



MALFORMAÇÕES CONGÊNTAS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MÃES E CONDIÇÕES DE GESTAÇÃO

CONGENITAL MALFORMATIONS: DEMOGRAPHIC PROFILE OF MOTHERS AND PREGNANCY CONDITIONS

MALFORMACIONES CONGÉNITAS: PERFIL DEMOGRÁFICO DE LAS MADRES Y LAS CONDICIONES DEL EMBARAZO

Lucimar de Lara Aires Silvestre dos Reis¹, Rogério Ferrari²

RESUMO

Objetivos: delinear os fatores sociodemográficos das mães de recém-nascidos com malformações congênitas e caracterizar as condições da gestação. **Metodologia:** estudo descritivo transversal, quantitativo, realizado em dois hospitais de Cáceres/MT/Brasil, com 174 pacientes. Os dados foram coletados dos prontuários e transcritos para formulários de registro, sendo analisados por estatística descritiva e apresentados em tabelas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 143/09. **Resultados:** houve predomínio de mães com idade entre 21 a 30 anos (44,8%), procedentes de Cáceres (74,7%), pardas (54,0%), casadas (39,1%), ensino médio completo (37,9%), primigesta (48,9%), realização de até 6 pré-natais (61,5%), parto cesárea (52,2%), feto único (98,3%), gestação menor que 37 semanas (66,1%), sem morbidade (82,8%). **Conclusão:** são de suma importância os registros do histórico constando informações quanto aos antecedentes maternos, permitindo a sistematização desses dados e a possibilidade de levantar ocorrências de malformações. **Descritores:** Anormalidades Congênitas; Variação Genética; Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

Objectives: to delineate the socio-demographic factors of mothers of newborns with congenital malformations and characterize the conditions of pregnancy. **Methodology:** cross-sectional, quantitative, descriptive study conducted in two hospitals of Cáceres/MT/Brazil, with 174 patients. Data collected from medical records and transcripts for registration forms, analyzed by descriptive statistics and presented in tables. The Committee of ethics in research, 143 protocol/9, approved the study. **Results:** there was a predominance of mothers aged between 21 to 30 years (44.8%), from Cáceres (74.7%), mixed race (54.0%), married (39.1%), high school (37.9%), Primiparous (48.9%), performing until 6 (61.5%), prenatal childbirth C-section (52.2%), single-fetus (98.3%), less than 37 weeks gestation (66.1%), morbidity (82.8%). **Conclusion:** are very important historical records included information about the maternal history, allowing the systematization of these data and the possibility of raising occurrences of malformations. **Descriptors:** The congenital normality's; Genetic Variation; Infant Mortality.

RESUMEN

Objetivos: describir los factores socio-demográficos de las madres de recién nacidos con malformaciones congénitas y caracterizar las condiciones del embarazo. **Metodología:** estudio descriptivo transversal, cuantitativo realizado en dos hospitales de Cáceres/MT/Brasil, con 174 pacientes. Se recopilaron datos de registros médicos y transcripciones para formularios de inscripción, se analizaron mediante estadística descriptiva y presentadas en los cuadros. El estudio fue aprobado por el Comité de ética en la investigación, protocolo 143/09. **Resultados:** hubo un predominio de las madres entre 21 a 30 años (44,8%), de raza mixta (54,0%), casado (39,1%), Cáceres (74,7%), high School secundaria (37,9%), Primiparous (48,9%), realizar hasta 6 (61,5%), el parto prenatal cesárea (52,2%), single-feto (98,3%), menos de 37 semanas de gestación (66,1%), sin morbidade (82,8%). **Conclusión:** son muy importantes los registros históricos incluyeron información sobre la historia materna, lo que permite la sistematización de estos datos y la posibilidad de elevar las ocurrencias de malformaciones. **Descritores:** Anomalías congénitas; Variación genética; Mortalidad infantil.

¹Médica, Mestre em Ciência da Saúde, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal do Mato Grosso/UFMT. Cáceres (MT), Brasil. E-mail: lucimarlareis@gmail.com; ²Acadêmico, Graduando em Medicina, Universidade Estácio de Sá/UNESA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: rgferrari@gmail.com

INTRODUÇÃO

As anomalias congênitas são defeitos na forma, estrutura e/ou função de órgãos, células ou componentes celulares presentes antes do nascimento e surgidas em qualquer fase do desenvolvimento fetal. Em relato da literatura, consta que os fatores relacionados com a anomalia congênita são da seguinte ordem: condições socioeconômicas, deficiências nutricionais, causas ambientais relacionadas à radiação ionizante, ao metil-mercúrio e ao chumbo; determinados fármacos, alcoolismo, rubéola, sífilis congênita, entre outras.¹

Os fatores demográficos podem determinar baixos níveis socioeconômicos da população, a alta incidência de doenças infecciosas e carências, escassos recursos para saúde e pesquisa, automedicação, proibição do aborto, além da qualidade ambiental e condições de trabalho precário. O que implica na prevalência de malformações congênitas (MCs).²

A idade materna acima dos 35 anos ou abaixo dos 20 anos³⁻⁵ representa risco eminente para certas malformações congênitas como a Síndrome de Down, Gastrosquise e, outras disrupções vasculares, respectivamente.

A prevalência de algumas anomalias congênitas varia entre grupos raciais, como polidactilia pós-axial mais comum em negros; e, cardiopatia congênita, anencefalia, espinha bífida, fístula tráqueo-esofágica e hipospádia na raça branca.⁴

Algumas doenças maternas se configuram como fatores de risco a exemplo da diabetes mellitus, que pode determinar malformação congênita do sistema nervoso central e do aparelho cardiovascular;⁵ a hipertensão arterial, o hipotireoidismo, epilepsia que constitui risco moderado para microcefalia e Retardo do Crescimento Intrauterino (CIUR);⁶ a sífilis apresentando alta exposição para anomalia dental, anomalia óssea, atraso mental; a rubéola com alta exposição para surdez, microcefalia, cegueira, cardiopatia; toxoplasmose podendo desencadear hidrocefalia, cegueira, coriorretinite, atraso mental; a herpes simples com baixa exposição para cicatrizes, microcefalia, midistrofia e retardo mental; a varicela com baixa exposição para cicatrizes, midistrofia e retardo mental; e; infecção por citomegalovírus com alta exposição para RCIU, atraso mental, surdez.⁷

O estilo de vida se torna cada vez mais fator de risco para a malformação congênita visto que alguns hábitos como o tabagismo, o

uso de drogas ilícitas e o alcoolismo provocam efeitos negativos durante a gravidez.⁸ Outros fatores como desnutrição materna, acompanhamento em pré-natal, baixo nível de escolaridade, prática de automedicação, se associados a outros fatores desencadeiam maior fragilidade para a ocorrência de malformação congênita.⁹

Os fatores sociais são aqueles não classificados como componentes genéticos ou agressores físicos, químicos ou biológicos, compreendendo àqueles que abrangem fatores socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais.¹⁰ Esses fatores são relativos às pessoas (fatores ambientais humanos), e merecem ser destacados por demonstrar as variáveis demográficas, contemplando a idade, sexo e grupo étnico; as variáveis sociais: o estado civil, renda, ocupação e instrução; bem como as variáveis de estilo de vida, hábito de fumar, ingestão de bebida alcoólica, o uso de drogas e ainda consumo alimentar.⁴

A escassez de dados oficiais no Brasil referentes às anomalias congênitas aponta para a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação já existentes, assim como um maior intercâmbio entre os órgãos oficiais do governo e as instituições públicas e privadas com a finalidade de franquear as informações à população. Considerando a mencionada escassez de informações relativas às anomalias congênitas no país, sobretudo, nos aspectos epidemiológicos, sociodemográficos e estatísticos,¹¹ este estudo tem como objetivos:

- Delinear os fatores sociodemográficos das mães de recém-nascidos com malformações congênitas.
- Caracterizar as condições da gestação dessas mães.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << *Perfil epidemiológico das malformações congênitas no município de Cáceres/Mato Grosso, Brasil no período de 2004 a 2009* >>, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília/UnB. Brasília-DF, Brasil. 2010

Estudo descritivo transversal, quantitativo, realizado em dois hospitais do município de Cáceres/MT, Centro-Oeste do Brasil Hospital Regional de Cáceres “Antonio Fontes” (HRCAF) e Hospital São Luiz (HSL).

O HRCAF é um hospital de referência para 22 municípios da região sudoeste do estado do Mato Grosso com atendimento exclusivo a

pacientes do SUS. Trata-se de um hospital geral com capacidade para 120 leitos, realizando atendimentos ambulatoriais em média e alta complexidade e internação por meio de encaminhamentos dos outros municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal do Sudoeste do Mato Grosso (CISOMT). Suas especialidades são: ortopedia, ginecologia e obstetrícia de alto risco, trauma e emergência, clínica cirúrgica, UTI adulto e UTI neonatal, clínica pediátrica e clínica cirúrgica.

O HSL é filantrópico, particular e atende ao SUS. Possui uma atenção ambulatorial em baixa complexidade e internação, e também, atende urgências e emergências.

Além dos 22 municípios da região, o HRCFAF e HSL têm uma grande demanda de gestantes provenientes da Bolívia destacando-se às do município de Sam Matias uma vez que a cidade mais próxima desse município com atendimento hospitalar adequado dentro do território boliviano fica a 500 km, enquanto que o município de Cáceres se encontra a 100 km. Mesmo não havendo nenhum acordo entre o Brasil e a Bolívia, no que se refere à saúde, por questões éticas os hospitais não podem negar atendimento à população boliviana.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo comitê de Ética compreendendo o período de janeiro a março de 2010, com uma frequência de 2 a 3 vezes por semana.

Uma busca junto ao setor de internação dos dois hospitais constatou que no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009 foram internadas 12.241 mulheres para algum tipo de procedimento obstétrico. Através dos livros de intercorrências do centro obstétrico (HSL e HRCFAF) e UTI neonatal (HRCFAF) foram encontrados 312 registros de casos de malformações congênitas. Após a identificação do número de registro das mães de recém-nascidos e natimortos com diagnóstico de MCs, iniciou-se a busca dos prontuários junto ao Serviço de Arquivos dos dois hospitais pesquisados com a finalidade de coletar todas as informações disponíveis referentes à mãe e o bebê.

Foram incluídos no estudo todos os registros de nascimentos, vivos ou mortos ocorridos no HRCFAF e HSL no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009 que apresentaram diagnóstico de malformação congênita com idade gestacional maior ou igual há 22 semanas e/ou peso igual ou maior a 500 grs. Foram excluídos os prontuários com letra ilegível e que não se enquadravam nos critérios de inclusão. Restando ao final um total de 174 prontuários.

Os dados coletados foram transcritos para um formulário de registro constando 24 itens, no tocante a dados sociodemográficos, obstétricos e quanto aos recém-nascidos; os quais foram preenchidos a partir da transcrição das informações constantes no prontuário de atendimento das gestantes, na Ficha de Anamnese Neonatal e Ficha de Recepção Neonatal, documentos estes armazenados no setor de Arquivo dos dois hospitais investigados e em seguida lançados em planilhas do Microsoft Office Excel[®]. Para fins de análise estatística, foram utilizados a versão 3.3.2 do programa EPI INFO 2005, o software SPSS[®] versão 13 para Windows[®] e SigmaStat.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), sendo aprovado em 17 de novembro de 2009 conforme Registro nº 143/09.

Neste estudo considerou-se como malformação congênita a presença de qualquer alteração estrutural ao nascimento, diagnosticada através do exame clínico e/ou por exames complementares, como radiografia, ultrassonografia, ecocardiografia, indicados em situações específicas durante o acompanhamento na Unidade de Neonatologia.

Para a análise dos documentos os dados foram agrupados em quatro variáveis, quais sejam: variáveis sociodemográficas da mãe (idade, procedência, etnia, estado civil, escolaridade); variáveis da gestação atual (número de gestações, número de consultas no pré-natal, tipo de parto, tipo de gestação, duração da gestação, morbidades); variáveis relacionadas ao recém-nascido (gênero, peso ao nascer, momento do diagnóstico, APGAR no 1º e 5º minuto de vida, desfecho, cirurgia); variáveis relacionadas às malformações congênitas agrupadas por sistema. No estudo dão-se ênfase as variáveis sociodemográficas da mãe e variáveis da gestação atual, relacionadas ao objetivo do presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2004 ocorreram aproximadamente 18,60% (32) dos casos levantados, em 2005 somaram 13,95% (24 casos), em 2006 8,13% (14 casos), em 2007, 4,65% (8 casos), em 2008 23,25% (41 casos) e em 2009, 31,39% (55 casos), compreendendo uma incidência de 1,43% (174 casos) de Malformações Congênitas durante o período estudado. Ocorreu uma variação das MCs entre 0,4 % (2007) e 2,7% (2009). O teste z para proporções demonstrou que houve uma

redução constante da taxa de malformações de 2004 a 2007 e um aumento nos anos de 2008 e 2009.

Essa redução evidenciada nos anos de 2004 a 2007 pode ser devido à subnotificação, uma vez que muitos prontuários referentes a esses anos apresentavam o campo destinado à ocorrência ou não de malformação congênita

com a ausência da descrição ou descritas de forma incorreta.

Na Tabela 1 encontram-se apresentados os sistemas fisiológicos acometidos onde foram encontradas anomalias congênitas nesta pesquisa. O sistema nervoso mostrou como mais acometido (37,9%), seguido do sistema osteomuscular (20,7%).

Tabela 1. Distribuição de frequência e percentual de Malformações Congênitas acometidas quanto aos Sistemas Fisiológicos de recém-nascidos assistidos no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes e do Hospital São Luiz, Cáceres-MT, no período de 2004 a 2009 (N=174).

Malformação/Sistema	N	%
Sistema Nervoso	66	37,9
Sistema Osteomuscular	36	20,7
Outras Anomalias	27	15,5
Sistema Cardiovascular e respiratório	15	8,6
Malformação da cabeça, face e pescoço	14	8,1
Sistema Digestivo	12	6,9
Sistema Geniturinário	4	2,3
Total	174	100

Reconhecer a condição socioeconômica e cultural de uma gestante pode ser o princípio para a prevenção, cuidados e controle das malformações congênitas. Logo, quando se trata de acompanhamento, controle,

avaliação e monitoramento em saúde, todas as ações dos profissionais devem ser registradas, com o intuito de obter um universo de informações contextualizadas,¹² a Tabela 2 abaixo apresenta estes dados.

Tabela 2. Características Sociodemográficas de gestantes com recém-nascidos acometidos com Malformações Congênitas assistidos no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes e do Hospital São Luiz no período de 2004 a 2009, Cáceres-MT (N=174).

	N	%	% válidos
Idade			
10 a 20 anos	75	43,1	44,1
21 a 30 anos	78	44,8	45,9
31 a 40 anos	12	6,9	7,1
41 anos e mais	5	2,9	2,9
Total válidos	170	97,7	
NI	4	2,3	
Procedência			
Cáceres	130	74,7	74,7
Mirassol D'Oeste	10	5,7	5,7
Pontes e Lacerda	6	3,4	3,4
Quatro Marcos	6	3,4	3,4
Curvelândia	5	2,9	2,9
Bolívia	4	2,3	2,3
Araputanga	4	2,3	2,3
Outras	9	5,2	5,2
Etnia			
Branca	40	23	23,5
Parda	94	54	55,3
Amarela	1	0,6	0,6
Negra	35	20,1	20,6
Total válidos	170	97,7	
NI	4	2,3	
Estado civil			
Casada	68	39,1	42,8
Solteira	56	32,2	35,2
União consensual	35	20,1	22
Total válidos	159	91,4	
NI	15	8,6	
Escolaridade			
Nenhuma	1	0,6	1,3
Ensino fundamental	9	5,2	11,8
Ensino médio	66	37,9	86,8
Total válidos	76	43,7	
NI	98	56,3	

NI = Não identificado

No que se refere à idade materna encontrou-se que 44,8% (78 casos) estão na faixa etária entre os 21 a 30 anos, seguido de mulheres com uma faixa etária que varia de 10 a 20 anos com 43,1% (75 casos).

Diferente do encontrado, em se tratando da idade avançada, em estudo dinamarquês concluiu-se que mais da metade das 126673 gestações que resultaram em aborto espontâneo, gravidez ectópica ou morte fetal intrauterina foram de mulheres na idade de 42 anos e que esse resultado, provavelmente, decorria do aumento do número de conceptos impróprios à vida, da diminuição uterina e da função hormonal. Em outro estudo desenvolvido na Inglaterra, demonstra-se uma frequência mais elevada de defeitos congênitos entre os recém-nascidos de mães com idade igual ou acima dos 35 anos, principalmente de anomalias cromossômicas.¹

Autores brasileiros detectaram relação entre idade materna e malformação congênita em mães adolescentes e concluíram que as chances de uma adolescente com gestações múltiplas gerarem uma criança com malformação é de 6,14 vezes comparadas às adolescentes com gestação única, e para as mães tardias não casadas, as chances são de 11,4 quando comparadas as mães com idade entre 20 a 34 anos.¹

Quanto à variável procedência, destacamos o município de Cáceres com o maior número de casos 74,70% (130 casos). Isso provavelmente se deve ao fato de as unidades hospitalares serem de fácil acesso à população do município.

Um fato que nos chamou a atenção foi à alta ocorrência de casos de MCs oriundas da cidade de San Matias na Bolívia onde se encontrou 2,3% (4 casos). Uma vez que não há convênio entre os dois países, percebe-se que os casos procedentes dessa cidade são atendidos nos hospitais de forma idêntica aos casos dos municípios brasileiros.

As cidades com maior número de habitantes possuem maior infraestrutura, assistência adequada, profissionais capacitados o que minimiza substancialmente os casos de malformações nesses locais.

Para as cidades menores, o índice dos casos de MCs é alto quando comparados com o índice das cidades maiores. Nesse sentido, uma provável justificativa para essa semelhança, se deve à falta de assistência médica adequada oferecida na cidade menor. O que leva a pensar na ineficiência de medidas preventivas e assistência durante o pré-natal nessas localidades. Esse aspecto é corroborado por dois outros autores¹³⁻⁴ que sustentam que estudos realizados em hospitais

públicos e conveniados ao SUS as taxas de malformações congênitas são maiores, podendo estar relacionadas a baixos índices sociodemográficos, deficiências na implementação de medidas preventivas e assistência durante o pré-natal.

Quanto à etnia das mães, as de cor parda foram predominantes, com 54% (94 casos), assemelhando-se aos do estudo de outro autor¹⁵ com 48,1% (3.580 casos).

As mães que se declaram brancas somaram 23% (40 casos) e negros 20,1% (35 casos). Abrimos aqui uma particularidade quanto à etnia desta população que em grande escala resulta da miscigenação entre negros, índios, bolivianos e brancos, sendo que em determinadas comunidades é comum o casamento ou a prática de relações sexuais entre consanguíneos. Existe em nossa região uma cultura que não prima pela prevenção primária das mulheres.

Com relação ao estado civil, os casos das MCs foram mais evidentes nas mães casadas com 39,1% (68 casos). No entanto, o número de casos em mães solteiras foi próximo com um total de 32,2 % (56 casos), havendo assim, um equilíbrio entre as mães casadas e solteiras. Para essa variável há semelhança com outro trabalho,¹⁶ em que o número de mulheres casadas 58% (232 casos) é maior do que o de solteiras 42% (168 casos).

O atendimento e acompanhamento pré-gestacionais ficaram a desejar, pois se o maior índice refere-se a mulheres casadas significa que pouco ou quase nada sabiam quanto às possíveis causas de malformação congênita, levando a refletir quanto à atenção básica à saúde, que por vezes é falha ou não chegam a atingir uma cobertura de 100% em pré-natal e orientação quanto ao planejamento familiar.

Entretanto, fazendo uma comparação com outro estudo¹⁷ há uma diferença referente a essa variável. Segundo esses autores, os casos mais frequentes de MCs - 61% (42 casos) foram das mães que vivem sem a presença de um parceiro - solteira ou separada judicialmente e viúvas - sendo contrário aos dados do presente estudo.

Quanto à escolaridade, o número de mães com nível secundário foi prevalente 37,9% (66 casos), em concordância com estudo encontrado¹⁷ cujo estudo aponta que 65% (63 casos) das mães pesquisadas também apresentam índice de escolaridade elevado e contrariando outro estudo,¹⁸ cujos índices de mulheres menos instruídas foram maiores. O autor aponta que o grau de instrução está relacionado ao padrão socioeconômico, considerando o impacto desses casos sobre as famílias com menos recursos financeiros.

Observou-se que em 56,3% (98 casos) dos prontuários não havia registros do grau de instrução das mães dos RNs com anomalias e em casos como os de malformação congênita, seja natimorto, neomorto ou nascidos vivos o histórico materno auxilia na compreensão da doença para evitar maiores complicações, seja na reincidência ou frente aos cuidados com os bebês.

Destaca-se ainda que o conhecimento/escolarização pode evidenciar o padrão socioeconômico demográfico das mães, isto na incidência de MC é fator determinante, sobretudo no tratamento e acompanhamento da criança. O grau de instrução está relacionado ao padrão

socioeconômico, considerando o impacto desses casos sobre as famílias com menos recursos financeiros.

Os aspectos sociodemográficos das mães apontam as características predominantes da população estudada, compreendendo a faixa etária entre 21 a 30 anos, moradoras em sua maioria de Cáceres-MT, de cor parda, casadas, não sendo informado o nível de escolaridade em grande escala.

Os dados referentes às características da gestação atual de mães com casos de MCs estão apresentados na Tabela 3:

Tabela 3. Características da gestação de gestantes com recém-nascidos acometidos com Malformações Congênitas assistidos no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes e do Hospital São Luiz no período de 2004 a 2009, Cáceres-MT (N=174).

	N	%	% válidos
Gestação			
Primeira	85	48,9	48,9
Segunda	32	18,4	18,4
Terceira	27	15,5	15,5
Quarta	16	9,2	9,2
Quinta ou mais	14	8	8
Consultas pré-natais			
Nenhuma	6	3,4	5,3
Até seis	107	61,5	93,9
Mais de seis	1	0,6	0,9
Total válidos	114	65,5	
NI	60	34,5	
Parto Atual			
Cesáreo	96	55,2	56,5
Vaginal	74	42,5	43,5
Total válidos	170	97,7	
NI	4	2,3	
Tipo de gestação			
Única	171	98,3	98,3
Gemelar	3	1,7	1,7
Duração da gestação			
< 37 semanas	115	66,1	71,4
37 a 41 sem	46	26,4	28,6
Total válidos	161	92,5	
NI	13	7,5	
Morbidades			
Sim	1	0,6	0,7
Não	143	82,2	99,3
Total válidos	144	82,8	
NI	30	17,2	

Quanto à gestação, a maioria das mães com recém-nascidos portadores de MCs- 48,9% (85 casos) - são primigesta. Quanto às demais, 18,4 % (32 casos) das mulheres investigadas já tiveram 01 gestação; 15,5% (27 casos) duas gestações e 9,2% (16 casos) três gestações. Nesse aspecto, é possível dizer que houve maior incidência de mães primíparas, concordando com estudo encontrado¹⁹ cujos índices foram 53,64% de mães primíparas.

No caso dos resultados com mais de uma gestação, seria preciso levantar dados quanto às gestações anteriores, se foram acompanhado por profissionais, se a paciente já havia sido em algum momento orientada

quanto ao aconselhamento genético, se fazia uso de medicamentos, dentre outras informações. O histórico/diagnóstico é relevante durante a idade fértil materna e frente à gestação, o que implica em afirmar que cuidados como estes podem evitar uma gravidez com MC ou sua reincidência.²

Quanto ao número de consultas pré-natais, observa-se que 3,4% (6 casos) das mães não fizeram nenhuma consulta e 61,5% (107 casos) fizeram até 6 consultas de pré-natal. O que difere da pesquisa encontrada¹⁷ em que 93% (63 casos) das mães realizaram 4 ou mais consultas, e se assemelha aos estudos de outro autor¹⁹ em que 12% (14 casos) das mães

fizeram 1 a 3 consultas ao longo da gestação. Dito de outra forma verifica-se neste estudo que as mães realizaram um número muito baixo de consultas, resultando no aumento de casos de malformações.^{18,20}

Os resultados embora apontem que 61,5% (107 casos) realizaram seis ou menos consultas não se têm como mensurar se estas consultas foram no início da gravidez, com exames diagnósticos em tempo hábil para corrigir possíveis anomalias.

Ao confrontar estes resultados com a faixa etária e nível de instrução das mães reafirmaríamos hipoteticamente que em sua grande maioria estas primigestas por motivos culturais ou mesmo por falta de conhecimento demoraram a iniciar o pré-natal.

A prevenção secundária por meio do pré-natal visa, entre outras coisas, evitar os casos de malformação congênita por meio de diagnóstico precoce. Muitos exames se tornaram de “rotina” no pré-natal e hoje a ultrassonografia fetal representa um avanço tecnológico capaz de contribuir para esta investigação e possível correção da malformação congênita.²

A assistência pré-natal tem como um dos objetivos identificar fatores de risco para a ocorrência de malformação congênita, bem como evitar que fatores extrínsecos cheguem a causar dano no feto.¹⁷ Cabe ressaltar que a atenção pré-natal e neonatal é considerada de grande relevância para minimizar o risco de óbito fetal.²¹⁻²

Quanto ao tipo de parto, observou-se que 52,2% (96 casos) foram do tipo cesárea e 42,5% (74 casos) parto vaginal. A prevalência do parto cesárea sobre o vaginal também é verificado em outros estudos.^{17-9,23}

Se considerarmos o número de natimortos, o percentual acentuado de partos cesáreas justifica-se porque em muitos casos a ansiedade das mães pela condição do diagnóstico de MC, induz o profissional a realizá-los, pois poderia ser uma alternativa de “alívio” para a mãe.

Quanto ao tipo de gestação, 98,3% (171 casos) era de feto único. E apenas 2,7% (3 casos) gemelar. Há registros em que afirmam que a gravidez gemelar é causa importante de MC e prematuridade com baixo peso, o que requer cuidados especiais para estes bebês.

Cuidados primários quanto ao tipo de gravidez, a maneira em que ela está se desenvolvendo, merece ser acompanhado por profissionais da saúde, pois assim medidas preventivas poderão ser tomadas sobretudo quando se apresenta o caso de gemelaridade com múltiplos fetos.⁸

Na variável duração da gestação, a maioria 66,1% (115 casos) foi abaixo de 37 semanas, seguido de 26,4% (46 casos), que corresponde ao período entre 37 a 41 semanas contrariando outro estudo¹⁹ onde os partos a termo prevaleceram com 70% (77 casos).

Quanto a morbidade obtivemos 82,8% (143 casos) negativo, 17,2 % (30 casos) não informados e apenas 0,6% (1 caso) positivo. Dados como estes são importantes para o acompanhamento pós-parto. Mais uma vez deparou-se com um alto índice de casos não informados, levando a reforçar a necessidade dos profissionais em anotarem todas as informações de todo e qualquer procedimento e observação fetal.

Identificar a taxa de morbidade das MC é fator preponderante para tomada de decisões, uma vez que se torna possível mensurar índice, planejar e executar ações que venham a reduzi-las. Em linhas gerais, quanto à caracterização da gestação observou-se que a carência das informações nos registros das gestantes, como condição de vida, o uso de drogas, informações quanto às gestações anteriores, uso de medicamentos durante a gestação, comprometem um estudo mais aprofundado quanto ao acometimento de MC, bem como a obtenção de resultados mais contundentes para esta pesquisa.¹³

O acompanhamento adequado das gestantes, com avaliação do desenvolvimento fetal se faz necessário, pois as MCs poderiam ser em muitos casos diagnosticados durante a gravidez, oportunizando condutas médicas para cada caso. Sendo fator determinante para a tomada de decisão quanto à cesárea antecipada nos casos de MC sem alternativas curativas.^{2,24}

Faz-se um aporte quanto à humanização em saúde, principalmente nos casos de MC, pois esta condição causa desconfortos às mães. O papel da atenção básica em saúde, sobretudo dos profissionais das unidades básicas de saúde da família quanto ao acolhimento, acompanhamento e tomada de decisões, ajudam as mães a conduzirem a realidade de maneira amena, sem maiores complicações.

CONCLUSÃO

As informações obtidas na realização deste estudo permitem descrever algumas das características sociodemográficas e da gestação das mães com crianças portadoras de malformações congênitas. Na maior parte dos casos elas apresentam idade entre 21 a 30 anos, são procedentes do município de Cáceres, de cor parda, casadas, com ensino médio completo, primigesta, com realização

de até 6 pré-natais, parto cesárea, feto único, com gestação menor que 37 semanas e sem morbidades.

A incidência das malformações congênitas no município de Cáceres no período de 2004 a 2009 apresentou a média de 1,43% (174 casos). Dentre os resultados observou-se um alto índice de MCs acometendo o sistema nervoso, que seria passível de prevenção com a suplementação de ácido fólico, medida essa que já vem sendo utilizada na rede pública de saúde do país.

O reconhecimento do modo de vida, da condição socioeconômica e ambiental das gestantes, se configura como fatores preponderantes para o controle e redução das MCs. É de suma importância os registros do histórico antes e pós-gestação por parte dos profissionais envolvidos, constando informações quanto aos antecedentes maternos como doenças pré-existentes, condições socioeconômicas, informações da gestação, uso de medicamentos, álcool, droga, dentre outras, pois somente dessa maneira se tornará possível a sistematização desses dados e a possibilidade de se levantar as prováveis ocorrências de MCs em determinados pacientes.

Gestores não podem ignorar a necessidade de aprimoramento de políticas públicas voltadas à MCs; a busca de intensificação em pesquisas científicas nesta área, a necessidade de profissionais capacitados para atender as mulheres em idade fértil e as mães com filhos portadores de MCs, monitoramento e avaliação dos dados constantes no sistema de informação e ampliação dos centros de referências e contra referência para atendimento das MCs.

REFERENCIAS

1. Brito VRS, Sousa FS, Gadelha FH, Souto RQ, Rego ARF, Franca ISX. Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande - Paraíba. Rev RENE [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2010 Aug 12];11(2):27-36. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a03v11n2.htm
2. Oliveira FCC, Albuquerque LC, Paulo CS, Lacerda AM, Fortuna FN, Farias S, et al. Defeitos Congênitos - tópicos relevantes. GMBahia [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 15];76(3):32-9. Available from: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/281/272>
3. Lansky S, França E, Leal MC. Perinatal mortality and inevitability: a review. Rev saúde pública [Internet]. 2002 [cited 2010 Jan 14];36(6):759-72. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13534.pdf>

4. Ziegel EE. Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 1999.
5. Segre CAM, Armelini PA, Marino WT. RN. 4th ed. São Paulo: Savier; 1995.
6. Leite JC L. Estudo Dos Defeitos Congênitos Na Região Metropolitana De Porto Alegre, 2006 [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS; 2006.
7. Castilla EE, Lopez CJS, Paz JE. Prevencio primaria de los defectos congénitos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
8. Erikson E. Oito idades do homem. Rio de Janeiro: Zahar; 1950.
9. Silva MSBS. Malformações congênitas em recém-nascidos assistidos em uma maternidade pública Estadual em São Luis - Maranhão no período de 2000 a 2007 [dissertation]. Brasília: Universidade de Brasília - UNB; 2008.
10. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara; 2007.
11. Melo WA, Zurita RCM, Uchimura TT, Marcon SS. Anomalias congênitas: fatores associados à idade materna em município sul brasileiro, 2000 a 2007. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2010 [cited 2010 Aug 28];12(1):73-82. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a09.pdf
12. Aguiar MJB, Campos AS, Aguiar RALP, Lana AMA, Magalhães RL, Babeto LT. Neural tube defects and associated factors among liveborn and stillborn infants. J pediatr [Internet]. 2003 [cited 2010 Jan 19];79(2):129-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a07.pdf>
13. Costa CMS. Perfil das Malformações Congênitas em Uma Amostra de Nascimento no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001 [dissertation]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
14. Vardanega K, Lorenzi DRS, Spiandorello WP, Zapparoli MF. Fatores de risco para Natimortalidade em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2002 [cited 2009 Nov 10];24(9):122:58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n9/v24n9a08.pdf>
15. Ramos AP, Oliveira MND, Cardoso JP. Prevalência de Malformações Congênitas em Recém-Nascidos em Hospital da Rede Pública. Rev saúde com [Internet]. 2008 [cited 2009 Nov 15];4(1):27-42. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v4/v4n1a04.pdf>

16. Zlot R. Anomalias congênitas em natimortos e neomortos: o papel do aconselhamento genético [dissertation]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

17. Maciel E, Gonçalves EP, Alvarenga VA, Polone CT, Ramos MC. Perfil Epidemiológico das Malformações Congênitas no Município de Vitória-Es. Cad saúde coletiva [Internet]. 2006 [cited 2009 Nov 20];14(3):507-8. Available from:

http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2006_3/artigos/ethel_maciel.pdf

18. Guerra FAR. Avaliação das malformações sobre defeitos congênitos no município do Rio de Janeiro através do SNASC [dissertation]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

19. Duarte LC. Incidência de malformações congênitas em recém-nascidos me hospital geral, Dourados MS no período de 2003 a 2007 [dissertation]. Brasília: Universidade de Brasília - UNB; 2009.

20. Horovitz DDG, Llerena Junior JC, Mattos RA. Birth defects and health strategies in Brazil: an overview. Cad saúde pública [Internet]. 2005 [cited 2009 Nov 22];21(4):1055-64. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/08.pdf>

21. Cavalcante DP, Salomão MA. Incidence of congenital hydrocephalus and the role of the prenatal diagnosis. J pediatr [Internet]. 2003 [cited 2009 Nov 25];79(2):135-40. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a08.pdf>

22. Catalan JM, Nazer JH, Cifuentes LO. O impacto de las malformaciones congênitas em uma unidade de cuidados especiais neonatales. Rev chil pediatr [Internet]. 2005 [cited 2009 Nov 27];76(6):567-2. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000600003&lng=es

23. Pacheco SS, Souza AI, Vidal AS, Guerra GVQL, Batista Filho M, Baptista EVP, et al. Prevalência dos defeitos de fechamento do tubo Neural em recém-nascidos do centro de atenção a mulher do Instituto materno Infantil prof. Fernando Figueira, IMIP: de 2000 a 2004. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2006 [cited 2010 Jan 23];6(supl.1):S35-S42. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30502.pdf>

24. Fontoura FC, Fontenele FC, Balbino AC, Cardoso MVLML. Newborn with congenital anomaly: a focus on nursing diagnosis. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 Oct [cited 2012 Nov 28];6(10):2387-95. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3225/pdf_1527

Submissão: 13/09/2013

Aceito: 20/10/2013

Publicado: 01/01/2014

Correspondência

Lucimar de Lara Aires Silvestre dos Reis
Rua João de Albuquerque, 43
Bairro Cavahada
CEP: 78200000 – Cáceres (MT), Brasil