

**Universidade Pública de Cabo Verde
Departamento de Ciências e Tecnologia
Mestrado em Saúde Pública**

Iris de Vasconcelos Matos Pinto Monteiro

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO PESO AO NASCER A PARTIR DA
DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS
CABO VERDE 2010 E 2011**

Orientadora Doutora Vera Lúcia Gomes de Andrade





UNIVERSIDADE PÚBLICA DE CABO VERDE
Departamento de Ciências e Tecnologia
Mestrado em Saúde Pública

Iris de Vasconcelos Matos Pinto Monteiro

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Pública de Cabo Verde, em parceria a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora Doutora Vera Lúcia Gomes de Andrade

Campus do Palmarejo - Cidade da Praia
Abril de 2014

Nome do Autor: Iris de Vasconcelos Matos Pinto Monteiro

Título: Estudo Epidemiológico do Peso ao Nascer a partir da Declaração de Nascidos Vivos - Cabo Verde 2010 e 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Data de Aprovação: _____

Prof. Dr. _____

(.....)

Prof. Dr. _____

(.....)

Prof. Dr. _____

(.....)

Prof. Dr. _____

(.....)

Data da Defesa: ___ de _____ de _____

DEDICATÓRIA

Ao Meu Príncipe Anthony Miguel!

AGRADECIMENTOS

E fecha-se mais um ciclo.....

Foram dois anos de dedicação, perseverança, escolhas, e sobretudo de grande satisfação pessoal no desenvolvimento do curso de Mestrado em Saúde Pública. Ao concluir mais uma etapa importante em minha vida, gostaria de agradecer a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para que no meio da caminhada e apesar de todos os contratemplos, fosse possível acreditar e sobretudo ter esperança!

Agradeço a minha orientadora a Professora Doutora Vera Lúcia Gomes de Andrade, uma amiga que a vida me deu, a fiel incentivadora desde do início da nossa trajetória na busca do conhecimento, aceitando-me primeiramente como aluna, e por acreditar no meu trabalho. Agradeço por todos os ensinamentos transmitidos, pela paciência e amizade, pela disponibilidade, humildade e generosidade, pela capacidade de estímulo e sobretudo pelos ensinamentos estatísticos e epidemiológicos. Pela firmeza, profissionalismo e dedicação na orientação dos caminhos a serem seguidos. Só resta-me dizer-Lhe que foi e será sempre um privilégio poder contar com a sua presença, sabedoria e amizade. Muito Obrigada!

À Professora Doutora Patrícia Dantas o meu profundo agradecimento pela incansável disponibilidade, pelos conhecimentos transmitidos, pelo profissionalismo, amizade e paciência. Não Há palavras para descrever a minha profunda gratidão!. Foi muito bom tê-la nessa trajetória!

Ao professor Doutor José Eduardo, a minha gratidão e apreço por nos ter apoiado na orientação e análise dos resultados.

O meu sincero agradecimento aos professores que acreditaram neste mestrado e por todos os conhecimentos transmitidos para que chegássemos até o fim da caminhada com o sentimento de dever cumprido. Bem-haja!

Igualmente agradeço aos professores da Banca Examinadora, pelas correções e valiosas sugestões ao nosso trabalho.

Aos meus colegas e amigos do curso pela convivência, partilha de conhecimentos e amizade. Deixo-vos a minha saudade e amizade!

À minha entidade patronal, a Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacéuticos e Alimentares (ARFA) manifesto o meu apreço e agradecimento pela compreensão nos momentos de ausência para realizar as provas do curso. Em especial as minhas queridas colegas de trabalho, parceiras, e sobretudo Amigas que a vida me deu, Marlene, Larissa e Sónia pelo carinho, amizade, sabedoria, inteligência emocional e espiritual e por terem me aturado ao longo dessa caminhada. A vocês, Muito Obrigada!! Não há palavras....

Ao Ministério da Saúde de Cabo Verde, através da Direcção Nacional de Saúde, manifestamos o nosso profundo agradecimento por ter-nos concebido autorização para aceder aos dados da Base de Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

À minha querida MÃE, meu tesouro, meu porto seguro, pelo amor incondicional, pela sabedoria, serenidade, humildade, e por todos os ensinamentos. Por sempre teres acreditado em mim e teres caminhado junto a mim mostrando que tudo torna-se possível quando queremos! Obrigada por me ensinares ao longo da trajectória da vida, a ter paciência, a ser benevolente, humilde, e sobretudo a esperar pelo momento certo...O MOMENTO da CONCEPCÇÃO ATÉ O NASCIMENTO! És a minha fonte de Inspiração! Amo-te!

Um agradecimento, muito especial, ao meu querido e inesquecível Avô (in memoriam), um Pai que a vida me deu, por me ter ensinado os verdadeiros valores da vida, por ter acreditado sempre em mim, e por estar sempre do meu lado mesmo quando tornaste uma estrela no céu..... Eternas Saudades! Na eternidade espero reencontrá-Lo!

A minha estimada Avó, Mãe, Madrinha, que carinhosamente chamamos de Mãe Grande, como mesmo diz o nome, uma Grande Mãe, Avó e Mulher! Um exemplo a ser seguido! Agradeço profundamente pelos ensinamentos, pelo Amor e pela presença constante!

À minha família o meu agradecimento e apreço pelo Vosso carinho e amor.

Ao meu querido Filho e companheiro Anthony Miguel, o presente que os Anjos me ofertaram. Com certeza fostes a minha maior conquista até hoje. Muito obrigada pela alegria contagiante que tens, por seres um menino abençoado e por teres entendido e aceitado a ausência da mamãe...Minha satisfação e felicidade em ter-te

do meu lado foi o maior estímulo para seguir em frente e finalizar o mestrado. Este trabalho é para ti! Amo-te com toda a minha força!

Ao meu marido manifesto o meu profundo reconhecimento de gratidão por teres entendido as minhas ausências quando foi necessário e por teres me ajudado a concluir essa etapa. Muito obrigada com todo meu carinho e amor!

Aos meus amigos, poucos mas grandes e verdadeiros, que estiveram do meu lado incentivando-me nos momentos de incerteza, de aflição, e sobretudo por terem aceitado e compreendido o meu afastamento “físico”, não há palavras que expresse o meu profundo agradecimento. Meu incondicional apreço!

À todos os bebés de Cabo Verde o meu carinho e apreço, sem o vosso “registo” este trabalho não seria possível !

À todos que me ajudaram a ser quem sou, que depositam confiança em mim e para os quais sou uma esperança, resta-me dizer-vos: OBRIGADA POR TUDO!

E por fim, mas não menos importante, a Luz que me Ilumina em todos os momentos, prometo continuar essa caminhada sempre rumo à Evolução! Afinal, a vida não faz sentido sem desafios!

Enfim, agradeço a todos de coração.....

“As Crianças são flores da revolução.”

Amílcar Cabral

*“Grandes realizações são possíveis quando se dá importância
aos pequenos começos.”*

Lao Tse

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Lista de Tabelas	xi
Lista de Figuras	xiii
Lista de Abreviaturas	xiv
Lista de Anexos	xv
Resumo	xvi
Abstract	xvii
1 Introdução	18
1.1 Objetivos	22
1.1.1 Objetivo Geral	22
1.1.2 Objetivos Específicos	23
2 Marco Teórico	24
3 Material e Método	38
3.1 População e Local de Estudo	38
3.2 Desenho do Estudo	38
3.3 Amostra	38
3.4 Coleta de dados	38
3.5 Seleção dos Sujeitos	39
3.5.1 Critérios de Inclusão	39
3.5.2 Critérios de Exclusão	39
3.6 Definição dos Termos e Variáveis de Interesse	39
3.6.1 Definição dos Termos	39
3.6.2 Definição de Variáveis	40
3.7 Limitação do Estudo	41

3.8	Análise Estatística dos dados	41
3.9	Procedimentos éticos.....	43
4	Resultados.....	44
5	Discussão	67
6	Conclusões e recomendações.....	70
7	Bibliografia.....	74
	Anexos e Apêndices.....	82
	Anexo A – Guia de Nascimento do Sistema de Informação de Nascidos Vivos de Cabo Verde.....	82
	Apêndice A - Autorização para utilização dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos	83
	Apêndice B – Variáveis Registadas na Base de Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e percentual de nascidos vivos segundo o género por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011
Tabela 2	Número e percentual NV prematuros (<37 semanas de gestação) por Concelho de Residência da Mãe
Tabela 3	Numero e Percentual de NV com BPN por Concelho de Residência da Mãe – Cabo Verde 2010-2011
Tabela 4	Número de Consultas Pré natal por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 - 2011
Tabela 5	Assistência qualificada durante o parto por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 - 2011
Tabela 6	Número de Partos anteriores por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011
Tabela 7	Local do Parto por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011
Tabela 8	Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011
Tabela 9	Taxa de evasão segundo o Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011
Tabela 10	Análise descritiva do Peso ao Nascer, Duração da Gravidez e Idade da Mãe, 2010 e 2011.
Tabela 11	Análise univariada das características dos Recém-nascidos- Cabo Verde 2010 e 2011
Tabela 12	Análise univariada das características do Parto- Cabo Verde 2010 e 2011
Tabela 13	Análise univariada das características da Mãe- Cabo Verde 2010 e 2011
Tabela 14	Análise univariada da Assistência ao Pré Natal- Cabo Verde 2010 e 2011
Tabela 15	Análise dos nascimentos segundo fatores associados ao Baixo Peso ao Nascer em Cabo Verde, 2011
Tabela 16	Análise dos nascimentos segundo fatores associados ao Baixo Peso ao Nascer em Cabo Verde, 2011

Tabela 17 Regressão logística considerando a idade da mãe categorizada para BP.

Tabela 18 Regressão logística considerando BP e idade da mãe categorizada em <20 e ≥20.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura do Ciclo de Vida em termos nutricionais
Figura 2	Percentagem de nascimentos com baixo peso ou muito baixo peso, 1970-2012
Figura3	Percentagem de crianças nascidas com baixo peso por raça ou origem latino-americana, 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS

WHO	World Health Organization
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CNEPS	Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde
GN	Guia de Nascimento
DN	Declaração de Nascimento
OMS	Organização Mundial da Saúde
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SR	Saúde Reprodutiva
RN	Recém Nascido
RCIU	Restrição de Crescimento Intra-uterino

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Guia de Nascimento do Sistema de Informação de Nascidos Vivos de Cabo Verde
Apêndice A	Plano de Variáveis 2010 e 2011
Apêndice B	Autorização para utilização dada do Sistema de Informação de Nascidos Vivos
Apêndice C	Variáveis Registadas na Base de Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos

RESUMO

Há evidências de forte associação entre o baixo peso ao nascer e a morbimortalidade neonatal e infantil. A Organização Mundial da Saúde identifica-o como o mais relevante factor isolado na sobrevivência infantil. Assim, com o propósito de estimular o uso de dados de nascimentos vivos, rotineiramente gerados, em território nacional, foi realizado um estudo para identificar os factores associados ao baixo peso ao nascer por meio de variáveis epidemiológicas e demográficas presentes nos boletins de Nascidos Vivos. Foram analisados 19.554 nascimentos vivos ocorridos durante os anos de 2010 e 2011, em Cabo Verde. Os dados foram obtidos dos boletins de Nascidos Vivos, instrumento Subsistema de Informações de Nascidos Vivos do Sistema Nacional de Informação Sanitária do Ministério da Saúde. Foram efectuados os testes qui-quadrado, Fisher e Wald. Para controlar o efeito de variáveis confundidoras realizou-se uma regressão logística multivariada, utilizando-se sempre um nível de significância de 5%. A proporção de baixo peso nos recém-nascidos foi de 8,5% em 2010 e 8% em 2011. Foi detectada uma associação estatisticamente significativa entre baixo peso ao nascer: sexo, vigilância pré-natal, duração da gravidez e o tipo de parto, em 2010 e 2011, sendo que a idade materna só foi significativa para as crianças de baixo peso para o ano de 2011. Recomenda-se o uso e aperfeiçoamento da guia de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde de estudos epidemiológicos e operacionais de saúde materno-infantil, face à sua relevância, e possibilidade de fornecer informação de qualidade além da facilidade da disponibilidade dos dados.

Palavras-Chave: Nascidos Vivos, Peso ao Nascer, Saúde Materno-infantil, Factores de risco, Baixo Peso ao Nascer, Declaração de Nascido Vivo, Sistemas de Informação de Nascidos Vivos.

ABSTRACT

There is evidence of a strong association between low birth weight and neonatal and infant morbidity and mortality. The World Health Organization identifies it as the most important single factor in child survival. Thus, in order to encourage the use of live births data routinely generated in the country, a study was conducted to identify factors associated with low birthweight through epidemiological and demographic variables present in the bulletins of Live Birth. We analyzed 19,554 live births during the years 2010 and 2011, in Cape Verde. The data were obtained from bulletins of Live Birth, instrument subsystem Live Births Information from the National Health Information System of the Ministry of Health's. Were performed Chi - square, Fisher and Wald tests. To control the effect of confounding variables, we carried out a multivariate logistic regression, always using a significance level of 5 % . The proportion of low birth weight in newborns was 8.5 % in 2010 and 8 % in 2011. A statistically significant association between low birth weights was detected: gender, prenatal monitoring, duration of pregnancy and type of delivery in 2010 and 2011, and maternal age was significant only for children with low weight for the year 2011. The use and improvement of the bulletins of Live Birth from the Ministry of Health of epidemiological and operational studies of maternal and child health, given their relevance and ability to provide quality information and the ease of availability of data is recommended.

Keywords: Lives Birth, Birth Weight, Maternal and Child Health, Risk Factors, Low Birth Weight, Lives Birth Certificates, Information Systems Peso ao Nascer, Saúde Materno-infantil.

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento da realidade de uma comunidade, tanto do ponto de vista socioeconómico quanto sanitário, como forma a assegurar o alcance de um bom nível de saúde, é de suma importância para o planeamento, actuação, e posterior reavaliação da situação de saúde de uma população, já que permite detectar se as mudanças ambicionadas foram alcançadas (Mello Jorge, et al., 1993).

Nesse processo utilizam-se indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais, económicos, entre outros, uma vez que permitem uma descrição mais próxima da realidade, sendo o levantamento de dados de eventos vitais, tais como o conhecimento do número de nascidos vivos de uma região, em um período de tempo, imprescindível já que compõe diversos índices e coeficientes, para além de fundamentar o planeamento de acções na área materno-infantil (Mello Jorge, et al., 1993).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por Nascidos Vivos a expulsão ou extracção completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção, que depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efectivos dos músculos de contracção voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Logo, considera-se como cada produto de um nascimento que reúna essas condições como uma criança viva (Resoluções WHA20.19 e WHA 43.24 Assembleia Mundial da Saúde, art.º 23).

O acompanhamento estatístico dos nascimentos (eventos vitais) foi um avanço significativo no ramo da epidemiologia pois possibilitou conhecer e saber quem nasce, como nasce, onde nasce e em que condições nasce (Ramos & Cuman, 2009).

Assim, o conhecimento do número de nascidos vivos é indispensável para a elaboração de indicadores de saúde de uma determinada região, em seus aspectos epidemiológicos, político-sociais e económicos, que podem representar a realidade de uma comunidade (Rodrigues & Zagonel, 2010).

De acordo com Ramos & Cuman (2009) conhecer e compreender o complexo processo do nascimento, desde a gestação ao parto, e os factores que nele interferem é fundamental para a assistência de qualidade efectiva ao binómio mãe-filho, bem como para otimizar e racionalizar o atendimento prestado em todas as etapas do ciclo reprodutivo, priorizando as acções de prevenção, recuperação e manutenção da vida.

Tendo em conta a importância deste binómio, um dos principais indicadores utilizado na avaliação do crescimento intra-uterino é o peso de nascimento, que também representa um factor importante na predição da morbimortalidade infantil (Donaldson & Billy, 1984; Puffer & Serrano, 1988; Rocha, 1991; McIntire, Blomm, Casey, Leveno, 1999). O peso ao nascer é considerado um dos principais indicadores da probabilidade de sobreviver no período neonatal e durante o primeiro ano de vida (Benício et al., 1985; Victora et al., 1985; Menezes, Victora, Barros, 1996).

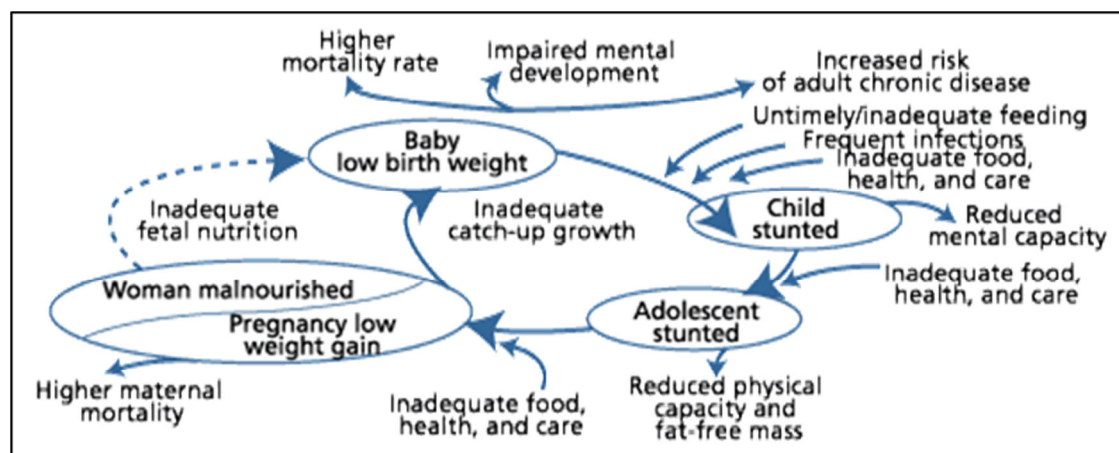
Não obstante a multiplicidade dos factores que influenciam o peso ao nascer, cada vez há mais possibilidade de se predizer quais os recém-nascidos (RN) que estarão mais expostos à maior morbimortalidade (WHO, 1970). Dessa forma, a saúde da criança está directamente relacionada ao crescimento e ganho de peso no útero materno, assim como a relação de tamanho do recém-nascido e sua morbidade, destacando-se, que o peso do recém-nascido e a idade gestacional constituem os principais parâmetros para esta avaliação (Bertagnon, 1993; Ferraz & Neves, 2011).

A OMS define o peso do nascimento como peso do recém-nascido com 1 a 2 horas de vida, ou seja antes que uma perda de peso, que é significativa após o parto, tenha ocorrido. Considera como peso normal todo o nascido vivo com peso superior a 2500 gramas, baixo peso como um peso inferior a 2500 gramas e muito baixo peso, um peso inferior a 1500 gramas, no momento do nascimento (OMS, 1998).

Existem evidências de que crianças nascidas com peso inferior a 2.500 gramas têm maior risco de morte no primeiro ano de vida, de desenvolverem enfermidades infecciosas e respiratórias, para além de possuírem atraso de crescimento e desenvolvimento (Ferraz & Neves, 2011; Orlonski, et al., 2009; Barroso et al., 2008; Wilcox, 2001; Kramer, 1987).

Além disso, alguns autores sugerem que estas crianças podem, no futuro, apresentar doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, hiperlipidemia e obesidade (Orlonski, et al.,2009; Barroso et al., 2008; Ricciardi & Guastadisegni, 2003, Law, 2002; Puffer & Serrano, 1987), como se pode perceber através da figura 1.

Figura 1 - Estrutura do Ciclo de Vida em termos nutricionais



Os nascimentos pré-termo e o atraso no crescimento intra-uterino são as duas principais causas do Baixo Peso ao Nascer (BPN). Do ponto de vista clínico, o BPN não é um resultado muito útil uma vez que é função de dois factores: duração da gestação (nascimento pré-termo) e a taxa de crescimento fetal (crescimento restrito), ambos apresentam muitas diferenças em termos de prognóstico. A ocorrência do BPN em países desenvolvidos é devido ao nascimento pré-termo enquanto que nos países em desenvolvimento está, fundamentalmente, relacionado ao atraso no crescimento intra-uterino (Kramer, 1998). Apesar das causas e efeitos médicos do BPN serem complexos e, frequentemente, se centrarem no feto, na placenta, na mãe e, muitas vezes, na combinação dos três, a multiplicidade destas causas e efeitos médicos são melhor visualizados na figura 1.

A nutrição considerada pobre, na maior parte das vezes, tem início intra-útero e estende-se por todo o ciclo de vida, aumentando o risco da saúde individual, bem como aumenta a probabilidade de danos a gerações futuras através da má nutrição fetal. A subnutrição manifesta-se em gravidezes curtas, peso pré-gestacional e gestacional abaixo do normal, constituindo-se em fortes preditores de BPN. É de

salientar a potencial influência do status nutricional da mãe na saúde e sobrevivência da criança como forma de realçar a importância do elo biológico entre ela e a criança durante a gestação e a lactação. Apesar da relação entre a nutrição materna e a da criança ser complexa pode ser explicada através do ganho do peso materno durante a gestação e o peso ao nascer da criança (Ogunjuyigbe et al., 2008).

O cuidado pré-natal recebido pela mulher grávida tem sido identificado como um meio de identificação das gestantes com risco de terem recém-nascidos pré-termo ou com atraso no crescimento, necessidade de provisão de múltiplas intervenções ao nível da nutrição, educação, dos cuidados médicos como forma de controlar a incidência de resultados como o BPN e outros resultados adversos. Existem vários aspectos como início do controlo pré-natal, o número e o intervalo entre visitas, o conteúdo de cada visita, o conhecimento do profissional provedor do cuidado (por exemplo médicos, parteiras qualificadas, parteiras sem qualificação), a qualidade da estrutura provedora do cuidado (por exemplo hospital, centro de saúde ou casa), a disponibilidade de avaliação do status de risco, a marcação de testes médicos e a disponibilidade de serviços de apoio ao nível do apoio social, nutricional, educacional e médico (Alexander & Korenbrot, 1995).

A nível internacional, a Guia de Nascidos Vivos constitui uma fonte riquíssima para o levantamento de indicadores relacionados à saúde materno-infantil já que dependendo da forma como essas informações são interpretadas, possibilitam o alicerce para o planeamento de acções voltadas para a assistência e a prevenção tanto na área da saúde pública quanto na área da assistência hospitalar à grávida e ao recém-nascido (Ramos & Cuman 2009; Uchimura, et al., 2009).

Diversos autores consideram-na um instrumento de vital importância, uma vez que possibilita o conhecimento de variáveis referentes à mãe (características maternas, paridade, instrução materna, características da gestação e do parto, número de consultas, tipo de parto, duração da gestação) e ao recém-nascido, nomeadamente o peso ao nascer, sexo, entre outras variáveis (Uchimura, et al 2009; Ricciardi & Guastadisegni, 2003; Law, 2002; Kramer, 1987; Wilcox, 2001; Puffer & Serrano, 1987).

Em Cabo Verde, existe o Sistema de Informação em Saúde, que recolhe dados importantes para a construção de diagnósticos e avaliação das acções de saúde. Na vertente da saúde materno-infantil, foi estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2012, o Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) que utiliza como fonte de dados a Declaração de Nascimento (DN) instituído desde 1990 como documento padronizado em todo o país e aplicado a todo recém-nascido no qual foi observado qualquer sinal vital (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2008).

O preenchimento da DN é obrigatório para todos os nascidos vivos em Cabo Verde e recolhe informações sobre a gestante, o parto e o recém-nato, permitindo caracterizar as condições de nascimento e facilitando, dessa forma, a detecção de falhas e o direccionamento das acções na área materno-infantil. (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2008).

Dentre os dados disponibilizados pelo SINASC, o peso ao nascer constitui-se em uma informação na construção de indicadores de qualidade em saúde e para a formulação de políticas de assistência a gestante e ao recém-nascido (Guerra et al; 2008).

Diante desta contextualização e da importância de se conhecer as condições de nascimento em Cabo Verde como meio canalizador para o planeamento dos cuidados direccionados ao grupo materno-infantil, no âmbito da promoção da saúde, o grande propósito desta pesquisa é de identificar os factores associados ao baixo peso ao nascer, por meio de variáveis epidemiológicas e demográficas presentes na Declaração de Nascimento, tendo em conta as variáveis registadas no SINASC.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar as características dos Nascidos Vivos de Cabo Verde nos anos de 2010 e 2011, segundo os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde de Cabo Verde.

1.1.2 Objetivos Específicos

- ▶ Estimar a proporção de BPN dos nascidos vivos referentes aos partos ocorridos nos anos de 2010 e 2011.
- ▶ Identificar características maternas associadas ao BPN;
- ▶ Identificar condições de gestação e características do pré-natal, parto e nascimento, associadas ao BPN.

O presente trabalho encontra-se dividido em oito capítulos, designadamente: introdução contendo os objectivos (geral e específicos), revisão teórico-conceitual sobre o tema, material e métodos de trabalho; resultados; discussão, conclusões e recomendações, referências bibliográficas, anexos e apêndices.

No primeiro capítulo é contextualizado o tema, apresenta-se os fins e justificativas que nos motivou a investigar sobre as características dos nascimentos em Cabo Verde bem como os objectivos norteadores deste trabalho.

No segundo capítulo é feito um levantamento da literatura que guiou toda a incursão conceptual sobre o tema.

No terceiro capítulo é apresentado de forma detalhada os fundamentos metodológicos que orientaram a realização da pesquisa.

No quarto capítulo apresentam-se os resultados alcançados com as análises efectuadas para cada um dos testes estatísticos empregados.

O quinto capítulo constrói a discussão dos resultados encontrados procurando sempre o respaldo na literatura.

No sexto capítulo do trabalho são apresentadas as conclusões obtidas com a pesquisa tendo em conta os resultados alcançados, bem como os objectivos pretendidos. É igualmente exposto algumas recomendações com o intuito de fornecer subsídios que contribuam significativamente para o planeamento das acções dirigidas a saúde materno infantil.

Finalmente são apresentadas as referências bibliográficas que apoiaram a base teórica para a realização deste trabalho, bem como os anexos considerados.

2 MARCO TEÓRICO

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a OMS (UNICEF & WHO, 2004), muitos factores podem contribuir para a ocorrência da prematuridade e da Restrição de Crescimento Intra-uterino (RCIU). Tais factores estão relacionados ao bebé, à mãe ou ao ambiente físico e exercem um papel importante em determinar o peso de nascimento e a saúde futura do indivíduo:

- ▶ Para a mesma idade gestacional, as meninas pesam menos do que os meninos, os primogénitos são mais leves do que os bebés subsequentes e gémeos pesam menos do que os não gémeos;
- ▶ O peso de nascimento é afectado, em grande parte, pelo próprio crescimento fetal da mãe e pela dieta adoptada desde o nascimento até à gravidez;
- ▶ Mulheres de baixa estatura e mulheres jovens têm bebés menores;
- ▶ Durante a gravidez, a nutrição, a dieta materna, o estilo de vida e outras exposições podem afectar o crescimento e o desenvolvimento fetal, bem como a duração da gravidez;
- ▶ Mães em situações económicas precárias podem ter como explicação de BPN a carência nutricional e as condições de saúde da mãe, incluindo a frequência elevada de infecções durante a gravidez ou as complicações durante este período influenciadas pela pobreza. A exigência de trabalho pesado durante a gravidez também contribui para a restrição do crescimento fetal.

Em África calcula-se que mais de um milhão de bebés morrem durante as primeiras quatro semanas de vida, sendo que a maior parte delas morrem nos domicílios, e como consequência esses dados não conseguem ser contabilizados pelos serviços de estatística oficiais, dificultando o estabelecimento de políticas e programas nacionais e regionais no domínio materno-infantil (Knippenberg et al, 2005)

No continente africano morrem anualmente cerca de 500 000 mulheres devido a causas relacionadas com a gravidez e aproximadamente 1 milhão de bebés são

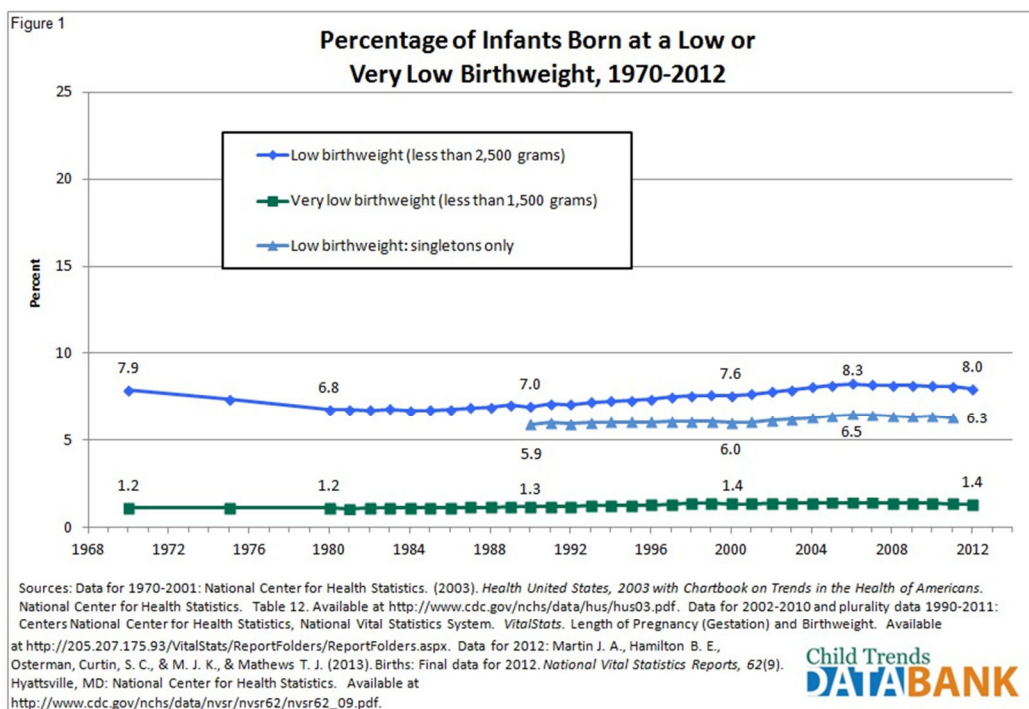
nados-mortos, dos quais pelo menos 300 000 morrem durante o trabalho de parto sendo a maior parte por falta de cuidados maternos e neonatais adequados. Mais de 1,16 milhões de bebês morrem no primeiro mês de vida, sendo metade destes no primeiro dia, estimando que mais 3,3 milhões de crianças morrerão antes de atingirem o seu quinto aniversário. Ademais, quatro milhões de bebês com baixo peso à nascença e outros com complicações neonatais sobrevivem, mas não conseguirão atingir todo o seu potencial de vida (Lawn et al., 2005)

Estima-se que o risco de um bebê africano morrer durante o primeiro dia de vida é de cerca de 10 por cada 1 000 nados vivos, ou um por cento, sendo as três causas principais, nomeadamente as infecções, asfixia durante o parto e complicações causadas por partos prematuros que, no conjunto, representam 88% das mortes neonatais em África (Lawn et al., 2005).

Na África Subsaariana, 14% dos bebês nascem com baixo peso, ou com um peso à nascença menor que 2500 gramas, devido a diversas razões, tais como: i) Deficiente crescimento intra-uterino, ii) vulnerabilidade no momento do parto relacionado a mãe e ao recém-nato e iii) prematuridade (Lawn J. et al., 2005).

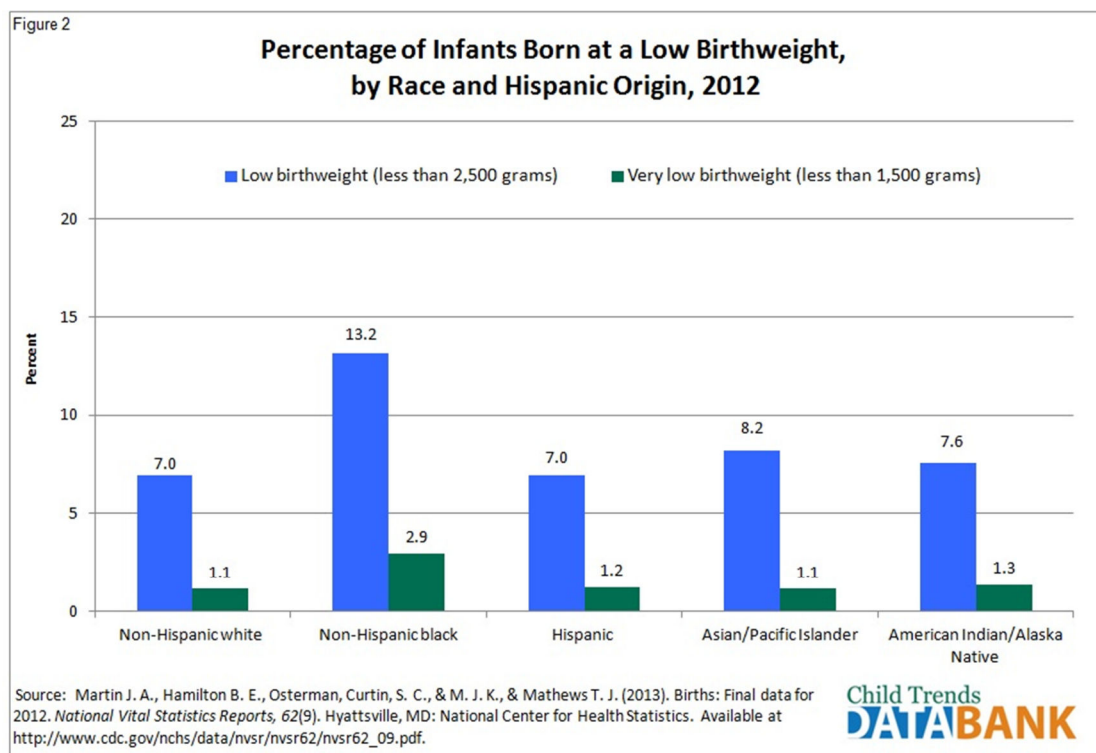
Para o Child Trends Data Bank a percentagem de crianças que tiveram BPN diminuiu entre 1970 e 1980, de 7,9-6,8 por cento de todos os nascimentos, mas aumentou lenta mas firmemente até 2006, para 8,3 por cento. Desde então, esse percentual diminuiu substancialmente, para 8,0 por cento dos nascimentos em 2012. (Figura 2)

Figura 2- Percentagem de nascimentos com baixo peso ou muito baixo peso, 1970-2012



Nessa categoria, crianças negras são mais propensas quando comparadas as outras raças de nascerem com baixo peso. Em 2012, 13,2 por cento das crianças negras tinham baixo peso ao nascer, em comparação com 8,2 por cento dos asiáticos e Ilhas do Pacífico, 7,6 por cento do Índio Americano e nativos do Alasca, 7,0 por cento de brancos e 7,0 por cento das crianças hispânicas. Os dados demonstraram igualmente que crianças negras tem duas vezes mais probabilidade que outras crianças de nascerem com baixo peso (2,9 por cento em 2012, em comparação com entre 1,1 e 1,3 por cento entre aqueles de outros grandes grupos de corrida), conforme demonstra a Figura 3 (Child Trends Data Bank).

Figura 3 – Percentagem de crianças nascidas com baixo peso por raça ou origem latino-americana, 2012.



O BPN é considerado um importante problema de saúde pública, um predictor da sobrevivência de recém-nascidos (UNICEF & WHO, 2004) e um indicador global de saúde que traduz a eficiência do sistema de saúde local (Kabir, 2002). Além disso, contribui de forma expressiva para a morbi-mortalidade infantil. Sua influência na probabilidade de sobreviver bem como no padrão de saúde-doença dos indivíduos tem sido evidenciada por muitos pesquisadores (Ramos, 1986; Miura, 1997; Lopes & Lopes, 1999; Segre, 2000; Behrman & Shiono, 2002; Balci, Acikel & Akdemir, 2010).

O BPN é, portanto, em suas dimensões econômica, social e cultural, um problema específico, ocupando um espaço diferenciado na medicina e nas políticas de atenção à saúde, referente ao binômio mãe-filho (Lippi, Andrade, Bertagnon & Melo, 1989; Tonial, 1998; Monteiro et al., 2000; AndradeGama, Szwarcwald, Gama Leal & LealFilha, 2001; Pedraza, Rocha & Cardoso, 2013; Lima et al., 2013). Este requer uma especial atenção porque é um problema que pode passar de geração para geração, onde recém-nascidos com baixo peso poderão tornar-se crianças e adolescentes desnutridos e com baixa estatura, mulheres mal nutridas na idade reprodutiva e, conseqüentemente, gestantes que irão gerar crianças de BPN (Pojda & Kelley, 2000).

Estudos epidemiológicos revelam que o baixo peso no momento do nascimento pode resultar da deficiência no suprimento de nutrientes fetais e com isso levar a adaptações das células em períodos críticos do crescimento, o que altera permanentemente o metabolismo. Como tal, o feto na tentativa de preservar tecidos nobres, promove alterações hormonais para adaptar o organismo ao menor aporte calórico e proteico, comprometendo o desenvolvimento de órgãos e sistemas, e predispondo o RN a factores de risco como o desenvolvimento posterior de obesidade, apoplexia, diabetes mellitus, disfunção imunológica, doença cardiovascular, doença vascular cerebral, hipertensão arterial, osteopenia, alguns tipos de câncer e doenças mentais (Wallace et al., 2004; Alves, 2004 e Costa et al., 2002).

Outros estudos revelaram um comprometimento da estatura e da massa magra na idade escolar e deficit nutricional em crianças que nasceram com baixo peso, evidenciando os possíveis agravos decorrentes do problema em causa (Sarni et al., 2005; Barroso et al., 2008).

O BPN é portanto considerado o fator mais importante, associado à mortalidade e morbidade perinatais, quando se avalia o desfecho da gravidez, além de ser o indicador isolado mais importante de morbi-mortalidade infantil. Estudos demonstram que a incidência de BPN é mais que o dobro em adolescentes em relação às mulheres adultas, e que a mortalidade neonatal (0 a 28 dias) é quase três vezes maior, para além do risco elevado de morbimortalidade no primeiro ano de vida do recém-nascido (Amaya et al., 2005).

Passebon et al. (2006) realizaram um estudo para verificar a associação entre a mortalidade infantil e o BPN. Os nascidos vivos com BPN apresentaram um risco 4,7 vezes maior de morrer do que os nascidos vivos com peso igual ou superior a 2500g.

Costa (1998), Nascimento & Gotlieb (2001) e Carniel et al., (2003) descreveram o perfil de mães de recém-nascidos dos municípios do Estado de São Paulo, encontrando uma variação de 7.5% a 10.4% de BPN. Uma característica como a prematuridade exerce forte influência no processo de sobrevivência. Com menor frequência, o sexo feminino e paridade materna em idades extremas são

responsáveis pelo nascimento desses recém-nascidos. Quando há superposição de outros factores maternos, o nascimento de BPN sobe para 30%.

Ferraz & Neves (2011) demonstraram que a idade da gestante, escolaridade, situação conjugal e ocupação, não estiveram relacionados com o baixo peso como factores de risco. Em relação ao acompanhamento pré-natal, 76% das puérperas realizaram, no mínimo, quatro consultas pré-natal, e 43% delas realizaram sete ou mais consultas. As mães nulíparas e multíparas representaram 73% dos casos de baixo peso, configurando-se como factor de risco. A distribuição dos recém-nascidos de baixo peso quanto à idade gestacional, evidenciou que a prematuridade esteve presente em 78% dos nascimentos. O parto tipo cesáreo (cirúrgico) representou 76% do total de partos sendo que 85,7% das cesarianas ocorreram nascimentos prematuros, e esteve associado ao baixo peso. Quanto ao sexo, este não apresentou relação com o baixo peso, uma vez que nesse estudo a proporção entre meninos e meninas eram semelhantes.

Em contrapartida, Zambonato et al. (2004) referem que outros mecanismos podem justificar o BPN como os factores de natureza biológica, nomeadamente a imaturidade do sistema reprodutivo e a situação nutricional da adolescente antes e durante a gestação, falta de cuidado pré-natal e primigestação, para além de factores socioculturais, como a pobreza e a marginalidade social.

Num estudo conduzido no Brasil os resultados apontam como determinantes para baixo peso em bebés pré-termo o parto cesariano, gemelaridade, recém-nascidos do sexo feminino e os nascidos de mulheres com menos de sete consultas pré-natal. Relativamente, a crianças nascidas a termo (≥ 37 semanas), esses pesquisadores encontraram como factores de riscos a gestação dupla, tripla ou mais, filhos de mulheres com mais de 34 anos, mães com apenas sete a onze anos de escolaridade e com menos de sete consultas pré-natal (Carniel et. al, 2008).

Uchimura e colegas (2009) comprovaram que a prevalência de baixo peso foi maior nas crianças do sexo feminino (8,5%) comparadas às do sexo masculino (6,8%), sendo essa associação estatisticamente significativa, com chances de uma criança do sexo feminino nascer com baixo peso de 1,25 vezes maior quando comparado a do sexo masculino. A variável paridade, mais especificamente a categoria primípara, apresentou maior risco de ter recém-nascido de baixo peso quando comparada às

mães com 1 a 3 e 4 ou mais filhos. Quanto ao número de consultas pré-natal houve associação significativa com BPN. A variável duração da gestação, apresentou um risco maior de recém-nascido de baixo peso que nasceram pré-termo, ou seja antes de 37 semanas, evidenciando a importância do início precoce do pré-natal possibilitar o diagnóstico de intercorrências evitando, assim, a prematuridade.

Carniel et al., (2008) com o objectivo de conhecer a distribuição do peso de nascimento nas crianças e indicar factores de risco para o baixo peso, comprovaram a média do peso no momento do nascimento foi de 3142 gramas com uma variação de 285 a 5890 g. A maioria das crianças (65%) nasceu com peso igual ou superior a 3000 g e 25,7% com peso entre 2500 e 2999 g, sendo a percentagem de BPN de 9,1%. A média de peso encontrada por Ferraz & Neves (2011) foi de 2070 gramas, sendo que 83,7% dos recém-nascidos obteve peso na faixa de 1500 a 2500 gramas. Quanto à classificação de peso conforme a idade gestacional, 59,5% dos recém-nascidos foram classificados como adequados para a idade gestacional, facto este que pode ser atribuído à prematuridade.

Relativamente à distribuição da frequência e os valores de odds ratio brutos, houve associação entre BPN e filhos de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. As crianças que nasceram prematuras (<37 semanas), as do sexo feminino e as resultantes de gestações duplas ou triplas e mais, mostraram também maiores riscos de nascerem com baixo peso (Carniel et al., 2008).

Nessa pesquisa, o baixo peso foi fortemente influenciado pela prematuridade, ou seja, as crianças nascidas antes de 37 semanas tiveram quase 35 vezes chance de pesar menos de 2500 g do que as de maior idade gestacional. Também, as mulheres com idade superior a 34 anos tiveram 1,4 vezes mais chance de terem filhos pequenos para a idade gestacional, o que parece estar relacionado com maior paridade, doenças maternas pré-existentes e maior incidência de intercorrências na gravidez. Observou-se igualmente, associação entre o BPN e crianças do sexo feminino nascidas prematuras ou a termo (Carniel et al. 2008).

Em compensação Kramer (1987) destaca que não encontrou diferença entre os sexos dos recém-nascidos com baixo peso devido à prematuridade.

No entanto, Carniel et al. (2008) apontam que apesar desta constatação e dos achados nos diversos estudos, o sexo do recém-nascido é uma variável em que não há possibilidade de intervenção.

Quanto às crianças nascidas de partos duplos e triplos o estudo apontou, que estas tiveram maior chance de nascerem com peso inferior a 2500 g, provavelmente decorrente do fato que as gestações múltiplas predispõem ao trabalho de parto prematuro. As gestantes que fizeram menos de 7 consultas pré-natal tiveram mais chance de ter filhos com baixo peso comparadas as que frequentaram o programa adequadamente (Carniel et al. 2008).

No tocante ao peso dos recém-nascidos de mães adolescentes, estudos demonstram frequências maiores de recém-nascidos com BPN, sobretudo nas adolescentes entre 10 e 15 anos. Isso devido provavelmente a factores, tais como o baixo peso materno anterior à gestação, ganho ponderal insuficiente, conflitos familiares e existenciais que retardam a procura pela assistência pré-natal, maior incidência de anemia e infecções, para além do incompleto desenvolvimento nos órgãos reprodutivos, que podem acarretar insuficiência placentária, prejudicando as trocas materno-fetais. Acrescidos a esses factores, pode-se observar que os efeitos de uma gravidez na adolescência antes de o próprio desenvolvimento materno se completar poderiam estar associados com o risco aumentado de parto pré-termo e baixo peso no momento do nascimento (Conde Agudelo et al., 2005; Costa et al., 2002).

Segundo a OMS a adolescência é o período que se caracteriza pela transição da infância à idade adulta, cronologicamente dos 10 aos 19 anos (WHO, 2007).

Para Moreira e colegas (2008) consiste num período de diversas modificações anatómicas, fisiológicas, psicológicas e de identificação consigo mesmo, que acaba gerando inquietação, ansiedade, angústia e insegurança frente à descoberta deste “novo mundo” que ao mesmo tempo é desejado pelas sensações de liberdade, mas temido pelas cobranças e responsabilidades.

Conforme apontado por Kirchengast (2009) o resultado de uma gravidez na adolescência tem que ser considerado um factor adverso, tanto clinicamente, bem como socialmente. Riscos obstétricos de gravidez na adolescência são predominantemente devido a factores sociais e económicos, em vez de idade

cronológica. Este, porém, não é motivo para contestar que a gravidez na adolescência é ainda um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Não há dúvida de que os problemas obstétricos podem ser gerenciados pela medicina moderna e que o risco de gravidez na adolescência pode ser reduzido.

A UNICEF (2001) e o Alan Guttmacher Institute (<http://www.guttmacher.org/>) apontam que mais de 10% de todos os nascimentos em todo o mundo ocorrem de mães adolescentes.

A proporção cada vez maior de adolescentes sexualmente activas implica um aumento da taxa de gravidez nessa faixa etária, que é considerado, em alguns países, principalmente naqueles em desenvolvimento, como um problema de saúde pública, pois, além das repercussões na saúde e no status social destas mulheres, acarreta prejuízo na condição dos recém-nascidos, já que está associado ao aumento da incidência da prematuridade, BPN, crescimento intra-uterino restrito, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal agudo e aumento na incidência das cesarianas (Jolly et al., 2000 & Fraser et al., 1995).

A gravidez na adolescência é considerada problemática porque as complicações da gravidez e do parto são as principais causas de morte em mulheres na faixa etária entre 15 e 19 anos nos países em desenvolvimento (Mayor, 2004).

Por essa razão, em muitos países, a gravidez na adolescência tornou-se como problema notável de saúde pública ao lado de doenças como câncer, obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares (Fraser et al. 1995 & Langille, 2007).

Algumas pesquisas indicam que mais de um terço das mulheres de países em desenvolvimento deram à luz antes dos 20 anos de idade, onde complicações advindas da gravidez precoce e do nascimento dessas crianças são as principais causas de morte de meninas nessa faixa etária nos países mais pobres (UNICEF, 2001; Singh & Darroch, 2000; States of the Worlds Mothers, 2004).

Através dum estudo elaborado por Aquino-Cunha e colegas (2002) a média de peso do recém-nascido foi menor em mães adolescentes, bem como a frequência de BPN (14.9%), o que concorda com outras investigações, que também verificaram maior proporção de BPN entre recém-nascidos de mães adolescentes.

Gama et al. (2001), num estudo realizado no município de Umuarama (Brasil), evidenciou que há uma associação entre a gravidez na adolescência e o maior risco

de BPN, além da maior chance dos filhos de mães adolescentes nascerem com baixo peso (<2500g), onde alguns estudos revelam também maiores taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo.

Kassar et al. (2005) encontraram que a faixa etária do grupo de mães adolescentes grávidas variou de 13 a 19 anos, sendo a idade predominante, 18 anos (23,6%). Relativamente a idade de mães adultas jovens, esta variou de 20 a 30 anos e a idade predominante foi de 24 anos, representando uma proporção de 15,2%. A primiparidade, baixa escolaridade, o pré-natal insatisfatório (< 6 consultas), a baixa renda per capita e o pior estado nutricional apresentaram associação estatisticamente significativa com a gravidez na adolescência (Kassar et al. , 2005).

Quanto à média do peso ao nascer de filhos de mães adolescentes, foi de 3004 gramas comparado com 2080 gramas para as mães adultas jovens. A média de peso ao nascer encontrada nessa pesquisa, tendeu a aumentar com o aumento da idade materna, verificando-se uma diferença de 203 gramas a menos entre filhos de mães na faixa etária de 13 a 15 anos, quando comparados com os das mães entre 20 a 30 anos de idade. Nesse estudo, as variáveis que tiveram um impacto significativo na variação do peso ao nascer foram o estado nutricional materno, a assistência pré-natal e o sexo (Kassar et al., 2005).

Como forma de colmatar os resultados adversos de uma gravidez, independentemente da idade, é necessário perceber que a assistência pré-natal de qualidade é fundamental na redução da mortalidade materna e perinatal como forma de prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando o bem-estar da gestante e seu concepto, além de orientar para evitar problemas específicos do parto, ou mesmo, determinados cuidados imediatos ao recém-nascido (Koffman & Bonadio, 2012).

Sendo assim, as consultas de pré-natal devem ser iniciadas o quanto antes para que os exames necessários venham garantir a saúde da gestante e do bebê, assim como a detecção de doenças ou disfunções, se estas existirem (Cillo et.al., 2012).

Para isso, recomenda-se iniciar o pré-natal logo que a gestação seja diagnosticada objetivando fortalecer a adesão da mulher ao programa de assistência qualificada e diagnosticar eventuais fatores de risco, uma vez que o peso ao nascer é um

indicador que retrata as condições gestacionais e evolução durante o período fetal (Tiago et al., 2008).

Durante o pré-natal o profissional de saúde tem oportunidade de detectar todos os fatores de riscos para o baixo peso ao nascer como doenças maternas pré-gestacionais, pré-eclâmpsia, hábito de fumar e uso de álcool, entre outras (Barros et al., 2013).

Paula e colaboradores (2011) recomendam que é fundamental durante à assistência a gestante identificar quais fatores constituem risco para o nascimento de crianças com peso inadequado, tendo em vista que o peso no momento do nascimento, bem como as condições de saúde são determinadas por diversos fatores complexos e inter-relacionados que se originam de condições biológicas, sociais e ambientais às quais a mulher está exposta durante a gestação. Reforçam igualmente que uma assistência pré-natal efectiva está inevitavelmente vinculada à sua qualidade, à facilidade de acesso e, mais importante, ao cuidadoso acompanhamento de cada gestante e não unicamente ao número de consultas realizadas.

Por assistência efectiva deve-se adoptar o conceito de adequação do pré-natal em que a primeira consulta deve acontecer até o 4º mês de gestação, devendo ser, no mínimo, seis consultas de acompanhamento, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação. Define-se ainda um conjunto de exames laboratoriais e procedimentos requeridos para o cumprimento dos objectivos da atenção qualificada e humanizada às gestantes. A atenção pré-natal tem potencial destacado como indicativo de qualidade dos serviços, pois dispõe de indicadores formais para o seu monitoramento e constitui modalidade de atenção tradicional nos serviços de atenção básica (Costa, Guilhem & Walter, 2005). Entre os indicadores empregues para este tipo de assistência evidenciam-se dois grupos distintos: os de utilização ou quantitativos; e os de processo ou qualitativos. A maioria das investigações se concentra no uso de indicadores quantitativos, através de informações sobre a idade gestacional no início do pré-natal e o número de consultas de pré-natal, isoladas ou combinadas, controladas ou não para a duração da gestação. Apesar de importantes para a avaliação da utilização dos serviços pré-natal, os indicadores quantitativos não permitem a avaliação da qualidade da assistência (Domingues, Hartz, Dias e Leal, 2012). A utilização destes tem sido pouco explorada pois apresenta dificuldades ao tratar da

observação do resultado em face dos serviços recebidos (Silveira & Santos, 2004; Gonçalves, Cesar & Mendoza-Sassi, 2009). Nesse contexto, o peso ao nascer destaca-se como importante indicador de resultado relacionado à melhoria do bem-estar da mãe e da criança em decorrência da disponibilidade e utilização do cuidado pré-natal (Silveira & Santos, 2004).

Nesse sentido, torna-se imprescindível determinar na assistência prestada à gestante quais são os fatores de risco envolvidos na recorrência do BPN, como passo importante na tentativa de interromper a cadeia causal que torna as mães vulneráveis à ocorrência desse desfecho (Scowitz & Santos, 2006). Especificamente, a assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de complicações durante a gestação e redução ou eliminação de factores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos (Kilsztajn et al., 2003,).

Em Cabo Verde o número preconizado para as consultas pré-natal é de 4 por gestação e segundo o relatório estatístico de 2012 a média foi de 4,3, valor que tem vindo a decrescer desde 2008. A taxa de cobertura da primeira consulta, recomendada que seja efectuada até às, no máximo, 12 semanas de gestação, tem sido elevada, 91% e 77% em 2011 e 2012, respectivamente (Relatório Estatístico de Saúde. Ministério da Saúde, 2012)

Em termos de visitas pós-natal, apesar do avanço em relação aos números de 2005, os dados demonstram que em 2011, mais de metade das mães que tiveram filhos não voltam para consultas nos serviços públicos após o nascimento dos mesmos. Isso apesar dos dados sobre a vacinação das crianças demonstrarem uma taxa de cobertura vacinal superior a 95% (Relatório Estatístico de Saúde. Ministério da Saúde, 2011)

Relativamente à mortalidade infantil (menores de um ano) os valores são elevados sendo que em 2008 foi de 24.9, 20.1 em 2009, 22.9 em 2010, 23.0 em 2011 e 22.3 em 2012 (MS, 2012). Apesar de ainda se verificarem algumas oscilações para a UNICEF (2011), os decréscimos estão ligados sobretudo à melhoria de alguns indicadores, nomeadamente i) acesso aos cuidados pré-natais; ii) acesso aos cuidados pós-natais; iii) escolaridade das mães; iv) planeamento familiar; e v) assistência no parto.

No tocante à mortalidade neonatal precoce (0-6 dias) este indicador mostra instabilidades, 12.6 em 2008, 11.2 em 2009 e 10, 14.1 em 2011 e 11.7 em 2012. A mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) evidenciou valores bem mais modestos, 4.1 em 2008, 2.5 em 2009, 3.1 em 2010, 2.3 em 2011 e 3.7 em 2012. A mortalidade pós-neonatal apresenta valores de 8.2 em 2008, 6.4 em 2010, 8.5 em 2011, 6.6 em 2011 e 7.0 em 2012. Ao confrontarmos estes valores percebemos que a grande contribuição para a mortalidade infantil advém da componente neonatal precoce, que ao ser decomposta mostra que os maiores valores observados foram no dia zero com 34.4 em 2008, 38.4 em 2009, 38.6 em 2010, 45.9 em 2011 e 41 em 2012, revelando uma necessidade de se identificarem os factores destes valores elevados, dando mais ênfase e força ao estudo e comportamento das variáveis em evidência neste estudo (Relatório Estatístico de Saúde. Ministério da Saúde, 2012).

Em Cabo Verde, uma parcela considerável da população é jovem, com média de idade de 26.2 anos, com grande parte dela situada na faixa dos 15 aos 19. A pirâmide etária do país apresenta, como nos demais países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, com base larga e estreito cume (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

Relativamente à gravidez na adolescência observou-se que as adolescentes menores de 17 anos representavam 4.7 das gestantes e 15.3 as que tinham entre 17 e 19 anos o que nos leva a constatar que a maioria das gestantes adolescentes se encontra na faixa dos 17 aos 19 anos (Relatório Estatístico de Saúde. Ministério da Saúde, 2012).

A garantia do bem-estar físico, mental e social das populações tem constituído uma inquietação dos contínuos governos de Cabo Verde, unificada em importantes instrumentos de orientação política, com impacto a nível da saúde. As principais orientações estratégicas assentam-se sobretudo no aperfeiçoamento do acesso geográfico e na equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde, tendo o país conseguido nas últimas décadas importantes ganhos a esse nível, com a melhoria dos principais indicadores de saúde, como atrás mencionados (Política Nacional de Saúde, 2007).

A adopção do conceito de Saúde Reprodutiva após o consenso de Cairo, em 1994, foi muito importante uma vez que se traduziu na adopção da Saúde Reprodutiva

como um dos subprogramas prioritários no sector da Saúde e na elaboração de programas de saúde a partir de 2001, adaptados ao contexto jurídico e sociocultural cabo-verdiano, com o propósito de assegurar o acesso universal à SR (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva 2008-2012).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

Integram o universo do presente estudo crianças nascidas em Cabo Verde e registradas no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, durante os anos de 2010 e 2011.

O SINASC é uma ferramenta desenvolvida com o propósito de permitir obter um perfil epidemiológico dos nascimentos no país, tendo em conta o conhecimento das variáveis sistematizadas a partir da Declaração de Nascimento.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo do tipo transversal, de base populacional, com dados secundários obtidos das Guias de Nascimentos (Anexo I) registadas no SINASC do Ministério da Saúde, correspondentes aos partos ocorridos em Cabo Verde durante os anos de 2010 e 2011.

A opção pelo estudo descritivo residiu fundamentalmente devido a ausência de estudos publicados sobre nascimentos vivos no país, a sua relativa simplicidade e baixo custo, para além da possibilidade de se gerarem hipóteses para estudos posteriores em Cabo Verde.

3.3 AMOSTRA

A população estudada constituiu-se de todos os registos constantes nas Guias de Nascimentos (GN) dos anos de 2010 (9.616 registos) e 2011 (9.638 registos), perfazendo um universo de 19.254 recém-nascidos vivos.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados do SINASC do Ministério da Saúde de Cabo Verde, o que permitiu a recolha e levantamento de variáveis epidemiológicas e demográficas constantes nos formulários da GN.

Por forma a garantir uma melhor sistematização dos dados, desenhou-se um plano de análise que permitiu definir a estrutura dos dados para análise estatística para os três componentes do estudo:

- a) Características dos Nascidos Vivos, gestação e parto.
- b) Peso ao nascer (características dos Nascidos Vivos de baixo peso e peso normal)
- c) Adolescente (características dos Nascidos Vivos de mães adolescentes e não adolescente).

3.5 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

3.5.1 Critérios de Inclusão

Todos os NV registados no sistema de informação durante os anos de 2010 e 2011.

3.5.2 Critérios de Exclusão

Todos os registos de nascimentos registados no sistema de informação sem informações quanto as variáveis consideradas pela pesquisa.

3.6 DEFINIÇÃO DOS TERMOS E VARIÁVEIS DE INTERESSE

3.6.1 Definição dos Termos

- a) Nascidos Vivos – é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção, que depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Considera-se, portanto, como cada produto de um nascimento que reúna essas condições como sendo uma criança viva (WHO,1986).
- b) Peso ao Nascer - primeiro peso do feto ou do recém-nascido obtido imediatamente após o nascimento. O peso deve ser medido de preferência

dentro da primeira hora de vida antes que ocorra perda de peso pós-natal significativa (WHO, 1986).

- c) Baixo Peso ao Nascer (BPN) – recém nascido com peso menor ou igual a 2.500g no momento do nascimento (WHO, 1986).
- d) Idade Gestacional- consiste na duração da gestação medida a partir do primeiro dia do último período menstrual regular. A idade gestacional é expressa em dias completos ou semanas completas (WHO, 1986)
- e) Gestação Pré-termo- partos ocorridos com idade gestacional menor ou igual a 37 semanas completas (WHO,1986).
- f) Gestação A termo – partos ocorridos com idade gestacional de 37 a 42 semanas completas (WHO, 1986)
- g) Adolescente – jovens com idade na faixa entre os 10-19 anos (WHO, 1986)

3.6.2 Definição de Variáveis

Variáveis Dependentes

- ▶ Peso ao Nascer: variável contínua; avaliado em gramas e categorizada em peso normal ($\geq 2500\text{g}$) e baixo peso ($< 2500\text{ g}$)
- ▶ Adolescente: variável nominal; expressa em idade da mãe no momento do nascimento tendo em conta a categoria em anos completos definida pela OMS para essa faixa. Agrupada em <20 anos.

Variáveis Independentes

- ▶ Idade materna: Variável contínua, expressa em anos completos da mãe no momento do nascimento da criança. Esta variável foi agrupada em classes etárias, tais como: <15 anos; 15 a 19 anos; 20 a 34 anos e >35 anos
- ▶ Duração da gestação: variável categórica nominal. Informação contida nas Declarações de Nascimentos sobre se a criança nasceu com o tempo

gestacional completo ou não. Categorizada em pré-termo (gestação <37 semanas) e A Termo (≥ 37 semanas).

- ▶ Sexo do Recém Nascido: Variável dicotômica, categorizada em Masculino e Feminino.
- ▶ Local de nascimento: Variável dicotômica, definida pela localização do nascimento se foi institucional (estruturas de saúde) ou domiciliar.
- ▶ Tipo de parto: normal, nádegas, outros, desconhecido.
- ▶ Tipo de gestação: Variável dicotômica, definida pelo numero de fetos nascidos vivos (simples ou gemelar)
- ▶ Assistência ao parto: definida como assistência qualificada prestada a gestante durante o parto.
- ▶ Número de partos anteriores: variável contínua, categorizada em dicotômica, ou seja mães nulíparas e múltíparas.
- ▶ Número de consultas pré-natal: Variável dicotômica. Consiste na assistência ao pré-natal quanto a cobertura em todo o país.

3.7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Uma limitação verificada foi a inviabilidade em descrever alguns factores sociodemográficos relacionados a mãe, tais como, escolaridade, renda familiar, estado civil, nacionalidade, ocupação, entre outras importantes informações ausentes na guia de nascimento.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Realizou-se uma análise estatística descritiva de cada variável que compõem o estudo considerando o período de 2010 e 2011. As variáveis foram estudadas segundo as características do nascido vivo (sexo, peso e paridade), da gravidez (duração) e da mãe (idade e paridade).

As informações estatísticas que descrevem todas as variáveis que constituem este estudo foram sistematizadas numa tabela contendo a distribuição de frequências

para variáveis categóricas, para numéricas recodificadas como ordinais, como grupo etário, para numéricas recodificadas em variáveis nominais, como o peso e ainda para numéricas com poucos valores diferentes, tais como número de filhos e de partos anteriores. Também, foram apresentadas estatísticas descritivas, tais como média, desvio-padrão e mediana para variáveis numéricas .

Para análise dos dados, as variáveis foram trabalhadas tanto na sua forma original, quanto em novas categorias, como se segue: a variável Peso ao Nascer: foi adoptado o critério de classificação da OMS para BPN - recém nascidos < 2500 g, e com Peso Normal - recém- nascidos \geq 2500 g (CID-10); Duração da gestação: Pré-termo (<37 semanas), A termo (\geq 37 semanas); iii); Idade da Mãe: a variável foi trabalhada de forma desagregada em 4 modalidades: <15, 15 a 19, 20 a 34 e >35 e também em <20 (adolescentes) e \geq 20 (não adolescentes).

As variáveis, número de partos anteriores, número de nados vivos anteriores, número de nados mortos anteriores, foram desagregadas em três categorias, nomeadamente, nenhum, 1 e 3, 3 e mais (+). A variável número de consultas pré-natal foi categorizada em nenhum e \geq 2.

Para estudar a associação entre as variáveis independentes e a ocorrência ou não de baixo peso, foram utilizados os testes qui-quadrado de associação de Pearson e exacto de Fisher, quando indicado, considerando-se o nível de significância de 5%. O teste de Wald foi utilizado para testar associação entre as categorias das variáveis. A intensidade da associação foi avaliada através de estimativas do *Odds Ratio*.

Para controlar o efeito de variáveis potencialmente confundidoras realizou-se a análise multivariada (regressão logística múltipla).

A análise foi desenvolvida a partir de um processo de modelagem estatística seleccionando-se as variáveis em bloco para a entrada no modelo.

Em todos os testes utilizou-se um Intervalo de Confiança (IC) de 95% e foi fixado um nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado em Software SPSS versão 17, EPI INFO versão 6.0 (CDC, Atlanta) tendo os resultados sidos apresentados em tabelas e gráficos.

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente projeto de investigação foi submetido à avaliação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) do Ministério da Saúde de Cabo Verde, tal como recomendada pelo Decreto-lei nº 26/2007 de 30 de Junho, sendo aprovado no dia 03 de Outubro de 2012 (Deliberação nº 47/2012). Por se tratar de uma pesquisa a partir de extração de dados dum banco de dados, não foi necessário elaborar um termo de consentimento livre e esclarecido.

Para examinarmos e tratarmos os dados provenientes do Sistema de Informação de Nascidos Vivos, foi requerida uma autorização à Direção Nacional da Saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde (Apêndice B).

4 RESULTADOS

A Base de Dados do SINASC de Cabo Verde continha inicialmente 19.254 registos com 38 variáveis extraídas a partir das GN, durante os anos de 2010 e 2011. Após a depuração dos dados obtivemos um total de 19.099 registos com 30 variáveis identificadas para o tratamento estatístico, sendo 9.554 nascimentos em 2010 e 9.545 nascidos vivos em 2011, conforme poderá ser observado no anexo 4.

Na Tabela 1, observa-se que tanto em 2010 quanto em 2011, não há distinção quanto ao percentual de nascidos vivos segundo o género por concelho de residência da mãe em Cabo Verde.

Tabela 1 - Número e percentual de nascidos vivos segundo o género por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011

Concelho de residência da mãe/ nascidos vivos	Sexo							
	Feminino				Masculino			
	2010				2011			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RIBEIRA GRANDE	154	46,8	175	53,2	162	45,8	192	54,2
PAUL	58	49,6	59	50,4	49	52,7	44	47,3
PORTO NOVO	115	49,6	117	50,4	140	48,4	149	51,6
SÃO VICENTE	640	48,8	671	51,2	645	49,1	668	50,9
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	39	43,8	50	56,2	32	52,5	29	47,5
RIBEIRA BRAVA	48	47,1	54	52,9	55	51,4	52	48,6
SAL	309	47,2	346	52,8	312	47,6	343	52,4
BOA VISTA	58	47,5	64	52,5	66	52,8	59	47,2
MAIO	43	57,3	32	42,7	45	47,9	49	52,1
TARRAFAL	151	49,2	156	50,8	143	45,8	169	54,2
SANTA CATARINA	483	50,4	475	49,6	484	50,9	467	49,1
SÃO SALVADOR DO MUNDO	50	49,0	52	51,0	59	47,2	66	52,8
SANTA CRUZ	268	50,2	266	49,8	280	49,6	285	50,4
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	44	57,1	33	42,9	48	48,5	51	51,5
PRAIA	1488	47,0	1677	53,0	1448	47,7	1589	52,3
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	73	51,0	70	49,0	65	55,1	53	44,9
SÃO DOMINGOS	126	54,8	104	45,2	114	50,2	113	49,8
SÃO MIGUEL	103	49,8	104	50,2	115	47,5	127	52,5

Concelho de residência da mãe/ nascidos vivos	Sexo							
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	2010				2011			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MOSTEIROS	87	46,5	100	53,5	108	51,7	101	48,3
SÃO FILIPE	189	46,2	220	53,8	170	46,4	196	53,6
SANTA CATARINA DO FOGO	43	49,4	44	50,6	50	57,5	37	42,5
BRAVA	58	50,4	57	49,6	50	43,1	66	56,9
CABO VERDE	4.627	48,4	4.927	51,6	4.640	48,6	4.905	51,4

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde

Igualmente verifica-se que os prematuros, ou seja crianças nascidas de mães com período gestacional menor que 37 semanas (pré termo), não houve variação no percentual (6.9%) nos dois períodos estudados.

Quando analisa-se a proporção de nascidos vivos pela idade gestacional (pré-termo) por região administrativa do país, o concelho de Tarrafal localizado na região de Sotavento apresentou em 2010 a maior frequência de nascidos vivos prematuros (12%), enquanto o concelho de Tarrafal de São Nicolau assinalou a menor proporção (2.5%). Em 2011, houve uma variação nessa tendência, tendo sido registado no concelho do Porto Novo (região de Barlavento) a maior frequência de nascidos vivos prematuros do país (11,2%), enquanto em Santa Catarina do Fogo (região de Sotavento) registou o menor percentual, ou seja 1.2% (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e percentual NV prematuros (<37 semanas de gestação) por Concelho de Residência da Mãe

Concelho de residência da mãe/ nascidos vivos	Prematuros <37 sem		Total de Nascidos Vivos	Prematuros <37 sem		Total de Nascidos Vivos
	2010			2011		
	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº
RIBEIRA GRANDE	29	9,0	321	28	8,1	345
PAUL	11	10,2	108	9	10,8	83
PORTO NOVO	19	9,1	209	30	11,2	269

Concelho de residência da mãe/ nascidos vivos	Prematuros <37 sem		Total de Nascidos Vivos	Prematuros <37 sem		Total de Nascidos Vivos
	2010			2011		
	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº
SÃO VICENTE	118	9,3	1266	113	8,9	1267
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	2	2,5	81	1	1,9	52
RIBEIRA BRAVA	6	6,1	99	6	5,9	101
SAL	56	9,0	622	43	6,9	627
BOA VISTA	12	10,6	113	11	10,0	110
MAIO	6	9,1	66	7	6,4	83
TARRAFAL	34	12,0	281	17	5,9	288
SANTA CATARINA	70	7,9	889	98	11,0	893
SÃO SALVADOR DO MUNDO	10	10,2	98	12	10,3	116
SANTA CRUZ	48	11,2	429	38	7,8	487
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	6	9,5	63	9	10,7	84
PRAIA	159	6,6	2424	160	6,8	2358
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	5	4,4	114	10	11,5	87
SÃO DOMINGOS	8	4,3	186	13	7,0	187
SÃO MIGUEL	15	8,5	176	15	6,7	225
MOSTEIROS	20	11,8	170	19	9,6	198
SÃO FILIPE	12	3,2	371	15	4,5	334
SANTA CATARINA DO FOGO	6	7,8	77	1	1,2	81
BRAVA	8	8,1	99	4	3,8	104
CABO VERDE	660	8,0	8.263	665	6,9	9.629

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo

Na Tabela 3, observa-se que houve uma ligeira redução na proporção de crianças nascidas com baixo peso (<2500 gramas) em 2011.

Tabela 3 – Numero e Percentual de NV com BPN por Concelho de Residência da Mãe – Cabo Verde 2010-2011

Concelho de residência da mãe/ nascidos vivos de baixo peso	Baixo Peso (< 2.500 grs) 2010		Peso Normal (≤ 2.500grs) 2011	
	Nº	%	Nº	%
RIBEIRA GRANDE	32	9,7	39	11,0
PAUL	14	12,2	10	10,9

Concelho de residência da mãe/ nascidos vivos de baixo peso	Baixo Peso (< 2.500 grs) 2010		Peso Normal (≤ 2.500grs) 2011	
	Nº	%	Nº	%
PORTO NOVO	20	8,8	30	10,4
SÃO VICENTE	129	9,9	120	9,2
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	5	5,7	2	3,3
RIBEIRA BRAVA	3	3,0	4	3,8
SAL	52	8,0	32	4,9
BOA VISTA	8	6,6	11	8,8
MAIO	7	9,5	4	4,3
TARRAFAL	39	12,8	20	6,5
SANTA CATARINA	72	7,6	84	8,9
SÃO SALVADOR DO MUNDO	5	4,9	13	10,4
SANTA CRUZ	58	10,9	50	8,9
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	3	3,9	12	12,4
PRAIA	273	8,7	243	8,1
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	13	9,2	11	9,5
SÃO DOMINGOS	16	7,0	19	8,5
SÃO MIGUEL	21	10,4	22	9,3
MOSTEIROS	9	4,9	7	3,4
SÃO FILIPE	12	2,9	16	4,4
SANTA CATARINA DO FOGO	4	4,7	5	5,9
BRAVA	7	6,1	4	3,4
CABO VERDE	802	8,5	758	8,0

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde

No entanto, observa-se que no mesmo período houve um aumento em 4 vezes da frequência de crianças nascidas com baixo peso no concelho de São Lourenço dos Órgãos situada na Ilha de Santiago (região de Sotavento), quando comparado com a frequência observada em 2010 .

Tabela 4 - Número de Consultas Pré natal por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011

Concelho de residência da mãe/ Consultas Pré Natal	≥ 2 Consultas Pré-Natal		Nenhuma consulta Pré Natal		S/ informação		≥ 2 Consultas Pré-Natal		Nenhuma consulta Pré Natal		S/ informação	
	2010						2011					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RIBEIRA GRANDE	303	92,1	9	2,7	17	5,2	329	92,9	11	3,1	14	4,0
PAUL	103	88,0	4	3,4	10	8,5	80	86,0	3	3,2	10	10,8
PORTO NOVO	193	83,2	4	1,7	35	15,1	253	87,5	4	1,4	32	11,1
SÃO VICENTE	1178	89,9	30	2,3	103	7,8	1235	94,1	22	1,7	56	4,3
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	71	79,8	0	0,0	18	20,2	45	73,8	0	0,0	16	26,2
RIBEIRA BRAVA	97	95,1	0	0,0	5	4,9	96	89,7	4	3,7	7	6,5
SAL	588	89,8	9	1,4	58	8,9	602	91,9	13	2,0	40	6,1
BOA VISTA	106	86,9	3	2,5	13	10,7	109	87,2	2	1,6	14	11,2
MAIO	53	70,7	2	2,7	20	26,7	64	68,1	2	2,1	28	29,8
TARRAFAL	278	90,6	1	0,3	28	9,1	287	92,0	7	2,2	18	5,8
SANTA CATARINA	858	89,6	46	4,8	54	5,6	878	91,4	42	4,4	40	4,2
SÃO SALVADOR DO MUNDO	95	93,1	1	1,0	6	5,9	117	93,6	2	1,6	6	4,8
SANTA CRUZ	420	78,7	20	3,7	94	17,6	462	81,8	33	5,8	70	12,4
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	68	88,3	3	3,9	6	7,8	79	79,8	2	2,0	18	18,2
PRAIA	2572	81,3	111	3,5	482	15,2	2440	80,3	102	3,4	495	16,3
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	119	83,2	6	4,2	18	12,6	92	78,0	5	4,2	21	17,8
SÃO DOMINGOS	184	80,0	12	5,2	34	14,8	189	83,3	5	2,2	33	14,5
SÃO MIGUEL	181	87,4	4	1,9	22	10,6	214	88,4	8	3,3	20	8,3
MOSTEIROS	176	94,1	4	2,1	7	3,7	200	95,7	2	1,0	7	3,3
SÃO FILIPE	374	91,4	8	2,0	27	6,6	332	90,7	6	1,6	28	7,7
SANTA CATARINA DO FOGO	81	93,1	3	3,4	3	3,4	78	89,7	6	6,9	3	3,4
BRAVA	104	90,4	3	2,6	8	7,0	105	90,5	6	5,2	5	4,3
CABO VERDE	8203	85,9	283	3,0	1068	11,2	8277	86,7	287	3,0	981	10,3

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde

A assistência ao pré-natal em todo país apresentou uma cobertura acima dos 85% durante o período considerado, 85,9% em 2010 e 86,7% em 2011, com no mínimo 2 consultas prestadas a gestante pelas estruturas de saúde. Todavia, na categoria de gestantes que não realizaram nenhum acompanhamento pré-natal, não houve variação na proporção (3%) entre ambos períodos estudados (Tabela 4).

Tabela 5 - Assistência qualificada durante o parto por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011

Concelho de residência da mãe/ assistência qualificada durante o parto	Enfermagem		Médicos		S/ Informação		Enfermagem		Médicos		S/ Informação	
	2010						2011					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RIBEIRA GRANDE	268	81,50	45	13,7	13	4,0	233	65,80	103	29,10	10	2,8
PAUL	96	82,10	14	12	3	2,6	62	66,70	26	28,00	4	4,3
PORTO NOVO	185	79,70	31	13,4	13	5,6	208	72,00	65	22,50	11	3,8
SÃO VICENTE	886	67,60	373	28,5	35	2,7	870	66,30	403	30,70	31	2,4
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	64	71,90	15	16,9	7	7,9	55	90,20	4	6,60	2	3,3
RIBEIRA BRAVA	80	78,40	17	16,7	1	1,0	90	84,10	15	14,00	2	1,9
SAL	459	70,10	131	20	61	9,3	507	77,40	115	17,60	26	4,0
BOA VISTA	96	78,70	19	15,6	6	4,9	98	78,40	23	18,40	2	1,6
MAIO	66	88,00	5	6,7	4	5,3	78	83,00	8	8,50	6	6,4
TARRAFAL	218	71,00	81	26,4	5	1,6	222	71,20	84	26,90	4	1,3
SANTA CATARINA	775	80,90	122	12,7	24	2,5	738	77,60	176	18,50	14	1,5
SÃO SALVADOR DO MUNDO	85	83,33	14	13,7	1	1,0	95	76,00	29	23,20	0	0,0
SANTA CRUZ	415	77,70	74	13,9	42	7,9	429	75,90	101	17,90	28	5,0
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	53	68,80	17	22,1	5	6,5	62	62,60	29	29,30	8	8,1
PRAIA	1.991	62,90	753	53,8	398	12,6	2.082	68,60	785	25,80	144	4,7
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	98	68,50	24	16,8	20	14,0	82	69,50	28	23,70	7	5,9
SÃO DOMINGOS	160	69,60	42	18,3	20	8,7	169	74,40	44	19,40	7	3,1
SÃO MIGUEL	122	58,90	69	33,3	10	4,8	173	71,50	62	25,60	4	1,7
MOSTEIROS	160	85,60	18	9,6	3	1,6	173	82,80	25	12,00	8	3,8

Concelho de residência da mãe/ assistência qualificada durante o parto	Enfermagem		Médicos		S/ Informação		Enfermagem		Médicos		S/ Informação	
	2010						2011					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SÃO FILIPE	344	84,10	51	12,5	6	1,5	289	79,00	68	18,60	5	1,4
SANTA CATARINA DO FOGO	66	75,90	14	16,1	6	6,9	68	78,20	14	16,10	3	3,4
BRAVA	94	81,70	14	12,2	1	0,9	107	92,20	8	6,90	0	0
CABO VERDE *	6.782	71,00	1.943	20,3	684	7,2	6.890	72,20	2.215	23,20	326	3,4

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde

Foram excluídos 62 registos em 2010 e 82 em 2011 por falta de informação quanto a idade da mãe.

Relativamente a assistência qualificada à gestante durante o parto, constata-se uma maior percentagem de partos assistidos por enfermeiros, tanto em 2010 (70.92%) quanto em 2011 (72.08%), tendo o concelho de Mosteiros apresentado a maior frequência (85.56%) em 2010, enquanto a Ilha da Brava destacou-se com 92.44% em 2011 (Tabela 5).

A Tabela 6 representa o número de partos anteriores por conselho de residência da gestante, onde verifica-se que as mães múltiparas representaram de 60% de puérperas.

Tabela 6 - Número de Partos anteriores por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011

Concelho de residência da mãe/ Número de partos anteriores	Mães Nulíparas				Mães Multiparas							
	Nenhum Filho 2010		Nenhum Filho 2011		1 e 2 filhos 2010		3e + 2010		1 e 2 filhos 2011		3 e + 2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RIBEIRA GRANDE	146	44,40	162	45,80	121	36,80	62	18,80	120	33,90	72	20,30
PAUL	51	43,60	31	33,30	45	38,50	21	17,90	38	40,90	24	25,80
PORTO NOVO	119	51,30	140	48,40	82	35,30	31	13,40	105	36,30	44	48,40
SÃO VICENTE	587	44,80	556	42,30	559	42,60	165	12,60	606	46,20	151	11,50
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	42	47,20	18	36,00	35	39,30	12	13,50	28	56,00	4	8,00
RIBEIRA BRAVA	28	27,50	38	35,50	55	53,90	19	18,60	48	44,90	21	19,60
SAL	228	34,80	235	35,90	291	44,40	136	20,80	309	47,20	111	16,90
BOA VISTA	37	30,30	46	36,80	63	51,60	22	18,00	55	44,00	13	22,80
MAIO	30	40,00	38	40,40	18	34,00	12	22,60	34	23,40	22	23,40
TARRAFAL	119	38,80	25	41,00	147	47,90	41	13,40	27	44,30	9	14,80
SANTA CATARINA	398	41,50	410	43,10	412	43,00	148	15,40	369	38,80	172	18,10
SÃO SALVADOR DO MUNDO	46	45,10	64	51,20	39	38,20	17	16,70	45	36,00	16	12,80
SANTA CRUZ	242	45,30	225	39,80	217	40,60	75	14,00	240	42,50	100	17,70
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	30	39,00	37	37,40	30	39,00	17	22,10	41	41,40	21	21,20
PRAIA	1221	38,60	1181	38,90	1431	45,20	513	16,20	1369	45,10	487	16,00
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	65	45,45	42	35,60	51	35,70	27	18,90	52	44,10	24	20,30
SÃO DOMINGOS	95	41,30	83	36,60	78	33,90	57	24,80	109	48,00	35	15,40
SÃO MIGUEL	104	50,20	104	43,00	80	38,60	23	11,10	98	40,50	16	16,50
MOSTEIROS	70	37,40	71	34,00	80	42,80	37	19,80	96		42	20,10
SÃO FILIPE	181	44,30	158	43,20	175	42,80	53	13,00	156	42,60	52	14,20

Concelho de residência da mãe/ Número de partos anteriores	Mães Nulíparas				Mães Multíparas							
	Nenhum Filho 2010		Nenhum Filho 2011		1 e 2 filhos 2010		3e + 2010		1 e 2 filhos 2011		3 e + 2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SANTA CATARINA DO FOGO	39	44,80	32	36,80	33	37,90	15	17,20	33	37,90	22	25,30
BRAVA	43	37,40	29	25,00	48	41,70	24	20,90	66	56,90	21	18,10
CABO VERDE	3.922	41,10	3.832	40,10	4.099	42,90	1.533	16,00	4.145	43,40	1.568	16,40

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde

Tabela 7- Local do Parto por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011

Concelho de residência da mãe/Local do Parto	Domicílio		Hospital		Centros de Saúde		Domicílio		Hospital		Centros de Saúde	
	2010						2011					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RIBEIRA GRANDE	4	1,20	318	96,70	7	2,10	1	0,30	296	83,60	56	15,50
PAUL	1	0,90	52	44,40	63	53,80	0	0,00	47	50,50	45	48,40
PORTO NOVO	1	0,40	113	48,70	117	50,40	2	0,70	151	52,20	133	46,00
SÃO VICENTE	11	0,80	1296	98,90	1	1,00	5	0,40	1306	99,50	0,00	0,00
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	2	2,20	32	36,00	55	61,80	0	0,00	17	27,90	44	72,10
RIBEIRA BRAVA	1	1,00	28	27,50	73	71,60	0	0,00	26	24,30	80	74,80
SAL	3	0,50	74	11,30	575	87,80	7	1,10	54	8,20	594	90,70
BOA VISTA	1	0,80	55	45,10	66	54,10	2	1,60	66	52,80	57	45,60
MAIO	1	1,33	21	28,00	53	70,70	2	2,10	33	35,10	59	62,80
TARRAFAL	1	0,30	137	44,60	167	54,40	3	1,00	125	40,10	183	58,70
SANTA CATARINA	30	3,10	919	95,90	2	0,20	19	2,00	928	97,60	1	0,10
SÃO SALVADOR DO MUNDO	2	2,00	99	97,10	1	1,00	2	1,60	123	98,40	0	0,00
SANTA CRUZ	2	0,40	246	46,10	281	52,60	3	0,50	228	40,40	330	58,40
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	1	1,30	68	88,30	6	7,80	0	0,00	91	91,90	8	8,10
PRAIA	25	0,70	3103	98,00	15	0,50	22	0,72	2998	98,70	9	0,30
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	0	0,00	142	99,30	0	0,00	0	0,00	117	99,20	0	0,00
SÃO DOMINGOS	4	1,70	195	84,80	27	11,70	5	2,20	192	84,60	28	12,30
SÃO MIGUEL	3	1,40	114	55,10	87	42,00	2	0,80	146	60,30	94	38,80
MOSTEIROS	2	1,10	52	27,80	131	70,10	5	2,40	76	36,40	128	61,20
SÃO FILIPE	5	1,20	404	98,80	0	0,00	1	0,30	362	98,90	3	0,80
SANTA CATARINA DO FOGO	0	0,00	67	77,00	20	23,00	1	1,10	61	70,10	25	28,70
BRAVA	3	2,60	22	19,10	90	78,30	1	0,90	15	12,90	100	86,20
CABO VERDE (*)	103	1,10	7558	79,10	1837	19,20	83	0,90	7458	78,10	1976	20,70

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde. (*) Excluído 57 registos sem informação

Ao analisarmos os resultados apresentados na Tabela 7 observa-se uma percentagem reduzida (1%) de partos realizados nos domicílios, enquanto uma grande parte dos partos ocorreram em estruturas de saúde, sendo 79,10 nos hospitais e 19,20 nos centros de saúde.

Tabela 8- Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) por Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011

Concelho de residência da mãe/ mães <20 anos	Adolescente 2010		Adolescente 2011	
	Nº	%	Nº	%
RIBEIRA GRANDE	103	31,3	112	31,6
PAUL	38	32,5	17	18,3
PORTO NOVO	79	65,9	79	27,3
SÃO VICENTE	285	21,7	266	20,3
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	18	20,2	16	26,2
RIBEIRA BRAVA	19	18,6	20	18,7
SAL	137	20,9	118	18,0
BOA VISTA	20	16,4	16	12,8
MAIO	22	29,3	24	25,5
TARRAFAL	72	23,5	59	18,9
SANTA CATARINA	253	26,4	238	25,0
SÃO SALVADOR DO MUNDO	18	17,6	33	26,4
SANTA CRUZ	190	35,6	153	27,1
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	16	20,8	19	19,2
PRAIA	579	18,3	548	18,0
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	43	30,1	24	20,3
SÃO DOMINGOS	54	23,5	48	21,1
SÃO MIGUEL	63	30,4	77	31,8
MOSTEIROS	36	19,3	35	16,7
SÃO FILIPE	96	23,5	82	22,4
SANTA CATARINA DO FOGO	17	19,5	22	25,3
BRAVA	27	23,5	17	14,7
CABO VERDE	2.185	22,9	2.023	21,2

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde

Considerando a categoria de mães adolescentes constata-se que 22,9% das gestantes possuem idade inferior a 20 anos no ano de 2010. Os concelhos de Ribeira Grande, Paul, Porto Novo, Santa Cruz, e Ribeira Grande de Santiago destacam-se por apresentar cerca de 30% de nascimentos de mães adolescentes em todo país (Tabela 8).

Em 2011, tanto os concelhos de Porto Novo, Paul, Santa Cruz e Ribeira Grande de Santiago apresentaram uma redução no percentual de nascimentos por mães adolescentes. No entanto, convém destacar um aumento considerado em 2011 de

mães adolescentes nos concelhos de São Salvador do Mundo, Tarrafal de São Nicolau e São Lourenço dos Órgãos (Tabela 8).

Tabela 9 - Taxa de evasão segundo o Concelho de residência da mãe – Cabo Verde 2010 – 2011

Concelho de residência da mãe/ Concelho do Parto	Nº Partos fora do conselho de residência da mãe	Taxa de evasão % (*)	Total de NV	Nº Partos fora do conselho de residência da mãe	Taxa de evasão % (*)	Total de NV
	2010			2011		
RIBEIRA GRANDE	97	29,04	334	37	10,39	356
PAUL	55	46,61	118	55	58,51	94
PORTO NOVO	117	50,00	234	151	51,54	293
SÃO VICENTE	5	0,38	1314	4	0,30	1316
TARRAFAL DE SÃO NICOLAU	37	41,57	89	18	29,51	61
RIBEIRA BRAVA	41	40,20	102	40	37,38	107
SAL	76	11,46	663	56	8,45	663
BOA VISTA	65	53,28	122	68	54,40	125
MAIO	22	29,33	75	33	35,11	94
TARRAFAL	145	46,33	313	129	40,69	317
SANTA CATARINA	52	5,41	962	43	4,47	963
SÃO SALVADOR DO MUNDO	102	100,00	102	127	100,00	127
SANTA CRUZ	252	46,49	542	237	41,43	572
SÃO LOURENÇO DOS ÓRGÃOS	74	96,10	77	99	100,00	99
PRAIA	33	1,04	3184	25	0,82	3064
RIBEIRA GRANDE DE SANTIAGO	143	100,00	143	121	100,00	121
SÃO DOMINGOS	199	86,15	231	199	86,52	230
SÃO MIGUEL	125	59,52	210	162	66,67	243
MOSTEIROS	42	22,46	187	75	35,55	211
SÃO FILIPE	22	5,38	409	21	5,72	367
SANTA CATARINA DO FOGO	69	78,41	88	65	74,71	87
BRAVA	22	18,97	116	14	11,76	119
CABO VERDE	1.795	18,67	9.616	1.779	18,48	9.629

Fonte: Dados obtidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Ministério de Saúde de Cabo Verde

(*) Proporção de nascidos vivos no ano, de mães residentes no Concelho, cujo partos ocorreram em outros Concelhos

Os partos ocorridos fora do local de residência da mãe permaneceram em torno de 18%, sendo que durante 2010 e 2011, os concelhos de São Salvador do Mundo, São Lourenço dos Órgãos e Ribeira Grande de Santiago, regiões desprovidas de infra-estruturas hospitalar, apresentaram taxas de evasão, com uma frequência acima 95% (Tabela 9).

Na Tabela 10 observa-se que as médias de peso ao nascer no país foram de 3.141 gramas em 2010 e 3.159 gramas em 2011, sendo o peso mínimo de 408 gramas e 550 gramas nos anos de 2010 e 2011.

As gestações em Cabo Verde tiveram uma média de 39 semanas, com mínimo de 22 semanas e máximo de 42 semanas para ambos os períodos estudados. Quanto a idade da mãe, a média de idade para a gestação encontra-se entre os 24-25 anos sendo a idade mínima de 11 anos para 2011 e 2010, e máxima 63 anos e 54 anos, para os anos de 2010 e 2011, respectivamente (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise descritiva Peso ao Nascer, Duração da Gravidez e Idade da Mãe, 2010 e 2011.

	Peso ao nascer*		Duração da Gravidez**		Idade da Mãe***	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Média	3141	3159	39	39	24	25
Min	408	550	22	22	11	11
Max	6000	5140	42	42	63	54

*Gramas; ** Semanas; *** Anos

A análise univariada (*odds ratio* bruto) indica que não houve diferença entre ser do sexo feminino e/ou masculino em 2010 e 2011. Todavia, constata-se que em 2011, houve uma ligeira redução de crianças nascidas com baixo peso (<2500grs), e consequentemente um aumento insignificante de crianças nascidas com peso acima de 2500grs, sendo a percentagem de BPN em 2010 e 2011 de 51,4% e 48,6%, respectivamente. Quanto os resultados relacionados com o local de nascimento observa-se uma redução em todo o país do número de partos ocorridos nos

domicílios. Os dados indicam para um aumento significativo ($p = 0,02$) do número de nascimentos nas estruturas de saúde, nomeadamente nos centros de saúde, embora a maioria dos partos ocorram nos estabelecimentos hospitalares. Conjuntamente, assinala-se uma frequência elevada de registos sem informação, ainda que houve uma redução de quase 50% de registos sem informação em 2011. No tocante ao RNI, até o momento das guias serem incluídas no SINV, os resultados apontam uma diminuição significativa ($p = 0,00$) de crianças registadas em todo o país em 2011 comparado com 2010. Em contrapartida, houve um aumento significativo ($p = 0,00$) de ausência de registos de nascimento em 2011 (Tabela 11).

Tabela 11 – Análise univariada das características dos recém-nascidos - Cabo Verde 2010 e 2011

Variáveis	Ano				Total N	X ² (p-valor)	
	2010		2011				
	N	%	N	%			
Características RN							
Sexo	M	4927	50,1	4905	49,9	9832	0.03 (0.85)
	F	4627	49,9	4640	50,1	9267	0.01 (0.92)
	Total	9554	50,0	9545	50,0	19099	0.00 (0.99)
Peso	<2500 grs	802	51,4	758	48,6	1560	1.24 (0.26)
	≥2500grs	8686	49,9	8713	50,1	17399	0.02 (0.88)
	Total	9488	50,0	9471	50,0	18959	0.00 (0.99)
Local de Nascimento	Domicilio	103	55,4	83	44,6	186	2.13 (0.14)
	Estab. Hospitalar	7558	50,3	7458	49,7	15016	0.16 (0.69)
	Est. Saude	1837	48,2	1976	51,8	3813	5.06 (0.02)
	Outro	24	57,1	18	42,9	42	1.46 (0.22)
	N/D	32	76,2	10	23,8	42	7.58 (0.00)
	Total	9554	50,0	9545	50,0	19099	0.00 (0.99)
Registo RNI	Sim	6234	52,4	5659	47,6	11893	27.34 (0.00)
	Não	3320	46,1	3886	53,9	7206	43.54 (0.00)
	Total	9554	50,0	9545	50,0	19099	0.00 (0.99)

Analisando as características do parto, os resultados indicam que não há variação na frequência relativamente ao tipo de parto (simples e gemelar). Todavia, é

significativo ($p = 0.00$) a elevada taxa de registos sem informação quanto a descrição do tipo de parto (Tabela 12).

Tabela 12 – Análise univariada das características do parto - Cabo Verde 2010 e 2011

Variáveis	Ano				Total N	X ² (p-valor)	
	2010		2011				
	N	%	N	%			
Características do Parto							
Tipo de Parto	Simples	8786	49,5	8959	50,5	17745	1.77 (0.18)
	Gemelar	139	48,9	145	51,1	284	0.13 (0.72)
	N/D	629	58,8	441	41,2	1070	31.98 (0.00)
	Total	8925	49,5	9104	50,5	18029	1.82 (0.17)
Parto	Normal	7832	50,6	7633	49,4	15465	2.21 (0.13)
	Nádegas	90	49,2	93	50,8	183	0.05 (0.82)
	Bloco Cirúrgico	749	37,8	1231	62,2	1980	111.68 (0.00)
	Desconhecido	764	59,2	526	40,8	1290	41.72 (0.00)
	Outros	119	65,7	62	34,3	181	16.50 (0.00)
	Total	9554	50,0	9545	50,0	19099	0.00 (0.99)
Duração Gravidez	Pré-termo (<37)	660	50,2	658	50,0	1316	0.00 (0.95)
	A termo (≥37)	7603	49,2	7721	50,0	15442	0.95 (0.32)
	Total	8263	49,3	8379	50,0	16758	0.82 (0.36)
Assistência ao Parto	Médico	1943	46,7	2215	53,3	4158	18.24 (0.00)
	Enfermeira parteira	3189	52,3	2904	47,7	6093	12.93 (0.00)
	Enfermeira ã parteira	3593	47,4	3986	52,6	7579	20.53 (0.00)
	Parteira Leiga	38	55,1	31	44,9	69	0.70 (0.40)
	S/Assistência	48	48,5	51	51,5	99	0.09 (0.76)
	Assistência Ignorada	59	64,8	32	35,2	91	7.53 (0.00)
	N/D	684	67,7	326	32,3	1010	112.93 (0.00)
	Total	9554	50,0	9545	50,0	19099	0.00 (0.99)

A maioria dos partos que ocorrem no país foram do tipo normal, apesar de em 2011 ter havido um aumento significativo ($p= 0.00$) de quase 50% de partos efectuados no bloco cirúrgico (Tabela 12).

Conforme aponta a Tabela 12, observa-se uma frequência elevada de gestação A termo (≥ 37) quando comparado com a gestação Pré-termo (<37 semanas). Os partos, em sua grande maioria foram assistidos por enfermeiros ($p= 0.00$), com um aumento significativo de partos assistidos por enfermeiras não parteiras (47,4%-52,6%; $p =0.000$).

Contudo, importa referir que houve um aumento expressivo do número de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, tais como médicos, com uma taxa de 53,3% em 2011. Ainda no mesmo período observa-se uma redução significativa de 50% de registos sem informação (67,7 % - 32,2%; $p = 0.00$) quanto a assistência ao parto (Tabela 12).

Tabela 13 – Análise univariada das características da mãe - Cabo Verde 2010 e 2011

Variáveis	Ano				Total N	X ² (p-valor)	
	2010		2011				
	N	%	N	%			
Características da Mãe							
Idade	<15	27	42,2	37	57,8	64	1.60 (0.20)
	15 a 19	2158	52,1	1986	47,9	4144	7.30 (0.00)
	20 a 34	6426	49,5	6550	50,5	12976	1.30 (0.25)
	>35	943	49,2	972	50,8	1915	0.50 (0.47)
	Total	9554	50,0	9545	50,0	19099	0.00 (0.994)
Nº de Partos Ant (Paridade)	Nenhum	3922	50,58	3832	49,42	7754	1.04 (0.30)
	1 e 2	4099	49,72	4145	50,28	8244	0.26 (0.611)
	3 e +	1533	49,44	1568	50,56	3101	0.39 (0.52)
	Total	9554	50,02	9545	49,98	19099	0.00 (0.99)
Nº de Nados Vivos Ant	Nenhum	93	40,97	134	59,03	227	7.20 (0.00)
	1 e 2	4080	49,73	4125	50,27	8205	0.25 (0.61)
	3 e +	1459	50,07	1455	49,93	2914	0.01 (0.91)
	Total	5632	49,64	5714	50,36	11346	0.59 (0.44)

Os dados apresentados na Tabela 13, apontam que a faixa etária das gestantes mais predominante no país situa-se entre 20 aos 34 anos. No ano de 2011 ocorreu um ligeiro aumento no percentual de gestantes menores de 15 anos. Para a faixa

etária de mães adolescentes (15 a 19 anos), apesar de apresentar uma frequência de 50%, verifica-se uma redução significativa em 2011 no percentual de gestantes para essa faixa de idade. Relativamente ao número de partos anteriores, prevalece um maior número de mães que já tiveram de 1 a 3 partos, ou seja multíparas, enquanto que o número de nados vivos em gestações anteriores, mostra que na categoria de mães nulíparas (“nenhum”) houve um aumento significativo do percentual .

Tabela 14 - Análise univariada da assistência ao pré-natal- Cabo Verde 2010 e 2011

Variáveis	Ano				Total N	X ² (p-valor)	
	2010		2011				
	N	%	N	%			
Assistência Pré- Natal							
Sim	8203	49,78	8277	50,2	16480	0.30 (0.58)	
Não	283	49,65	287	50,4	570	0.03 (0.86)	
N/D	1068	52,12	981	47,9	2049	3.68 (0.05)	
Ass. Pré Natal	Total	9554	50,02	9545	50,0	19099	0.00 (0.99)

Quanto a assistência ao pré-natal não há diferença estatisticamente significativa entre os anos considerados, porém, observa-se um percentual elevado de registos sem informação quanto a assistência prestada a gestante (Tabela 14).

Os resultados encontrados através da análise bi-variada para o ano de 2010 encontram-se a seguir na Tabela 15, em que todas as variáveis foram associadas com o evento em estudo, neste caso o peso ao nascer (variável dependente), designadamente BPN (< 2500 grs) e PN (≥ 2500grs).

Dentre as variáveis estudadas, apresentaram associação significativa com o baixo peso ao nascer, nomeadamente o sexo, vigilância pré-natal, duração da gravidez e o tipo de parto.

Tabela 15 - Análise dos nascimentos segundo fatores associados ao Baixo Peso ao Nascer em Cabo Verde , 2010

Variáveis	<2500 g		≥2500 g		OR bruto IC (95%)	p-valor
	n	%	n	%		
Sexo						
F	441	9.6	4151	90.4	1.33 (1.15-1.54)	0.0000
M	361	7.4	4535	92.6	1	
Duração Gravidez						
Pré-termo (<37)	313	47.6	344	52.4	19.921 (6.49-24.05)	0.0000
A termo (≥ 37)	330	4.4	7223	95.6	1	
Idade da mãe						
<15	2	7.4	25	92.6	0.86 (0.20-3.70)	0.83
15 a 19	213	10.0	1926	90.0	1.19 (0.91-1.56)	0.20
20 a 35	507	7.9	5875	92.1	0.93 (0.73-1.19)	0.55
≥35	80	8.5	860	91.5	1	
Vigilância Pré-Natal						
Nenhum	44	15.6	238	84.4	2.20 (1.58-3.06)	0.0000
≥2	633	7.8	7522	92.2	1	
Tipo de Parto						
Simplex	673	7.7	8058	92.3	0.08 (0.06-0.11)	0.0000
Gemelar	71	51.1	68	48.9	1	
Num Partos						
nenhum	356	9.1	3536	90.9	1.20 (0.97-1.49)	0.094
1 e 2	328	8.1	3740	91.9	1.05 (0.84-1.30)	0.675
3 e +	118	7.7	1410	92.3	1	

Legenda: OR- Odds Ratio; IC- Intervalo de Confiança

Entre os nascidos vivos de baixo peso a probabilidade de serem meninas é 33% quando comparada aos nascidos vivos do sexo masculino (OR=1,33; IC 95%: 1,15 - 1,54). A duração da gravidez encontra-se associada com o baixo peso ao nascer. Verifica-se que entre os pré-termo a probabilidade de serem de baixo peso é 19

vezes do que a observada entre aqueles nascidos a termo. Observa-se, igualmente, o maior número de crianças nascidas de partos simples quando comparado com o tipo gemelar (OR= 0.08; IC 95%: 0.06-0.11).

Considerando a vigilância pré-natal a probabilidade de nascer com baixo peso sem assistência ao pré-natal é o dobro (OR= 2,20; IC 95%: 0.06 – 0.11) entre aquelas que tiveram mais de 2 consultas de pré-natal durante a gestação. Os resultados mostram um maior número de nascimentos com assistência qualificada à gestante, tanto para as mães que tiveram filho com baixo peso quanto as que tiveram com peso normal. (Tabela 15).

Dos resultados encontrados através da análise bi-variada para o ano de 2011, apresentaram associação significativa com o evento em estudo (peso) as variáveis sexo, duração da gravidez, idade da mãe, vigilância pré-natal, e o tipo de parto, com exceção da variável número de partos (Tabela 16).

Tabela 16- Análise dos nascimentos segundo fatores associados ao Baixo Peso ao Nascer em Cabo Verde, 2011

Variáveis	<2500 g		≥2500 g		OR bruto IC (95%)	p-valor
	n	%	n	%		
Sexo						
F	404	8.8	4205	91.2	1.22 (1.05-1.42)	0.0007
M	354	7.3	4508	92.7	1	
Duração Gravidez						
Pré-termo (<37)	327	50.2	324	49.8	24.64 (20.34-29.86)	0.0000
A termo (≥ 37)	302	3.9	7374	96.1	1	
Idade da mãe						
<15	2	5.4	35	94.6	0.79 (0.18-3.34)	0.743
15 a 19	203	10.3	1772	89.7	1.58 (1.18-2.11)	0.002
20 a 35	488	7.2	6012	92.5	1.12 (0.85-1.46)	0.420
≥35	65	6.8	894	93.2	1	
Vigilância Pré-Natal						
Nenhum	37	12.9	249	87.1	1.91 (1.34-2.72)	0.0002
≥2	595	7.2	7635	92.8	1	

Variáveis	<2500 g		≥2500 g		OR bruto IC (95%)	p-valor
	n	%	n	%		
Tipo de Parto						
Simplex	637	7.2	8258	92.8	0.06 (0.04-0.08)	0.0000
Gemelar	84	58.3	60	41.7	1	
Num Partos						
nenhum	352	9.3	3453	90.7	1.22 (0.98-1.51)	0.075
1 e 2	286	7.0	3828	93.0	0.89 (0.71-1.11)	0.309
3 e +	120	7.7	1432	92.3	1	

Legenda: OR- Odds Ratio; IC- Intervalo de Confiança

Entre os nascidos vivos de baixo peso a probabilidade de serem meninas em 2011 é 22% quando comparada aos nascidos vivos do sexo masculino (OR= 1.22 ; IC 95%: 1.05-1.42). A duração da gravidez encontra-se associada com o baixo peso ao nascer. Verifica-se que entre os pré-termo a probabilidade de serem de baixo peso é 24 vezes do que a observada entre aqueles nascidos a termo. Observa-se, igualmente, o maior número de crianças nascidas de partos simples quando comparado com o tipo gemelar, com um (OR= 0.06; IC 95%: 0.04-0.08).

Considerando a vigilância pré-natal as chances de nascer com baixo peso sem assistência ao pré-natal aumenta em 91% (IC: (1.34-2.72). Os resultados mostram um maior número de nascimentos com assistência a gestante ao pré-natal, tanto para as mães que tiveram filho com baixo peso quanto as que tiveram com peso normal (Tabela 16)

No tocante a idade da mãe, a faixa etária entre 15 a 19 anos (mães adolescentes), apresenta o maior número de crianças nascidas com peso normal e baixo peso quando comparado com as gestantes com idade superior ou igual a 35 anos, sendo que as chances de nascer com baixo peso para a categoria de mulheres na faixa entre 15 e 19 anos aumenta em 58% quando comparado com a categoria de referência (mães com idade ≥35 anos).

Considerando o desfecho como o peso do RN (<2500g e ≥ 2500g), foi ajustado um modelo de regressão logística tendo em conta as demais variáveis da base de

dados utilizando um procedimento stepwise para avaliar quais variáveis seria as mais associadas ao desfecho. Pode-se constatar que as variáveis que influenciaram o evento em estudo, neste caso o peso ao nascer, foram, nomeadamente: a duração da gravidez e idade da mãe como variáveis contínuas, o sexo, a vigilância pré-natal, o tipo de parto e a assistência ao parto, todas elas categorizadas (Tabela 18).

Tabela 17. Regressão logística considerando a idade da mãe categorizada para BP.

Variáveis	Categorias	Estimativa	EP	P-valor	OR (IC95%)
Intercepto		19.5486	0.6226	<0,0001	-
Duração da Gravidez		-0.5466	0,0156	<0,0001	0.579 (0.561-0.597)
Idade da Mãe	≤15	-0.4051	0.4573	0.3757	0.735 (0.218-2.473)
	15-19	0.3667	0.1632	0.0247	1.590 (1.219-2.074)
	20-35	0.1356	0.1593	0.3946	1.262 (0.988-1.612)
	≥ 35	-	-	-	1
Sexo	F	0.1890	0.0353	<.0001	1.459 (1.271-1.676)
	M				
Tipo de Parto	Gêmeos	1.2020	0.0907	<.0001	11.068 (7.755-15.797)
	Simples	-	-	-	1
Parto	1. Normal (de vértice)	0.0556	0.1283	0.6650	3.062 (1.143-7.540)
	2. Nádegas	0.7642	0.2373	0.0013	6.219 (2.224-17.396)
	3. Bloco cirúrgico	0.2670	0.1512	0.0774	3,783 (1.518-9.428)
	4. Desconhecido	-0.0233	0.1944	0.9045	2.830 (1.071-7.473)
	5. Outros	-	-	-	1
Assistência ao Parto	1. Médico	-0.0306	0.1578	0.8464	0.708 (0.493-1.017)
	2. Enfermeira-Parteira	-0.2181	0.1456	0.1343	0.587 (0.419-0.821)
	3. Enfermeira Ñ Parteira	-0.2745	0.1421	0.0535	0.555 (0.399-0.770)
	4. Parteira Leiga	0.0852	0.5361	0.8737	0.795 (0.229-2.755)
	5. S/ Assistência	0.0118	0.4214	0.9776	0.738 (0.278-1.963)
	6. Assistência Ignorada	0.1111	0.4319	0.7970	0.816 (0.300-2.221)
	7. N/D	-	-	-	1

Sendo assim, verifica-se que a duração da gravidez é um fator protetor para o BPN, ou seja, quando maior a duração da gestação, menor as chances do recém-nascido nascer com baixo peso.

Observa-se que a idade da mãe que apresenta maior risco de nascer com BP é a faixa etária entre 15 a19 quando comparada com mulheres na faixa de idade ≥ 35 anos.

A tabela a seguir foi construída considerando a idade da mãe categorizada em <20 e ≥ 20 tendo em conta o peso (BP) do recém-nascido.

Tabela 18. Regressão logística considerando BP e idade da mãe categorizada em <20 e ≥ 20 .

Variáveis	Categorias	Estimativa	EP	P-valor	OR (IC95%)
Intercepto		19.4608	0.6089	$<.0001$	
Idade da Mãe	> 20	-0,1305	0,0396	0.0010	0,770 (0,660 - 0,900)
	≤ 20	-	-	-	1
Duração da Gravidez		-0.5481	0.0155	$<.0001$	0.578(0.561 - 0.596)
Sexo	F	0.1951	0.0351	$<.0001$	1.477(1.288 - 1.695)
	M				1
Tipo de Parto	Gêmeos	1.1810	0.0883	$<.0001$	10.612 (7.506 - 15.003)
	Simple	-	-	-	1
Vigilância Pré-natal	Não	-0.2557	0.1280	0.0457	0.600 (0.363 - 0.990)
	Sim	-	-	-	1
Parto	1. Normal (de vértice)	0.0381	0.1259	0.7622	2.586 (1.076 - 6.215)
	2. Nádegas	0.7367	0.2351	0.0017	5.200 (1.901 - 14.229)
	3. Bloco cirúrgico	0.2144	0.1484	0.1485	3.085(1.268 - 7.503)
	4. Desconhecido	-0.0771	0.1922	0.6882	2.305(0.893 - 5.947)
	5. Outros	-	-	-	1
Assistência ao Parto	1. Médico	-0.0188	0.1570	0.9047	0.724(0.506 - 1.037)
	2. Enfermeira-Parteira	-0.2366	0.1455	0.1039	0.582(0.417 - 0.814)
	3. Enfermeira Ñ Parteira	-0.2795	0.1420	0.0490	0.558(0.402 - 0.774)
	4. Parteira Leiga	0.0426	0.5354	0.9366	0.770(0.223 - 2.664)
	5. S/ Assistência	0.0338	0.4219	0.9362	0.763(0.287 - 2.030)
	6. Assistência Ignorada	0.1547	0.4325	0.7206	0.861(0.316 - 2.348)
	7. N/D	-	-	-	1

A idade da mãe mostra significativa para o evento em estudo, ou seja a faixa etária de mães >20 é considerado como fator protetor para BP, bem como as variáveis duração da gravidez e sexo feminino.

A assistência ao parto indica que os partos assistidos por enfermeiras parteiras e não parteiras é considerado um factor protector para o nascimento de recém-nascidos com BP. Sendo que a categoria tipo de parto, nomeadamente o parto de nádegas apresenta-se como factor de risco.

5 DISCUSSÃO

Este estudo examinou e analisou a proporção de nascidos vivos com BPN e os determinantes associados ao BPN através de um estudo transversal, com dados secundários obtidos das Guias de Nascimentos registadas no Sistema de Informação de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, tendo como referência os partos ocorridos em Cabo Verde durante os anos de 2010 e 2011. O valor de crianças nascidas com BPN tem vindo a decrescer de 8.5% para 8.0%, valores bastante positivos se tivermos em conta os relatados pela UNICEF e pela WHO para a África Subsaariana (Yilgwan, Abok, Yinnang & Vajime, 2009), e os observados em países desenvolvidos como a Suécia e a Noruega, em que a proporção de BPN não ultrapassa os 6% (UNICEF & WHO, 2004; UNICEF, 2008).

A variável número de partos, independentemente do ano analisado, não se mostrou significativa com o evento em estudo o que vai em sentido contrário ao estudo de Nascimento & Gotlieb (2001).

Este estudo, tanto no que diz respeito ao ano de 2010 e de 2011, encontrou uma forte associação entre a duração da gestação e o BPN. As crianças nascidas pré-termo apresentaram um risco maior de nascer com BPN tanto em 2010 como em 2011. Estes resultados corroboram os encontrados na literatura consultada (Guimarães & Velásquez-Neléndez, 2002; Carniel et al., 2008; Uchimura et al., 2008). A importância da prematuridade como factor determinante do BPN (Monteiro et al., 2000) sugere que seja dada uma maior atenção por parte dos serviços e dos profissionais de saúde no momento da identificação da idade gestacional e na ocasião do registo na Guia de Nascimento.

De maneira geral, a maioria dos partos foi do tipo normal embora se tenha percebido que houve um forte crescimento (quase 50%) dos partos cesáreos. As variáveis tipo de parto (gemelar ou simples), parto (normal, cesáreo, nádegas, etc.) e assistência ao parto (médico, enfermeira, etc.) mostraram ser factores de risco para o BPN, mostrando um comportamento similar a outros estudos examinados (Guimarães & Velásquez-Neléndez, 2002; Camiña, 2005; Stein-Backes & Flores-Soares, 2008).

A vigilância pré-natal foi uma variável que mereceu destaque uma vez que se observou um percentual elevado de registos sem informação. Os resultados

mostraram que esta é importante como factor de protecção para a saúde da mãe e da criança. Por sua significância, esse conjunto de serviços deve ser alvo de apreciações periódicas com o propósito de identificar as imperfeições existentes, aperfeiçoar o serviço e garantir a qualidade na assistência. Os tomadores de decisão também devem estar com atenção relativamente à oferta de serviços e respectivo acesso, uma vez que a sua disponibilidade permite uma intervenção nos factores associados ao BPN, como mostram alguns estudos encontrados (Kramer, 1998; Zambonato et al., 2004; Nascimento, 2005; Santos et al., 2008; Uchimura et al., 2008; Carniel et al., 2008) embora Hueston et al., (2003) tenha mostrado que não havia redução das taxas de BPN em mulheres que iniciaram a assistência pré-natal precocemente o que mostra um certo conflito de resultados, resultado enunciado por Silveira & Santos (2004), numa revisão sistemática.

Do total de nascidos vivos, não se verificaram alterações significativas quando comparados os anos de 2010 e 2011, independentemente do sexo analisado, embora se perceba que houve um maior percentual de nascimentos do sexo masculino. Detectou-se associação estatisticamente significativa entre o BPN e o sexo feminino. As meninas apresentaram uma proporção de BPN 1.3 vezes maior quando comparadas aos meninos o que vai de encontro com o encontrado por outros estudos (UNICEF & WHO, 2004; Zaganelli, 2006; Carniel et al., 2008; Ferraz & Neves, 2011).

Em contraponto à literatura (Andrade, Szwarcwald, Castilho, 2008; Minuci & Almeida, 2009; Geib, Fréu, Brandão & Nunes, 2010), a idade da mãe relativamente ao ano de 2010, não se mostrou significativa como factor de risco do BPN, enquanto que no ano de 2011 apresenta um comportamento diferente, similar ao observado na literatura acima citada. Em geral os dados mostraram que a idade média observada foi dos 20 aos 34 anos de idade, considerada ideal para se ter filhos, valores distantes dos extremos da vida reprodutiva sinónimo de maior risco de BPN tal como mostram vários estudos (Nascimento & Gotlieb, 2001; Costa et al., 2002; Nascimento, 2003). Tendo em conta a significância demonstrada pela literatura, entre a idade materna e o BPN (Friede et al., 1987; Rahman, 1997; Shmueli & Cohen, 1999; Yasmeen & Azim, 2011; Dennis & Mollborn, 2013; Ghaemmaghami et al., 2013), tentou-se observar qual o comportamento da variável dependente relativamente à idade materna, categorizada em menores de 20 e maiores ou iguais

a 20 anos, utilizando uma regressão logística. Estes resultados vieram confirmar o carácter protector da faixa etária materna fora dos extremos, a duração da gravidez (a termo) e o sexo (feminino) mostrando a mesma conformidade relativamente aos estudos atrás mencionados.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os dados do SINASC são fontes em informações, as quais permitem conhecer o perfil do grupo materno-infantil, possibilitando à equipa de saúde, bem como aos gestores públicos, o monitoramento e planeamento de intervenções tendo em conta a realidade da região. Dessa forma, é de fulcral importância incentivar e supervisionar o preenchimento correcto das GN e dos registos no sistema de informação correspondente, para que os dados sejam fidedignos.

A Declaração de Nascimento é um instrumento de vital importância para o planeamento das acções dirigidas a saúde materno-infantil pelas variáveis que dispõem.

Neste trabalho constatou-se que a sistematização dos dados presentes nas Declarações de Nascimento, através da concepção do Sistema de Informação de Nascidos Vivos , foi um ganho evidente para o país, uma vez que este sistema contribui para que os profissionais possam conhecer o perfil do grupo materno-infantil, possibilitando dessa forma à equipa de saúde, bem como os gestores públicos, o monitoramento adequado da realidade duma região, através do uso de informações que garante o planeamento e a tomada de decisão tendo em conta as necessidades da população. Sendo essa monitorização feita através da utilização de indicadores importantes tais como o peso do recém-nascido, características maternas, entre outros.

Os dados demonstraram que houve uma redução do número de partos ocorridos nos domicílios, e conseqüentemente um aumento significativo do número de nascimentos nas estruturas de saúde, nomeadamente nos centros de saúde, ainda que a maioria dos partos são assistidos nos hospitais. Essa transformação poderá ser explicada pelo desenvolvimento do SNS em Cabo Verde nos últimos anos, através do investimento na melhoria do acesso as infra-estruturas de saúde, investimentos na capacitação dos profissionais de saúde em diversos domínios e conseqüente distribuição a nível nacional desses profissionais pelas estruturas de saúde, para além dos esforços que o MS vem dispensando através do Programa Materno-infantil para alcançar a redução daa mortalidade e morbidade materna, neonatal e infantil no país.

A frequência de acompanhamento das mulheres às consultas pré-natal, de acordo com os dados que teve-se acesso, não pode ser devidamente quantificada pelo presente estudo, uma vez que a GN desprovêem de uma variável que enumere efectivamente o número de consultas efectuadas pelas gestantes. Dessa forma, importa propor a inclusão dessa variável nas GN, embora o número de consultas prestadas às gestantes não quer dizer uma boa qualidade de assistência, tendo em vista que muitos dos factores de riscos encontrados no presente estudo podem ser evitados ou minimizados por meio de uma atenção pré-natal de qualidade.

Igualmente, sugere-se aos gestores da área da saúde a análise dos protocolos de assistência a gestantes através do programa materno-infantil, com a perspectiva de poder controlar os factores de risco identificados neste estudo, definindo medidas cabíveis a serem tomadas.

Ainda, destaca-se que alguns factores associados ao BPN devem ser trabalhados, com enfoque direccionado para alguns dos determinantes sociais de saúde, tais como: educação de qualidade, oportunidades de trabalho, habitação digna, melhoria de renda familiar, entre outros.

Outro aspecto importante de ressaltar refere-se à vigilância das mães adolescentes, para que a gravidez precoce seja planeada e consciente. Desse modo, propõe-se o estabelecimento dum programa de apoio integral a gestante e mãe adolescente semelhante ao PAIGA implementado no Brasil.

Atenção também deve ser dada na melhoria da qualidade da assistência pré-natal com o aumento do número de consultas, principalmente para as mães primigestas, com o propósito de prevenir complicações e promover a educação para a saúde das gestantes em todo o país.

Acrescenta-se ainda o treinamento contínuo e conscientização dos profissionais de saúde que actuam directamente na recolha dos dados, por forma a motivar o interesse quanto ao aprimoramento das etapas de recolha (preenchimento adequado da GN) e processamento dos dados, bem como a sua divulgação como instrumento essencial na disponibilização de informações sobre natalidade.

Aponta-se, igualmente, para o investimento dos profissionais de saúde em educação em saúde das famílias e comunidades, quanto aos cuidados que as gestantes devem possuir durante o período de gestação, por forma a diminuir os

factores que podem contribuir para uma gravidez de risco. Recomenda-se a continuidade de estudos dessa natureza já que permite conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos no país, através do conhecimento de factores que influenciam o peso do nascimento, contribuindo para a qualificação dos serviços de saúde.

Apesar de que o país venha envidando esforços no sentido de facilitar o registo da criança no momento do nascimento, com a disponibilização de um serviço próprio nas estruturas de saúde, os resultados encontrados permitem concluir a diminuição significativa dos registos de nascimentos em 2011 quando comparado ao ano de 2010. Sendo assim, recomenda-se a análise profunda das acções de sensibilização que vem sendo realizadas nesse âmbito, por forma a garantir uma maior participação dos responsáveis pela criança quanto a importância de registrar o recém-nascido como um direito consagrado a todo o cidadão.

Seria prudente a reflexão quanto existência/permanência de um neonatologista no momento do parto, pelo menos nos partos com indicação cirúrgica, por forma a colmatar algumas complicações no momento do parto.

Ademais o estabelecimento duma UTI neonatal nos Hospitais de Referência, seria uma mais valia, uma vez que permitirá uma melhor segurança e qualidade á assistência prestada aos neonatos que nascem com baixo peso, e assim prevenir as mortes perinatais.

Na esteira das orientações propõe-se o desenvolvimento e implementação de protocolos obstétricos e neonatais específicos em todas as estruturas responsáveis pelo parto e atenção ao neonato.

Seria desejável a informatização da Guia de Nascimento em todas as estruturas de saúde que realizam partos, bem como a sua actualização com as seguintes variáveis:

- ▶ Indicação do parto cirúrgico
- ▶ Ocupação da Mãe
- ▶ Estado Civil da Mãe
- ▶ Nacionalidade da Mãe
- ▶ Escolaridade da Mãe
- ▶ Tensão arterial

- ▶ Renda Familiar
- ▶ Número de Consultas pré-natal (indicar)
- ▶ Uso de substâncias licitas e ilícitas (indicar)
- ▶ Índice Apgar
- ▶ Intercorrências ao nascimento (ex. nenhuma, infecção neonatal, sofrimento fetal, anoxia neonatal, síndrome do desconforto respiratório do RN) e
- ▶ Malformação congénita (indicar)
- ▶ Dados do Pai (nome, nacionalidade, estado civil (caso existir))

Recomenda-se a regulamentação do teste de triagem neonatal, intitulado de “Teste do Pezinho”, em todo território cabo-verdiano como instrumento importante para o rastreio neonatal dos recém-nascidos portadoras de doenças que devem ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível a fim de evitar sequelas para o paciente e em muitos casos a morte neonatal, como por exemplo o Hipotireoidismo Congénito e a Fenilcetonúria, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, entre outros, enfermidades essas que podem ser diminuídas tendo em conta alguns cuidados básicos de saúde.

Para concluir, sugere-se que as estruturas de saúde devem ter sempre em conta que o peso ao nascer e as condições de saúde das mãe e da criança são determinados por agentes complexos e inter-relacionados, originários das condições socio-ambientais e biológicas os quais as mulheres encontram-se expostas durante a gestação, sendo cada gravidez, por sua vez, considerada distinta. Sendo assim, considera-se de fulcral importância identificar, durante a assistência ao pré-natal, quais desses factores constituem o maior risco para recém-nascidos com baixo peso.

Logo, considera-se, uma vez mais, que a assistência efectiva ao período pré-natal encontra-se inevitavelmente vinculada à sua qualidade e acesso, sendo de suma importância a análise individual e cuidada de cada gestante pelas estruturas de acompanhamento, e não exclusivamente dar ênfase aos aspectos quantitativos, como exemplo, a quantidade do número de consultas.

7 BIBLIOGRAFIA¹

- Alan Guttmacher Institut. <http://www.guttmacher.org/> . Recuperado em 04 de Abril de 2013.
- Alexander, G.,R., & Korenbrot, C.,C., (1995). The role of prenatal care in preventing low birth weight, *The Future of Children*. 5(1):103-120.
- Alves, J., G., B., (2004). Baixo peso ao nascer e desmame precoce: novos fatores de risco para aterosclerose. *Jornal de Pediatria* . Vol. 80, Nº4.
- Amaya, J., Borrero, C., Ucrós, S., (2005). Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* 2005;56(3):216-24.
- Andrade, C.,L.,T., Szwarcwald, C.,L., Castilho, E.,A., (2008). Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. *Cad Saúde Pública*.
- Aquino-Cunha, M., Queiroz-Andrade, M., Tavares-Neto, J., Andrade, T., (2002). Gestação na Adolescência: Rela o com o Baixo Peso ao Nascer. *RBGO*. v. 24, n  8, 2002 513.
- Balci, M., M., Acikel, S., Akdemir, R., (2010). Low birth weight and increased cardiovascular risk: fetal programming. *Int. J. Cardiol. Amsterdam*, v.144, n.1 p.110-111.
- Barroso, G., S., Sichierill, R., Costa, R., S., (2008). Fatores associados ao deficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. *Rev. bras. epidemiol.* vol.11 no.3 São Paulo.
- Behrman, R., Shiono, P.,H., (2002). Neonatal risk factos. In: Fanaroff AA, Martins, Neonatal – Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant. 7^a ed. St Louis, MO; Mosby, Cap 1, p17-36.

¹ De acordo com o estilo APA- American Psychological Association

- Bertagnon, J.R.D. (1993). Recém-nascido pequeno para a idade gestacional: algumas características epidemiológicas. Dissertação. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Camiña, R., S., (2005). Prevalência de baixo peso ao nascer e factores associados nos municípios da 7ª regional de saúde de Joaçaba, Santa Catarina, no período de 1995-1999. Santa Catarina: UNOESC, 2005.
- Carniel, E., F., Zanolli M., L., Antônio, M., A., R., G., M., Morcilo, A., M., (2008). Determinantes do Baixo Peso ao Nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. *Rev. Bras. Epidemiol.* 11(1):169-79.
- Child Trends Data Bank. <http://www.childtrends.org/?indicators=low-and-very-low-birthweight-infants>. Recuperado em 12 de Fevereiro de 2014.
- Cillo, T.,M., Deus, R.,B., Barnabé, A.,S, Ferraz, R., R., N., (2009). Consultas de enfermagem realizadas em uma unidade de saúde da família da cidade de Atibaia–SP. *Conscientiae Saúde* 10;8(4):609-13.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J.,M., Lammers, C., (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2005; 192(2):342-9
- Costa, M.,C.,O., Santos, C.,A.,T., Sobrinho, C.,L.,N., Freitas, J.,O., Ferreira, K.,A.,S.,L., Silva, M.,A., et. al., (2002). Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia., Brasil, 1998. *Cad. Saúde Pública*. Maio-Jun. 18(3):715-22.
- Costal A., M., GuilhemII, D., Walter, M., I., M., T., (2005). Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. vol.39 no.5 São Paulo.
- Dennis, J., A., & Mollborn, S., (2013). Young maternal age and low birth weight risk: An exploration of racial/ethnic disparities in the birth outcomes of mothers in the United States. *The Social Science Journal*. Volume 50, Issue 4, 625–634.
- Donaldson, P., Billy, J., (1984). The impact of pre-natal care on birth weight – evidence from and international data set. *Medical Care*, 22, 177-188.
- Ferraz, T.,R., Neves, E.,T., (2011). Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas:um estudo transversal . *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):86-92.

- Fraser, A.,M., Brocker, J.,E., Ward, R.,H., (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 332:1113-7.
- Friede, A., Baldwin, W., Rhodes O., H., Buehler, J., W., Strauss, L., T.,Smith, J., C., Hogue, C., J., R., (1987). Young Maternal Age and Infant Mortality: the Role of Low Birth Weight. *Public Health Reports*. Vol. 102, No. 2.
- Gama, S., G., N., Szwarcwald, C., L., Leal, M., C., Filha, M., M., T., (2001). Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, de 1996 a 1998. *Revista de Saúde Pública*. 35, 74-80.
- Geib, L.T., Fréu, C.,M., Brandão, M., Nunes, M.,L., (2010).Social and biological determinants of infant mortality in population cohort in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul State. *Cien Saude Colet*. 15(2):363-70.
- Ghaemmaghami, S., J., Nikniaz, L., Mahdavi, R., Nikniaz, Z., Razmifard, F., Afsharnia, A.,(2013).Effects of infants' birth order, maternal age, and socio-economic status on birth weight. *Saudi Med J*. Vol. 34 (9)
- Gonçalves, C.,V., Cesar, J.,A.,, Mendoza-Sassi R.,A., (2009). Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2507-16.
- Guerra, F.,A.,R., Llerena, Jr., J.,C., Gama, S.,G.,Nd., Cunha, C.,Bd., Theme Filha, M.,M.,(2008). Confiabilidade das informações das declarações de nascido vivo com registro de defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:438-46
- Guimarães, E.,A.,A., Velásquez-Neléndez, G., (2002). Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Ver. Bras. Saúde Matern. Infantil*, Recife. v. 2, nº 3, p. 283-290.
- Hueston, J.,H., Gregory, E.,G., Davis, L., Sturgill, V.,(2003). Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. *J Community Health* . 28(#):199-208.
- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde., (2010). Relatório dos Resultados Preliminares do RGPH 2010. Praia, República de Cabo Verde.

- Jolly, M.,C., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., Regan, L., (2000). Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet. Gynecol.* 2000;96(6):962-6.
- Kassar, S., B., Gurgel, R., Q., Albuquerque, M., M., F., R., Barbier, M., A., Lima, M., C., (2005). Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, 5 (3): 293-299.
- Kirchengast, S., (2009). Teenage-Pregnancies – A Biomedical and a Sociocultural Approach to a Current Problem. *Current Women's Health Reviews.* 5, 1-7.
- Knippenberg, R., Lawn,J., E., Darmstadt, G., I., Begkoyian, G. , Fogstad, H., Walelign, N., Paul, V., K., (2005). Systematic scaling up of neonatal care in countries. *The Lancet.* Volume 365, Issue 9464,1087 – 1098.
- Koffman, M., D, Bonadio, I.,C., (2005). Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 5(1):23-32.
- Kramer, M.,S., (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 65(5): 663-737.
- Langille, D.,B., (2007). Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. *Can. Med. Assoc. J.* 176: 1601-1602
- Law, C., M. (2002). Significance of birth weight for the future. *Arch Dis Child Fetal Neonatal.* 86: 7-8.
- Lima, M., C., B., M., Oliveira, G., S., Lyra, C., O., Roncalli, A., G., Ferreira, M., A., F., (2013). A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 18(8):2443-2452.
- Lippi, U., P., Andrade, A., S., Bertagnon, J., R., D., Melo, E., (1989). Fatores obstétricos associados ao baixo peso ao nascer. *Rev. Saúde públ.* S. Paulo, 23:382-7.
- Lopes, S., M., Lopes, J., M., (1999). Follow-up de recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro. *Medsí.*
- Mayor, S. (2004). Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ.* 328: 1152.

- McIntire, D.,D., Blomm, S.,L., Casey, B.,M., Leveno, K.,J., (1999). Birth weight in relation to morbidity and mortality among newborn infants. *N Engl J Med.* 340 (16):1234-8..
- Mello Jorge, M., H., P., Gotlieb, S., L., D., Soboll, M., L., M., S., Almeida, M., F., Latorre, M., R., D., O., (1993). Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e o Uso dos seus Dados em Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. *Revista Saúde Pública*, 27 (6 supl.), 1993.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, Direcção Geral da Saúde (2008). Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação. Manual de Instruções do preenchimento da Guia de Nascimento. Praia, República de Cabo Verde.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, Direcção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) 2008-2012*. Praia, Cabo Verde
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação, (2012). *Relatório Estatístico*. Praia, Cabo Verde.
- Ministério da Saúde, República de Cabo Verde, (2007). *Política Nacional de Saúde, Reformar para uma melhor saúde*. Praia, Cabo Verde.
- Minuci, E., G., Almeida, M., F., (2009). Diferenciais intra-urbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. Vol: 43(2).
- Miura, E., Failace, L.,H., Fiori, H., (1997). Mortalidade perinatal e neonatal no Hospital das clínicas de Porto Alegre. *Ver Assoc. Méd. Bras.*, Porto Alegre, v. 43, n. 1.
- Monteiro, C.,A., Benicio, M.,H.,D., Ortiz, L.,P., (2000). Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saude Publica*. 2000; 34 Suppl 6: S26-40.
- Moreira, T.,M.,M., Viana, D.,S., Queiroz, M.,V.,O., Jorge, M.,S.,B., (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. Esc. Enferm. USP*. jun, 42(2): 312-20.
- Nascimento, L., F., & Gotlieb, S., L., D., (2001). Fatores de Risco para o Baixo Peso ao Nascer, com Base em Informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no Ano de 1998. Informe Epidemiológico do SUS 2001; 10(3) 113-120.


- Nascimento, L., F., C., (2005). Análise hierarquizada dos factores de risco para o baixo peso ao nascer. *Revista Paulista de Pediatria*. v. 23, nº 2, p. 76-82.
- Ogunjuyigbe, P.,O., Ojofeitimi, E.,O., Sanusi, R.,A., orji, E.,O., Akinlo, A., Liasu & OOOwolabi, S.,A., (2008). Food aversion during pregnancy: a major cause of poor pregnancy outcome in Nigeria. *Journal of Chinese Clinical Medicine*. 3 (7).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). CID- 10, (1998). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10ª Revisão). São Paulo: *EDUSP*; p.1184.
- Orlonski S, Dellagrana RA, Rech CR, Araújo EDS. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de estatura em crianças atendidas por uma unidade de ensino básico de tempo integral. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2009; 19(1): 54-62.
- Passebon, E., Bloch, K.,V., Kale, P.,L., Coeli, C.,M., (2006). Associação entre peso ao nascer e mortalidade infantil no município de Campos dos Goytacazes - RJ. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2006; 14(2):283-296.
- Paula, H., A., A., Salvador, B., C., Barbosa, L., Cotta, R., M., M., (2011). Peso ao Nascer e Variáveis Maternas no Âmbito da Promoção da Saúde. *Rev. APS*. Jan-Mar; 14 (1); 67-74
- Pedraza, D., F., Rocha, A., C., D., Cardoso, M., V., L., M., L., (2013). Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(8):349-56.
- Pojda, J., & Kelly, L., (2000). Low Birth Weight ACC/SCN Nutrition Policy Paper. A report based on the International Low Birth Symposium and Workshop. The International Centre for Diarrhoeal Disease Research in Dhaka, Bangladesh.
- Puffer, R., R., Serrano, C., V., (1987). Características del peso al nascer. Washington, USA. PAHO. (Publicación Científica nº 504).
- Rahman, H., (1987). Pregnancy outcome and perinatal mortality in a primary health care project. *Dhaka Shishu Hosp J*. 1987;3:1-9.
- Ramos, H., & Cuman, R., (2009). Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 13(2): 297-304.

- Ramos, J., L., A., (1997). Repercussões neonatais das enfermidades maternas. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: *Sociedade Brasileira de Pediatria*. p. 26.
- Ricciardi, C., Guastadisegni, C.,(2003). Environmental inequities and low birth weight. *Ann Ist Super Sanità*; 39(2):229-34.
- Rocha, J.,A., (1991). Baixo peso, peso insuficiente e peso adequando ao nascer em 5940 nascidos vivos na cidade do recife. *J. pediatria (Rio J)*. 67 (9/10): 297-304.
- Santos, G., H.,N.. et al. (2008). Gravidez na adolescência e factores associados com abixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v. 30, nº 5, p. 224-31.
- Sarni, R., O., S., Souza, Fabíola I., S., Pitta, T., S., Fernandez, A., P., Hix, S., Fonseca, F., A., (2005). Baixo peso ao nascer: influência na pressão arterial, composição corporal e antropometria. *Arq. méd. ABC*. 30(2):76-82.
- Segre, C., A.,M., Santoro, J., M., Rugolo, L.,S.,S., (2000). Regionalização da saúde e recomendação do Departamento de Neonatologia da SPSP. In: Sociedade de Pediatria de São Paulo. Manual de neonatologia. 2 Ed. *Ampl. Atuali*. Rio de Janeiro: revinter. Cap 1, secção 2, p3.
- Shmueli, A., & Cullen, M., R., (1999). Birth weight, maternal age, and education: new observations from Connecticut and Virginia. *Yale J Biol Med*. 72(4): 245–258.
- Silveira, D.,S., Santos, I.,S., (2004). Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1160-8.
- Singh, S., & Darroch, J.,E., (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. *Fam. Plann. Perspect*. 2000; 32: 14-23.
- States of the Worlds Mothers. (2004). Children having children. Where young mothers are most at risk. 2004; pp. 8-26.
- Stein-Backes, M., T., & Flores-Soares, M.,C., (2008). Las enfermidades intercorrentes durante la gestacion y sus consecuencias sobre el peso del recién nacido. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. v. 59, nº 2, p. 103-110.
- Uchimura, T., Pelissari, D., M., Uchimura, N., S., (2009). Baixo Peso ao Nascer e Factores Associados. *Rev. Gaúcha Enferm*. 29(1):33-8. Porto Alegre (RS).

- UNICEF & WHO (2004). Low birth weights: country, regional and global estimates. UNICEF, Editorial and publication section, NY, USA.
- UNICEF. (2001). A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Research Centre Florence, Italy.
- Wallace, J.,M., Aitken, R.,P., Milne, J.,S., Hay, W.,W., Jr., (2004). Nutritionally mediated placental growth restriction in the growing adolescent: consequences for the fetus. *Biol. Reprod.* 2004;71(4):1055-62.
- Wilcox, A., J., (2001). On the importance – and the unimportance – of birth weight. *Int J Epidemiol*; 30(6): 1233-41.
- World Health Organization (1986). Commentary on current World Health Organization definitions used in perinatal statistics. *Archives of Disease in Childhood.* 1986; 61: 708-710.
- World Health Organization (2004). International classification of diseases. 10th revision. Geneva: WHO Library.
- World Health Organization (2007). Adolescent pregnancy - Unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes. Geneva. WHO.
- Yasmeen, S., & Azim, E., (2011). Status of low birth weight at a tertiary level hospital in Bangladesh for a selected period of time. *South East Asia Journal of Public Health.* 2011:1:24-27.
- Yilgwan, C., S., Abok, I., I., Yinnang, W., D., Vajime, B., A., (2009). Prevalence and risk factors of low birth weight in Jos. *Jos Journal of Medicine.* Vol 4 nº1.
- Zaganelli, F.,L., (2006). Aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e da mulher adulta e suas repercussões sobre o recém-nascido. Mestrado, programa de pós-graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte..
- Zambonato, A.,M.,K., Pinheiro, R.,T., Horta, B.,L., Tomasi, E., (2004). Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Rev. Saúde Pública.* Feb; 38(1): 24-29.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – GUIA DE NASCIMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE
NASCIDOS VIVOS DE CABO VERDE



DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

GUIA DE NASCIMENTO **N.º 082673**

Declaro o nascimento duma criança, do sexo _____,
filho de _____
ocorrido em _____ Freguesia _____
Concelho _____, em _____ de _____ de _____
pelas _____ horas e _____ minutos

INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA

<p>(1) Sexo: masculino <input type="checkbox"/>, feminino <input type="checkbox"/>, indeterminado <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Data de nascimento <input type="text"/></p> <p>(3) Peso à nascença (em gramas) <input type="text"/></p> <p>(4) Tipo de parto: simples <input type="checkbox"/>, se gêmeos, N.º de gêmeos <input type="text"/></p> <p>(5) Se gêmeos indique: N.º de nados vivos <input type="text"/></p> <p>(6) O parto foi: normal (de vértice) <input type="checkbox"/>, de nádegas <input type="checkbox"/>, outros <input type="checkbox"/>, desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>(7) Local de nascimento: num domicílio <input type="checkbox"/>, em estabelecimento, hospitalar, (indicar) _____ outras estruturas de saúde <input type="checkbox"/>, outro local <input type="checkbox"/></p> <p>(8) Assistência no parto: médico <input type="checkbox"/>, enfermeira-parteira <input type="checkbox"/>, enfermeira não parteira <input type="checkbox"/>, parteira leiga <input type="checkbox"/>, sem assistência <input type="checkbox"/>, assistência ignorada <input type="checkbox"/></p> <p>(9) Duração da gravidez (N.º de semanas completas) <input type="text"/>, desconhecida <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Vigilância pré-natal com duas ou mais consultas: sim <input type="checkbox"/>, não <input type="checkbox"/>, ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>(11) Data de nascimento da mãe <input type="text"/></p> <p>(12) N.º de partos anteriores da mãe <input type="text"/></p> <p>(13) N.º de nado-vivos nos partos anteriores <input type="text"/></p> <p>(14) N.º de nado-mortos nos partos anteriores <input type="text"/></p> <p>(15) Gravidez imediatamente anterior da mãe: N.º de nado vivos <input type="text"/>, N.º de feto mortos <input type="text"/></p> <p>(16) Residência habitual da mãe _____ Freguesia _____ Concelho _____</p>	<p>NÃO PREENCHER</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p> <p>10 <input type="checkbox"/></p> <p>11 <input type="checkbox"/></p> <p>12 <input type="checkbox"/></p> <p>13 <input type="checkbox"/></p> <p>14 <input type="checkbox"/></p> <p>15 <input type="checkbox"/></p> <p>16 <input type="checkbox"/></p>
--	--

_____ de _____ de _____

Nome e assinatura do responsável da informação

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

17/09/2012
Autorizado

13.09.2012

Ao Exmo. Senhor Dr. António Pedro Delgado,
Director Geral da Saúde
Ministério da Saúde
Praça, 11 de Setembro de 2012

17/09/2012
Ao Dr. Ildo Carvalho para
conhecimento e parecer.

Plaseamos no haver inconveniente
quanto a este estudo.
Ildo Carvalho
13.09.2012

Assunto: Pedido de Autorização para acesso e utilização dos dados do Sistema de Informação de Nacidos Vivos do Ministério da Saúde.

Iris de Vascelos Matos Pinto Monteiro, licenciada em Ciências Biológicas da Saúde, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde Pública na Universidade de Cabo Verde (UNICV) em parceria com a Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), vem mui respeitosamente, por este meio solicitar a V. Ex.^a que lhe seja concedido autorização para aceder, utilizar e tratar as variáveis que compõem o banco de dados do Sistema de Informação de Nacidos Vivos, com o designio de elaborar a sua dissertação de mestrado sob a orientação da Dr.^a Vera Andrade.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva, em que proceder-se-á ao levantamento de dados por meio de consulta a dados do Sistema de Informação de Nacidos Vivos do Ministério da Saúde de Cabo Verde. Será realizada uma análise estatística descritiva de cada variável que compõem o estudo considerando o período de 2010-2011. As variáveis serão estudadas segundo as características do nascido vivo (sexo, peso e paridade), da gravidez (duração), da mãe (idade e paridade) assim como, local do parto de residência da mae.

Este estudo não envolve nenhuma medida de recolha de dados envolvendo medidas invasivas de caracter biológico, associadas a outras pesquisas em seres humanos, no entanto, o nosso projecto será enviado ao Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) em Cabo Verde para ser aprovada.

Declaro por minha honra, na qualidade de investigadora responsável, que serão respeitados todos os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Queira aceitar, senhor Director, os protestos da minha mais alta consideração.

Com nos nossos melhores cumprimentos,

Iris de Vascelos Matos Pinto Monteiro.
Mestranda em Saúde Pública

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE
Entrada n.º 673
Em 11 09 / 2012
O Funcionário
I. Monteiro

APÊNDICE B – VARIÁVEIS REGISTRADAS NA BASE DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

n/n	Todas as Variáveis	Variáveis de Interesse	Variáveis excluídas
1	PROCESSO_ID	SEXO	PROCESSO_ID
2	NU_NASCIMENTO	CONCELHO	NU_NASCIMENTO
3	SEXO	FREGUESIA	HORA_NASCIMENTO
4	CONCELHO	ZONA	DATA_FORMULARIO
5	FREGUESIA	LOCALIDADE	DT_NASCIMENTO_MAE
6	ZONA	DATA_NASCIMENTO	DATA_REGISTO
7	LOCALIDADE	MES_NASCIMENTO	MES_REGISTO
8	DATA_NASCIMENTO	REGISTO_RNI	ANO_REGISTO
9	MES_NASCIMENTO	PESO_NASCENCA	
10	ANO_NASCIMENTO	TIPO_PARTO	
11	HORA_NASCIMENTO	NU_GEMEOS	
12	REGISTO_RNI	NU_NADOS_VIVOS	
13	DATA_FORMULARIO	O_PARTO_FOI	
14	PESO_NASCENCA	LOCAL_NASCIMENTO	
15	TIPO_PARTO	NOME_HOSPITAL	
16	NU_GEMEOS	NM_OUTRA_ESTRUT_SAUDE	
17	NU_NADOS_VIVOS	ASSISTENCIA_PARTO	
18	O_PARTO_FOI	DURACAO_GRAVIDEZ	
19	LOCAL_NASCIMENTO	VIGILANCIA_PRENATAL	
20	NOME_HOSPITAL	IDADE_MAE	
21	NM_OUTRA_ESTRUT_SAUDE	NU_PARTOS_ANT	
22	ASSISTENCIA_PARTO	NU_NADOS_VIVOS_PARTOS_ANT	
23	DURACAO_GRAVIDEZ	NU_NADOS_MORTOS_PARTOS_ANT	
24	VIGILANCIA_PRENATAL	NU_NADOS_VIVOS_GRAV_ANT	
25	DT_NASCIMENTO_MAE	NU_FETOS_MORTOS_GRAV_ANT	
26	IDADE_MAE	CONCELHO_MAE	
27	NU_PARTOS_ANT	FREGUESIA_MAE	
28	NU_NADOS_VIVOS_PARTOS_ANT	ZONA_MAE	
29	NU_NADOS_MORTOS_PARTOS_ANT	LOCALIDADE_MAE	
30	NU_NADOS_VIVOS_GRAV_ANT		
31	NU_FETOS_MORTOS_GRAV_ANT		
32	CONCELHO_MAE		
33	FREGUESIA_MAE		
34	ZONA_MAE		

n/n	Todas as Variáveis	Variáveis de Interesse	Variáveis excluídas
35	LOCALIDADE_MAE		
36	DATA_REGISTO		
37	MES_REGISTO		
38	ANO_REGISTO		
