
CENTRO DE INTERVENÇÃO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE VOVÓ BIQUINHA

RELATÓRIO DA PESQUISA

FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL 2018



PESQUISA

FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL - 2018

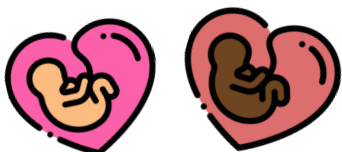
Esta é a décima segunda edição da Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil, que desde 2006 é realizada pelo Centro de Intervenção e Estimulação Precoce (CIEP) Vovó Biquinha e tem o objetivo de verificar a incidência territorial de fatores sociais e biológicos de risco ao desenvolvimento infantil, a partir das Declarações de Nascidos Vivos de Risco (DNVR) de Itajaí.

Declaração de Nascido Vivo é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, cuja finalidade é coletar dados sobre nascidos vivos. É o primeiro documento de identificação da criança, válido em todo o território nacional, sendo também a fonte que alimenta o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

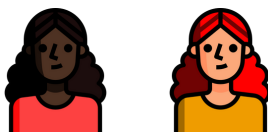
A classificação de risco (DNVR) ocorre quando os dados coletados sobre o recém-nascido apresentam um ou mais fatores de risco. Destes documentos, o CIEP Vovó Biquinha, através da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, estuda os dados referentes:



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 as condições maternas): idade da mãe, anos de escolaridade

Além dos Fatores de risco, nas últimas edições da pesquisa, tem-se incluído a análise de outros dados extraídos das DNVRs: **o tipo de parto e a naturalidade das mães.**

Nesta edição iniciamos a exposição de uma análise mais detalhada sobre a **Paternidade Tardia**, permanecendo, assim como em edições anteriores, o estudo mais aprofundado da incidência de casos de paternidade tardia, através do cruzamento de dados entre estes e os demais fatores de risco.

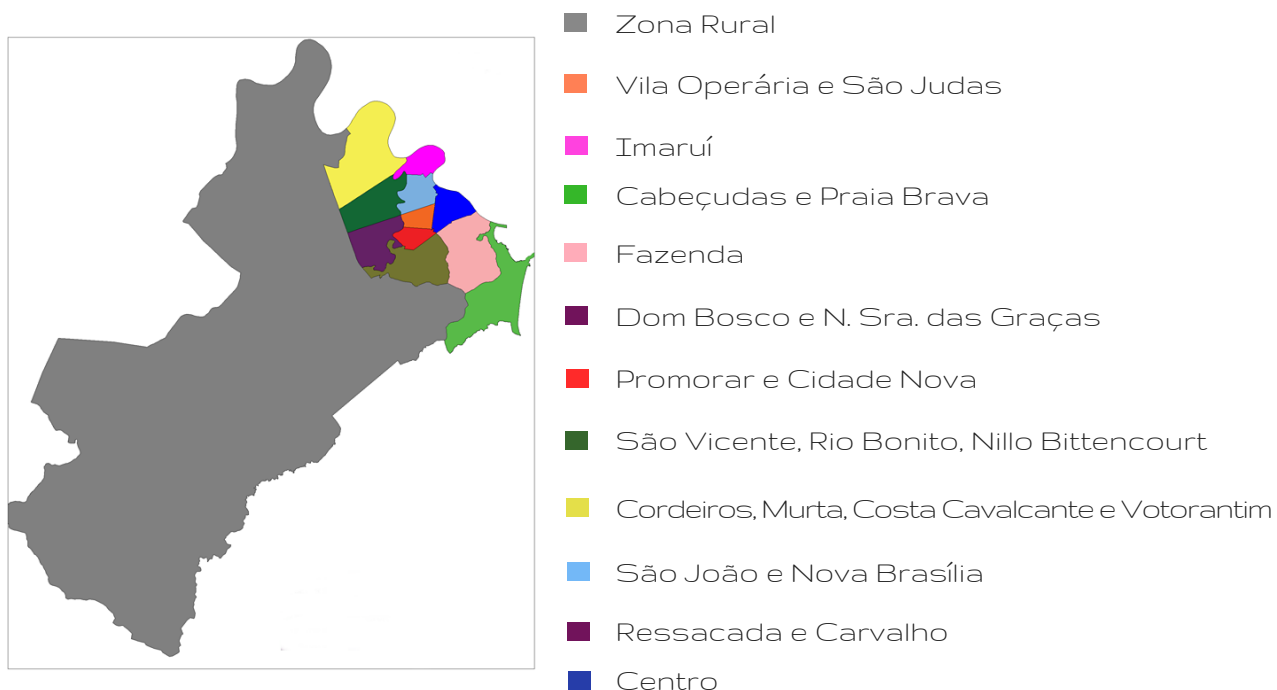


A pesquisa apesar de utilizar a mesma fonte do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) traz dados mais detalhados, pois mapeia a incidência dos fatores de risco nos bairros do município de Itajaí. Fica evidente esse detalhamento quando na pesquisa é possível conhecer em que bairros do município se concentram crianças prematuras, ou ainda, onde se concentram as mães adolescentes ou acima de 35 anos, entre outros fatores que implicam risco ao desenvolvimento infantil.

Segundo o Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos em 2018, nasceram **3.807** crianças cujas mães residem em Itajaí. A comparação entre o total de nascimentos e os nascimentos de risco revela que fatores de risco afetaram **1.535** do total de nascimentos no município, representando **40%** de todos os recém-nascidos de 2018.

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).

Risco ao Desenvolvimento Infantil: Itajaí em 12 Setores



A Divisão dos bairros de Itajaí em **Setores** facilita o mapeamento das incidências dos fatores de risco ao desenvolvimento infantil. Na tabela abaixo é possível observar os bairros e seus respectivos setores.

SETORES E SEUS RESPECTIVOS BAIRROS	
SETOR 1	Zona Rural
SETOR 2	Vila Operária e São Judas
SETOR 3	Imaruí
SETOR 4	Cabeçadas e Praia Brava
SETOR 5	Fazenda
SETOR 6	Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças
SETOR 7	Promorar I, II, III e Cidade Nova
SETOR 8	São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt
SETOR 9	Cordeiros, Murta, Costa Cavalcante e Votorantim
SETOR 10	São João e Nova Brasília
SETOR 11	Ressacada e Carvalho
SETOR 12	Centro



INSTRUÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS

SEÇÃO I

Expõe os dados do **total de nascimentos de risco** em Itajaí no ano 2018 e a incidência dos casos pelos Setores assim como o ranking de fatores de risco no panorama geral.

SEÇÃO II

Apresenta os estudos ilustrados por 2 formatos de gráficos (pizzas e colunas) e a discussão dos **resultados mais expressivos referentes aos seguintes fatores de risco:**

- Acompanhamento pré-natal inadequado (PNI);
- Baixo peso ao nascer (BPN);
- Gravidez precoce (GP);
- Gravidez tardia (GT);
- Baixa escolaridade materna;
- Prematuridade;
- Macrossomia;
- Índice de Apgar no 1º minuto <7;
- Índice de Apgar no 5º Minuto <7;
- Anomalias congênitas.

Seção III

Elucida o levantamento sobre o **tipo de parto e a naturalidade da mãe**. Embora não sejam consideradas como fatores de risco, estas variáveis provocam muitas discussões como demandas das políticas públicas locais.

*

Todos os fatores de risco são comentados através de revisão literária que sintetiza os impactos biopsicossociais que estes causam no desenvolvimento infantil.



Seção IV

Expõe uma análise mais aprofundada – **cruzamento de dados**, mais especificamente, sobre os fatores de risco: **Gravidez Tardia (GT)** e **Pré Natal Inadequado (PNI)**.

Como explorado na edição anterior, o PNI sempre esteve em primeiro lugar no ranking geral de fatores de risco. Em 2017 esse posto passou a ser preenchido pela GT, que se manteve nesta colocação no ano de 2018.

Seção V

Exibe uma compilação dos resultados da Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil 2018, através de tabelas que resumem a situação de cada setor de Itajaí.

Seção VI

Apresenta uma análise qualitativa dos dados de maneira longitudinal, através dos anos de 2006 a 2018.

Foram separados para análise longitudinal os seguintes fatores de risco ao desenvolvimento infantil:

- Gravidez Tardia;
- Acompanhamento pré-natal inadequado;
- Baixo peso ao nascer;
 - Macrossomia;
 - Prematuridade;
- Baixa escolaridade materna.



Seção VII

A Seção VII se constitui em um novo parágrafo de estudo, nela será apresentada uma análise qualitativa da relação entre a idade paterna e os fatores de risco ao desenvolvimento infantil.

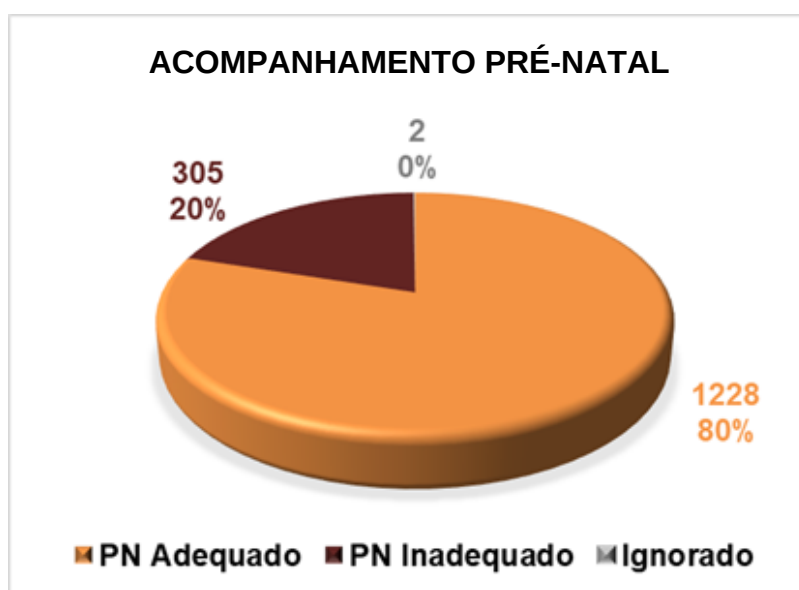
Seção VIII

Resumo dos resultados da culminância do Projeto APPLICando Saberes, o Fórum de Discussão dos Resultados da Pesquisa.

Narra a participação dos convidados, que abordaram os temas Mortalidade Infantil em Itajaí e Gravidez Tardia. Por fim apresenta o registro fotográfico de todo o evento.

Gráficos: como são ilustrados os dados coletados

EXEMPLO 01 - GRÁFICOS PIZZA

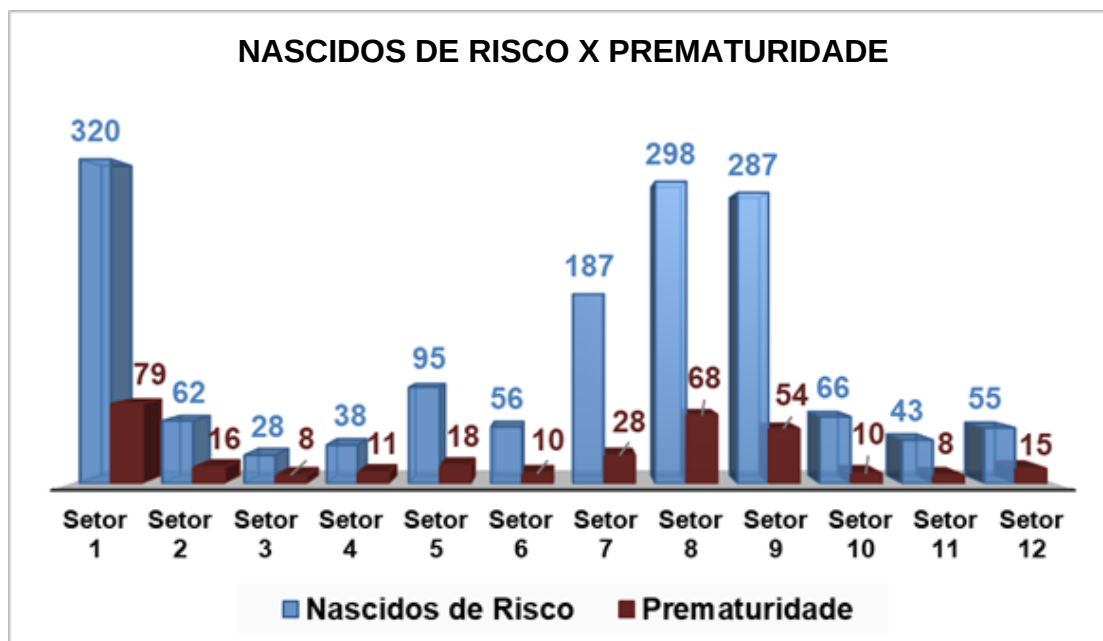


Nos gráficos “pizza” visualiza-se os totais de cada variável e o quanto o fator de risco relacionado a esta variável representa das **1535 DNVRs**. O exemplo ao lado traz a variável acompanhamento pré-natal. Desta é considerado fator de risco a realização do pré-natal de maneira inadequada, representada no gráfico de **bordô**. A fatia **laranja** indica o número de pré-natais que foram realizados de maneira adequada. Por fim, a fatia **cinza** indica o número de pré-natais cuja informação não foi preenchida, denominada de “ignorado”.



Gráficos: como são ilustrados os dados coletados

EXEMPLO 02 - GRÁFICOS COLUNAS



Nos gráficos “colunas”, as de cor **azul** representam o total de nascimentos de risco para cada Setor, e as **bordô**, a incidência de cada fator de risco pelos Setores.

Na discussão dos resultados expressos nestes gráficos, analisa-se o número de casos por setores e suas proporções. Utilizaremos como exemplo o fator de risco prematuridade. Assim, o **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) apresentou o total de **38 DNVRs** em 2018. Portanto, **38** crianças nasceram em situação de risco neste ano, e destas, **11** nasceram com menos de 37 semanas, o que corresponde a **29%** dos nascimentos de risco neste setor.



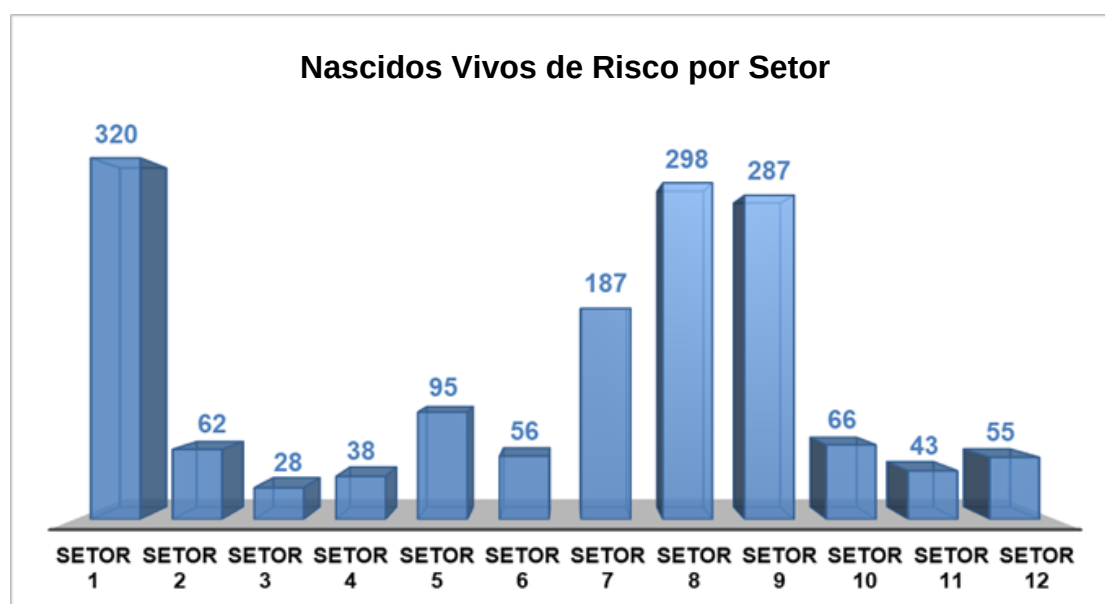
Seção 01

“Para que os direitos preconizados pelo ECA e demais legislações sejam materializados na prática da proteção da infância e juventude, é preciso que o conjunto de políticas sociais destinadas a inclusão das crianças e adolescentes estejam em pleno funcionamento e suas ações sejam planejadas e pensadas no sentido de garantir a vivência do acesso aos direitos. As políticas estão organizadas em áreas centrais como a saúde, educação, assistência social, trabalho e geração de renda, com suas normativas próprias e estruturas funcionais” (GONZÁLEZ, 2012).



1 POPULAÇÃO GERAL - Nascidos Vivos de Risco

Em 2018, como mencionado anteriormente, foram triadas **1.535 DNVRs**, sendo assim **1.535** crianças foram caracterizadas como possuindo fatores de risco para o seu desenvolvimento no momento de seu nascimento. A análise da maior incidência proporcional por setor demonstra que os seguintes setores apresentam taxas acima de **15%**: **Setor 1** (Zona Rural) com **320 casos** (21%), **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt) com **298 casos** (19%) e **Setor 9** (Cordeiros, Murta, Costa Cavalcante e Votorantim) com **287 casos** (19%). As demais incidências podem ser observadas no gráfico abaixo.



Ranking de Nascimentos de Risco de 2018

A tabela mostra o ranking de nascimentos de risco de **2018**, de acordo com o bairro de residência do recém-nascido.

RANKING DOS NASCIMENTOS DE RISCO POR SETOR EM 2018

SETORES	QUANTIDADE DE NASCIMENTOS	PORCENTAGEM
1	320	21%
8	298	19%
9	287	19%
7	187	12%
5	95	6%
10	66	4%
2	62	4%
6	56	4%
12	55	4%
11	43	3%
4	38	2%
3	28	2%
TOTAL DE NASCIMENTOS		1.535

Na tabela acima, observa-se que no ano de 2018 as primeiras quatro colocações representam **59%** do total destes nascimentos de risco com **905 DNVRs** (sendo a totalidade de DNVRs de 1.535).

Em primeiro lugar, com o maior número de nascimento de risco está o **Setor 1** (Zona Rural), com **320 DNVRs**, o que chama bastante a atenção, pois em termos de população residente, este setor possui apenas 5% da população total do município (IBGE, 2010).

Em segundo lugar está o **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt) com **298 DNVRs**, este setor inclui alguns dos bairros mais populosos de Itajaí. Sendo seguido pelo **Setor 9** (Cordeiros, Murta, Costa Cavalcante e Votorantim) com **287 DNVRs**. Nos setores que ocupam do quarto ao décimo lugar registraram-se **630 DNVRs** ou **41%** dos nascimentos de risco.

Zona Rural de Itajaí: algumas considerações...

A área Rural de Itajaí possui característica típica do meio rural como por exemplo: residentes que possuem rendimento familiar provindo das atividades agrícolas, desenvolvidas por eles próprios em sua área geográfica, sendo este o cultivo de terra e/ou a criação de animais de grande e pequeno porte.

Além disso, percebe-se em Itajaí que a Zona Rural configura uma área periférica à área urbana. Nos últimos dez anos, observa-se uma fusão da zona Urbana na zona Rural, devido ao crescimento e desenvolvimento do município de Itajaí.

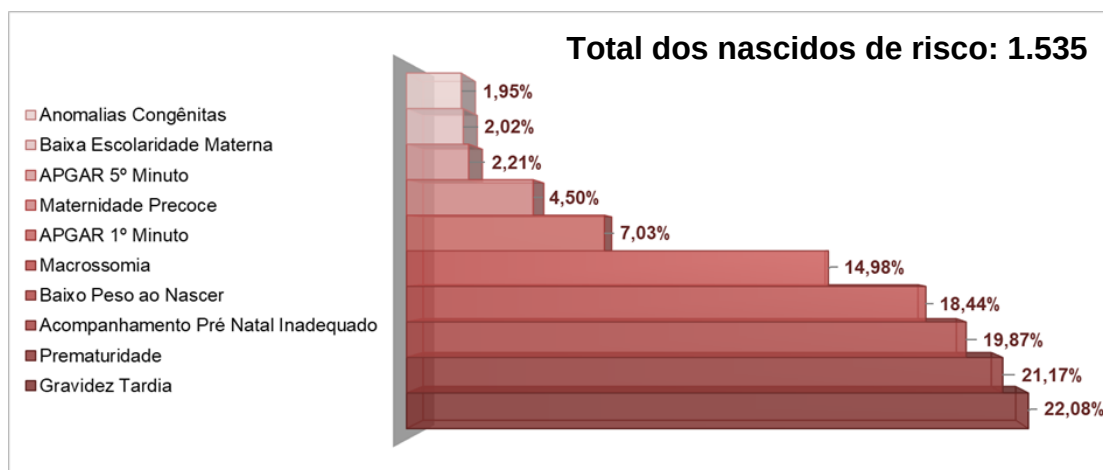


A imagem demonstra esta transformação da zona Urbana de Itajaí (bairro Espinheiros) que não consegue mais comportar a demanda populacional, aumentando assim, a expansão de população para a zona Rural, caracterizada por condomínios fechados, loteamentos habitacionais e indústrias que estão cada vez mais presentes nessa região.

Segundo o Diagnóstico Rural Participativo de Itajaí realizado no ano de 2017 pela Secretaria Municipal de Agricultura e Desenvolvimento Rural, com os representantes das comunidades rurais do município, as principais demandas destacadas pelos moradores são a falta de segurança pública, transporte coletivo e médicos nas Unidades Básicas de Saúde. Percebe-se que a demanda do zoneamento Rural tem se mostrado deveras parecida com a da Zona Urbana, apresentando relação direta entre o crescimento populacional com o grande número de DNVRs e da falta de suprimento destas demandas por parte do setor público.

Em termos de população residente a Zona Rural possui apenas 5% da população total de Itajaí (IBGE, Censo 2010), mas ocupou o primeiro lugar em nascimentos de risco, no ano de 2018 .

Ranking dos Fatores de Risco de 2018



Os três primeiros fatores de risco com maior incidência foram: **gravidez tardia** com **339 casos** (22%), **prematuridade** com **325 casos** (21%) e **acompanhamento pré-natal inadequado** com **305 casos** (20%). As demais incidências podem ser visualizadas no gráfico acima.

Na seção 02, são apresentados os motivos de cada um destes fatores serem considerados condições que podem provocar deficiências ou atraso no desenvolvimento infantil.



Seção 02

“Com o avanço das ciências sobre o desenvolvimento infantil, a formação da inteligência, e sobre a construção do conhecimento a partir do nascimento, uma nova luz fez ressaltar a importância dos primeiros seis anos de vida sob o ponto de vista educacional. A educação infantil, já não mais dos 4 aos 6 anos, mas a partir do nascimento, ganhou destaque no mundo todo e também no Brasil (DIDONET, 2010, p.22).”



FAIXA ETÁRIA MATERNA

A idade materna é considerada como um fator gerador de risco para a gestação. Para o Ministério da Saúde, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez, o que torna a gestação de alto risco (BRASIL et al., 2012).

A pesquisa Estatísticas do Registro Civil 2015 divulgada pelo IBGE, constata que mulheres brasileiras estão sendo mães mais tarde. Esta pesquisa aponta que em 2005, 30,9% dos nascimentos foram com mães entre 20 e 24 anos. Em 2015, o percentual nessa faixa etária caiu para 25,1%. Além disso, houve um aumento de mães engravidando entre 30 e 39 anos — de 22,5%, em 2005, para 30,8%, em 2015. No grupo de mães de 15 a 19 anos, o percentual de nascimentos caiu de 20,3%, em 2005, para 17%, em 2015.

Em pesquisa realizada por Santana, Lahm e Santos (2015) indicou a predominância de gestante entre 26 a 30 anos, sendo que esse valor representa 33% das participantes da pesquisa. Entre o restante das gestantes participantes 27% possuíam idade entre 20 e 25 anos, 20% entre 31 e 35 anos e 20% entre 36 e 40 anos. Os pesquisadores afirmam que os dados obtidos estão de acordo com outros achados científicos e relacionam esse fator com as mudanças nos padrões familiares mundiais, ocorrendo também no contexto sócio familiar brasileiro.



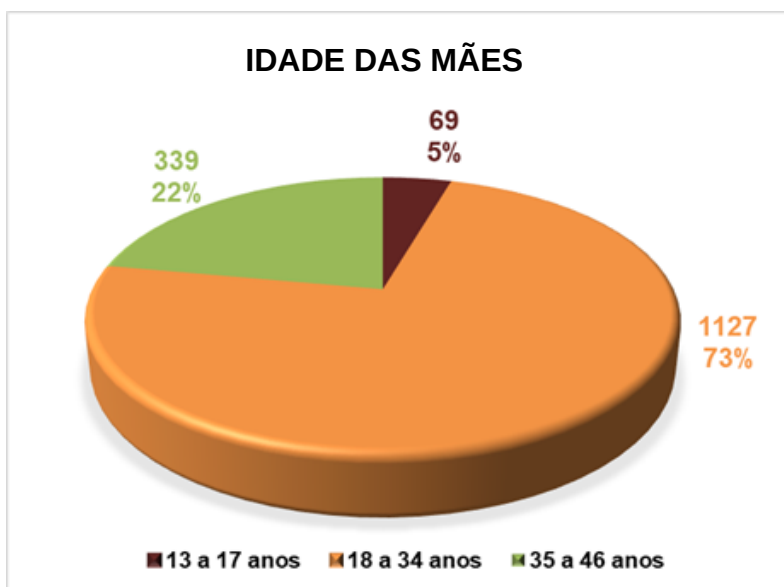
Em relação às mães adolescentes, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua definição de adolescência, inclui aspectos biológicos, sociais e psicológicos e delimita o período da vida entre 10 e 19 anos. É nessa fase da vida, em que o indivíduo passa por modificações significativas, as quais refletem no seu comportamento e nas suas relações com o outro e consigo mesmo.

Entre as transformações biológicas, estão as variações no corpo e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, em que, normalmente, surge o interesse pelo sexo e o início da vida sexual. Ao que se referem aos aspectos emocionais as alterações envolvem o desenvolvimento da autoestima e da autocrítica, assim como indagações de valores dos seus pais e dos adultos de forma geral (SOUZA et al., 2012).

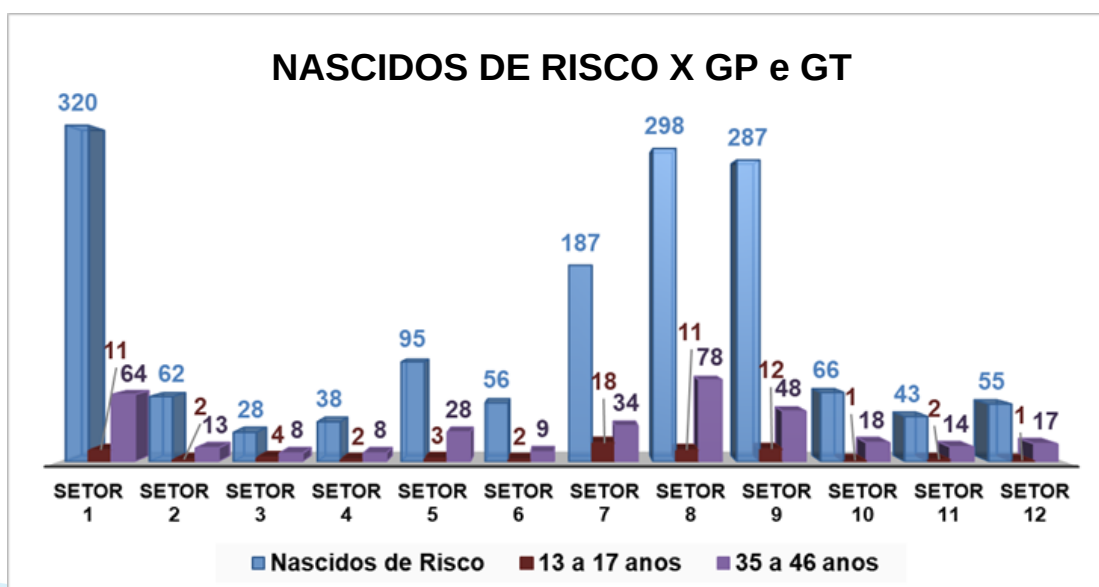
Nesse sentido pelas características fisiológicas e psicológicas da adolescência, uma gravidez nesse ciclo apresenta um grande potencial de se tornar uma gestação de risco. As complicações associadas à experiência de gravidez na adolescência envolvem sérios problemas de saúde que afetam tanto a mãe quanto o recém-nascido, incluindo morte materna, perda fetal, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer (MPHATSWE; MAISE; SEBITLOANE, 2015).



No gráfico abaixo é possível identificar que no ano de 2018, **69** mães eram adolescentes, representando **5%** das DNVRs desse ano. Em relação às mães tardias, estas são **339**, ou seja, **22%** das DNVRs.



Segundo o gráfico abaixo, em 2018 os três maiores índices proporcionais de gravidez tardia (GT) foram no **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **14 casos** (33%), **Setor 12** (Centro) com **17 casos** (31%), e **Setor 5** (Fazenda) com **28 casos** (29%). Em relação à gravidez precoce (GP) as três maiores incidências proporcionais foram no **Setor 3** (Imaruí) com **4 casos** (21%), **Setor 7** (Promorar I, II, III e Cidade Nova) com **18 casos** (12%) e **Setor 5** (Fazenda) com **3 casos** (7%).



PERÍODO GESTACIONAL

Acerca do trabalho de parto prematuro, entende-se que ele se constitui em uma situação de risco gestacional, desta forma, a gestante que apresentar uma gravidez pré-termo deve ser encaminhada para o centro de referência. A gravidez considerada pré-termo é aquela em que a idade gestacional se localiza entre as semanas 22 (154 dias) e 37 (259 dias), entretanto, para que o diagnóstico de trabalho de parto prematuro possa ser realizado, é necessário considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais (SECRETARIA DE SAÚDE, 2010).

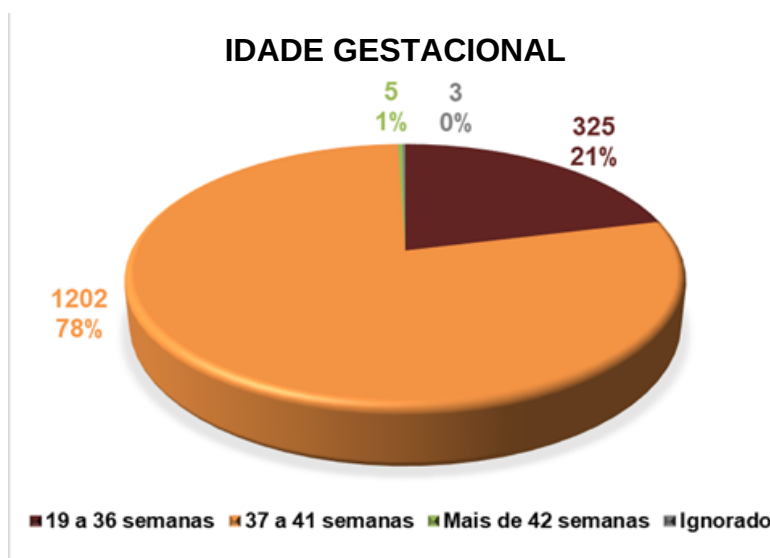
O nascimento de um bebê prematuro é um momento que causa sofrimento, quebra de expectativas do filho idealizado, e, por vezes, os pais não estão preparados psicologicamente, ou mesmo financeiramente para receber um recém-nascido abaixo do peso ideal (menor que 2500g), que necessitam de cuidados de maior complexidade (SILVA; CARDOSO; FRANÇA, 2016).

Os índices de gestação de alto risco estão intimamente relacionados à realização de partos prematuros, sendo que em 2013, 11,7% dos partos realizados no país foram prematuros, colocando o Brasil na décima posição do ranking mundial de prematuridade (TEIXEIRA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2015).

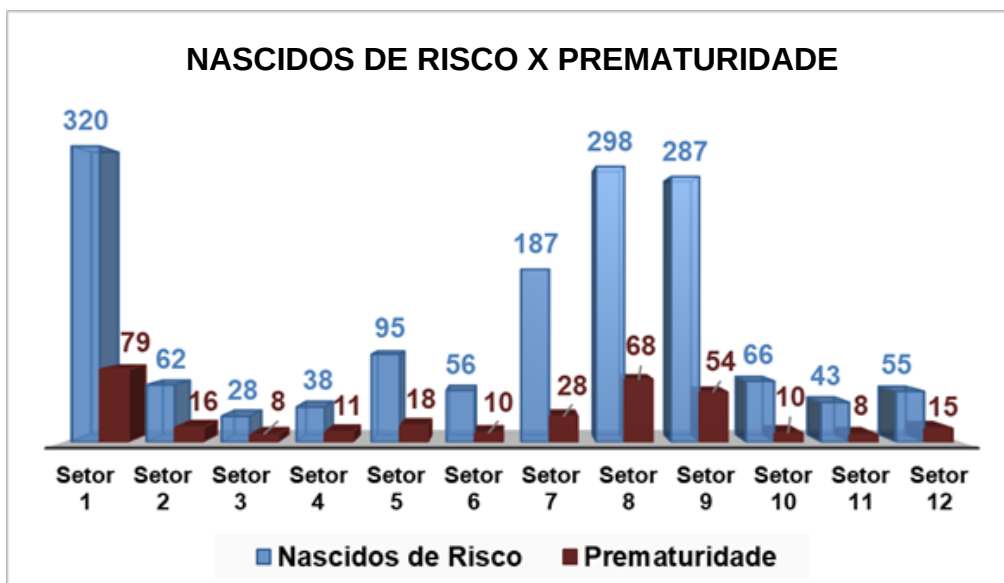
A fragilidade dos recém-nascidos prematuros contribui muito para a probabilidade iminente de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos com diferentes consequências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil (RAMOS; CUMAN, 2009).



Em 2018, o número de nascimentos prematuros foi de **325**, o que representa **21%** das DNVR no ano. Além disso **5** crianças nasceram pós termo, representando **0,32%** das DNVR.



No ano de 2018, seis setores tiveram seu índice de incidência proporcional acima de **20%**, sendo que no **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) nasceram **11** crianças prematuras indicando **29%** dos nascimentos nesse setor. No **Setor 3** (Imaruí) houve **8** nascimentos prematuros indicando **29%** dos nascimentos nesse setor, sendo seguido pelo **Setor 12** (Centro) que apresentou **15** nascidos prematuros, indicando **27%** dos nascimentos nesse setor.

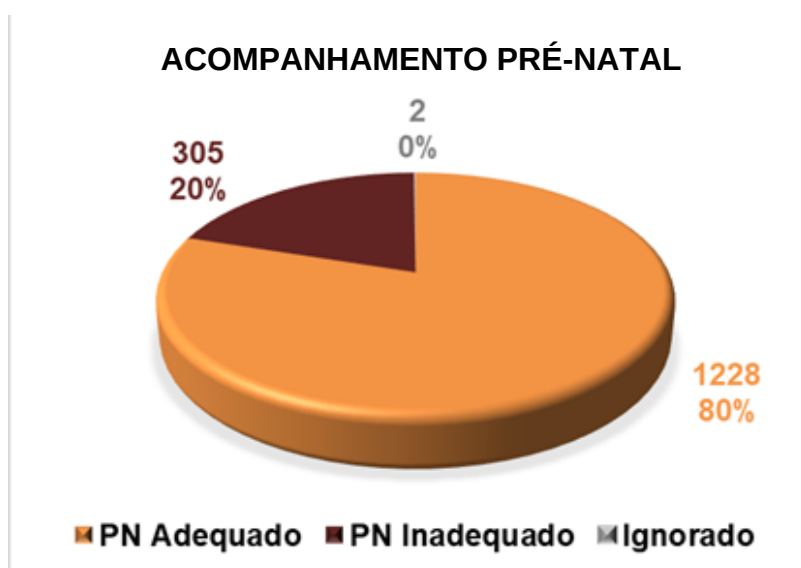


ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

A consulta pré-natal tem o intuito de garantir o desenvolvimento da gestação, possibilitando orientações educativas e preventivas para melhor abordar aspectos psicossociais, além de auxiliar a mãe para o parto de um recém-nascido saudável, sem maiores ocorrências na saúde materna (CALIFRE; LAGO; LAVRAS, 2010).

Para muitas mulheres, a consulta pré-natal é o momento de averiguar sua saúde e principalmente, a saúde do bebê, por isso, este momento é extremamente valioso também para profissional que tem a oportunidade de, a partir dos princípios do SUS, promover e se necessário recuperar a saúde materna (CALIFRE; LAGO; LAVRAS, 2010).

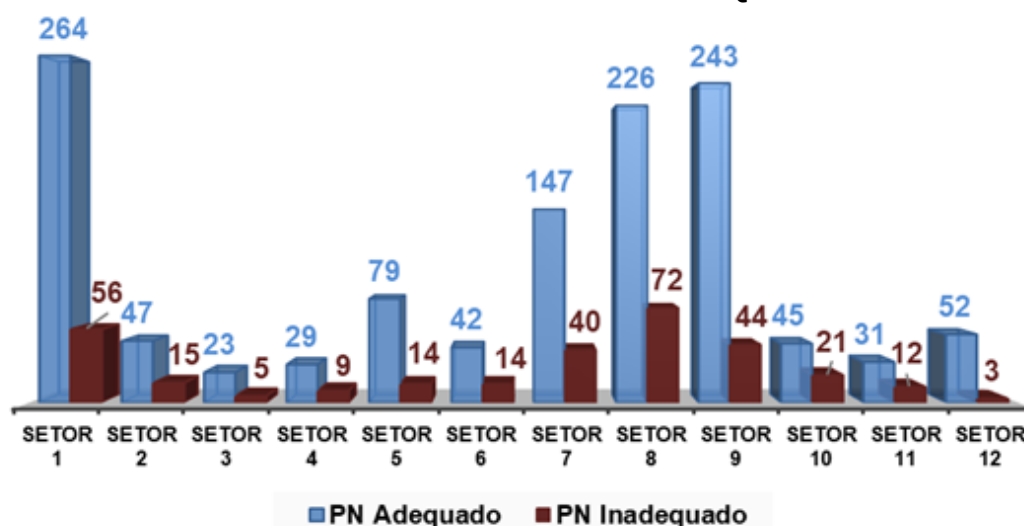
O Ministério da Saúde recomenda que a assistência pré-natal deve iniciar ainda no primeiro trimestre da gravidez, com consultas devidamente planejadas para viabilizar acompanhamento efetivo de todo período, sendo assim, devem ser realizadas no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2006).



O gráfico acima mostra o expressivo número de gestantes que não fizeram o acompanhamento pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A incidência de acompanhamento pré-natal inadequado (PNI) foi de **305 casos**, o que equivale a **20%** de todos os nascimentos de risco de 2018.



NASCIDOS DE RISCO X PN INADEQUADO



No ano de 2018 as três maiores incidências proporcionais de PNI ocorreram no **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **66 casos** (32%), seguido pelo **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **43 casos** (28%), e por último o **Setor 6** (Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças) com **56 casos** (25%).

A nível nacional, dados do Ministério da Saúde apontam que somente uma pequena parcela das gestantes inscritas nos programas de pré-natal humanizado realiza o rol mínimo de ações preconizadas (BRASIL, 2005). Por outro lado, há evidências do aumento do número de consultas de pré-natal por gestante que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS) partindo de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 consultas por parto em 2005 (BRASIL, 2005).



PESO AO NASCER

O baixo peso ao nascer (BPN) é um parâmetro usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, sendo considerado como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como baixo peso ao nascer inferior a 2500g, sendo adotado como base de comparação internacional a partir de observações epidemiológicas de que RN com peso inferior a 2500g tem, aproximadamente, 20 vezes mais risco de vir a óbito do que RN com peso superior (FERRAZ; NEVES, 2011).

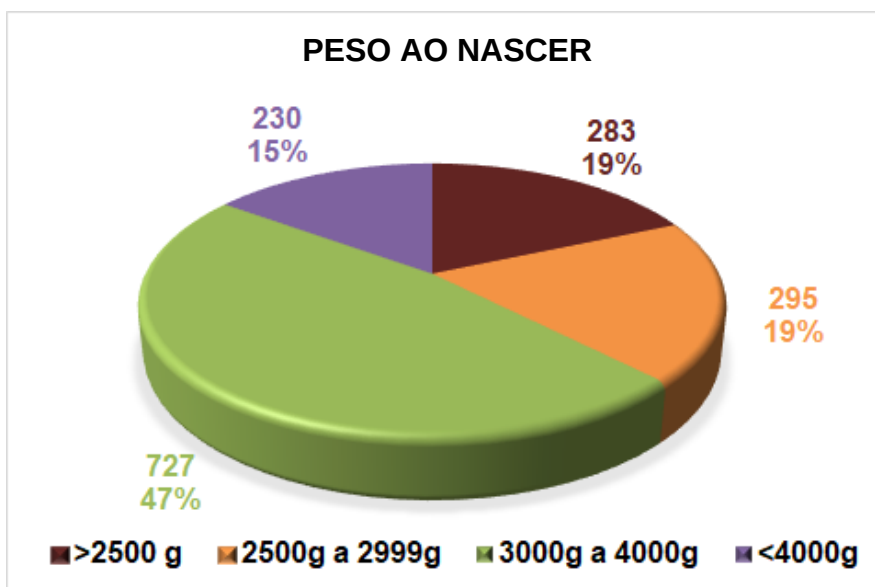
Os recém-nascidos com peso igual ou superior a 4.000 gramas, independentemente da idade gestacional ao nascimento recebem o termo de macrosomia fetal, importante aqui ressaltar que, durante o pré-natal é possível ter receio desse diagnóstico para os fetos cujo peso seja igual ou maior que o percentil 90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O baixo peso e a macrosomia são fatores de risco por ter morbidade perinatal elevada pelo aumento das intervenções de distúrbios metabólicos neonatais e tocotraumatismos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

É importante observar que 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).



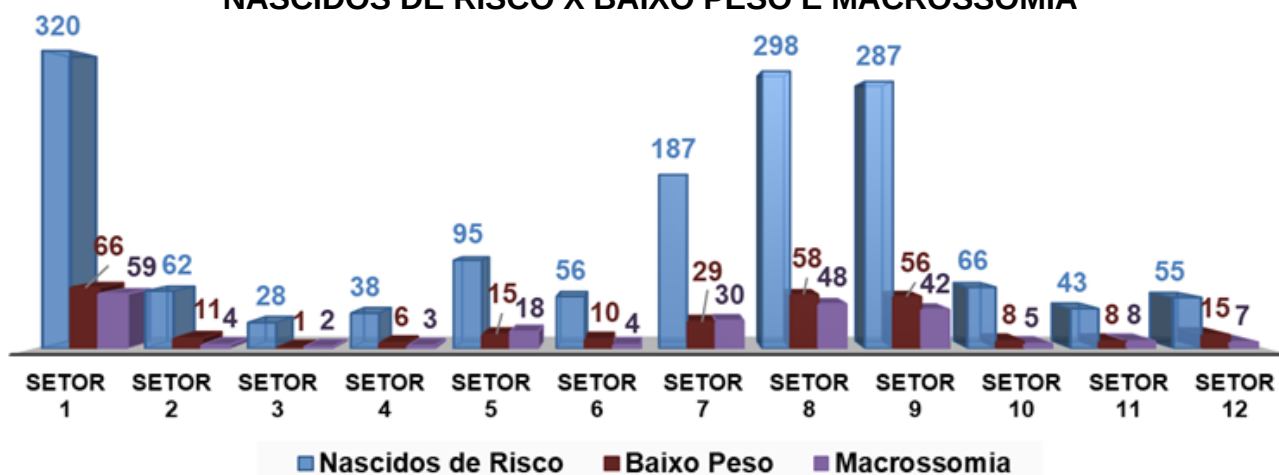
No gráfico abaixo se observa que no ano de 2018, **283** crianças nasceram com peso inferior a 2500g, sendo assim, **18%** do total dos nascimentos de risco apresentaram BPN. Em relação à macrosomia, **230** nascimentos registraram peso superior a 4000g, portanto **15%** do total de nascimentos de risco.



No ano de 2018, os três maiores índices proporcionais de Macrosomia foram identificados no **Setor 5** (Fazenda) com **18 casos** (19%), seguido pelo **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **11 casos** (19%) e pelo **Setor 1** (Zona Rural) com **59 casos** (18%).

Enquanto os três maiores índices proporcionais de BPN no mesmo ano foram no **Setor 12** (Centro) com **15 casos** (27%), seguido pelo **Setor 1** (Zona Rural) com **66 casos** (21%) e o **Setor 9** (Cordeiros, Murta, Costa Cavalcante e Votorantim) com **56 casos** (20%).

NASCIDOS DE RISCO X BAIXO PESO E MACROSSOMIA



ÍNDICE DO APGAR NO PRIMEIRO MINUTO

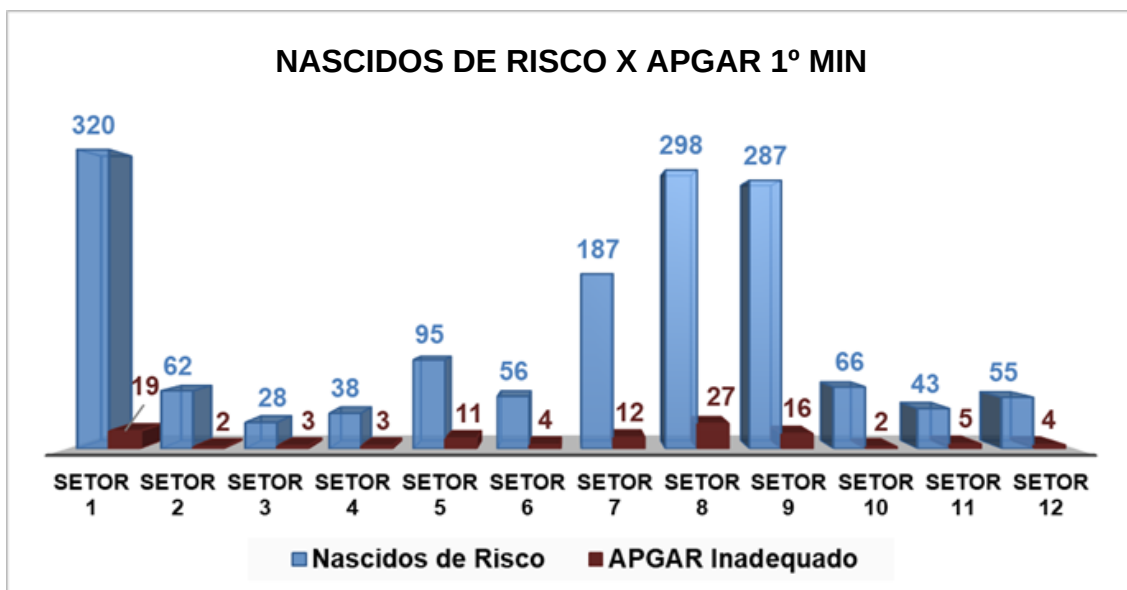
O Índice de Apgar é o método mais empregado para avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido, sendo cinco itens do exame físico do bebê que são: Frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos cinco itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item, sendo o total uma nota mínima de 0 e máxima de 10 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Uma nota de 8 a 10 significa que o bebê nasceu em ótimas condições, uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, consiste em uma dificuldade de grau moderado e de 0 a 3 uma dificuldade grave. Se essas dificuldades perdurarem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê criando uma situação potencialmente perigosa, a anóxia (falta de oxigenação) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

O gráfico abaixo demonstra que no ano de 2018, em **108 casos** (7% dos nascimentos de risco), o recém-nascido apresentou Apgar abaixo de 7, ou seja, na avaliação de seu primeiro minuto de vida foi observado que essas crianças não se encontravam em condições ideais de saúde.



O gráfico seguinte apresenta os três setores com a maior incidência proporcional de Apgar de risco no primeiro minuto, no ano de 2018 estes foram o **Setor 1** (Zona Rural) com **19 casos** (14%), **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt) com **27 casos** (11%) e **Setor 5** (Fazenda) com **11 casos** (10%).



O boletim do Apgar de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode representar sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

ÍNDICE DO APGAR NO QUINTO MINUTO

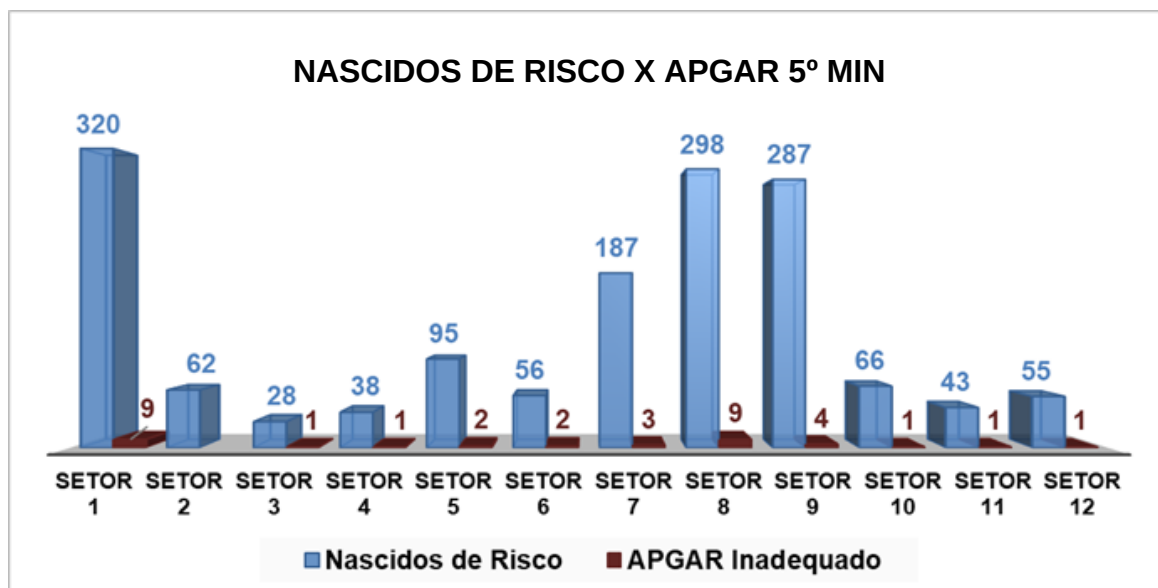
Um escore abaixo de sete no quinto minuto, configura em inúmeras pesquisas um fator de risco imediato, como no caso de lesão cerebral e risco tardio em problemas na dentição e, ainda, pesquisas brasileiras apontam que Apgar abaixo de 7 no quinto minuto relaciona-se ainda a fatores como, maior prevalência em bairros periféricos e nos filhos de mães adolescentes (GOLDENBERG, 2005).

É importante observar que as condições maternas também podem influenciar no escore do APGAR, tais como medicações bem como as próprias condições do recém-nascido como, por exemplo, malformações neuromusculares ou cerebrais e condições respiratórias. Estes escores junto ao peso ao nascer e a idade gestacional são altamente associados à sobrevivência e, em combinação, são uma medida do bem-estar, do tamanho e da maturidade do recém-nascido (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Como mostrado no gráfico abaixo, em 2018, a pesquisa mostrou o índice de Apgar no quinto minuto com 34 casos, ou seja, 2%.



O gráfico abaixo, do ano de 2018, apresenta os três setores com os índices proporcionais mais altos de Apgar no quinto minuto de vida, sendo o **Setor 3** (Imaruí) com **1 caso** (4%), **Setor 6** (Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças) com **2 casos** (4%) e por último o **Setor 8** (São Vicente, Rio Bonito e Nillo Bittencourt) apresentou **9 casos**, estes representando 3% do seu total de nascimentos de risco. É importante ressaltar que o **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) foi o único setor que **não apresentou** incidência de Apgar abaixo de 7 no quinto minuto neste ano.

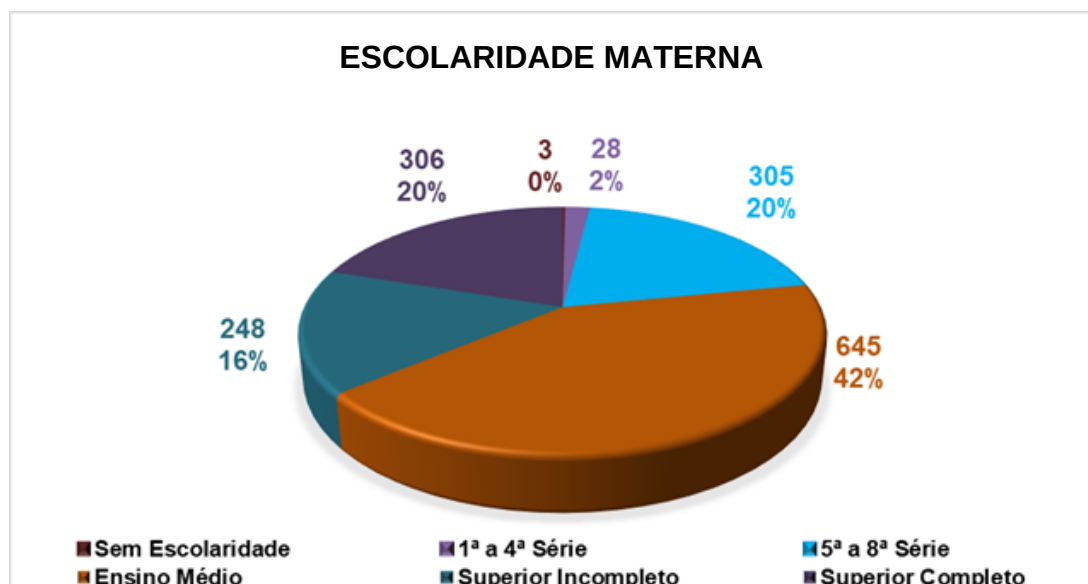


ESCOLARIDADE MATERNA

A escolaridade materna se constitui em um fator de grande importância, pois ela influencia diretamente na saúde materno-infantil, entende-se que as mulheres que possuem um nível superior de instrução apresentam maior capacidade de cuidar de si mesmas, possuem mais conhecimentos em relação aos cuidados que devem ser realizados, têm uma condição socioeconômica distinta e um discernimento superior na hora da tomada de decisões em relação a sua saúde e atenção (SILVESTRIN *et al.*, 2013).

Ao comparar um grupo de mulheres com escolaridade elevada com um grupo que possuía um índice de baixa educação materna, Silvestrin *et al.* (2013) identificaram a incidência de um efeito protetor de 33% em relação ao risco de BPN. Comprovando assim a relação da escolaridade materna com a incidência de fatores de risco ao desenvolvimento infantil, diante disso, entende-se que mulheres que possuem um nível maior de escolaridade seriam capazes de fornecer fatores de proteção a seus filhos, bem como diminuir a incidência de fatores de risco relacionados aos cuidados relativos a saúde materna e do bebê.

No gráfico abaixo, pode-se observar que em 2018, **31** mães apresentaram baixa escolaridade, ou seja, **2%** da parcela total de 1.535 DNVRs.



ANOMALIAS CONGÊNITAS

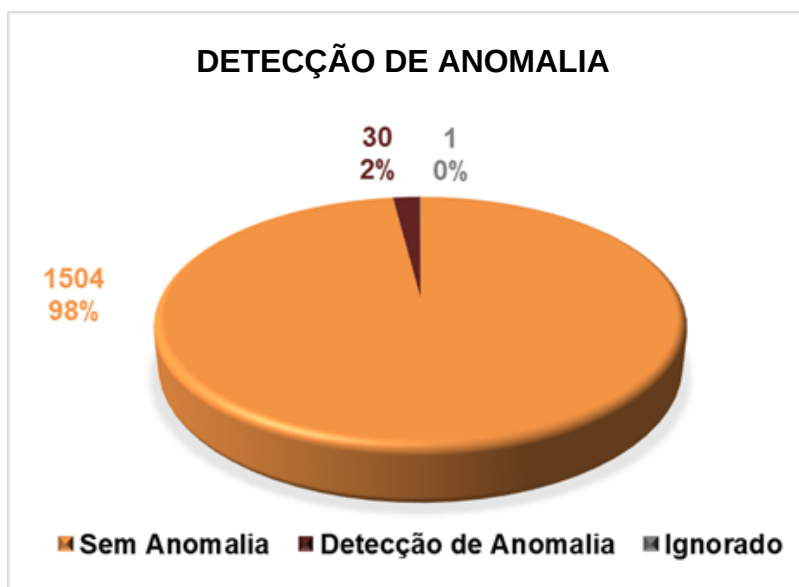
A anomalia congênita (AC) se caracteriza por um defeito estrutural ou funcional, no momento do nascimento do bebê, porém pode se manifestar também em etapas mais avançadas da vida (MELO *et al.*, 2010).

A existência de uma criança com um diagnóstico AC ou deficiência na família requer um conjunto de cuidados e exigências que, para os pais, habitualmente os seus principais cuidadores, pode repercutir negativamente no seu bem-estar e qualidade de vida, produzindo níveis elevados de sobrecarga e vulnerabilidade ao estresse. São também apontadas alterações físicas como fadiga, comprometimento das relações sociais e econômicas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012).

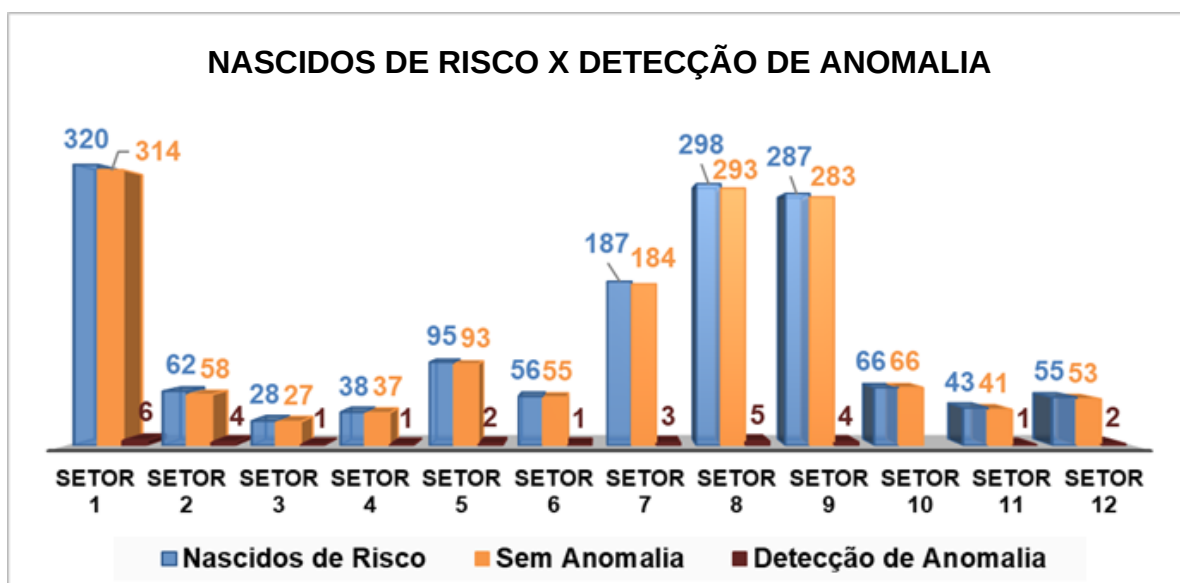
Apesar dos indicadores de saúde da população brasileira terem melhorado, com a redução das doenças causadas por má nutrição, condições insalubres de vida e controle dos patógenos exógenos, uma proporção crescente de óbitos entre as crianças é atribuída às doenças genéticas e a estas anomalias, gerando um problema de saúde pública que requer uma política pública específica (MENDES *et al.*, 2015, p. 8).



Em 2018, foram detectados **30 casos** de anomalias congênitas ou deficiência no momento do nascimento, registrando a incidência de **0,20%** dos nascimentos de risco, como demonstrado no gráfico abaixo.



O gráfico seguinte apresenta todos os índices proporcionais de detecção de anomalias em relação aos nascimentos de risco por setor. No ano de 2018, as três maiores incidências proporcionais ocorreram no **Setor 4** (Cabeçadas e Praia Brava) com **1 caso** (6%), **Setor 12** (Centro) com **2 casos** (4%) e **Setor 3** (Imaruí) com **1 caso** (4%). O único setor que **não apresentou** incidência de anomalias congênitas foi o **Setor 10** (São João e Nova Brasília).





Seção 03

“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, 2008).



TIPOS DE PARTO

O Brasil apresenta altas taxas de incidência de parto cesáreo (36,4%) quando comparado a vários países do mundo como os EUA (24,7%), Canadá (19,5%), Dinamarca (13,1%) e Austrália (7,5%) (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Ao investigar as razões pela escolha do parto cesáreo percebe-se que muitas mulheres ainda têm receio em parirem por via vaginal por temerem as consequências que podem advir desta via de parto. Os medos em relação ao tipo de parto podem ser desmistificados por meio da informação e orientação existente no diálogo com os profissionais de saúde que acompanham as gestantes no pré-natal (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

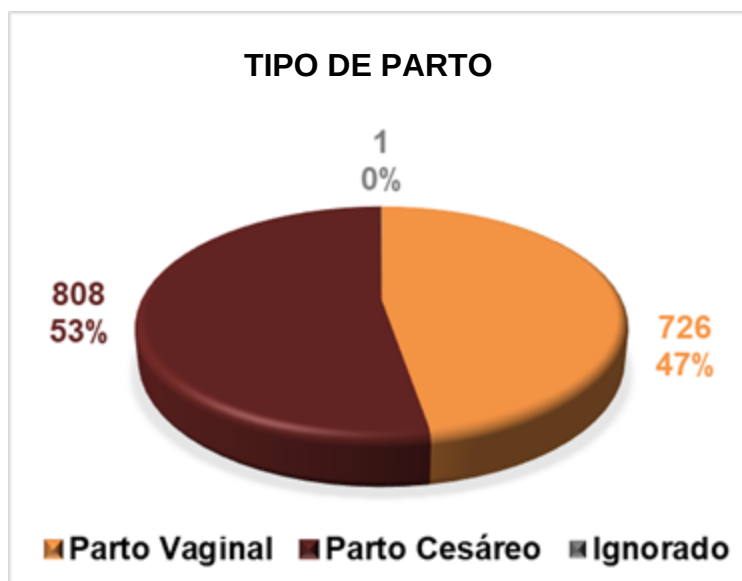
Alguns estudos sugerem que mulheres com maior nível escolar tendem a ter mais conhecimento sobre as práticas que promovem uma gravidez saudável, ajudando a reduzir as intercorrências que levem ao parto cesáreo, ademais as pesquisas também sugerem que mulheres com tempo de estudo maior, frequentem mais o pré-natal diminuindo a morbimortalidade materno-fetal (OLIVEIRA; FERREIRA; SILVA, 2017).



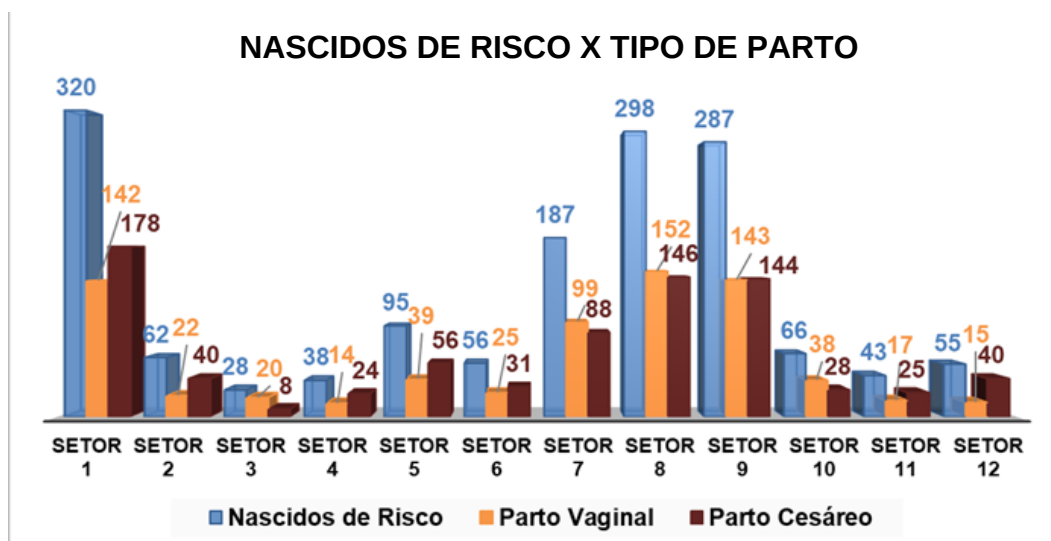
A falta de conhecimento e informações sobre a saúde materna costuma ser um fator determinante diante o processo de tomada de decisão sobre a escolha do tipo de parto, por isso, cada vez mais, o apoio e suporte do profissional de saúde durante este período é essencial, para possibilitar por meio da educação em saúde, a reflexão sobre a própria decisão da mãe e/ou família (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).



O gráfico abaixo demonstra que no ano de 2018 o número de partos cesáreos foi de **808**, representando **53%** do total de **1535** DNVRs. A incidência de parto vaginal se manteve muito próxima da incidência de parto cesáreo, com **726 casos**, representando **47%** do total de DNVRs deste ano.



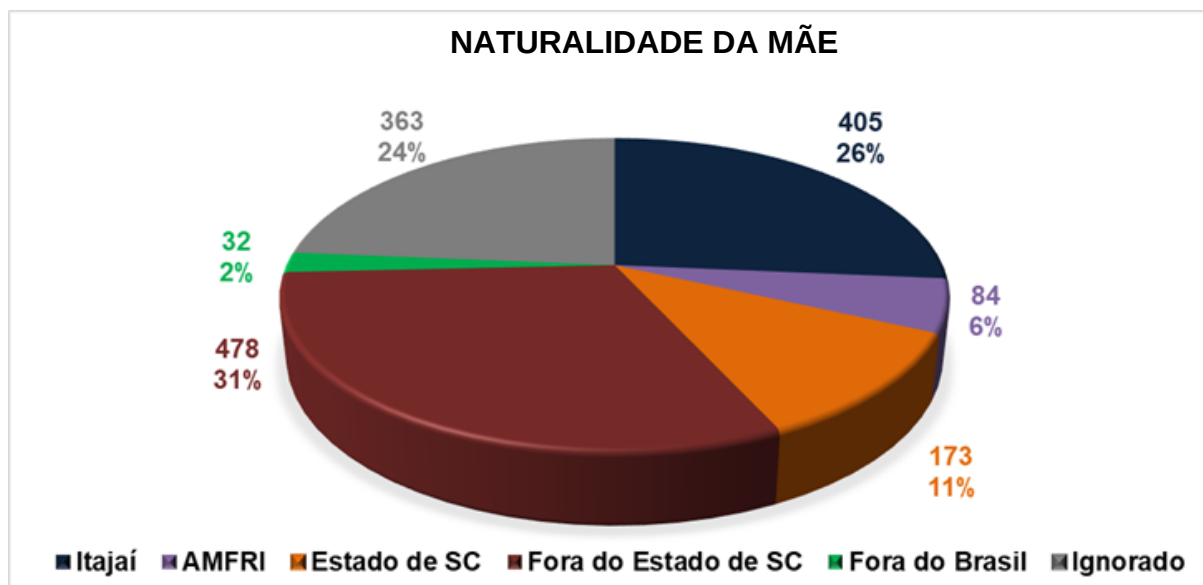
Em relação ao gráfico do ano de 2018, os três setores com maior incidência proporcional de partos cesáreos foram: **Setor 12** (Centro) com **40 casos** (73%), seguido pelo **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **40 casos** (65%) e pelo **Setor 4** (Cabeçadas e Praia Brava) com **24 casos** (63%). Em relação ao parto vaginal os três setores com maior incidência proporcional foram o **Setor 3** (Imaruí) com **20 casos** (71%), seguido pelo **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **38 casos** (58%) e pelo **Setor 7** (Promorar I, II, III e Cidade Nova) com **99 casos** (53%).



NATURALIDADE DAS MÃES

Em relação à naturalidade das mães, **405** delas eram naturais de Itajaí no ano de 2018, ou seja, **26%** dessas gestantes nasceram no município. Analisando as porcentagens das mães naturais dos municípios pertencentes a AMFRI, nota-se que essas eram **84**, ou seja, **6%** de todas as mães do ano de 2018. Em relação às mães naturais do estado de Santa Catarina, essas eram **173**, representando **11%** das DNVR's de 2018.

Segundo os dados obtidos, a maior parte das mães que tiveram filhos no município de Itajaí em 2018 eram naturais de fora do estado de Santa Catarina, sendo essas **478**, representando **31%** do total de DNVRs. Por último, as mães estrangeiras apresentaram a incidência de **32 casos**, sendo isso **2%** das DNVR's de 2018. É importante ressaltar que **363** mães não tiveram sua naturalidade preenchida, representando **24%** do total de mães que tiveram seus filhos no município de Itajaí neste ano.



Em 2018 os três maiores índices proporcionais de mãe nascidas em Itajaí foram no **Setor 7** (Promorar I, II, III e Cidade Nova) com **76 casos** (41%), **Setor 3** (Imaruí) com **11 casos** (39%) e **Setor 9** (Cordeiros, Murta, Costa Cavalcante e Votorantim) com **92 casos** (32%). O **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) apresentou a **menor** porcentagem de incidência, sendo esta de **5%**, ou seja, nesse setor apenas **2** mães são naturais de Itajaí. Reforça-se que no ano de 2018 mantém-se alto o índice dentre os nascimentos de risco de gestantes que não nasceram em Itajaí.

Na tabela abaixo é possível identificar a naturalidade das mães em cada um dos 12 setores no ano de 2018.

SETORES	Itajaí	AMFRI	Estado de SC	Fora do Estado de SC	Fora do Brasil	Ignorado
Setor 1	53	29	52	102	1	83
Setor 2	17	1	6	17	0	21
Setor 3	11	2	5	9	0	1
Setor 4	2	3	3	7	2	21
Setor 5	24	4	11	23	3	30
Setor 6	15	2	7	17	3	12
Setor 7	76	10	22	53	6	20
Setor 8	84	14	23	115	8	54
Setor 9	92	10	24	92	8	61
Setor 10	12	5	6	21	0	22
Setor 11	10	2	9	10	0	12
Setor 12	9	2	5	12	1	26





Seção 04

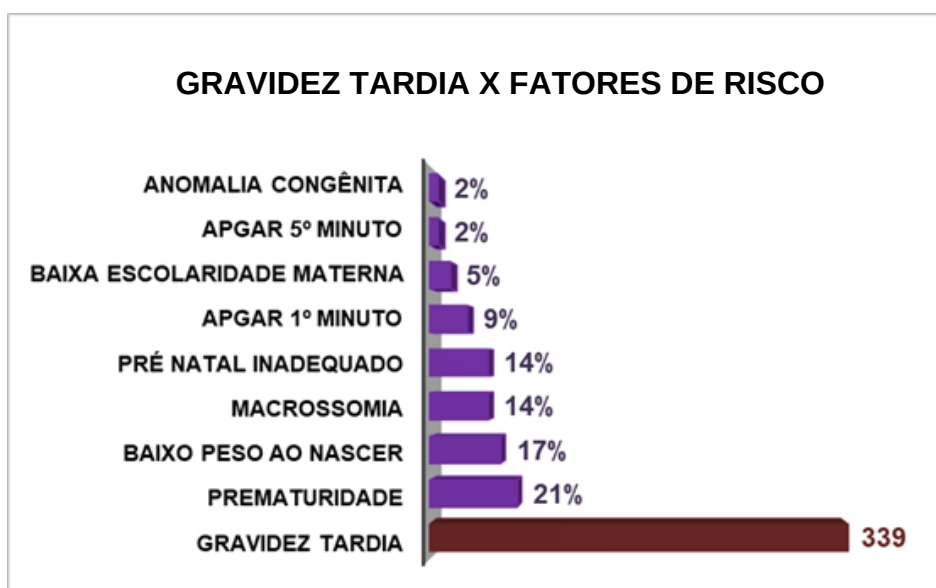
“O investimento no desenvolvimento na primeira infância estabelece a base para uma sociedade próspera e sustentável” (SHONKOFF, 2009).



RELAÇÕES ENTRE A GRAVIDEZ TARDIA E OUTROS FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Como apresentado anteriormente, o fator de risco gravidez tardia (GT) assumiu o posto de maior fator de risco em 2018 entre as DNVR's pesquisadas. O gráfico abaixo apresenta a relação entre a GT e outros fatores de risco ao desenvolvimento infantil pesquisados.

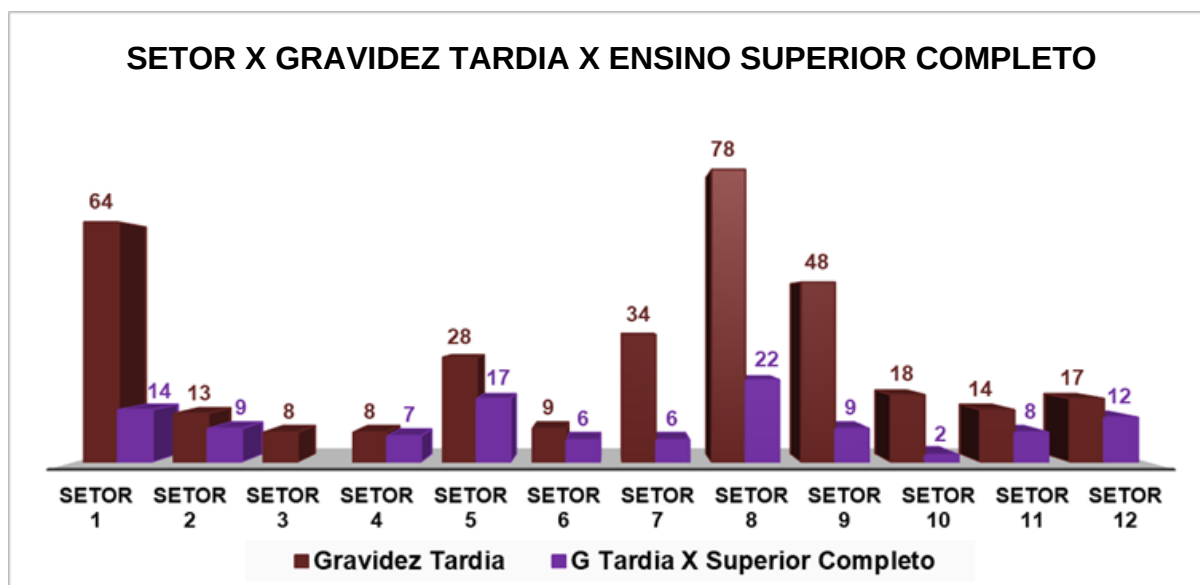
Ao analisar a relação entre o PNI e a gravidez tardia, pode-se observar que das **339** gravidezes tardias, **46** realizaram o PNI, ou seja, **14%**.



Foi detectada uma maior incidência dos seguintes fatores em comparação com a gravidez tardia:

Prematuridade
Baixo Peso ao Nascer
Macrossomia

Já em relação a alta escolaridade e sua correlação com a gravidez tardia, os maiores índices proporcionais encontrados foram no **Setor 4** (Cabeçadas e Praia Brava) com **7 casos** (87%), seguido pelo **Setor 12** (Centro) com **12 casos** (71%) e pelo **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **9 casos** (69%).



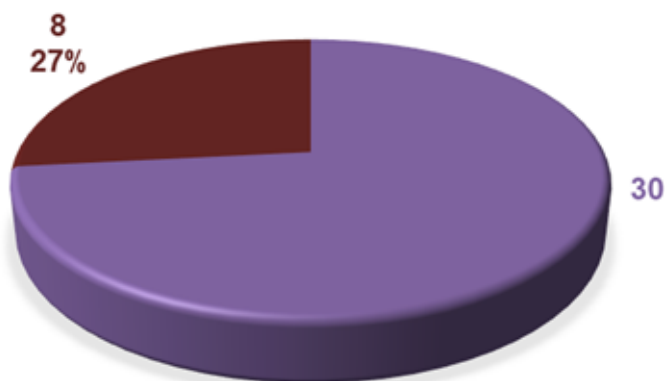
Um bom nível de escolaridade é um fator de proteção ao desenvolvimento infantil, pois ele pode indicar que a gestante optou em ter filho após o término dos estudos, em busca de maior estabilidade sócio-econômica



A Gravidez Tardia (GT) por si só não é classificada como de risco pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica de Itajaí. Isso indica que dos **339 casos** de GT coletados das DNVR's todos incluíam outro, ou outros fatores de risco associados. Assim, foi realizada uma análise inversa entre todos os fatores de risco e sua relação com a GT. Apresentam-se a seguir as associações mais significativas encontradas.

Dentre todos os fatores de risco pesquisados, os que apresentaram correlação proporcional significativa com a GT foram anomalia congênita e Apgar no primeiro minuto inadequado. Em relação à anomalia **congênita x gravidez tardia**, é possível perceber que **27%** dos nascidos vivos que apresentaram alguma malformação, eram filhos de mães tardias.

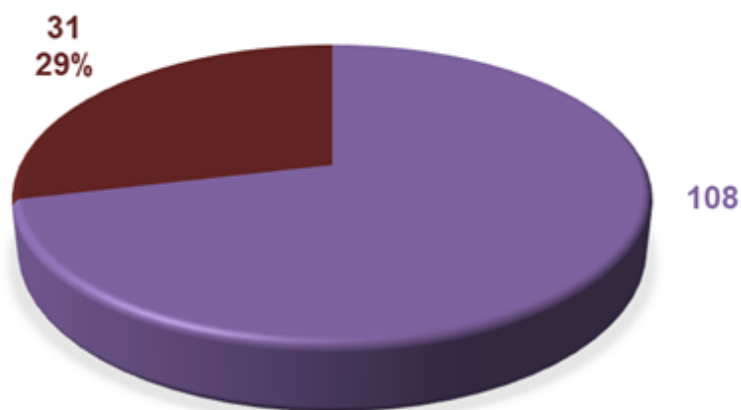
GRAVIDEZ TARDIA X ANOMALIA CONGÊNITA



■ Total de Anomalia Congênita ■ Gravidez Tardia

Em relação ao **Apgar no primeiro minuto inadequado x gravidez tardia**, **29%** dos nascidos vivos que apresentavam Apgar menor que 7 no primeiro minuto, eram filhos de mães tardias.

GRAVIDEZ TARDIA X APGAR INADEQUADO 1º MIN

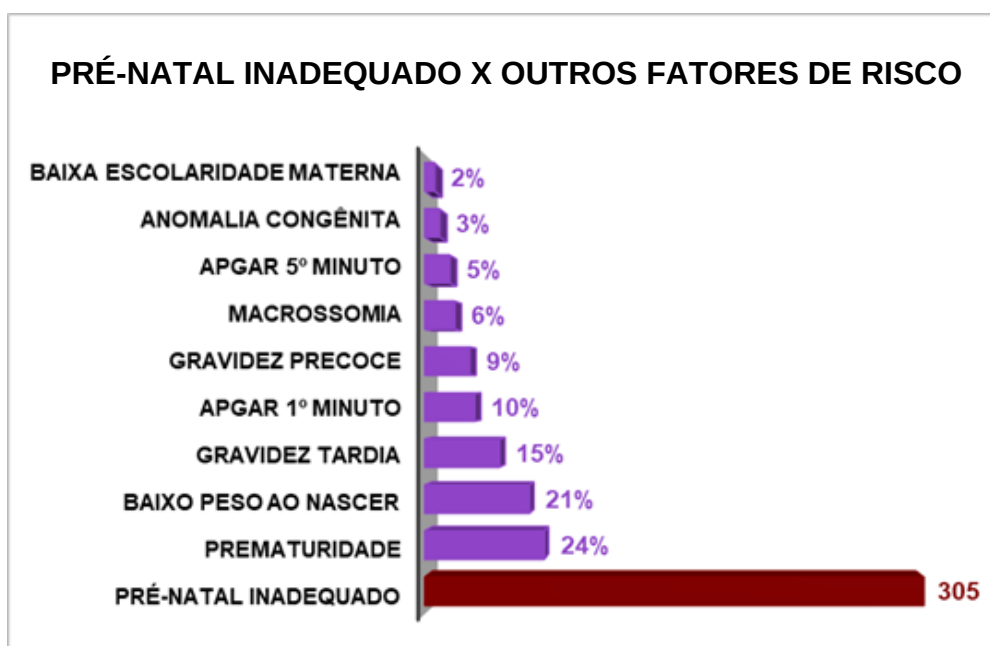


■ Total de APGAR Inadequado 1º min ■ Gravidez Tardia



RELAÇÕES ENTRE O PRÉ-NATAL INADEQUADO E OUTROS FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL


A pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL *et al.*, 2014) aponta que apesar de a cobertura de pré-natal no Sistema Único de Saúde ser praticamente universal, a adesão ainda é baixa, com 60% das gestantes participantes da pesquisa iniciando o pré-natal tardiamente, após a 12ª semana de gestação, sendo que um quarto delas não receberam o número mínimo de seis consultas conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.



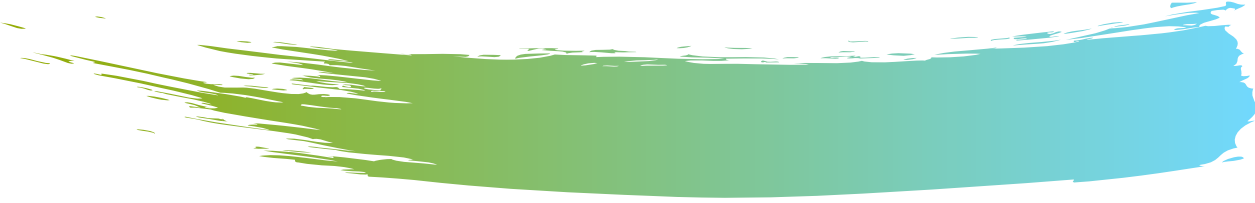
No ano de 2018, um dos fatores que apresentou correlação significativa com a realização inadequada do pré-natal foi a prematuridade, apresentando um índice proporcional de correlação de **24%**. Outro fator que apareceu como significativo, o baixo peso ao nascer surge com uma incidência de **21%**.

As estratégias para aumentar a participação no pré-natal têm como um de seus objetivos reduzir os nascimentos pré-termo, uma vez que a principal forma de intervir e prevenir agravos ou riscos é justamente o conhecimento e o monitoramento da saúde materna e das condições de nascimento (RAMOS, 2009).

O pré-natal está diretamente vinculado ao planejamento familiar assistencial oferecido pelo SUS. A falta de envolvimento nessa etapa de planejamento da gestação, pode dificultar a vinculação afetiva saudável entre parceiros e filhos.



Segundo o Ministério da Saúde (2005) “considerando a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos”.





Seção 05

Os formuladores de políticas públicas na América Latina e no Caribe enfrentam um enorme desafio econômico e moral. Precisam identificar a melhor maneira de investir naquilo que é, sem dúvida, seu recurso mais precioso: a criança. A estrada é longa, mas existem passos concretos que podem ser dados a expansão gradual da cobertura dos serviços de orientação para os pais, no caso de crianças em situação de risco. É um passo promissor (ARAUJO, 2015).



ANÁLISE DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO POR SETOR NO ANO DE 2018

Em 2018 o setor que apresentou a maior quantidade de incidências proporcionais dos fatores de risco foi o **Setor 3** (Imaruí) com **4** de 10 fatores de risco com a maior incidência.

As maiores incidências proporcionais dos fatores de risco foram a seguintes: **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **33%** de incidência de Gravidez Tardia, **Setores 3** (Imaruí) e **4** (Cabeçudas e Praia Brava) com **29%** de incidência de Prematuridade, **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **32%** de incidência de Acompanhamento Pré-Natal Inadequado, **Setor 12** (Centro) com **27%** de incidência de Baixo Peso ao Nascer, **Setores 5** (Fazenda) e **11** (Ressacada e Carvalho) com **19%** de incidência de Macrossomia, **Setores 5** (Fazenda) e **11** (Ressacada e Carvalho) com **12%** de incidência de APGAR inadequado no 1º minuto, **Setor 3** (Imaruí) com **14%** de incidência de Maternidade Precoce, **Setores 3** (Imaruí) e **6** (Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças) com **4%** de incidência de APGAR inadequado no 5º minuto, **Setor 3** (Imaruí) com **7%** de incidência de Baixa Escolaridade Materna e **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **6%** de incidência de Anomalia Congênita.

Os **Setores 3** (Imaruí), **5** (Fazenda), **8** (São Vicente, Rio Bonito e Nilo Bittencourt), **10** (São João e Nova Brasília), **11** (Ressacada e Carvalho) e **12** (Centro) apresentaram uma incidência de Gravidez Tardia (GT) acima de **25%**. Sendo que o **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) apresentou uma incidência de **33%** de GT, a maior do município.

Os **Setores 2** (Vila Operária e São Judas), **3** (Imaruí), **4** (Cabeçudas e Praia Brava) e **12** (Centro) apresentaram índices de Prematuridade acima de **25%**. Sendo que o **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) apresentou a incidência de **29%**.

Os **Setores 5** (Fazenda), **7** (Promorar I, II, III e Cidade Nova) e **9** (Cordeiros, Murta, Costa Cavalcante e Votorantim) apresentaram apenas **1** fator de risco com incidência acima de **20%**.



Os setores que apresentaram fatores de risco com **0%** de incidência foram o **Setor 2** (Vila Operária e São Judas), **Setor 4** (Cabeçadas e Praia Brava), **Setor 5** (Fazenda), **Setor 6** (Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças), **Setor 10** (São João e Nova Brasília) e **Setor 12** (Centro). É importante ressaltar que o fator de risco que apresentou a maior incidência de **0%** foi a **Baixa Escolaridade Materna**.

Em relação à maior vulnerabilidade social destacam-se os **Setores 3** (Imaruí) e **11** (Ressacada e Carvalho), que apresentaram a maior quantidade de incidência de fatores de risco, sendo essa respectivamente: **4** de 10 e **3** de 10.

Além disso os setores que apresentaram as menores incidências proporcionais dos fatores de risco foram o **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **5** dos 10 fatores de risco e o **Setor 2** (Vila Operária e São Judas) com **3** dos 10 fatores de risco.

Todos os dados analisados podem ser acompanhados a partir da tabela a seguir, denominada de Tabela de Análise dos Principais Fatores de Risco por Setor.

Fator de Risco	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Gravidez Tardia	20%	21%	29%	21%	29%	16%	18%	26%	17%	27%	33%	31%
Prematuridade	25%	26%	29%	29%	19%	18%	15%	23%	19%	15%	19%	27%
PNI	18%	24%	18%	24%	15%	25%	21%	24%	15%	32%	28%	5%
BPN	21%	18%	4%	16%	16%	18%	16%	19%	20%	12%	19%	27%
Macrossomia	18%	6%	7%	8%	19%	7%	16%	16%	15%	8%	19%	13%
APGAR 1º min	6%	3%	11%	8%	12%	7%	6%	9%	6%	3%	12%	7%
Maternidade Precoce	7%	6%	14%	5%	7%	7%	12%	6%	5%	3%	5%	4%
APGAR 5º min	3%	0%	4%	3%	2%	4%	2%	3%	1%	2%	2%	2%
Baixa Escolaridade Materna	3%	3%	7%	0%	0%	0%	2%	3%	2%	0%	5%	0%
Anomalias Congênitas	2%	6%	4%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	0%	2%	4%
Fatores acima de 20%	3	3	2	3	1	1	1	3	1	2	2	3



Já na tabela abaixo, denominada de Tabela de Análise da Incidência de Fatores de Risco por Setor no ano de 2018, é possível observar os fatores com valores mais significativos em cada um dos 12 setores, alcançando assim um panorama dos principais fatores de risco ao desenvolvimento infantil por Setor. Também é possível visualizar a incidência de parto cesáreo/vaginal em cada Setor.

SETOR 1	Prematuridade 25%	SETOR 2	Prematuridade 26%
	Baixo Peso ao Nascer 21%		Pré-Natal Inadequado 24%
	Gravidez Tardia 20%		Gravidez Tardia 21%
	Parto Cesáreo 56%		Parto Cesáreo 65%
SETOR 3	Prematuridade 29%	SETOR 4	Prematuridade 29%
	Gravidez Tardia 29%		Pré-Natal Inadequado 24%
	Parto Vaginal 71%		Gravidez Tardia 21%
			Parto Cesáreo 63%
SETOR 5	Gravidez Tardia 29%	SETOR 6	Pré-Natal Inadequado 25%
	Parto Cesáreo 59%		Parto Cesáreo 55%
SETOR 7	Pré-Natal Inadequado 21%	SETOR 8	Gravidez Tardia 28%
	Parto Vaginal 53%		Pré-Natal Inadequado 24%
			Prematuridade 23%
			Parto Vaginal 51%
SETOR 9	Baixo Peso ao Nascer 20%	SETOR 10	Pré-Natal Inadequado 32%
	Parto Vaginal e Cesáreo 50% 50%		Gravidez Tardia 27%
			Parto Vaginal 58%
SETOR 11	Gravidez Tardia 33%	SETOR 12	Gravidez Tardia 31%
	Pré-Natal Inadequado 28%		Prematuridade 27%
	Parto Cesáreo 58%		Baixo Peso 27%
			Parto Cesáreo 73%



Seção 06

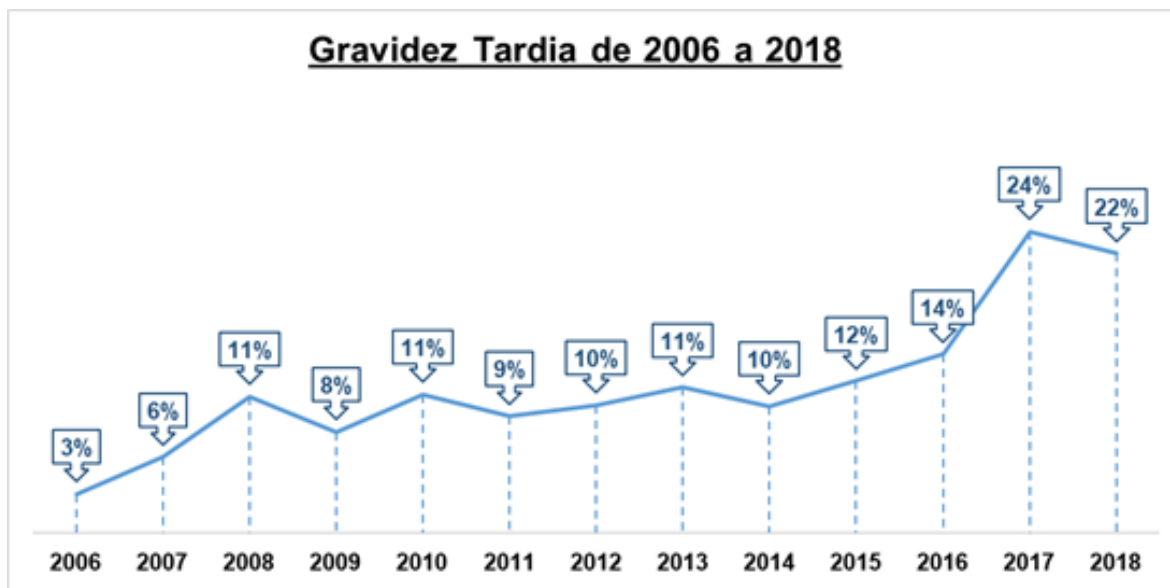
Na 12ª edição, são apresentadas as análises longitudinais dos dados obtidos pela pesquisa entre os anos de 2006 e 2018.



ANÁLISE LONGITUDINAL DOS FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Dentre os fatores de risco ao desenvolvimento infantil pesquisados, foram selecionados 6, sendo julgados itens importantes pelos pesquisadores. Foram eles: Gravidez Tardia, Pré-Natal Inadequado, Baixo Peso ao Nascer, Macrosomia, Prematuridade e Baixa Escolaridade Materna.

No gráfico abaixo é possível observar o aumento crescente na incidência da Gravidez Tardia (GT) entre os anos de 2006 a 2018. O pico de incidência de GT foi de **24%**, no ano de 2017.




As mudanças culturais que ocorreram nas últimas décadas provocaram mudanças significativas na estrutura familiar, entre as mais importantes, está um fenômeno muito presente na sociedade atual: a chamada gravidez tardia.

Entende-se como gravidez tardia as gestações que ocorrem na faixa etária de 35 anos ou mais (ANDRADE *et al.*, 2004). A gestação em mulheres com mais de 35 anos tem se tornado uma realidade mundial. Alguns fatores como o aumento da inserção feminina no mercado de trabalho, maior tempo de estudo entre as mulheres e melhorias nos métodos anticoncepcionais têm contribuído para esse fenômeno.

Além dos movimentos pró-mulheres, ativos desde meados dos anos de 1970, auxiliando-as nas conquistas sobre direitos e liberdades, inclusive sobre o exercício da sua própria sexualidade (BUDDS; LOCKE; BURR, 2016).



É importante ressaltar que a ocorrência desse tipo de gravidez vem aumentando no mundo, principalmente em países desenvolvidos e/ou em desenvolvimento (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).



A crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais seguros e o aumento da expectativa de vida do brasileiro, são alguns fatores que podem contribuir para a decisão de adiar os planos da maternidade.





A gestação tardia inclui riscos como a hipertensão arterial, apresentação anômala, sofrimento fetal intraparto e hemorragia puerperal. Constata-se, ainda, alta concentração de cesáreas entre mulheres com mais de 35 anos relacionada com maior frequência de doenças como a diabetes e doença hipertensiva específica da gestação, que podem exigir a interrupção da gestação antes do termo (PARADA *et al.*, 2009).

Estudos apontam que a gravidez em idades mais avançadas é um fator de predisposição para o ganho excessivo de peso e obesidade, mortalidade materna, síndromes hipertensivas de gravidez, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, parto prematuro e hemorragias pós-parto (ROCHA *et al.*, 2014).

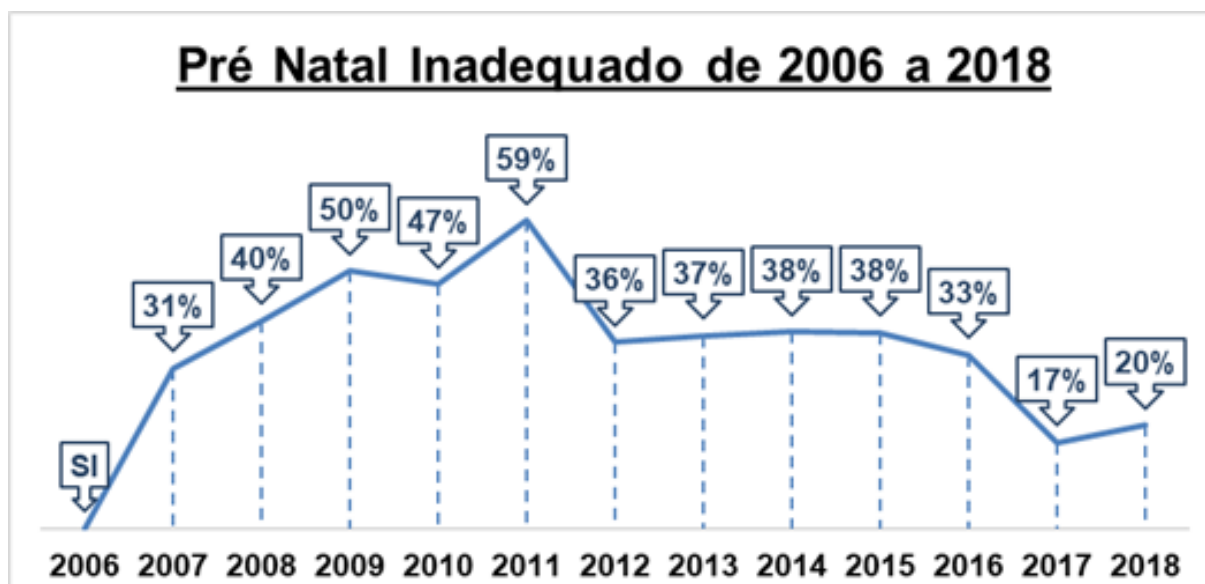


Por fim vale destacar que, os significados da gravidez tardia ultrapassam barreiras biofisiológicas no padrão reprodutivo, afetando aspectos psicológicos, emocionais e sentimentais, resultando em mudanças no planejamento familiar em todas as dimensões (ROCHA *et al.*, 2014).



Em relação ao gráfico do Pré-Natal Inadequado (PNI), é possível perceber que o acompanhamento inadequado passou por duas grandes fases até o momento, a primeira de 2007 a 2011, que consistiu em sua grande parte num aumento da incidência de PNI. A segunda fase, de 2012 a 2018, constitui-se no decréscimo da incidência de PNI.

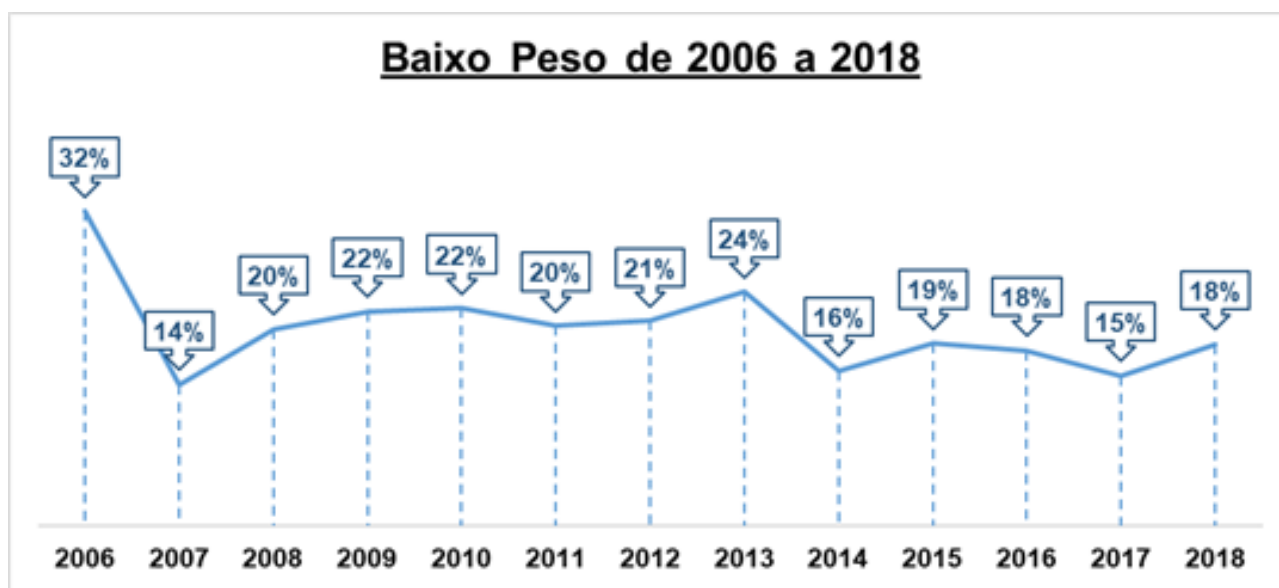
O pico de incidência de PNI foi de **59%**, no ano de 2011.



O acompanhamento ao pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança e constitui-se um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez, bem como, orientar e esclarecer a mulher e sua família sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido.

Ele busca ainda prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período (BRASIL, 2011).

Em relação ao Baixo Peso ao Nascer (BPN), este se manteve em uma linha constante entre os anos de 2006 e 2018, sem grandes alterações. O pico de incidência de nascidos com Baixo Peso foi de **32%** dos nascimentos de risco, no ano de 2006. Os dados dos demais anos podem ser acompanhados no gráfico abaixo.



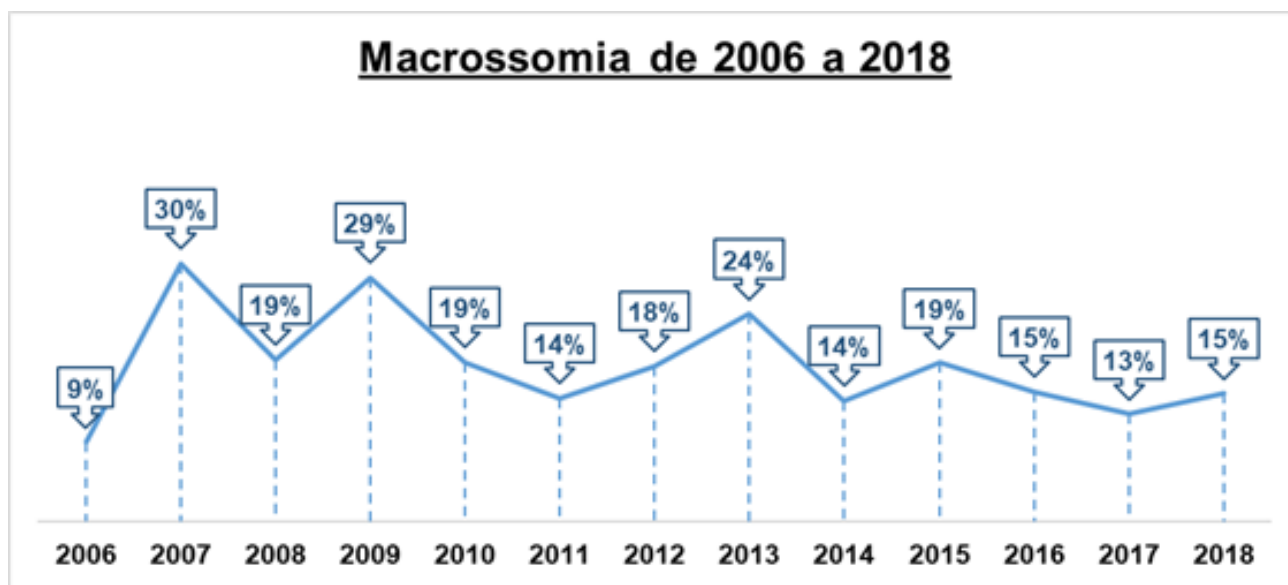
O Baixo Peso ao Nascer (BPN) é definido pela Organização Mundial da Saúde como inferior a 2,5kg. Estima-se que 15 a 20% dos recém-nascidos em todo o mundo apresentem BPN, o que representaria mais de 20 milhões de nascimentos por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A temática do BPN surge como de extrema importância, uma vez que entre ela e a mortalidade e morbidade neonatal é 20 vezes maior nos recém-nascidos de BPN e 200 vezes maior nos que apresentam um peso muito abaixo do esperado ($\leq 1499g$) quando comparados aos de peso normal (OHLSSON: SHAH, 2008).



Assim como o fator de risco anterior, a Macrosomia também vem apresentando uma linha constante, seu pico de incidência de nascidos com Macrosomia foi de **30%**, no ano de 2007.

Os dados dos demais anos podem ser acompanhados no gráfico abaixo.



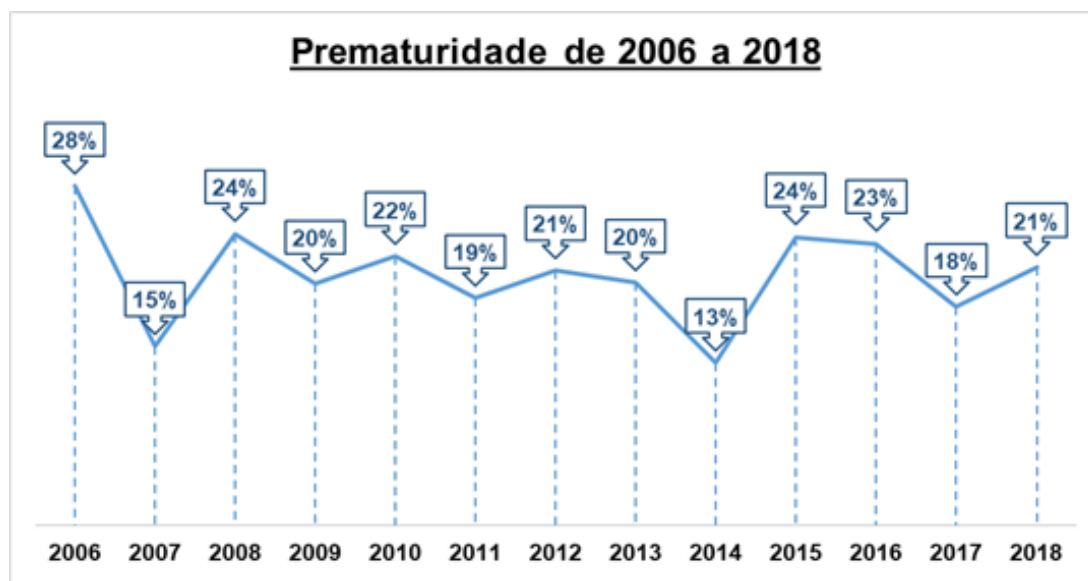
A macrossomia fetal é o termo utilizado para definir fetos ou RN considerados anormalmente grandes, sendo que seu peso deve ser igual ou superior a 4.000 gramas. RN grandes para a idade gestacional (GIGs) são aqueles que apresentam peso acima do percentil 90 (KINTIRAKI *et al.*, 2015).

A ocorrência de macrossomia tem sido associada a um aumento no risco de cesáreas, trauma no parto e morbidade infantil, especialmente quando associada ao diabetes gestacional (RODRIGUES *et al.*, 2000).



Entre os principais determinantes da macrossomia, destaca-se a idade materna avançada, a multiparidade, a obesidade pré-gestacional, além do ganho de peso gestacional excessivo (ACOG, 1992).

Em relação à Prematuridade no decorrer dos anos de 2006 a 2018, é possível notar que este fator de risco passou por altos e baixos. Seu pico de incidência de Prematuridade foi de **28%** no ano de 2006. É importante ressaltar que o pico de **28%** de incidência não foi atingido novamente.



A Organização Mundial de Saúde estima que em 2016 nasceram 14.8 milhões de crianças prematuras no mundo, além disso, dessas 2.3 milhões nasceram com menos de 32 semanas, necessitando de atendimento neonatal intensivo (WHO, 2018).

Segundo Zelkowitz (2017) as crianças prematuras são de fato clinicamente frágeis, podendo sofrer inúmeras complicações, a autora cita a "síndrome de sofrimento respiratório, a hemorragia intraventricular (sangramentos no cérebro) e a retinopatia do prematuro (crescimento anormal dos vasos sanguíneos do olho)" (p. 2).

A interação com esses bebês pode ser difícil para os pais por causa de sua fragilidade, de sua irritabilidade e de sua falta de reatividade ao ambiente social. Muitos pais experimentam sofrimento emocional após o nascimento de um bebê RNMBP, o que pode afetar o comportamento parental (ZELKOWITZ, 2017, p. 2)



Seção 07

“Filhos de pais tardios têm apresentado um aumento na incidência de transtornos neuropsiquiátricos (autismo, transtorno bipolar, esquizofrenia), doenças relacionadas a repetição de trinucleotídeos (distrofia miotônica, ataxia espinocerebelar, doença de Huntington) assim como alguns tipos de câncer (JENKINS et al., 2014, p. 1)”



IDADE PATERNA E SUA INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL


Antes de iniciar a discussão, acreditamos ser pertinente apresentar os dados encontrados na pesquisa deste ano acerca da idade paterna. Este é o primeiro ano em que a idade do pai foi considerada como um fator de risco ao desenvolvimento infantil na presente pesquisa, sendo por esse motivo que os dados coletados não foram inseridos nos demais gráficos.

Segundo Shiel Jr. é considerado pai tardio (PT) o homem, que na hora da concepção, possui 40 anos ou mais (2018). O autor afirma que não existe um consenso acerca deste termo, porém o mesmo é comumente utilizado na área de aconselhamento genético.

Segundo Sharma *et al.* (2015) diversos estudos têm apresentado que consequências a paternidade tardia tem em sua prole, estas incluem mutações no DNA, alterações cromossômicas e diferentes padrões epigenéticos. O envelhecimento molecular resulta em modificações no perfil hormonal reprodutivo, na diminuição da qualidade do esperma e ainda contribui para a infertilidade masculina (SHARMA *et al.*, 2015).

Em última instância essas modificações foram comprovadas como responsáveis por diversos tipos de transtornos congênitos e por situações específicas durante a gestação, como a prematuridade e a perda fetal (SHARMA *et al.*, 2015).

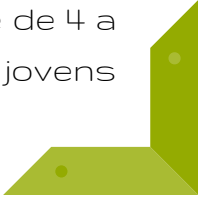




Shiel Junior. afirma que a idade paterna avançada está associada com o aumento no risco de novas mutações na sua prole.

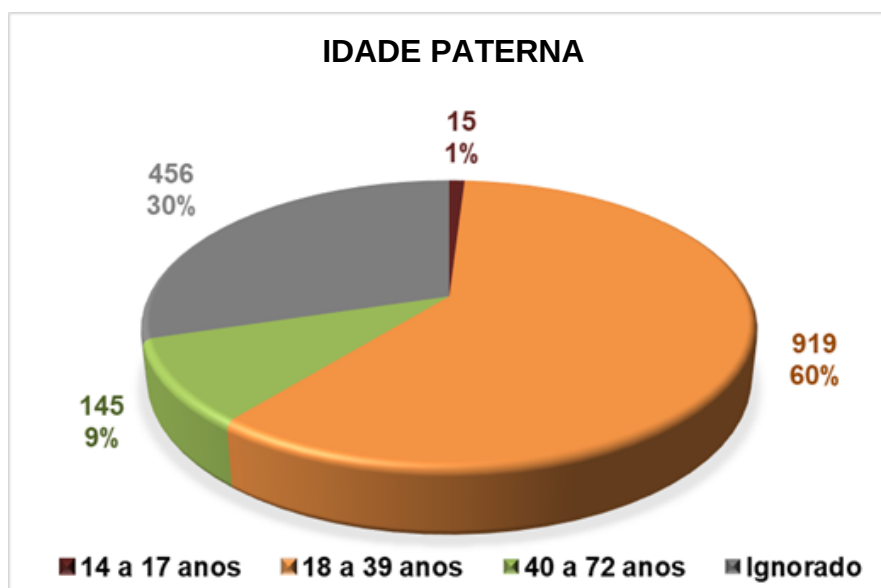
“O risco de defeitos genéticos não aumenta drasticamente aos 40 anos, e sim aumenta de maneira linear com a idade do pai” (SHIEL JUNIOR, 2018).

Por fim o autor afirma que o risco de defeitos genéticos é de 4 a 5 vezes maior em homens com 45 anos ou mais do que em jovens adultos.



Diante das informações apresentadas, acredita-se que a consideração da idade paterna como fator de risco ao desenvolvimento infantil se faz de suma importância, tendo em vista que ela acarreta consequências diretas para o processo gestacional, bem como para o nascimento e desenvolvimento da criança.

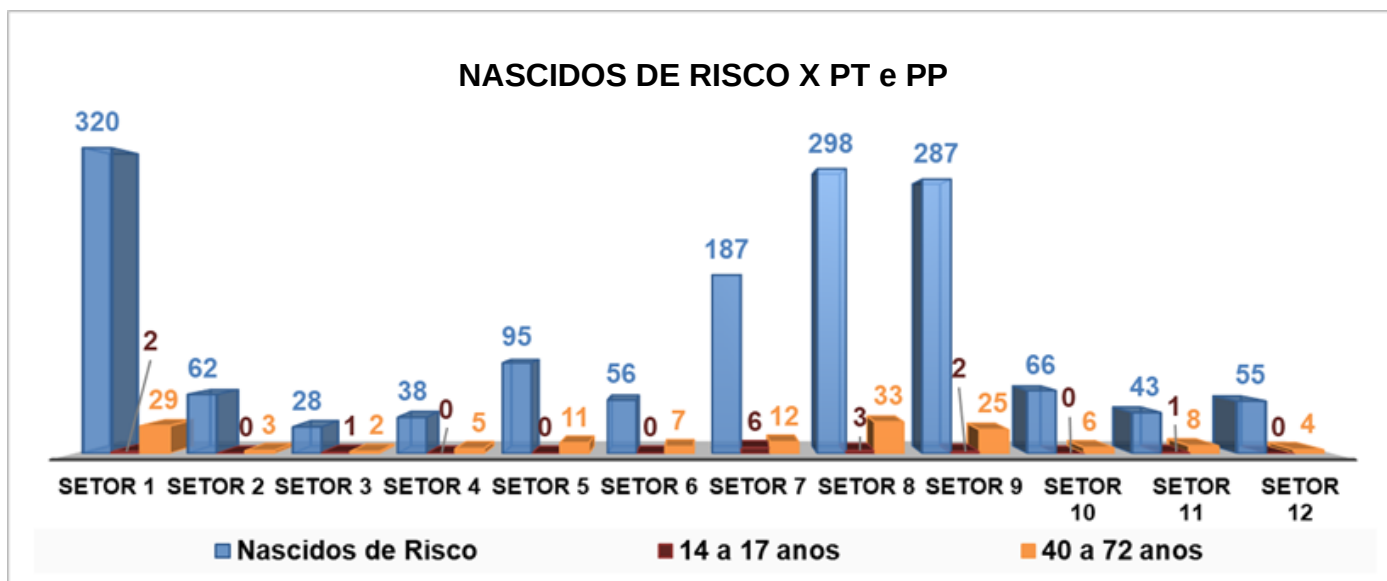
No gráfico abaixo é possível identificar que no ano de 2018, **145** pais possuíam 40 anos ou mais, representando **9%** das DNVR's. Em relação à paternidade precoce (PP), essa apresentou uma incidência de **1%** (15 casos). É de suma importância ressaltar que apesar dos avanços no preenchimento das DNVR's, **456** pais não tiveram sua idade preenchida, representando **30%** dos pais que tiveram filhos no município de Itajaí em 2018.



De acordo com o gráfico abaixo, pode-se afirmar que no ano de 2018 os três setores que apresentaram a maior incidência proporcional de paternidade tardia foram o **Setor 11** (Ressacada e Carvalho) com **8 casos** (19%), seguido pelo **Setor 6** (Dom Bosco e Nossa Senhora das Graças) com **7 casos** (13%) e pelo **Setor 4** (Cabeçudas e Praia Brava) com **5 casos** (13%).

Assim como no caso da idade materna tardia, percebe-se uma maior incidência de pais com 40 anos ou mais, do que pais adolescentes.

Além disso é interessante ressaltar que a mãe mais velha a ter um filho em 2018 possuía 41 anos, enquanto o pai mais velho possuía 72 anos.





Seção 08

Uma Itajaí que acredita e investe no potencial de toda criança, garantindo os seus direitos e fortalecendo a cultura dos valores da infância.

Visão do CIEP Vovó Biquinha.



FORUM DE DISCUSSÃO DA PESQUISA FATORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (08/11/2019)

Esta pesquisa é umas das ações integrantes do Projeto APPLICando Saberes, desenvolvido pelo CIEP Vovó Biquinha em parceria com a Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania.



Participantes do Fórum: profissionais envolvidos com a rede de atendimento à primeira infância nas Políticas de Saúde e Educação.

Em novembro, foi realizada a fase em comum às duas atividades do Projeto, (pesquisa e realização de palestras), o Fórum de discussão dos resultados da Pesquisa edição 2018.

Seu objetivo primordial é de possibilitar a discussão dos dados obtidos com profissionais e representantes de diferentes áreas de atuação voltadas para o atendimento à primeira infância. Neste ano, compareceram ao evento representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania, Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Comissão do Bem Estar do Menor de Itajaí e Instituições de atendimento a criança e ao adolescente em Itajaí, bem como demais representantes da sociedade.



O Objetivo do APPLICANDO SABERES é viabilizar dados que contribuam para a construção do diagnóstico municipal sobre recém-nascidos em situação de vulnerabilidade, e capacitar profissionais da Atenção Básica da Rede Pública de Saúde de Itajaí, sobre riscos e vulnerabilidade na primeira infância.

Neste dia, ocorreram duas palestras abordando temas de suma importância para o município de Itajaí. Os assuntos abordados foram sugeridos pela equipe do projeto Aplicando Saberes com base nos dados obtidos por esta pesquisa, com o objetivo de fomentar uma discussão com perspectivas de diferentes áreas de atuação envolvidas no âmbito do desenvolvimento infantil em Itajaí.

O palestrante convidado Dr. Márcio Fossari, médico especialista em neonatologia, apresentou dados relevantes acerca da mortalidade infantil de Itajaí.

Outro assunto comentado pelo palestrante foi sobre a importância da realização do pré-natal adequado e de como a sua realização pode ajudar a prevenir diversas condições de saúde prejudiciais tanto para a mãe quanto para seu filho.



Dr. Márcio Fossari no decorrer de sua palestra





Psicóloga Ana Paula Majcher durante sua palestra

A palestrante convidada, psicóloga Ana Paula Majcher, idealizadora do Blog Gestando e Aprendendo, apresentou informações sobre o atendimento à gestantes em situação de risco a partir de sua experiência em consultório terapêutico.

Em sua apresentação afirmou sobre a importância da presença de uma rede de apoio social à gestante no decorrer do período gestacional, bem como no decorrer dos primeiros anos de vida da criança.

A convidada, Juliana Inês da Silva Gonçalves gestora de parcerias SEDAC, representante da Secretaria de Promoção da Cidadania também compareceu ao evento.

Ela relatou sua experiência como gestora da Parceria entre o CIEP e esta Secretaria Municipal, explanando sobre as contribuições deste pesquisa no decorrer dos anos.



Juliana Inês da Silva Gonçalves durante seu relato

Concluimos que a realização de pesquisas voltadas para o perfil dos nascidos de risco são de suma importância para o município.

Através delas se faz possível a identificação das demandas atuais da população pesquisada e o estabelecimento de novas estratégias de manejo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração as informações apresentadas ao longo dessa pesquisa é possível identificar algumas características dos nascidos vivos de risco do município de Itajaí. Segundo os dados apresentados, em 2018, **22%** dos nascidos vivos foram concebidos por mães tardias, **21%** nasceram prematuros e **20%** tiveram seu acompanhamento pré-natal realizado de maneira inadequada.

Com relação à gravidez tardia, **29%** dos nascidos de risco concebidos por mães tardias apresentaram APGAR no 1º minuto menor que 7, e **27%** apresentaram anomalias congênitas. Acredita-se que essas características possuem relação direta com as condições socioculturais das gestações, assim é possível que ocorra a sua modificação com a criação e implantação de políticas públicas voltadas para esse público alvo.

Além disso, ressalta-se a importância da realização de mais estudos relacionados à paternidade tardia e suas consequências para o desenvolvimento infantil, tendo em vista a escassez de dados referentes a essa temática produzidos no Brasil.

De acordo com os dados apresentados na tabela de Análise dos Principais Fatores de Risco por Setor, é possível afirmar que o setor que apresentou a maior quantidade de incidências proporcionais de fatores de risco foi o **Setor 3** (Imaruí), possuindo a maior incidência em **4** dos 10 fatores de risco pesquisados. Com essa informação acredita-se que este setor pode ser classificado como possuidor de uma maior vulnerabilidade social dentre os setores pesquisados.

Vale ressaltar que o setor que apresentou as menores incidências proporcionais dos fatores de risco foi o **Setor 10** (São João e Nova Brasília) com **5** dos 10 fatores de risco.

Desta forma, a pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil visa contribuir enquanto instrumento que evidencia os principais fatores de risco à infância e sua incidência nos setores que compõem o município, no intuito de instrumentalizar a rede de proteção e promoção em busca de uma Itajaí melhor.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG. Technical Bulletin number 159. **Fetal macrosomia**. Int J Gynecol Obstet. 1992;39:341-5.

ALBUQUERQUE, Sara *et al.* **Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congênita**: influência dos determinantes da criança. Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo), [s.l.], v. 39, n. 4, p.136-141, 2012. FapUNIFESP (SciELO).

ANDRADE, Priscilla Chamelete *et al.* **Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos**: estudo controlado. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, [s.l.], v. 26, n. 9, p.697-701, out. 2004. FapUNIFESP (SciELO).

ARAUJO, María Caridad *et al.* **Os primeiros anos**: o bem estar infantil e o papel das políticas públicas. Washington DC: Inter - American Development Bank, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

BUDDS, Kirsty; LOCKE, Abigail; BURR, Vivien. **“For some people it isn’t a choice, it’s just how it happens”**: Accounts of “delayed” motherhood among middle-class women in the UK. Feminism & Psychology, [s.l.], v. 26, n. 2, p.170-187, maio 2016. SAGE Publications.

CARDOSO, Maria Aparecida Alves. **Cuidado infantil e desnutrição de pré-escolares**: regiões nordeste esul do Brasil. 1995. Tese (Doutorado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

Centro de Estimulação Precoce Vovó Biquinha. **Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil**: pesquisa 2010. CIEP Vovó Biquinha, Itajaí, 2010, 31 p.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, S. *et al.* **Parto normal ou cesariana?** Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

DIDONET, Vital. Desafios legislativos na revisão da LDB: aspectos gerais e a Educação Infantil. In: **Insumos para o debate 2. Emenda Constitucional n.º 59/2009 e a educação infantil: impactos e perspectivas.** São Paulo: Campanha Nacional pelo Direito à Educação, 2010. 64p.

FERRAZ, T. R; NEVES, E. T. **Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas:** um estudo transversal. *Rev. Gaúcha Enferm;* 2011 mar; 32(1), p. 86-92.

GOLDENBERG, P; FIGUEIREDO, M. T. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** *Cad. Saúde pública*, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, 2005.

GONZÁLES, Rodrigo S. O marco jurídico da proteção, promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. In: MACIEL, Ana L. S. FERNANDES, Rosa M. C. (Orgs.). **O direito das crianças e dos adolescentes em análise.** Porto Alegre: Fundação Irmão José Otão, 2012.

GONÇALVES, Záfia Rangel; MONTEIRO, Denise Leite Maia. **Complicações maternas em gestantes com idade avançada:** Maternal complications in women with advanced maternal age. *Femina*, v. 40, n. 5, p.275-279, out. 2012.

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

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de População Residente.** Itajaí, 2010.

JENKINS, Timothy G. *et al.* **Age-Associated Sperm DNA Methylation Alterations:** Possible Implications in Offspring Disease Susceptibility. *Plos Genetics*. San Francisco, p. 1-13. July. 2014.

KINTIRAKI, Evangelia *et al.* **Pregnancy-Induced hypertension.** *Hormones*, [s.l.], p.211-223, 15abr. 2015. Springer Nature.

LEAL, M. C. *et. al.* **Nascer no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MELO, Willian Augusto de *et al.* **Anomalias congênitas: fatores associados à idade materna em município sul brasileiro, 2000 a 2007.** Revista Eletrônica de Enfermagem, [s.l.], v. 12, n. 1, p.73-82, 9 abr. 2010. Universidade Federal de Goiás.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018. DATASUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **PORTARIA Nº 426/GM Em 22 de março de 2005.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm.

MPHATSWE, Wendy; MAISE, Hopolang; SEBITLOANE, Motshedisi. **Prevalence of repeat pregnancies and associated factors among teenagers in KwaZulu-Natal, South Africa.** International Journal Of Gynecology & Obstetrics, [s.l.], v. 133, n. 2, p.152-155, 5 fev. 2016. Wiley.

OHLSSON, Arne; SHAH, Prakeshkumar. **Determinants and Prevention of Low Birth Weight: a Synopsis of the Evidence.** Alberta: Institute Of Health Economics, 2008. 284 p.

OLIVEIRA, Tatiana Gandolfi de *et al.* **Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo.** Einstein, v. 1, n. 10, p.22-28, 2012.

OLIVEIRA, Luciane Marta Neiva de; FERREIRA, Nara Raquel da Silva; SILVA, Rafaella Muniz da. **Perfil de mulheres submetidas ao parto cesáreo em uma maternidade pública de Teresina-PI.** Revista Interdisciplinar, Teresina, v. 10, n. 1, p.37-42, jan.fev. mar. 2017.

Parada CMGL, Tonete VLP. **Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda.** Esc Anna Nery RevEnferm. 2009;13(2):385-92.

PAULA, H. A. A. *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.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ. CRAS N.Sra. das Graças promove palestra para haitianos. 2014. Disponível em: <<https://itajai.sc.gov.br/noticia/9348/cras-nsra-das-gracas-promove-palestra-para-haitianos#.XYOzJkZKjIV>>. Acesso em: 28 nov. 2017. RAMOS, H.A.C; CUMMAN, R.K.N. **Fatores de risco para prematuridade:** Pesquisa documental. Revista de Enfermagem 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304

ROCHA, Lígia Fabiana da Anunciação *et al.* **Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade.** Revista de Enfermagem: UFPE on line, Recife, v. 8, n. 1, p.30-36, jan. 2014.

RODRIGUES, Shaila *et al.* **High Rates of Infant Macrosomia: A Comparison of a Canadian Native and a Non-Native Population.** The Journal Of Nutrition, [s.l.], v. 130, n. 4, p.806-812, 1 abr. 2000. Oxford University Press (OUP).

SANTANA, Fernando Alves; LAHM, Janaína Verônica; SANTOS, Reginaldo Passoni dos. **Fatores que influenciam a gestante a escolha do tipo de parto.** Revista da Faculdade de ciências Médicas de Sorocaba, Sorocaba, v. 17, n. 3, p.123-127, jun. 2015.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP:** manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CE Info. **Declaração de Nascido Vivo. Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo.** São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2010. 21p.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; PRATES, Renata deCarvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. **Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante.** Revista de Enfermagem da UFSM, [s.l.], v. 4, n. 1, p.1-9, 17 abr.2014. Universidade Federal de Santa Maria.

Silva RMM, Silva CCM, Cardoso LL, França AFO. **Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal:** revisão integrativa. Enferm. Cent. O. Min[Internet]. 2016 [acesso em 15 de agosto de 2016]; 6(2):2258-70. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVESTREIN, Sonia *et al.* **Grau de escolaridade materna e baixo peso ao nascer:** uma meta-análise. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p.339-345, jul. 2013.

SHARMA, Rakesh *et al.* **Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring.** *Reproductive Biology And Endocrinology*, Cleveland, p.1-20, Apr. 2015.

SHIEL JUNIOR, William C. **Medical Definition of Advanced paternal age.** 2018. Disponível em: <<https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33298>>. Acesso em: 19 set. 2019.

SHONKOFF, F. P. **Encyclopedia on Early Childhood Development**, 2009. Disponível: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.506.1746&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em 17 de Outubro de 2018.

SOUZA, Tereza Alves de *et al.* **Gravidez na adolescência:** percepções, comportamentos e experiências de familiares. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 4, p.794-804, 2012.

TEIXEIRA, Luiz Armando; VASCONCELOS, Luiza Dias; RIBEIRO, Rafaela Alves Fernandes. **Prevalência de Patologias e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco/Prevalence of Disease and Relationship to Preterm Birth in High- Risk Pregnancy.** *Revista Ciências Em Saúde*, v. 5, n. 4, p. 35-42, 2015.

ZELKOWITZ, Phyllis. **Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança.** Em: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. <http://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/prematuridade-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-psicossocial>. Atualizada: Abril 2017 (Inglês).

World Health Organization (WHO). **Survive and thrive:** transforming care for small and sick newborn. Geneva: WHO; 2018, p. 162. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>.

World Health Organization (WHO). **Global nutrition targets 2025:** low birth weight policy brief [Internet]. Geneva: WHO; 2014, 8 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149020/2/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf?ua=1, 2010. 234p.



INTEGRANTES DO PROJETO APPLICANDO SABERES



Coordenação:

Sara Caroline Cardozo de Arruda

Docentes e Pesquisadores:

Jéssica de Carvalho Pereira

Juliana Nunes Kael

Mariana Cardoso de Oliveira

Sarah Elizabeth de Lira de Mello

Miriam Cristina Frey de Lira

"Vovó Biquinha"



CENTRO DE INTERVENÇÃO E ESTIMULAÇÃO PRECOCE VOVÓ BIQUINHA

CONHEÇA OS OUTROS ANOS DA PESQUISA BAIXANDO O APP
APPLICANDO SABERES / VOVÓ BIQUINHA



CIEP VOVÓ BIQUINHA
RUA JUVENAL GARCIA, 210. CENTRO - ITAJAÍ
WWW.VOVOBIQUINHA.ORG.BR

REDES SOCIAIS:

