

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E FATORES ASSOCIADOS AO BAIXO PESO AO NASCER NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, PARANÁ, NO PERÍODO DE 2011 A 2021

IMPORTANCE OF PRENATAL CARE AND ASSOCIATED FACTORS OF LOW BIRTH WEIGHT IN THE CITY OF CASCAVEL, PARANÁ, FROM 2011 TO 2021

Rafael Dalla Valle Junior¹

Rafael Rauber²

André Luiz Batista³

RESUMO: **Introdução:** No Brasil, o Sistema Único de Saúde oferece consultas pré-natais de forma gratuita, tornando-as acessíveis a todas as gestantes. Essa abordagem tem contribuído significativamente para melhorar os resultados relacionados ao peso ao nascer e, conseqüentemente, para reduzir a morbidade neonatal e infantil. **Objetivo:** Realizar uma análise quantitativa do peso dos recém-nascidos no município de Cascavel, Paraná, no período de 2011 a 2021. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo, realizado no município de Cascavel, a partir de dados provenientes do DATASUS. **Análise dos resultados e discussão:** A amostra final do estudo incluiu o total de 74.353 recém-nascidos vivos no período de 2011 a 2021 no município de Cascavel, Paraná. O total de neonatos com baixo peso ao nascer foi de 7.225, correspondendo a 9,71% da amostra total. Estes dados foram associados às seguintes variáveis: idade da mãe, instrução da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, adequabilidade do número de consultas da assistência pré-natal e tipo de parto. **Considerações finais:** Portanto, a etiologia multifatorial do baixo peso ao nascer desafia a criação de um programa abrangente capaz de solucionar esse problema de forma eficaz. Logo, as consultas pré-natais desempenham um papel crucial na identificação precoce de fatores de risco, na implementação de medidas preventivas e no acompanhamento cuidadoso da gestação. Ao promover um peso saudável ao nascimento, essas consultas contribuem significativamente para o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê, estabelecendo as bases para um começo de vida saudável e um futuro mais promissor.

2484

Palavras-chave: Baixo peso ao nascer. Assistência pré-natal. Cascavel. Paraná.

¹Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

² Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

³ Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz.

ABSTRACT: Introduction: In Brazil, the Sistema Único de Saúde provides free prenatal consultations, making them accessible to all pregnant women. This approach has significantly contributed to improving outcomes related to birth weight and, consequently, reducing neonatal and infant morbidity. **Objective:** To conduct a quantitative analysis of newborn weight in the municipality of Cascavel, Paraná, from 2011 to 2021. **Methodology:** This is a quantitative and retrospective study conducted in the municipality of Cascavel, based on data from DATASUS. **Results and Discussion:** The final sample of the study included a total of 74,353 live newborns from 2011 to 2021 in the municipality of Cascavel, Paraná. The total number of low birth weight neonates was 7,225, corresponding to 9.71% of the total sample. These data were associated with the following variables: maternal age, maternal education, gestation duration, type of pregnancy, adequacy of the number of prenatal care visits, and type of delivery. **Conclusions:** Therefore, the multifactorial etiology of low birth weight challenges the creation of a comprehensive program capable of effectively addressing this issue. Thus, prenatal consultations play a crucial role in early identification of risk factors, implementation of preventive measures, and careful pregnancy monitoring. By promoting a healthy birth weight, these consultations significantly contribute to the well-being of both the mother and the baby, laying the foundation for a healthy start to life and a more promising future.

Keywords: Low birth weight. Prenatal care. Cascavel. Paraná.

1. INTRODUÇÃO

2485

O período neonatal compreende desde o momento do nascimento até o vigésimo oitavo dia completo de vida do bebê. Ele é subdividido em duas partes: o período neonatal precoce, que abrange a primeira semana completa de vida (os primeiros sete dias), e o período neonatal tardio, que se estende pelas três semanas subsequentes. Esse período é considerado uma fase vulnerável da vida infantil devido aos diversos riscos relacionados à biologia, ambiente, fatores sociais e culturais que podem afetar a saúde do bebê. Portanto, demanda cuidados e supervisão profissional intensivos (FORMIGA; LINHARES, 2009).

O peso ao nascer é a primeira medida de peso do recém-nascido obtida logo após o nascimento. De acordo com o peso ao nascer, os recém-nascidos são classificados em: Baixo peso ao nascer: menor que 2.500g; muito baixo peso ao nascer: menor que 1.500g; extremo baixo peso ao nascer: menor que 1.000g. O recém-nascido a termo é aquele nascido entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias de gestação (259 a 293 dias); o pré-termo é aquele com menos de 37 semanas de gestação (menos de 259 dias) e o pós-termo é aquele com 42 semanas ou mais de gestação (294 dias ou mais). Também é possível classificar o recém-nascido quanto

à adequação do peso à idade gestacional: AIG: Adequado para a idade gestacional; PIG: Pequeno para a idade gestacional; GIG: Grande para a idade gestacional (BRASIL, 2016).

As principais causas associadas ao baixo peso ao nascer incluem fatores socioeconômicos, deficiências no cuidado pré-natal, o hábito de fumar, o consumo de álcool, altas taxas de infecções, bem como casos de prematuridade e outras condições que podem levar a mudanças cognitivas. No entanto, determinar com certeza se esses fatores estão diretamente relacionados ao baixo peso ao nascer pode ser uma tarefa desafiadora na prática (MIRANDA; JORGE; ABREU, 2022).

A relação entre a mortalidade e o baixo peso ao nascer segue uma tendência inversamente proporcional, ou seja, à medida que o peso aumenta, a probabilidade de mortalidade diminui. Especificamente, o risco de óbito entre os recém-nascidos de muito baixo peso (menos de 1.500 gramas) é significativamente maior, sendo aproximadamente 30 vezes maior do que entre os que nascem com um peso de 2.500 gramas (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

As consultas pré-natais desempenham um papel fundamental na promoção da saúde materna e fetal, e são uma parte essencial do sistema de saúde no Brasil, conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Essas consultas são um processo contínuo de acompanhamento médico durante a gestação, e seu número e importância são claramente definidos com base nas necessidades da gestante e do bebê. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda, como padrão, um mínimo de sete consultas pré-natais para gestações de baixo risco. No entanto, o número pode variar dependendo de fatores como a idade gestacional no início do pré-natal, o histórico de saúde da gestante e eventuais complicações (BRASIL, 2012).

Portanto, o objetivo desse estudo é analisar os principais fatores associados ao baixo peso ao nascer no município de Cascavel, Paraná, no período de 2011 a 2021. A realização deste estudo é fundamental devido à importância do baixo peso ao nascer como um indicador significativo da saúde neonatal e materna. Compreender os fatores que contribuem para o baixo peso ao nascer em um município específico, como Cascavel, Paraná, durante um período de dez anos, de 2011 a 2021, permite uma análise detalhada das tendências e dos determinantes desse problema de saúde pública. Essa investigação tem o potencial de fornecer dados para profissionais de saúde, gestores de políticas públicas e pesquisadores, permitindo a implementação de intervenções mais direcionadas e eficazes

para reduzir a incidência de baixo peso ao nascer e, assim, melhorar a saúde e o bem-estar das mães e dos recém-nascidos na região.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, realizado a partir de dados provenientes da plataforma do DATASUS (Departamento de Informática do SUS), no qual foram coletados dados relacionados ao baixo peso ao nascer. No site do DATASUS, por meio do tabulador TABNET, foi selecionada a opção “Estatísticas Vitais”, em seguida, “Nascidos Vivos - desde 1994”. Foi selecionada a opção “Nascidos vivos” e abrangência geográfica, Estado do Paraná. Foram incluídos todos os nascidos vivos do município de Cascavel, Paraná, no período de 2011 a 2021.

Foi comparado o baixo peso ao nascer com outras variáveis. As demais variáveis analisadas no estudo foram: idade da mãe, instrução da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, adequabilidade do número de consultas da assistência pré-natal e tipo de parto.

Visando a compreensão das informações recolhidas, os dados foram tabulados e organizados em planilhas no software Microsoft Excel®, além de associados às literaturas correspondentes. Após a coleta dos dados, foi realizada análise descritiva da população estudada por meio da frequência absoluta e relativa das variáveis selecionadas.

Em relação à ética da pesquisa, considerando que o DATASUS disponibiliza uma base de dados de acesso público, sem identificação individual dos pacientes, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Portanto, a utilização desses dados não envolveu questões de confidencialidade ou privacidade que demandassem revisão ética.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra final do estudo incluiu o total de 74.353 recém-nascidos vivos no período de 2011 a 2021 no município de Cascavel, Paraná. O total de neonatos com baixo peso ao nascer, isto é, com menos de 2.500g, foi de 7.225, correspondendo a 9,71% da amostra total.

A Tabela 1 apresenta os principais dados que relacionam a idade materna e peso ao nascer. De nota, 456 (0,6%) eram nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 14 anos, 9.640 (12,9%) de mães entre 15 e 19 anos, 53.537 (72%) de mães entre 20 e 34 anos, 10.750 (14,4%).

Tabela 1: Nascidos vivos por peso ao nascer de acordo com a idade materna.

| Idade (mãe) | < 500g | 500 a 999g | 1000 a 1499 g | 1500 a 2499 g | 2500 a 2999 g | 3000 a 3999 g | 4000g e mais | Total |
|--------------|---------|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------|
| 10 a 14 | 1 0,2% | 6 1,3% | 9 2,0% | 54 11,8% | 125 27,4% | 251 55,0% | 10 2,2% | 456 |
| 15 a 19 | 4 0,0% | 75 0,8% | 96 1,0% | 838 8,7% | 2524 26,2% | 5832 60,5% | 271 2,8% | 9640 |
| 20 a 24 | 13 0,1% | 91 0,5% | 142 0,8% | 1259 7,2% | 4231 24,1% | 11078 63,2% | 727 4,1% | 17541 |
| 25 a 29 | 12 0,1% | 87 0,4% | 182 0,9% | 1451 7,5% | 4402 22,8% | 12329 63,7% | 881 4,6% | 19344 |
| 30 a 34 | 18 0,1% | 94 0,6% | 172 1,0% | 1391 8,4% | 3714 22,3% | 10454 62,9% | 779 4,7% | 16622 |
| 35 a 39 | 15 0,2% | 62 0,7% | 95 1,1% | 765 8,9% | 1955 22,7% | 5295 61,4% | 436 5,1% | 8623 |
| 40 a 44 | 3 0,1% | 16 0,8% | 28 1,4% | 224 11,1% | 486 24,2% | 1166 58,0% | 89 4,4% | 2012 |
| 45 a 49 | - - | 2 1,8% | 1 0,9% | 18 16,5% | 35 32,1% | 51 46,8% | 2 1,8% | 109 |
| 50 a 54 | - - | - - | - - | 1 16,7% | 3 50,0% | 2 33,3% | - - | 6 |
| Total | 66 | 433 | 725 | 6001 | 17475 | 46458 | 3195 | 74353 |

Fonte: DATASUS (2023).

Ao analisar o baixo peso de 1500 a 2499g entre as faixas etárias, é evidente que as maiores porcentagens se concentram nos extremos de idade (11,8% na faixa etária de 10 a 14 anos e 16,5% na faixa etária de 45 a 49 anos). Entre mães de 20 a 24 anos, o valor é inferior (7,2%; n = 1.259). De modo semelhante, nos pesos de 1.000 a 1.499g, observa-se uma tendência de concentração dos casos nos extremos de idade (20 a 24 anos - 0,8% *versus* 10 a 14 anos - 2,0% *versus* 40 a 44 anos - 1,4%). Nos neonatos com pesos inferiores aos analisados essa relação também é evidente, no entanto, correspondem à minoria geral dos casos.

A concentração de casos de baixo peso ao nascer em extremos de idade materna, como entre adolescentes (10 a 14 anos) e mulheres mais velhas (45 a 49 anos), pode ser explicada por fatores distintos. Adolescentes podem enfrentar riscos devido à imaturidade física e emocional, bem como à falta de acesso a cuidados pré-natais adequados. Por outro lado, mulheres mais velhas podem enfrentar desafios relacionados às mudanças naturais do corpo e ao maior risco de complicações médicas. Em contraste, a taxa mais baixa de baixo peso ao nascer em mães de 20 a 24 anos pode ser atribuída a um melhor estado de saúde, recursos financeiros e preparação para a gestação. Essas variações refletem as influências das condições de saúde, acesso a cuidados médicos e recursos socioeconômicos das mães em diferentes faixas etárias na determinação do peso ao nascer de seus bebês.

A **Tabela 2** apresenta os dados que relacionam o grau de instrução (anos de escolaridade) com o peso ao nascer.

Tabela 2: Nascidos vivos por peso ao nascer de acordo com o grau de instrução materna (anos de estudo).

| Instrução (mãe) | < 500g | 500 a 999g | 1000 a 1499 g | 1500 a 2499 g | 2500 a 2999 g | 3000 a 3999 g | 4000g e mais | Total |
|-----------------------|---------|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------|
| Nenhuma | 1 0,5% | 1 0,5% | 2 1,1% | 22 12% | 52 29% | 98 54% | 6 3% | 182 |
| 1 a 3 anos | - - | 5 0,6% | 12 1,4% | 96 12% | 207 25% | 471 57% | 41 5% | 832 |
| 4 a 7 anos | 4 0,0% | 46 0,5% | 76 0,8% | 841 9% | 2290 25% | 5513 60% | 425 5% | 9195 |
| 8 a 11 anos | 34 0,1% | 267 0,6% | 428 1,0% | 3259 8% | 9790 23% | 26461 63% | 1911 5% | 42150 |
| 12 anos e mais | 27 0,1% | 113 0,5% | 203 0,9% | 1774 8% | 5120 23% | 13860 63% | 807 4% | 21904 |
| Ignorado | - - | 1 1,1% | 4 4,4% | 9 10% | 16 18% | 55 61% | 5 6% | 90 |
| Total | 66 | 433 | 725 | 6001 | 17475 | 46458 | 3195 | 74353 |

Fonte: DATASUS (2023).

Ao analisar os pesos de 1.500 a 2499g, 12% eram nascidos vivos de mães que não tiveram acesso à educação ou que estudaram por apenas 3 anos. Por outro lado, nascidos vivos de mães com 12 anos ou mais de estudo corresponderam a 8% da amostra. Nos pesos inferiores há uma tendência semelhante, porém menor.

A discrepância nas taxas de baixo peso ao nascer entre mães com níveis educacionais diferentes pode ser explicada por diversos fatores socioeconômicos e de estilo de vida. Mães com menor acesso à educação podem ter menos conhecimento sobre cuidados pré-natais adequados, dietas saudáveis durante a gravidez e a importância de evitar comportamentos de risco, como fumar ou consumir álcool. Além disso, elas podem ter menos acesso a serviços de saúde de qualidade e receber menos orientações médicas durante a gestação. Esses fatores podem contribuir para um maior risco de complicações durante a gravidez, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de seus bebês nascerem com baixo peso. Por outro lado, mães com níveis mais elevados de educação podem estar mais conscientes dos cuidados necessários durante a gravidez e têm mais recursos para buscar assistência médica e seguir orientações médicas, reduzindo assim o risco de baixo peso ao nascer entre seus bebês. A tendência semelhante nos pesos inferiores sugere que a educação pode desempenhar um papel importante na promoção de gestações saudáveis e no peso adequado ao nascer dos bebês.

A Tabela 3 apresenta os dados que relacionam as semanas gestacionais com o peso ao nascer.

Tabela 3: Nascidos vivos por peso ao nascer de acordo com as semanas gestacionais.

| Duração da gestação | < 500g | 500 a 999g | 1000 a 1499 g | 1500 a 2499 g | 2500 a 2999 g | 3000 a 3999 g | 4000g e mais | Total |
|---------------------|--------|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------|
| < 22 semanas | 13 50% | 4 15% | 2 8% | - - | 1 4% | 5 19% | 1 | 26 |
| De 22 a 27 semanas | 44 11% | 311 74% | 49 12% | 7 2% | 2 0% | 6 1% | - | 419 |
| De 28 a 31 semanas | 1 0,1% | 98 12% | 433 53% | 243 29% | 19 2% | 29 4% | 1 | 824 |
| De 32 a 36 semanas | 1 0,0% | 13 0% | 215 3% | 3446 45% | 2443 32% | 1530 20% | 77 | 7725 |
| De 37 a 41 semanas | 7 0,0% | 5 0% | 25 0% | 2265 4% | 14846 23% | 44211 69% | 3065 | 64424 |
| 42 semanas ou mais | - - | 1 0% | - - | 26 3% | 132 16% | 604 74% | 49 | 812 |
| Ignorado | - - | 1 1% | 1 1% | 14 11% | 32 26% | 73 59% | 2 | 123 |
| Total | 66 | 433 | 725 | 6001 | 17475 | 46458 | 3195 | 74353 |

Fonte: DATASUS (2023).

De acordo com a Tabela 3, pode-se perceber que entre 28 e 36 semanas se concentraram a maioria dos casos com baixo peso ao nascer. Ao analisar a faixa de peso de 1500 a 2499g, percebemos que os nascidos vivos de mães com gestações de 32 a 36 semanas corresponderam a 45% (n = 3.446). Quando analisado a termo, isto é, 37 a 41 semanas, essa porcentagem se reduz para 4%, com 2.265 casos de baixo peso ao nascer de um total de 64.424 nascidos vivos nessas semanas gestacionais.

A redução significativa da incidência de baixo peso ao nascer em gestações a termo (37 a 41 semanas) em comparação com gestações pré-termo (28 a 36 semanas) pode ser explicada por vários fatores. Durante as últimas semanas da gravidez, o feto ganha a maior parte do peso corporal e passa por um rápido desenvolvimento dos órgãos, principalmente dos pulmões. Nas gestações a termo, os fetos têm mais tempo para se beneficiar plenamente do ambiente uterino, permitindo que alcancem um peso mais adequado ao nascer. Além disso, a placenta continua a funcionar de maneira eficaz até o final da gestação, fornecendo nutrientes e oxigênio essenciais para o crescimento fetal. Por outro lado, em gestações pré-termo, o feto não teve tempo suficiente para completar esse processo de desenvolvimento, o que aumenta o risco de baixo peso ao nascer devido à imaturidade dos órgãos e sistemas. Portanto, o período gestacional é um fator crítico para determinar o peso ao nascer, com bebês nascidos a termo geralmente apresentando um peso mais adequado em comparação com aqueles nascidos prematuramente.

A Tabela 4 analisa os casos de acordo com o tipo de gravidez (única, dupla, tripla e mais) pelo peso ao nascer.

Tabela 4: Nascidos vivos por peso ao nascer de acordo com tipo de gravidez.

| Tipo de gravidez | < 500g | 500 a 999g | 1000 a 1499 g | 1500 a 2499 g | 2500 a 2999 g | 3000 a 3999 g | 4000g e mais | Total |
|------------------|---------|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------|
| Única | 51 0,1% | 362 0,5% | 556 0,8% | 4789 6,6% | 16848 23,4% | 46310 64,2% | 3195 4,4% | 72111 |
| Dupla | 10 0,5% | 62 2,8% | 155 7,1% | 1184 54,2% | 627 28,7% | 148 6,8% | - | 2186 |
| Tripla e mais | 5 8,9% | 9 16,1% | 14 25,0% | 28 50,0% | - | - | - | 56 |
| Total | 66 0,1% | 433 0,6% | 725 1,0% | 6001 8,1% | 17475 23,5% | 46458 62,5% | 3195 4,3% | 74353 |

Fonte: DATASUS (2023).

Analisando a Tabela 4, é notável o aumento de nascidos vivos com baixo peso nas gestações gemelar, tripla ou mais. Na gestação única, nos pesos de 1.500 a 2.499g, os nascidos vivos correspondem a 6.6%. Na gestação dupla esse valor aumenta para 54,2% e se mantém em 50% na gestação tripla ou mais.

Os bebês em gestações gemelares, triplas ou mais tendem a ter baixo peso ao nascer devido a diversos fatores. A restrição de espaço uterino, a competição por recursos dentro do útero, o risco aumentado de parto prematuro, complicações médicas maternas e fatores genéticos contribuem para esse fenômeno. Gestações múltiplas são monitoradas de perto pelos profissionais de saúde para minimizar os riscos e garantir o melhor resultado possível tanto para os bebês quanto para as mães, podendo envolver cuidados médicos frequentes, ultrassonografias para avaliar o crescimento fetal, repouso e, em alguns casos, parto prematuro planejado.

A Tabela 5 apresenta os dados que relacionam a classificação do pré-natal (adequado ou não em relação ao número de consultas) com o peso ao nascer.

Tabela 5: Nascidos vivos por peso ao nascer de acordo com tipo de gravidez.

| Pré-natal (quantidade) | < 500g | 500 a 999g | 1000 a 1499 g | 1500 a 2499 g | 2500 a 2999 g | 3000 a 3999 g | 4000g e mais | Total |
|------------------------|--------|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------|
| Não fez pré-natal | 4 | 6 | 10 | 19 | 38 | 60 | 7 | 144 |
| Inadequado | 11 | 59 | 92 | 890 | 2416 | 6210 | 453 | 10131 |
| Intermediário | 21 | 131 | 125 | 334 | 515 | 1120 | 45 | 2291 |
| Adequado | 5 | 41 | 86 | 421 | 835 | 1709 | 91 | 3188 |
| Mais que adequado | 12 | 73 | 224 | 2874 | 9286 | 26522 | 1958 | 40949 |
| Não classificados | - | 3 | 4 | 6 | 27 | 35 | 1 | 76 |
| Não informado | 13 | 120 | 184 | 1457 | 4358 | 10802 | 640 | 17574 |
| Total | 66 | 433 | 725 | 6001 | 17475 | 46458 | 3195 | 74353 |

Fonte: DATASUS (2023).

De acordo com a Tabela 5, nos pesos de 1.500 a 2499g, é notável a diferença entre os nascidos vivos de mães que fizeram o pré-natal adequadamente e os de mães que não o fizeram. Foram 13,1% (n = 19) de nascidos vivos de mães que não fizeram pré-natal, comparados a 8,7% (n = 890) de mães que o fizeram, porém inadequadamente, 13,2% (n = 421) de mães que fizeram o pré-natal de forma adequada (outros fatores podem estar relacionados ao aumento), e 7% (n = 2.874) de mães em que o pré-natal estava mais que adequado.

A importância das consultas pré-natais se dá pela possível análise e acompanhamento do desenvolvimento do feto, garantindo que esteja crescendo adequadamente e que não haja anormalidades detectáveis, fornecendo orientações cruciais sobre hábitos de vida saudáveis, dieta, suplementação e cuidados pré-natais, ajudando as gestantes a adotar um estilo de vida mais saudável, reduzindo os riscos de complicações que podem levar ao baixo peso ao nascer (KRIEBS, 2010).

As consultas também permitem avaliar a saúde da gestante, incluindo a pressão arterial, peso, presença de infecções e doenças crônicas, garantindo um acompanhamento adequado e intervenção precoce, se necessário. Além disso, durante as consultas, as gestantes recebem informações essenciais sobre nutrição, cuidados pré-natais, amamentação, planejamento familiar e outras questões importantes relacionadas à gestação e ao parto. Isso contribui para uma gravidez saudável e informada. As consultas pré-natais também são fundamentais para detectar complicações precocemente, como a pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, infecções e outras condições que podem afetar tanto a mãe quanto o bebê (BRASIL, 2012).

Ademais é no acompanhamento pré-natal onde as gestantes são informadas sobre os benefícios do aleitamento materno e recebem orientações para iniciar e manter a amamentação após o parto, podendo incluir o suporte psicológico para ajudar as gestantes a lidar com as mudanças emocionais e psicológicas associadas à gravidez e ajudando as gestantes a se prepararem física e emocionalmente para a maternidade, promovendo um ambiente mais saudável para o desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2012).

A Tabela 6 apresenta os dados relacionados ao tipo de parto (vaginal ou cesáreo) com o peso ao nascer.

Tabela 6: Nascidos vivos por peso ao nascer de acordo com tipo do parto (vaginal ou cesáreo).

| Peso ao nascer | Vaginal | | Cesáreo | | Total |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Menos de 500g | 32 | 48,5% | 34 | 51,5% | 66 |
| 500 a 999g | 201 | 46,4% | 232 | 53,6% | 433 |
| 1000 a 1499g | 190 | 26,2% | 535 | 73,8% | 725 |
| 1500 a 2499g | 2055 | 34,2% | 3946 | 65,8% | 6001 |
| 2500 a 2999g | 7565 | 43,3% | 9910 | 56,7% | 17475 |
| 3000 a 3999g | 18889 | 40,7% | 27569 | 59,3% | 46458 |
| 4000g e mais | 841 | 26,3% | 2354 | 73,7% | 3195 |
| Total | 29773 | 40,0% | 44580 | 60,0% | 74353 |

Fonte: DATASUS (2023).

A análise da Tabela 6 mostra que entre os neonatos com baixo peso ao nascer, o tipo de parto mais frequente foi o parto cesáreo. Na faixa de peso de 1.500 a 2.499g, observa-se que 65,8% dos neonatos nasceram de parto cesáreo, em comparação ao vaginal (34,2%). Nas faixas de peso inferiores, observa-se uma tendência semelhante, com até 73,9% dos nascidos vivos com 1.000 a 1.499g nascidos de parto cesáreo. No entanto, com menos de 500g houve pouca diferença entre os dois grupos.

Com relação à cesárea planejada *versus* o parto vaginal planejado, a literatura recomenda que mães com fetos de baixo peso devam passar por uma tentativa de parto, na ausência de uma indicação padrão para uma cesárea planejada. O parto por cesárea está associado a riscos conhecidos para a mãe e não apresenta benefícios comprovados para o recém-nascido de baixo peso em apresentação cefálica que está tolerando o trabalho de parto (CLEARY-GOLDMAN; ROBINSON, 2023).

O racional para a realização rotineira de cesarianas em fetos de baixo peso quando o parto prematuro é necessário ou inevitável se baseia na hipótese de que evitar o trabalho de parto ativo e o parto vaginal pode melhorar a sobrevivência neonatal, reduzindo o estresse por hipóxia e os riscos de asfixia e hemorragia intraventricular (ANDERSON *et al.*, 1988; SHAVER *et al.*, 1992; WADHAWAN *et al.*, 2003). No entanto, não há evidências de alta qualidade que respaldem essa hipótese, e há meta análises as quais indicam que a via de parto não é um fator independente significativo que afeta a mortalidade perinatal ou o neurodesenvolvimento (ALFIREVIC; MILAN; LIVIO, 2012; O'CALLAGHAN; MACLENNAN, 2013).

A maioria das evidências de estudos prospectivos e retrospectivos realizados em todo o mundo não demonstrou uma melhoria significativa na morbidade ou mortalidade perinatal para o feto cefálico nascido por cesárea, especialmente quando a indicação principal

para o parto cesáreo foi o baixo peso ao nascer, mesmo em idades gestacionais muito precoces (22 a 23 semanas) (BARRET; BOEHM; VAUGHN, 1983; CZARNY *et al.*, 2021). Um estudo de longo prazo constatou que a via de parto de fetos não fez diferença detectável nas pontuações de Bayley II aos dois anos de idade (OBIČAN *et al.*, 2015). Embora alguns estudos tenham observado um aumento no risco de HIV ou morte entre recém-nascidos de baixo peso nascidos por via vaginal (CHEN; WANG; FANG, 2005; CHEN *et al.*, 2013), uma limitação consistente desses estudos é a marcante diferença nas características basais entre os grupos de cesárea e parto vaginal. Complicações obstétricas que favorecem um modo de parto sobre o outro são importantes fatores de confusão.

A etiologia multifatorial do baixo peso ao nascer desafia a criação de um programa abrangente capaz de solucionar esse problema de forma eficaz. Para combater esse desafio, é fundamental reunir esforços de diversos setores da sociedade, indo além das fronteiras do sistema de saúde. No campo da saúde, a implementação de intervenções diretas e a execução de programas de assistência à saúde, desde que sejam eficazes e mantenham um alto padrão de qualidade, podem desempenhar um papel crucial na redução do baixo peso ao nascer e de suas consequências. Assim, a solução para o desafio do baixo peso ao nascer é um que requer a colaboração criativa e coordenada de todos os setores da sociedade, com o objetivo comum de garantir que todas as crianças tenham a chance de começar a vida com saúde e vitalidade (MAIA; SOUZA, 2010).

2494

Manter um peso adequado ao nascimento é essencial para reduzir o risco de complicações, como parto prematuro, restrição do crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer. Essas complicações podem aumentar a vulnerabilidade do recém-nascido a uma série de problemas de saúde, incluindo dificuldades respiratórias, infecções e deficiências no desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, nosso estudo teve como objetivo analisar quantitativamente o peso dos recém-nascidos no município de Cascavel, Paraná, no período de 2011 a 2021, no qual a prevalência de baixo peso ao nascer foi de 9,71%. Identificamos que diversos fatores se associaram significativamente ao baixo peso ao nascer. Em particular, observamos que recém-nascidos de mães nas faixas etárias mais jovens e mais avançadas, com níveis de educação mais baixos, que não receberam ou receberam inadequadamente acompanhamento

pré-natal, apresentaram maior propensão a nascer com baixo peso. Além disso, constatamos que a porcentagem de neonatos com baixo peso ao nascer foi mais elevada entre aqueles nascidos entre 28 e 36 semanas de gestação. Esses resultados destacam a importância crucial das consultas pré-natais adequadas e do acompanhamento cuidadoso durante a gravidez, bem como a necessidade de direcionar esforços para as gestantes em grupos de maior risco, a fim de reduzir a incidência de baixo peso ao nascer e promover um início saudável e promissor para a vida dessas crianças.

REFERÊNCIAS

ALFIREVIC, Zarko; MILAN, Stephen J.; LIVIO, Stefania. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 6, 2012.

ANDERSON, Garland D. et al. The relationship between labor and route of delivery in the preterm infant. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 158, n. 6, p. 1382-1390, 1988.

BARRETT, Jeffrey M.; BOEHM, Frank H.; VAUGHN, William K. The effect of type of delivery on neonatal outcome in singleton infants of birth weight of 1,000 g or less. *Jama*, v. 250, n. 5, p. 625-629, 1983

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CHEN, Pei-Chyi; WANG, Pei-Wei; FANG, Li-Jung. Prognostic predictors of neurodevelopmental outcome or mortality in very-low-birth-weight infants. *Acta Paediatrica Taiwanica= Taiwan er ke yi xue hui za zhi*, v. 46, n. 4, p. 196-200, 2005.

CHEN, Yi et al. An epidemiological survey on low birth weight infants in China and analysis of outcomes of full-term low birth weight infants. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

CLEARY-GOLDMAN, Jane; ROBINSON, Julian N. Delivery of the low birth weight singleton fetus. 2023.

CZARNY, Heather N. et al. Association between mode of delivery and infant survival at 22 and 23 weeks of gestation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, v. 3, n. 4, p. 100340, 2021.

FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, p. 472-480, 2009.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; FUJIMORI, Elizabeth; SATO, Ana Paula Sayuri. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 778-786, 2014.

KRIEBS, Jan M. Guidelines for perinatal care: by the American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. 2010.

MAIA, Raquel da Rocha Paiva; DE SOUZA, José Maria Pacheco. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, v. 20, n. 3, p. 735-744, 2010.

MIRANDA, Mônica Moreira; JORGE, Taisnara Ferreira; DE ABREU, Nayara Pereira. PREVALÊNCIA DE BAIXO PESO AO NASCER DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO ESTADO DO TOCANTINS. *Revista Extensão*, v. 6, n. 1, p. 165-173, 2022.

OBIČAN, Sarah G. et al. Mode of delivery at periviability and early childhood neurodevelopment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 213, n. 4, p. 578. e1-578. e4, 2015.

O'CALLAGHAN, Michael; MACLENNAN, Alastair. Cesarean delivery and cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, v. 122, n. 6, p. 1169-1175, 2013.

2496

SHAVER, David C. et al. Early and late intraventricular hemorrhage: the role of obstetric factors. *Obstetrics and gynecology*, v. 80, n. 5, p. 831-837, 1992.

WADHAWAN, Rajan et al. Does labor influence neonatal and neurodevelopmental outcomes of extremely-low-birth-weight infants who are born by cesarean delivery?. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 189, n. 2, p. 501-506, 2003.