

Baixo peso ao nascer em um aglomerado urbano subnormal assistido pela Estratégia de Saúde da Família

Maria de Fátima Caminha ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0653-5324>

Janaina Natália Alves Lima ⁶

 <https://orcid.org/0000-0001-5450-128X>

Camila Carvalho Santos ²

 <https://orcid.org/0000-0002-3770-4162>

Malaquias Batista Filho ⁷

 <https://orcid.org/0000-0002-1490-0590>

Suzanna Lins da Silva ³

 <https://orcid.org/0000-0001-9783-0737>

Tacyanne Fischer Lustosa ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-3635-3030>

Luana Cristina Queiroz Farias ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-5870-7813>

^{1,2,7} Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: camilacarvalho@gmail.com
^{3,4,5,6} Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, Brasil.

Resumo

Objetivos: identificar a prevalência e analisar os fatores associados ao baixo peso ao nascer em um aglomerado urbano subnormal em Pernambuco assistido pela Estratégia de Saúde da Família.

Métodos: estudo transversal, com amostra censitária, realizado entre julho e outubro de 2015. As variáveis estudadas foram idade e anos de estudo maternos, classe social, moradia, abastecimento de água, destino dos dejetos, pré-natal, consumo de bebidas alcoólicas e uso de cigarro na gestação, sexo da criança, peso ao nascer e prematuridade. Utilizou-se o Stata 12.1 para analisar os fatores associados ao baixo peso ao nascer através das análises uni e multivariada de Poisson, razões de prevalências brutas e ajustadas compondo um modelo estatístico final e considerando para fins de significação estatística o valor $p < 0,05$.

Resultados: das 294 crianças, a prevalência de BPN foi de 12,2% (IC95%= 8,7-16,5). As crianças cujas mães referiram o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação tinham o risco de nascer com baixo peso de 2,78 vezes maior ($p < 0,001$) quando comparadas às crianças cujas mães não referiram essa prática na gestação.

Conclusões: o estudo evidenciou a relevância dos hábitos maternos na saúde do recém-nascido.

Palavras-chave Recém-nascido de baixo peso, Prevalência, Atenção primária à saúde



Introdução

O peso ao nascimento representa importante marcador das condições intrauterinas a que a criança foi submetida durante o período gestacional.^{1,2} É considerado como importante preditor das probabilidades de sobrevivência de recém-nascidos a curto prazo; do desenvolvimento fisiológico e morbidade da criança a médio prazo; e da saúde do adulto a longo prazo, elevando o risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis.³⁻⁵

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em escala mundial, a taxa de baixo peso ao nascer (BPN) é de 16% e de 9% no Brasil,⁶ sendo influenciada por condições socioeconômicas, ambientais e assistenciais que a mãe vivencia no período gestacional.⁷⁻¹⁹ Sendo assim, são evidenciados como fatores de risco ao BPN a pobreza,⁷⁻⁹ a baixa escolaridade com conseqüente desinformação,^{10,11} os hábitos na gestação, como o uso de cigarro^{12,13} e o consumo de bebidas alcoólicas,¹⁴⁻¹⁶ e a assistência à saúde.¹⁷⁻¹⁹ Trata-se, de fato, de um campo aberto a estudos mais consistentes sobre a realidade da saúde materno-infantil do país, notadamente no que se refere às populações de aglomerados urbanos subnormais. As favelas e outros tipos de assentamentos precários, situação que se define como "aglomerados urbanos subnormais",²⁰ constituem, portanto, a expressão mais visível dos problemas habitacionais.²¹

O crescimento acelerado das populações urbanas, em grande parte relacionado ao fluxo migratório proveniente da zona rural, somado ao seu empobrecimento repercutem adversamente com conseqüências sociais, nutricionais, ambientais e de saúde, desde que as famílias, em geral, não têm condições de arcar com as demandas das despesas de habitação e outros equipamentos do espaço urbano, sendo levadas a utilizar moradias em condições precárias e irregulares para se fixar no meio.²¹

Dessa forma, um número crescente de pessoas passa a viver em comunidades faveladas, com acesso limitado à infraestrutura necessária para uma vida saudável.⁷ Assim caracterizadas há mais de 100 anos no Brasil, apresentam estruturas organizacionais próprias, sem um plano estratégico de ocupação urbana, com ausência e/ou inadequação de serviços básicos (água, esgoto, rede de distribuição de energia, rede institucional de escolas públicas, serviços de saúde e de assistência social), onde habitualmente o mercado de trabalho apresenta elevado grau de informalidade e insegurança, e o nível educacional das pessoas é baixo, justificando assim a denominação tradicional de favela.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo identificar a prevalência e analisar os fatores associados ao baixo peso ao nascer em um aglomerado urbano subnormal em Pernambuco assistido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Métodos

Estudo transversal, recorte do inquérito "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife",²² com coleta de dados entre julho e outubro de 2015, realizado em um aglomerado urbano da cidade de Recife. Adotando cobertura censitária, o inquérito estudou todas as crianças de 0 a 36 meses registradas pelos Agentes Comunitários de Saúde das duas Unidades Básicas de Saúde da localidade.

Para o estudo atual, foram selecionadas as variáveis de interesse e elaborado um banco *ad hoc*. Como variável de desfecho, foi considerado o BPN (<2.500g); e as variáveis preditoras corresponderam à idade materna (<20; 20 a 35 e > 36 anos), aos anos de estudo materno (>12 e <12), à classe social (B; C e D/E), ao tipo de moradia (casa e palafita/barraco/cômodo), ao abastecimento de água com canalização (sim/não), ao destino dos dejetos na rede geral de esgoto (sim/ não), a realização do pré-natal (sim/não), ao uso de cigarro na gestação (sim/não), ao consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação (sim/não) e ao sexo da criança (feminino/masculino). A classe social foi avaliada segundo o modelo de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP),²³ que considera as classes A, B1, B2, C1, C2 e D E, correspondendo aproximadamente às respectivas rendas médias mensais em salários-mínimos (SM) de 14 SM, 7 SM, 4 SM, 2 SM, 1,6 SM e 1 SM. Para fins de análise, essa classificação foi distribuída em três categorias: B1/B2=B, C1/C2/=C, D e E.

Foram excluídas as crianças do banco de dados que não possuíam informações sobre o peso ao nascimento, cuja coleta foi realizada através dos registros na Caderneta de Saúde da Criança e, na ausência, nos prontuários das Unidades Básicas de Saúde.

Foi realizada, a posteriori, análise no programa Stata (*Stata Statistical Software*: lançamento 12 – Collete Station, TX, Estados Unidos) para calcular se a amostra coletada, embora censitária, teve poder suficiente para identificar associação entre a variável "consumo de bebida alcoólica pela gestante" e o baixo peso ao nascer, o que correspondeu ao poder de 88,6%.

As variáveis categóricas foram apresentadas

através de tabelas de frequências absolutas e relativas e intervalo de confiança de 95%. Para identificar os possíveis fatores associados à ocorrência de BPN, definido como peso ao nascimento de <2.500g, foram ajustados modelos de regressão simples e múltipla de Poisson, estimando-se as razões de prevalência (RP) brutas, ajustadas e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Como screening para ingressar na análise multivariada, foram escolhidas as variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$ na análise univariada, permanecendo no modelo final aquelas variáveis com valor $p < 0,05$.

A significância estatística de cada variável foi avaliada através do teste de Wald.

O inquérito foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do IMIP, CAAE no 07246912.6.0000.5201.

Resultados

Das 310 crianças com registro no banco de dados da pesquisa original, fizeram parte do estudo atual 294 crianças que dispunham de informações sobre o peso ao nascimento. A prevalência de BPN foi de 12,2% (IC95%= 8,7-16,5), correspondendo a 36 das 294 crianças estudadas, o que representa 94,8% do universo informado de menores de três anos radicados na comunidade. A prematuridade ocorreu em 6,1% (18/293).

Na Tabela 1, acham-se os resultados da análise univariada. Foram estatisticamente significantes a ausência de sistema de esgoto no domicílio ($p=0,047$), a não realização de pré-natal ($p=0,045$) e o consumo de bebidas alcoólicas pela mãe durante a gestação ($p=0,001$).

Com a aplicação da análise multivariada, foi evidenciado que crianças cujas mães referiram o consumo de bebida alcoólica durante a gestação tinham o risco de nascer com baixo peso 2,78 vezes maior ($p < 0,001$) quando comparadas às crianças cujas mães não referiram esse consumo durante a gestação (Tabela 2).

Discussão

No estudo atual, a prevalência de baixo peso ao nascer foi de 12,2%. Um aumento significativo no risco de BPN foi evidenciado entre as crianças filhas de mulheres que referiram consumo de bebida alcoólica durante a gestação.

O valor referencial de 12,2% representa uma prevalência bem abaixo das estatísticas mundiais de 16% mas bem acima da média brasileira (9%), ainda que alguns países de melhor padrão tenham

alcançado resultados entre 4 e 5%.⁶ De qualquer maneira, permanece a dúvida: seria o valor de 12,2% válido para comunidades urbanas da região estudada de características semelhantes, ou, com mais propriedade, para outras populações faveladas do país? Ou seja, qual a validade externa de nossos resultados, considerando o interesse maior, e não apenas inicial, de retratar o problema do baixo peso para uma realidade estimada de 11 milhões de pessoas, a qual constitui o efetivo demográfico das favelas brasileiras?²¹ Muito brevemente, deve ser lembrado que o BPN é um dos indicadores que mais discriminam as heterogeneidades internacionais de saúde, exemplificando-se com os casos do Sul da Ásia (28%), e do Iêmen (32%), enquanto na Finlândia situa-se em 4%.⁶

A própria limitação dos dados descritivos sobre o problema do BPN de populações faveladas no Brasil já antecipa as restrições qualitativas e quantitativas impostas à análise dos resultados em seus três aspectos: as contribuições da literatura pertinente e atual, a confiabilidade que pode ser questionada do tamanho amostral (ainda que, no estudo aqui relatado, se trate de uma avaliação de caráter censitário) e, por último, como tais resultados podem ser compreendidos num processo de grande dinamismo, que é a rápida transição nutricional do Brasil.²⁴

Na análise preliminar dos dados do presente estudo, ressalta-se que dos dez grupos de variáveis exploratórias reunindo fatores historicamente associados ao BPN, apenas cinco (baixa escolaridade das mães, abastecimento de água sem canalização interna, dejetos não despejados na rede geral de esgoto, não realização do pré-natal e consumo de bebida alcoólica durante a gestação) evidenciam razões de prevalências brutas próximas ou dentro dos valores de significação estatística estabelecidas para um intervalo de confiança de 95%. Já nas relações ajustadas pela regressão múltipla de Poisson, apenas o consumo de bebidas alcoólicas permaneceu estatisticamente significativo no modelo final.

Outros estudos evidenciaram associação significativa entre o uso de álcool na gestação e o BPN.^{9,14,25} Em Pelotas (RS), foi observado risco quatro vezes maior de BPN;⁹ em Ribeirão Preto (SP), 1,62 vez maior;¹⁴ e na Bahia, 7,9 vezes maior,²⁵ se comparadas com gestantes que não consumiram bebida alcoólica.

Além do BPN, a literatura também mostra outras complicações associadas ao uso de álcool na gestação, como abortamento, malformações, prematuridade, mortalidade perinatal, entre outros.¹⁴

Tabela 1

Fatores associados à ocorrência de baixo peso ao nascer de crianças de 0 a 36 meses de Unidades Básicas de Saúde num aglomerado urbano subnormal no Nordeste brasileiro, Recife, PE, 2015.

Variável	Amostra*		BPN		RP**bruta (IC95%)	p***
	n	%	n	%		
Idade materna (anos) (N = 294)						0,619
< 20	49	16,7	6	12,2	1,06 (0,46 - 2,45)	
20 - 35	217	73,8	25	11,5	1,0	
≥ 36	28	9,5	5	17,9	1,55 (0,64 - 3,73)	
Anos de estudo materno (N = 294)						0,059
≥ 12	109	37,1	8	7,3	1,0	
< 12	185	62,9	28	15,1	2,06 (0,97 - 4,37)	
Classe social (N = 294)						0,837
B	14	4,8	1	7,1	1,0	
C	219	74,5	27	12,3	1,73 (0,25 - 11,83)	
D e E	61	20,7	8	13,1	1,84 (0,25 - 13,56)	
Tipo da moradia (N = 294)						0,687
Casa	236	80,3	28	11,9	1,0	
Palafita/Barraco/Cômodo	58	19,7	8	13,8	1,16 (0,56 - 2,42)	
Abastecimento de água c/ canalização interna (N = 294)						0,056
Sim	218	74,1	22	10,1	1,0	
Não	76	25,9	14	18,4	1,83 (0,98 - 3,39)	
Dejetos despejados na rede geral de esgoto (N = 294)						0,047
Sim	176	59,9	16	9,1	1,0	
Não	118	40,1	20	16,9	1,86 (1,01 - 3,45)	
Realização de pré-natal (N = 292)						0,045
Sim	273	93,5	31	11,4	1,0	
Não	19	6,5	5	26,3	2,32 (1,02 - 5,28)	
Fumo durante a gestação (N = 292)						0,514
Sim	55	18,8	8	14,5	1,28 (0,61 - 2,66)	
Não	237	81,2	27	11,4	1,0	
Consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação (N = 291)						0,001
Sim	74	25,4	17	23,0	2,77 (1,51 - 5,09)	
Não	217	74,6	18	8,3	1,0	
Sexo da criança (N = 294)						0,148
Masculino	148	50,3	14	9,5	1,0	
Feminino	146	49,7	22	15,1	1,59 (0,85 - 2,99)	

*Amostra variou decorrente da ausência de informação; ** Razão de Prevalência; ***Teste de Wald.

Tabela 2

Fatores associados ao baixo peso ao nascer de crianças de 0 a 36 meses de Unidades Básicas de Saúde num aglomerado urbano subnormal no Nordeste brasileiro, Recife, PE 2015.

Variável	RP* ajustada (IC95%)	p**	RP* ajustada (IC95%)	p**
	Modelo Inicial		Modelo Final	
Anos de estudo materno		0,147		-
≥ 12	1,0		-	
< 12	1,76 (0,82 - 3,78)		-	
Abastecimento de água com canalização interna		0,191		-
Sim	1,0		-	
Não	1,49 (0,82 - 2,73)		-	
Dejetos despejados na rede geral		0,588		-
Sim	1,0		-	
Não	1,26 (0,55 - 2,91)		-	
Realização de pré-natal		0,306		-
Sim	1,0		-	
Não	1,49 (0,70 - 3,17)		-	
Consumo de bebida alcoólica durante a gestação		< 0,001		< 0,001
Sim	2,78 (1,51 - 5,10)		2,78 (1,51 - 5,10)	
Não	1,0		1,0	
Sexo da criança		0,161		-
Masculino	1,0		-	
Feminino	1,56 (0,84 - 2,91)		-	

* Razão de Prevalência; **Teste de Wald.

Evidências apontam que o álcool consumido na gestação atravessa a barreira placentária, permitindo a exposição prolongada do feto ao etanol impregnado no líquido amniótico. Essa substância prejudica as divisões celulares e também inibe a síntese de ácido retinoico, um regulador do desenvolvimento embrionário, resultando em efeitos negativos para a saúde e o desenvolvimento do feto, inclusive complicações graves como a síndrome alcoólica fetal.^{9,15,16}

Vistas as complicações ocasionadas pelo consumo de álcool e sendo esse hábito ainda encontrado durante a gestação,^{26,27} é reconhecida a importância das ações e orientações durante o acompanhamento pré-natal. Prevenir e evitar o consumo de álcool é uma ação realizada ainda na avaliação pré-concepcional, assim como o uso de medicamentos, fumo e drogas ilícitas.²⁸

Apesar de não ter sido observada associação estatisticamente significativa entre as outras variáveis estudadas e o BPN, ressalta-se a importância da influência desses fatores encontrada na literatura. Hidalgo-Lopezosa *et al.*,²⁹ em estudo transversal com 331.449 nascimentos ocorridos na Espanha, observaram risco aumentado de BPN em mães com até 19 anos de idade ou mais que 35 anos, baixa

escolaridade e solteiras ou divorciadas. Ademais, outros estudos também observaram chance elevada para ocorrência de baixo peso em recém-nascidos de mães com baixa escolaridade.^{7,10,17,18}

Evidências também apontam associação entre o tabagismo, incluindo o passivo, e o BPN.^{12-14,16} Estudo realizado com 137 puérperas atendidas numa maternidade de referência do Rio de Janeiro identificou que as gestantes fumantes tenderam a ter recém-nascidos com pesos menores quando comparadas àquelas que não apresentavam o hábito de fumar.¹³

É provável que o baixo número de crianças (294) e a frequência já baixa de mulheres que praticam o tabagismo possam justificar a escassa ocorrência de BPN por conta deste fator universalmente reconhecido como de risco.

Embora não tenha sido encontrada associação estatística entre o BPN e a realização de pré-natal neste estudo, outras pesquisas observaram relação entre o número de consultas pré-natais e o peso ao nascer.^{25,30} Em Feira de Santana (BA), Carvalho *et al.*²⁵ concluíram que gestantes com menos de seis consultas de pré-natal têm 2,94 vezes mais chances de ter bebês com baixo peso. Santos *et al.*³⁰ identificaram que o início tardio do pré-natal está rela-

cionado com maior prevalência de recém-nascidos com peso inadequado.

É reconhecido que algumas condições maternas e gestacionais podem ser mediadas pelos cuidados pré-natais, destacando não apenas a quantidade de consultas, mas a qualidade desempenhada nos atendimentos. Estudo de caso controle, ao analisar a adequação do pré-natal e os fatores de risco associados à prematuridade e ao baixo peso, observou que as mães com inadequação de pré-natal tiveram chance aumentada para apresentar os desfechos.¹⁸ Esse fato sinaliza a relevância da assistência pré-natal efetiva na prevenção do BPN e outros desfechos desfavoráveis.

No estudo aqui relatado, não se fez a avaliação quali ou quantitativa do consumo materno de bebidas alcoólicas, podendo ser considerada uma limitação, tendo em vista as diferenças em relação aos efeitos nos desfechos perinatais de acordo com a quantidade consumida e o período gestacional em que ocorreu a exposição.¹⁴ Por outro lado, a comunidade estudada participou do processo pioneiro de implantação das ações básicas de saúde no Brasil e América Latina há quase 40 anos. Assim, os resultados deste estudo podem embasar estratégias, a partir da própria comunidade, que possibilitem modificar esse cenário no país, a exemplo do incentivo ao planejamento familiar, considerando que o consumo de álcool pode representar um problema real em todas ou na maioria das comunidades faveladas.²¹

É muito provável que o conjunto de fatores (ambiente domiciliar e peridomiciliar insalubre em termos de saneamento básico, acesso, regularidade e resolutividade da assistência pré-natal, uso de drogas lícitas e ilícitas e outros agravos coexistentes), indicando, mas ainda não concluindo pelo risco do BPN, deve permanecer na agenda de intervenções justificadas por medidas para enfrentamento do problema, não apenas nesta comunidade como em outros espaços de pobreza urbana no Brasil, outros países e continentes.

Sob o aspecto descritivo, uma observação de grande importância trata da lamentável escassez de informações sobre a distribuição do peso ao nascer de crianças brasileiras nos ecossistemas de pobreza,

Referências

1. Santos SPD, Oliveira LMB. Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2011; 10 (3): 329-36.
2. Jesus GM, Castelhão ES, Vieira TO, Gomes DR, Oliveira VG. Déficit nutricional em crianças de uma cidade de

que assumem, nas comunidades faveladas, a representação mais marcante de vulnerabilidade social e suas implicações no processo saúde-doença. Ademais, existe uma heterogeneidade de situações em comunidades faveladas que não se acham adequadamente descritas e analisadas.

O estudo aqui apresentado contribui inicialmente como referência mais genérica do quadro dominante de saúde em populações aglomeradas nas periferias urbanas do Brasil, da América Latina e do mundo. Isso está ainda longe de ser alcançado, em relação ao BPN de outras comunidades de vários países e continentes.

Concluindo, verificou-se neste estudo que as crianças cujas mães não consumiram bebidas alcoólicas durante a gravidez foram protegidas quanto à ocorrência de BPN, salientando a relevância dos hábitos maternos na saúde do recém-nascido. Ademais, é pertinente considerar a influência de outros itens das condições socioeconômicas adversas nos desfechos perinatais, apesar de não ter se associado significativamente no nosso estudo. Sendo assim, destaca-se a importância de ações voltadas à saúde materno-infantil, bem como de acompanhamento pré-natal adequado na redução de morbimortalidade materna e infantil. Também vale ressaltar que o consumo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas continua sendo um problema de saúde pública, reforçando a necessidade de ações e políticas públicas direcionadas para essa área.

Contribuição dos autores

Caminha MFC e Batista Filho M - Concepção e delineamento do estudo, aquisição de dados, análise e interpretação de dados, escrita do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. Santos CC - Análise e interpretação de dados, escrita do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. Silva SL- Concepção e delineamento do estudo e revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. Lustosa TF, Farias LCQ e Lima JNA - Análise e interpretação de dados e escrita do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

grande porte do interior da Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (5): 1581-8.

3. Quaresma ME, Almeida AC, Méio MD, Lopes JM, Peixoto MV. Factors associated with hospitalization during neonatal period. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 94: 390-8

4. Lima PA, Carvalho M, Costa AC, Moreira ME. Variables associated with extra uterine growth restriction in very low birth weight infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2014; 90: 22-7.
5. Kropiwiec MV, Franco SC, Amaral AR. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. *Rev Paul Pediatr*. 2017; 35(4): 391-8.
6. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). The State of World's Children 2016. A fair chance for every child. [acesso em 17 mar 2018]. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/index_91711.html>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [acesso em 17 mar 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
8. Caminha MFC, Azevedo PTÁCC, Sampaio BB, Acioly VMC, Belo MPM, Lira PIC, Batista Filho M. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19 (7): 2021-32.
9. Silva ID, Quevedo LDA, Silva RAD, Oliveira SSD, Pinheiro RT. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45: 864-9.
10. Silvestrin S, Silva CH, Hirakata VN, Goldani AA, Silveira PP, Goldani MZ. Maternal education level and low birth weight: a meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89: 339-45.
11. Metgud CS, Naik VA, Mallapur MD. Factors affecting birth weight of a newborn—a community based study in rural Karnataka, India. *PloS one*. 2012; 7 (7): e40040.
12. Moreira MÉFH, Silva CL, Freitas RF, Macêdo MS, do Carmo Lessa A. Determinantes socioeconômicos e gestacionais do peso ao nascer de crianças nascidas a termo. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2017; 50 (2): 83-90.
13. Capelli JDSCS, Pontes JS, Pereira SEA, Silva AAM, Carmo CND, Boccolini CS, Almeida MFL. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19: 2063-72.
14. Sbrana M, Grandi C, Brazan M, Junquera N, Nascimento MS, Barbieri MA, Bettiol H, Cardoso VC. Alcohol consumption during pregnancy and perinatal results: a cohort study. *São Paulo Med J*. 2016; 134 (2): 146-52.
15. Mandal C, Halder D, Jung KH, Chai YG. In Utero Alcohol Exposure and the Alteration of Histone Marks in the Developing Fetus: An Epigenetic Phenomenon of Maternal Drinking. *Int J Biol Sci*. 2017; 13 (9): 1100-8.
16. Paula Pena JC, Oliveira Pedersoli L, Nunes ML, Santos Freitas JM, Fernandes RAQ. Uso de álcool e tabaco na gestação: influência no peso do recém nascido. *Rev Saúde-UNG-Ser*. 2017; 11 (1/2): 74-82.
17. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50 (3): 382-9.
18. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARVD, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(6): 1965-74.
19. Heredia-Olivera K, Munares-García O. Maternal factors associated with low birth weight. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54 (5): 562-7.
20. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2010. Aglomerados subnormais: informações territoriais. [acesso em: 20 abr.2018]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf
21. Ezeh A, Oyebo O, Satterthwaite D, Chen YF, Ndugwa R, Sartori J, Mberu B, Melendez-Torres GJ, Haregu T, Watson SI, Caiaffa W, Capon A, Lilford RJ. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *Lancet*. 2017; 389 (10068): 547-58.
22. Caminha MFC. Desenvolvimento infantil em um aglomerado urbano subnormal (favela) do Recife, PE. [Relatório de Pós-Doutorado]. Recife: Instituto de Medicina Integral. Prof. Fernando Figueira – IMIP; 2016.
23. ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). 2014. [acesso em 20 maio 2018]. Disponível em: www.abep.org – abep@abep.org.
24. Souza EB. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cad UniFOA*. 2017; 5 (13): 49-53.
25. Carvalho SS, Coelho JMF, Soares DÂB, Mariola E. Fatores maternos para o nascimento de recém-nascidos com baixo peso e prematuros: estudo caso-controle. *Ciência Saúde*. 2016; 9 (2): 76-82.
26. Meucci RD, Saavedra JS, Silva ES, Branco MA, Freitas JN, Santos M, Cesar JA. Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017; 17 (4): 653-61.
27. Baptista FH, Rocha KBB, Martinelli JL, Avó LRS, Ferreira RA, Germano CMR, Melo DG. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017; 17(2): 271-9.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, no. 32. Brasília-DF. 2012. [acesso em 13 jun 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
29. Hidalgo-Lopezosa P, Jiménez-Ruz A, Carmona-Torres JM, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2019; S1871-5192(18)31693-7.
30. Santos MTMD, Campos T, Silva ACP, Andrade BD, Cândido APC, Oliveira RMS, Nemer ASA, Luquetti SCPD, Pereira Netto M. Fatores relacionados ao peso ao nascer: influência de dados gestacionais. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25 (2): 192-8.

Recebido em 2 de Janeiro de 2019

Versão final apresentada em 6 de Agosto de 2019

Aprovado em 4 de Setembro de 2019