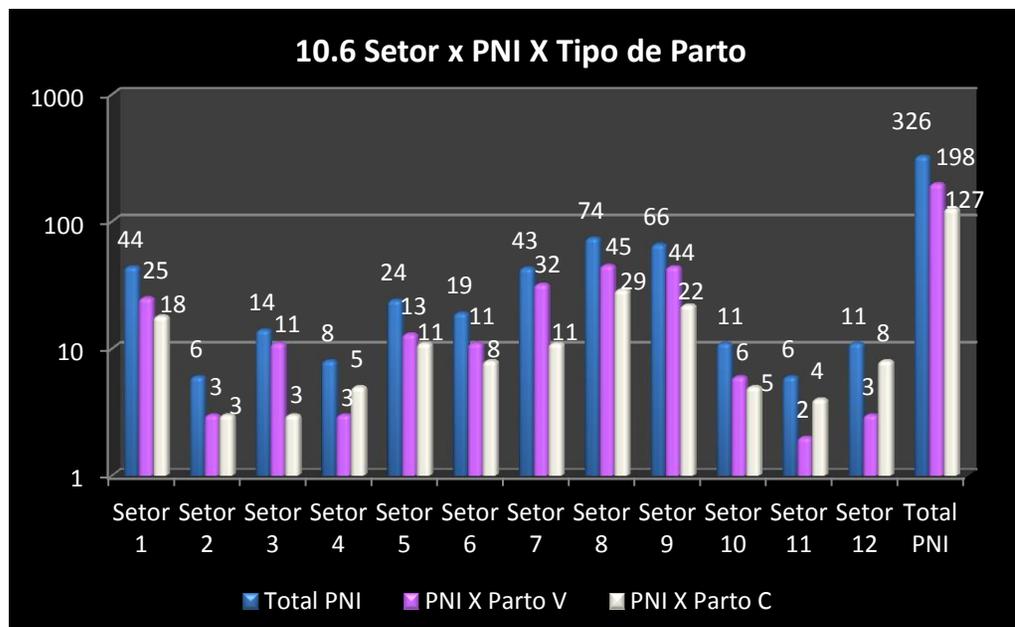
Dos 326 casos PNI, 77 mães tiveram seus filhos prematuramente. Todos os setores apresentaram um índice abaixo de 30%, exceto o setor 8 (S. Vicente, Rio Bonito e Nilo B.) e 10 (S. João e N. Brasília) cujas taxas foram de 32,5% e 36,5% respectivamente.



A partir do gráfico 10.4 podemos considerar que dos 326 PNI, 20% ou 65 crianças apresentaram baixo peso ao nascer. Os setores 2 (Vila Op. e S. Judas) e 5 (Fazenda) não apresentaram casos.



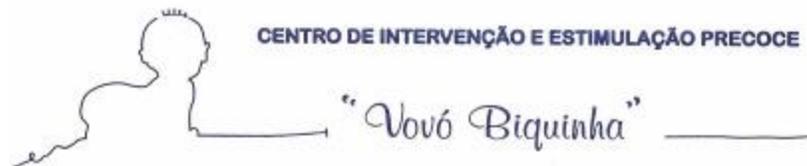
Do total de PNI, 44 bebês nasceram com Apgar de risco no 1º minuto, ou seja 13,5%. Percebemos ainda que o setor 8 (S,Vicente, Rio Bonito e Nilo B.) apresentou a maior incidência deste fator de risco .



Levando em consideração os casos de PNI e o tipo de parto, observamos que a incidência parto vaginal foi de 61% e 39% foram do tipo Cesário. Nos setores 4 (Cabeçudas e P. Brava), 11 (Ressacada e Carvalho) e 12 (Centro) o números de partos cesários foi superior ao vaginal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZENHA, V. M., et al. Peso insuficiente ao nascer: estudo de fatores associados em duas coortes de recém-nascidos em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 1, n. 26, p.27-35, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo: Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Vigilância em Saúde: Departamento de Análise da Situação de Saúde, Brasília, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Brasília, 2009.
- CARMO, B. G. **Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico de Gestantes e recém-nascidos e fatores determinantes do peso ao nascer**: um estudo de usuários do SUS em Viçosa - MG. 2006. 161 f. Dissertação (Pós- Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2006. Cap. 1.
- CARNIEL, E. F.; et al. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, Mar., 2008.
- CARVALHO, P. I.; et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, set. 2007.
- CHALEM, E.; et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p.177-186, 2007.
- COIMBRA, L. C.; et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, Ago., 2003.
- COSTA, M. C. O.; et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.77, n.3, p.235-242, 2001.
- GAINO, J. Z.; CASTILHO, S. D. Macrossomia ao nascer: Causas e consequências. **Puc Campinas**, Campinas, p.1-4, 22 out. 2008.
- GIGLIO, M. R. P.; et al. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, Mar., 2005.
- GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Ago., 2005.
- HALPERN, R.; et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.6, p.421-428, 2000.
- LINHARES, M. B. M.; et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Paidéia**, Paidéia, v. 25, n. 13, p.59-72, 2003.



MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 15, n. especial, set-out, 2007.

MASCARENHAS, M. D. M.; RODRIGUES, M. T. P.; MONTE, N. F. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Revista Brasileira da Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 2, n. 6, p.175-181, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. 3. ed. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 32 p.

OSIS, M. J. D.; et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, Fev., 1993.

PAIVA, N. S. T.; ANSEMI, M. L.; SANTOS, C. B. Projeto "Viver em Cascavel": análise do fluxo de informações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, July 2002.

PAIVA, N. S.; et al. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; Instituto Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro.

PALITOT, M. PERSPECTIVAS EPIDEMIOLÓGICAS DO PRÉ-NATAL: um estudo realizado em João Pessoa/PB. **Artigonal: Diretório de Artigos Gratuitos**, João Pessoa, s.n., p.1-2, 03 set. 2010.

PAULA, H. A. A.; et al. Peso ao nascer e variáveis maternas no âmbito da promoção da saúde. **Revista APS**. v. 14, n.1, p. 67-74, jan/mar, 2011.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Revista de Enfermagem**, v.13, n.2, p.297-304, 2009.

RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Revista Pediatria**, São Paulo, v.29, n.2, p.117-128, 2007.

RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria**, São Paulo, v. 2, n. 29, p.117-128, 2008.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, Mar., 2005.

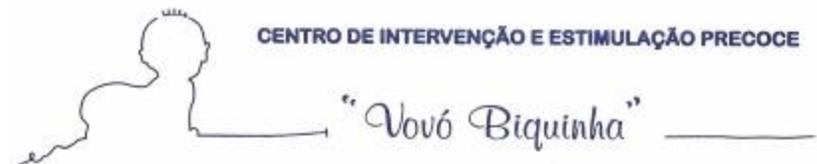
SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.10, n.2, p.209-216, mai-ago, 2005.

SCHUSTER, V., et al. Características das crianças nascidas vivas no município de Ijuí/RS utilizando variáveis epidemiológicas registradas na declaração de nascidos. **Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 3, n. 7, p.183-190, dez. 2004.

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidade e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, v.20, n.1, p.148-155, jan-mar, 2006.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

SOUZA, M. L.; et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Revista da Escola de Enfermagem Usp**, São Paulo, v. 2, n. 44, p.318-323, 2010.



WEI, J.; et al. Low Birth Weight and High Birth Weight Infants Are Both at an Increased Risk to Have Type 2 Diabetes Among Schoolchildren in Taiwan. **Epidemiology/health services**, Taiwan, v. 26, n. 2, p.343-348, fev. 2003.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C. C. F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociência**, Porto Alegre, s.n., p.01-06, 2008.