



Artigo Original

PREVALÊNCIA DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS EM RECÉM-NASCIDOS EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA

PREVALENCE OF CONGENITAL MALFORMATION IN NEWBORNS OF THE PUBLIC HOSPITAL

Resumo

Aritana Pereira Ramos¹
Maria Nice Dutra de Oliveira¹
Jefferson Paixão Cardoso²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Jequié – BA – Brasil

² Hospital Geral do Estado (HGE),
Secretária da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Salvador - BA - Brasil

E-mail
nicedutra@hotmail.com

O estudo objetivou estimar a prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos do Hospital Geral Prado Valadares no município de Jequié-BA. Para tanto, foi utilizado fonte de dados secundários, a partir da coleta de dados de prontuários disponíveis no Serviço de Arquivos Médicos do hospital no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. Foi utilizado instrumento de coleta padronizado onde foi coletado informações sobre características da mãe, características gerais do recém-nascido e malformação congênita. Os resultados mostram prevalência de 3,1% de crianças nascidas com mal-formação congênita. Dentre estas, prevaleceu as do sexo masculino (64,0%), prematuras (56,7%) de parto normal (56,7%), com peso adequado a idade gestacional (70,0%), classificadas na maioria de forma isolada (76,7%), de menor importância clínica (63,0%) e evoluindo para alta hospitalar com 60,0% dos casos; 71,0% dos óbitos ocorridos entre os recém-nascidos foram devidos a malformações específicas do sistema nervoso, porém esta forma de acometimento somada aos do sistema osteomuscular foram a de maior evidência (31,0%). A maioria das mães tinham entre 17 e 24 anos (46,7%), realizaram mais de setes consultas pré-natais (30,0%) e moram na zona rural do município (60,0%). Esses achados são compatível com outros achados descritos na literatura científica brasileira, o que permite refletir sobre a implantação de políticas públicas com implementação de serviços capacitados de infra-estrutura na perspectiva de prevenção, detecção e cuidados desses indivíduos em todos os níveis da rede de saúde.

Palavras-chave: recém-nascido, malformações, assistência integral à saúde.

Abstract

The study aimed to estimate the predominance of congenital malformations in newborns of the Public Hospital in the Jequié city, Brazil. It was utilized spring of secondary facts, from the fact-gathering of available manuals in the Service of Medical Files of the hospital, in the period of January of 2005 to December of 2006. It was utilized instrument of collection standardized where information about characteristics they were collected of the mother, general characteristics of the newborn and bad-congenital formation. The results show predominance of 3.1% of born infants been with evil-

congenital formation. Among these, it prevailed the of the male sex (64,0%), premature (56,7%) of normal birth (56,7%), with adequate weight (70,0%), classified in the majority of isolated form (76,7%), of smaller clinical importance (63,0%) and evolving for high hospital with 60.0% of the cases; 71.0% of the deaths occurred between the newborns were due to specific malformations of the nervous system, however this pathology next to of the osteomuscular system. The majority of the mothers had between 17 and 24 years (46,7%), carried out more of seven consults prenatal (30,0%) and live in the urban zone of the town (60,0%); 71.0% of the deaths occurred between the newborns were due to specific malformations of the nervous system. Those finds are compatible with others finds described in the Brazilian scientific literature, what is going to reflect about the implementation of public politics with infrastructure qualified service implementation in the perspective of prevention, detection and cares of those individuals in all of the levels of the net of health.

Key words: newborn, congenital malformation, comprehensive health care.

Introdução

As malformações congênitas constituem em distúrbios de desenvolvimento presentes ao nascimento e que surgem no período embrionário, inclui toda alteração de ordem estrutural, funcional ou metabólica, que causam anomalias físicas ou mentais ao indivíduo^{1,2}. Elas podem ser detectadas tanto no nascimento ou no decorrer da infância, a exemplo da estenose pilórica, a hérnia inguinal e algumas cardiopatias³. Podem ser classificadas como isoladas ou associadas e de maior ou menor importância clínica¹. No entanto, o termo anomalia e malformação são tratados como sinônimos e usados para descrever todos os tipos de alterações estruturais⁴.

No Brasil, as malformações congênitas representam uma das principais causas de mortalidade infantil, representando cerca de 11,2% dos óbitos ocorridos no nessa categoria⁷. A grande maioria dessas mortes ocorre durante o primeiro ano de vida da criança, sendo um influenciador na taxa de mortalidade infantil^{8,9}. Além da mortalidade, as malformações congênitas são responsáveis por um alto índice de morbidade. Essa, definida como risco para o desenvolvimento de complicações clínicas, incluindo número de internações e gravidade de intercorrência. Assim, as malformações congênitas assumem um importante papel no quadro de morbi-mortalidade no contexto atual^{2,4}.

A causa da maioria das malformações ainda é desconhecida, porém, as anomalias cromossômicas (fatores genéticos), os teratógenos (fatores ambientais) e a herança multifatorial (genética e ambiental) são agentes etiológicos melhor identificados³.

Essas, por sua vez, possuem origem multifatorial, onde interagem agentes de natureza genética (mutações gênicas, aberrações cromossômicas), ambiental (físicos, químicos, biológicos) ou de causas desconhecidas².

O fator genético é uma das principais causas correspondendo 25 a 50% do total de malformações. Já os fatores ambientais, infecciosos, a radiação ou a administração de fármacos representam em torno de 3% e as causas desconhecidas totalizam 43 a 69%. Os teratógenos, as anomalias vasculares, os casos de oligodrânio e as doenças maternas (diabetes mellitus), contribuem com 3,2% dos casos⁵.

Os teratógenos contribuem na categoria de riscos ambientais para o surgimento da malformação, definidos como qualquer substância, organismo, agente físico responsável por induzir uma malformação ou aumentar a sua frequência na população. Eles causam em torno de 7 a 10% das malformações e podem ser agentes infecciosos, compostos químicos (fármacos) e ambientais como a radiação, fatores mecânicos e doenças maternas^{2,4}.

Segundo Costa⁴, as anomalias estruturais podem ser divididas em quatro grupos: malformação, ruptura, deformação e displasia. A malformação é consequência de um defeito intrínseco tecidual que surge durante o desenvolvimento dos tecidos ou quando o órgão é afetado, resultando em alterações persistentes. Os distúrbios cromossômicos apresentados como síndromes, por exemplo, a Síndrome de Down também é considerada uma malformação⁴. A ruptura pode ser considerada como a destruição ou alteração de estruturas previamente formadas e normais, como por exemplo, a redução de membros causada por anomalias vasculares⁵. Já a deformação é uma alteração da forma, contorno ou posição de um órgão causada por força mecânica como o pé torto congênito. Por último, a displasia pode ser caracterizada como a organização anormal das células nos tecidos com alterações morfológicas, o rim policístico é um exemplo⁴.

Outra forma de classificação se relaciona a significância clínica das malformações, as quais podem ser consideradas “de maior ou menor importância”. No entanto, estas são geralmente arbitrárias e baseadas em critérios de severidade da afecção por parte do avaliador. Portanto, existe muita subjetividade envolvida no julgamento da dor e sofrimento para a pessoa e a família envolvida⁴.

As malformações de maior significância estão relacionadas às que requerem cirurgias, sejam elas imediatas / vitais ou estéticas, que resultam em graves defeitos anatômicos e que podem levar a morte, como por exemplo, as malformações cardíacas, hidrocefalia e a espinha bífida. As malformações de menor significância se caracterizam por não apresentarem complicações mais sérias, não têm importância cirúrgica, médica ou estética, ou seja, não altera a expectativa de vida do recém-nascido^{5,6}.

Algumas **características maternas** estão associadas com a ocorrência de malformações congênitas, entre elas a faixa etária, hábitos de vida, cuidados com a própria saúde e fatores ocupacionais. A idade materna superior a 35 anos tem sido descrita como o mais importante fator de risco para malformação congênita, principalmente para as anomalias cromossômicas, por exemplo, a síndrome de Down que cresce o risco à medida que aumenta a idade da mãe^{3,4}. A prevalência de algumas malformações congênitas varia entre **grupos raciais**, como exemplo, na raça negra, a polidactilia pós-axial e na raça branca as cardiopatias congênitas, anencefalia e a espinha bífida são as mais freqüentes⁴.

Algumas **doenças maternas** podem, ocasionalmente, levar a um maior risco de malformações. Segundo Costa⁴, a diabetes mellitus, a hipertensão arterial e o hipotireoidismo têm uma grande associação com as malformações. Também, algumas doenças infecciosas durante a gravidez podem causar esses eventos, como a toxoplasmose (responsável pela hidrocefalia), a rubéola (cardiopatias e cegueira), herpes simples (microcefalia), entre outras⁴.

No que se refere aos fatores de risco, os **hábitos de vida das gestantes** tem uma grande associação influenciando na prevalência de alguns tipos de malformações. O hábito de fumar, consumir álcool ou drogas pode trazer danos ao embrião na fase de desenvolvimento intra-uterino. Todos esses fatores teratogênicos podem interagir com outros fatores, como a desnutrição materna, acompanhamento pré-natal, nível escolar baixo e automedicação⁴.

Estima-se que as malformações estão presentes em 2 a 3 % dos recém-nascidos, e que podem subir para 5% se incluirmos as alterações diagnosticadas mais tardiamente, como as anomalias cardíacas, renais, pulmonares. Segundo Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC) até 1994, a taxa de malformados foi de 2,73%⁵.

No tocante desses dados, existem sistemas criados com o intuito de monitorar as malformações e tentar correlacionar a um fator desencadeante⁵. Entre esses, o ECLAM citado anteriormente, funciona como centro colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil existe o SIATs (Sistema de Informação sobre Agentes Teratogênicos) que tem como objetivo a prevenção do aparecimento desses eventos decorrentes das exposições ambientais. O SIEM (Serviço de Informações sobre Erros Inatos do Metabolismo) que tem como objetivo apoiar médicos e profissionais da saúde em situações que envolvam suspeitas clínicas de erros metabólicos e patologias raras, fornecendo orientações relativas à conduta clínica e laboratorial necessária².

Porém, mesmo que esses eventos sejam classificadas como “óbitos dificilmente previsíveis”¹⁰ e de pouca redução, deve-se ressaltar que muitos são passíveis de prevenção^{8,11}.

Deste modo, conhecer as informações sobre a prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos, é de suma importância para

criar subsídios para estudos epidemiológicos que servirão de base ao planejamento das ações de saúde em todos nos níveis de atenção sugerindo a organização de uma rede de serviços de referência. Desta forma é possível identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e tratar adequadamente cada caso.

Para tanto, o presente estudo objetivou estimar a prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos no berçário do Hospital Gerais Prado Valadares no município de Jequié-BA, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

Metodologia

Estudo descritivo de corte transversal que utilizou como fonte de dados prontuários de pacientes recém-nascidos disponíveis no Serviço de Arquivos Médicos (SAME) do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) no município de Jequié-BA, durante o período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2006.

Foi utilizado instrumento de coleta padronizado, a declaração de nascidos vivos (DNV) e adaptado do prontuário do hospital em estudo. Esse instrumento foi composto pelos seguintes blocos: Identificação da Mãe, Identificação do Bebê e Informações sobre Malformações Congênitas (MFC). A partir do instrumento foram utilizados, para este estudo, os seguintes dados sobre características da mãe: idade materna; idade gestacional (a termo, pré-termo); número de consultas pré-natais (categorizadas em 1 a 3 consultas, de 4 a 6 e mais de 7 consultas); tipo de parto (normal, cesariana) e residência (rural, urbana). Para características gerais do recém-nascido: sexo (masculino, feminino); evolução hospitalar (alta hospitalar, transferência, óbito); peso ao nascer (classificados em baixo peso, peso adequado) e malformação congênita (presença, ausência) identificadas através do diagnóstico médico.

Já as MFC foram identificadas segundo o tipo, identificados a partir Classificação Internacional de doenças - CID 10, capítulo XVII¹³; classificação quanto se isolada ou associada e a importância clínica (de “menor importância”, “maior importância”).

A coleta de dados teve início a partir da autorização da instituição envolvida no estudo. Logo após o acesso ao SAME, os prontuários foram selecionados seguindo a identificação no diagnóstico médico com casos de malformação congênita e início dos dados disponíveis em cada prontuário.

Foram incluídos no estudo todos os prontuários de recém-nascidos admitidos no berçário e que possuíam os prontuários disponíveis no SAME correspondentes às datas descritas anteriormente, e aos que apresentarem presença de malformação. Foram excluídos da pesquisa os prontuários que não apresentarem diagnóstico de malformação, dados incompletos ou ilegíveis.

Os dados foram tabulados e analisados através do programa Epi Info¹⁴. Onde inicialmente se caracterizou as variáveis estudadas e estimou a prevalência do evento de interesse (malformação congênita), sexo, idade, tipo de parto, tipo de malformação congênita, número de recém-nascidos, número de óbitos, número de consulta pré-natais, tempo de internação, idade da mãe, idade gestacional e moradia.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, sob o parecer nº 181/2006 conforme o que se estabelece na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram analisados 964 prontuários de recém-nascidos admitidos no berçário referente ao mês de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. Os dados mostraram que a idade das mães variou entre 17 a 42 anos, com média de idade de $25,95 \pm 7,74$ anos, porém 46,7% das mães possuíam idade entre 17 a 24 anos; 20% tinham entre 25 e 32 anos, 13,3% tinham entre 33 a 42 anos e 20% tiveram esta informação não preenchida ou ignorada.

Quanto ao número de consultas pré-natais observa-se que 6,7% não fizeram nenhuma consulta, 13,3% fizeram de 1 a 3 consultas e 23,3% tiveram esta informação ignorada ou ausente no prontuário.

No que se refere à Idade Gestacional esta informação foi ignorada em 23,30% dos prontuários. Porém, 16,7% e 3,3% corresponderam a mães que tiveram 32 a 36 semanas e 23 a 31 semanas respectivamente, totalizando 20% de gestações pré-termo. Com relação aos partos, pode-se observar que 56,7% tiveram partos normais e 43,3% dos partos foram cesariana.

Já a referência ao local de residência das mães, foi observado 60% das mães eram procedentes da zona rural e 40% da zona urbana.

Com relação aos recém-nascidos (RN), foi observado prevalência de 3,1% (n=30) que apresentavam malformação congênita, contra 96,3% (n=934) sem malformações. Para aqueles com casos positivos e internados no berçário 23,3% vieram a óbito. O tempo de internação (tempo de permanência no hospital) foi em média cinco dias e para o óbito foi de quatro dias (Tabela 2).

Para os RN que apresentaram malformação, 64,0% eram do sexo masculino e 3% era sexo não identificado (hermafrodita).

Tabela 1 - Características gerais das mães atendidas no HGPV. Jequié-Bahia, 2005-2006.

Variáveis (N)	n	%
Idade da mãe (30)		
17 a 24 anos	14	46,7%
25 a 32 anos	6	20,0%
33 a 42 anos	4	13,3%
Ignorada	6	20,0%
Idade Gestacional (30)		
A termo	6	20,0%
Pré-termo	17	56,7%
Ignorada	7	23,3%
Número de Consultas pré-natais (30)		
Nenhuma	2	6,7%
1 a 3 consultas	4	13,3%
4 a 6 consultas	8	26,7%
> 7 anos	9	30,0%
Ignorada	7	23,3%
Tipo de Parto (30)		
Normal	17	56,7%
Cesariana	13	43,3%
Residência da mãe (30)		
Rural	18	60,0%
Urbana	12	40,0%

Analisando-se outras variáveis dos RN com presença de malformação pode-se constatar que em relação ao peso ao nascer, 30,0% apresentavam baixo peso. A média de peso foi $2.802 \pm 701,3973$ gramas, não havendo assim uma relevância na associação desta variável com a malformação, pois o padrão de peso ideal é acima de 2.500g nos nascidos a termo¹⁶.

No que se refere ao Índice de Apgar, o registro desta informação estava ausente, ou seja, uma frequência de não-preenchimento de 100% dos prontuários analisados no referido hospital.

Analisando-se os casos de malformação, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (capítulo XVII) observou-se que dos casos registrados, 30% possuíam mais de um tipo de MFC. Dentre estas, a do **sistema osteomuscular** prevaleceu os casos de polidactilia com 58,3%, seguidos pelos casos de pé torto e deformidade torácica ambos com 16,7%. Entre as malformações do **sistema nervoso**, a mais freqüente foi a hidrocefalia apresentado 66,7% dos casos, a microcefalia e a espinha bífida representaram 16,7% cada. As malformações dos **órgãos genitais** apresentaram 75,0% dos casos para hipospádia e 25,0% para sexo indeterminado ou pseudohermafroditismo. **Outras MFC:** as anomalias cromossômicas, MFC do aparelho digestivo; MFC do ouvido, olho, face e pescoço e a MFC do aparelho urinário configurando 28,2% dentre todas as MFC (Tabela 3).

Tabela 2 - Características dos RN nascidos no HGPV. Jequié-Bahia, 2005-2006.

Variáveis (N)	n	%
Presença de Malformação (964)		
Com malformação	30	3,1%
Sem malformação	934	96,9%
Sexo (30)		
Feminino	10	33,0 %
Masculino	19	64,0 %
Não identificado	1	3,0 %
Evolução (30)		
Alta hospitalar	18	60,0%
Transferência	5	17,0%
Óbito	7	23,0%
Peso ao nascer (30)		
Baixo peso	9	30,0%
Peso adequado	21	70,0%

Tabela 3 – Distribuição dos tipos malformações congênicas dos RN nascidos no HGPV segundo Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Jequié-Bahia, 2005-2006.

Sistema ou Estrutura do corpo acometida	n	%
MFC do Sistema Osteomuscular	12	100%
Deformidades congênicas do pé (Pé torto)	2	16,7%
Onfaloce	1	8,3%
Deformidade Torácica	2	16,7%
Polidactilia	7	58,3%
MFC do SN	12	100%
Hidrocefalia	8	66,7%
Microcefalia	2	16,7%
Espinha Bífida	2	16,7%
MFC dos órgãos genitais	4	100%
Sexo Indeterminado e pseudo-hermafroditismo	1	25,0%
Hipospádias	3	75,0%
Outras MFC	11	28,2%

Ao se associar os óbitos dos recém-nascidos e a malformação, pode-se observar que as mais freqüentes foram a do Sistema Nervoso, cerca de 71%, e as malformações múltiplas eram responsáveis por 29% dos óbitos (Tabela 4).

Quanto à classificação das malformações pode-se observar que 76,7% apresentam-se isoladas e 23,3% apresentam-se associadas entre si. Quando é analisado o grau de significância clínica, observa-se que 37,0% eram de menor importância clínica e 63,0% eram de maior importância (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do RN com malformações segundo características do acometimento. Jequié-Bahia, 2005-2006.

Variáveis (N)	n	%
RN que evoluíram com óbito (7)		
Malformações múltiplas	2	29,0%
Malformações do Sistema Nervoso	5	71,0%
Classificação (30)		
Isolada	23	76,7%
Associada	7	23,3%
Importância Clínica (30)		
Menor importância	19	63,0%
Maior importância	11	37,0%

Discussão

A prevalência de malformação congênita observada nesta amostra foi de 3,1%, compatível com outros percentuais descritos na literatura. Segundo o Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformação Congênita (ECLAMC) a frequência de nascidos vivos com malformação congênita é de cerca 2,73%⁵.

Um estudo chileno realizado na cidade de Isla de Pascua apresentou resultados similares aos apresentados neste estudo, observado uma prevalência de malformação congênita ao nascimento de 3,04%¹⁷.

Outros estudos brasileiros evidenciam dados semelhantes, como o realizado na Maternidade do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, em Recife, que revelou um percentual global de malformação congênita é de 2,8% e que 2 a 5% dos recém-nascidos apresentam anomalias estruturais importantes⁸. Outro estudo realizado no Pará também observou uma incidência de 5,19% dos neonatos apresentavam malformação congênita⁵.

No entanto, outro estudo realizado no Município do Rio de Janeiro, identificou uma incidência inferior à encontrada tanto neste estudo quanto na literatura, a prevalência de malformação congênita foi de 1,7%⁴.

É importante ressaltar que dos prontuários aqui analisados, muitos apresentavam o campo destinado à ocorrência ou não de malformação sem qualquer preenchimento, ausência da descrição ou preenchido de maneira incorreta, o que nos leva a perceber que há um preenchimento inadequado, levando assim a uma subnotificação de inúmeros casos.

Outras limitações do estudo se referem às informações ausentes ou ignoradas nos prontuários no preenchimento de campos importantes, como a idade da mãe, a duração da gestação, o número de consultas pré-natais, são fatores fundamentais para identificar fatores de risco às malformações. Fatores

estes que no estudo foram subnotificados e que representam valores relevantes na determinação de uma variável como fator de risco.

Isto pode justificar a baixa frequência de malformação congênita encontrada no banco de dados do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) e do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) no município de Jequié / BA, que foi de 0,40%, dados compatíveis com outros estudos que também analisam o seguinte banco de dados¹⁸. Sendo que, neste estudo, foi feito à análise de todos os prontuários, o que nos permitiu identificar um número superior de casos de malformações congênita.

Maciel, coletando dados secundários obtidos a partir da Declaração de Nascidos, no município de Vitória/ES apontou uma prevalência de malformação de 0,40% dos 17.432 nascimentos⁶. Seguindo a mesma metodologia, Guerra, no município do Rio de Janeiro, com dados obtidos do banco de dados do SINASC constatou uma prevalência de 0,83% dos nascidos vivos³.

Dos prontuários analisados nesta pesquisa todos os recém-nascidos foram internados no berçário, seja por causa de complicações no parto ou RN que apresentam fatores de risco. O tempo de internação dos RN com malformação foi em média de 5 (cinco) dias e para os que foram a óbito foi em média de 4 (quarto) dias. Contudo não foi observada na literatura dados que correlacione à malformação congênita com o tempo de internação ou de óbito.

Observa-se que 60% dos RN portadores de malformação tiveram alta hospitalar após a estabilização do quadro, sendo encaminhados para o tratamento e acompanhamento adequado e especializado, como cirurgiões, neurologistas, fisioterapeutas. Uma parcela de 16,6% foi transferida para outras instituições, por se tratarem de casos mais graves e pelo fato de que o Hospital Geral Prado Valadares não ser referência para o tratamento de patologias fetais graves, partos de risco, RN de risco que necessitem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

Castro¹ em estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, aponta as malformações congênitas como uma das principais causas de mortalidade perinatal, com cerca de 27,8% dos óbitos. Outro estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre revela que 18,2% das mortes neonatais foram atribuídas as malformações congênitas¹⁹. Costa⁴ aponta que um RN com malformação tem risco oito vezes maior de evoluir a óbito no período perinatal quando comparada ao RN sem anomalias congênitas.

A contribuição das malformações congênitas relacionadas à mortalidade infantil nos períodos neo e perinatal é evidenciada em muitos estudos. Embora os óbitos de RN com malformação sejam denominados “óbitos dificilmente preveníveis”¹⁰ deve-se ressaltar que a prevenção é possível numa parcela significativa das malformações, o que vai depender de detecção precoce e qualidade na assistência .

Nesse estudo podemos ressaltar que entre as causas relatadas dos óbitos, as malformações do sistema nervoso eram as mais freqüentes seguidas pelas malformações múltiplas. Observamos que a morte neonatal está relacionada também a outras causas, como a insuficiência respiratória e o distúrbio da membrana hialina (ligadas à prematuridade).

Dentre as malformações, as mais freqüentes foram as do sistema osteomuscular (principalmente a polidactilia) e as do sistema nervoso (principalmente a hidrocefalia). Estes achados assemelham-se ao encontrado no município do Rio de Janeiro, onde as malformações do sistema osteomuscular, principalmente a polidactilia seguido das malformações do sistema nervoso³.

Amorim⁸ apontou em seu estudo que as malformações mais freqüentes eram a do sistema nervoso, principalmente a hidrocefalia e espinha bífida, e as do sistema osteomuscular, principalmente a gastroquise e a onfalocele, além das malformações do sistema cardiovascular.

No que se refere às malformações do sistema cardiovascular, neste estudo não houve nenhum caso registrado, visto que para este diagnóstico é necessário que realize ecocardiograma de rotina nos recém-nascidos e esta prática inexistente no hospital em estudo ou em alguns casos o diagnóstico é feito numa fase mais tardia.

Quanto à distribuição do sexo neste trabalho, pode-se observar que o sexo mais afetado é o masculino, com um percentual de 64,0%, o sexo feminino obteve uma proporção inferior de 33,0% e 1 (3,0%) RN apresentavam sexo indeterminado ou pseudo-hermafroditismo. Amorim⁸, não observou estatisticamente significância entre a malformação e o sexo, encontrando percentuais de 46,9% e 53,1%, para os sexos masculino e feminino respectivamente. Segundo Maciel⁶, a predominância do sexo masculino também foi observada com os valores de 58,2% para o sexo masculino e 41,8% para o sexo feminino. Castro¹, observou também que dos RN com malformação, 51,9% era meninos, 41,8% eram meninas e 5,1% de RN com genitália ambígua.

Com relação ao peso ao nascer, foi observado que a média foi de 2.802g, e que 30% apresentavam baixo peso e 70% peso adequado, acima de 2.500g, identificado como peso ideal padrão ao nascimento¹⁵, não havendo assim relevância significativa entre a malformação congênita e o baixo peso ao nascer (BPN). No estudo realizado em Recife, pode-se observar que havia uma relação entre malformação congênita e o baixo peso já que 50,4% dos RN com malformação pesavam menos que 2.500g, dados diferentes desse estudo⁸. Segundo Costa⁴, uma criança com malformação congênita apresenta uma chance duas vezes maior de baixo peso ao nascer (BPN) quando comparado ao RN sem anomalia. Castro¹, verificou que os RN com malformações múltiplas apresentam BPN em 37,9% dos casos.

O Índice de Apgar é um indicador diretamente relacionado à qualidade da assistência no momento do parto, apesar da influência das condições prévias do RN durante o período intra-uterino, que determinam a vitalidade no momento do nascimento, fatores como uma má assistência, em que ocorra sofrimento fetal, podem implicar em um nascimento com Apgar abaixo de oito²⁰.

Nos prontuário analisados neste estudo, observou-se que nenhum deles apresenta a avaliação do Índice de Apgar, fato que é preocupante já que se refere a um dado importante para avaliar as condições do recém-nascido, orientando nas medidas assistenciais a serem tomadas quando necessárias. Assim, ficou inviabilizado, a correlação das condições do RN ao nascer com a existência de malformação congênita. Maciel⁶, constatou que 69,1% dos neonatos com malformação obtiveram um Índice de Apgar considerado satisfatório (de 8 a 10) no 1º e no 5º minuto, indicando boa vitalidade e boa adaptação a vida extra-uterina, no entanto, foram mais baixos quando comparados aos nascidos vivos que não apresentam malformação, que tiveram 81,2% de Índice de Apgar satisfatório.

Quando se refere ao tipo de parto não houve uma relação entre o tipo de parto e a malformação congênita. Os partos normais foram cerca de 56,7% e a taxa do número de cesária foi de 43,3%. Esta associação não pode ser identificada pois o Hospital Geral Prado Valadares não representa como referência a partos de risco, desta forma não há uma seleção de quais partos são de risco e que são eletivos a um parto cesariano ou que a detecção da anomalia não foi analisada anteriormente. Guerra³, revelara que houve predomínio do número de cesarianas em relação aos partos normais, no seu estudo realizado no município do Rio de Janeiro. Outro estudo realizado no município de Vitória / ES aponta que o número de partos cesáreos foi significativamente maior no grupo de RN que apresentavam malformação congênita, cerca de 72% nasceram de parto cesáreo, praticamente 2 em cada 3 RN com malformação⁶.

Em relação a idade materna, pode-se observar que a maioria, 46,7%, tinham idade inferior a 24 anos, sendo mães jovens. Este resultado pode estar relacionado à situação de imaturidade, estilo de vida e outro fatores ambientais. Castro¹, revelou no seu estudo uma proporção também maior de mães jovens, cerca de 19% do total.

Quando correlaciona a idade da mãe e a malformação conforme o sistema acometido fica evidente a prevalência de anomalias cromossômicas, como a Síndrome de Down nos RN de mulheres com idade superior a 35 anos. Neste estudo, dos 3 casos de Síndrome de Down, 2 eram de mães com idade superior a 35 anos. Relação semelhante foi apontada por Guerra, correlacionando a idade materna com o tipo de malformação observada³. Costa⁴, revela que 10,1% das mães tinha idade superior a 35 anos, e

apresentado a idade avançada como um fator de risco para as malformações congênitas.

No que se refere ao tempo de gestação, neste estudo, houve uma predominância de malformados a termo com tempo de gestação que varia de 37 a 41 semanas, 56,7%. No entanto, a presença da malformação levou a diminuição da idade gestacional, em 20% dos casos, apresentando assim a malformação como fator de risco para a prematuridade. Contudo, deve-se considerar que 23,3% dos prontuários analisados tinham esta informação ausente ou ignorada. Maciel⁶, no seu estudo também apontou que a malformação não demonstra ser um fator de interrupção precoce da gravidez, 89,6% da sua amostra apresenta a duração da gestação superior a 37 semanas.

No entanto, Guerra³, observou que a presença da malformação interfere claramente na prematuridade, já que 21% dos RN prematuros possuíam malformação. Em outro estudo, Amorim⁸ decreve que a prematuridade é muito frequente em RN com malformação, sendo uma variável bastante associada a malformação, cerca de 55% dos RN malformados eram prematuros.

A assistência pré-natal tem como um dos objetivos identificar fatores de risco para a ocorrência de malformação congênitas, bem como evitar que fatores extrínsecos cheguem a causar danos para o feto⁶. Ao se analisar o número de consultas de pré-natais, observa-se que a maioria das mães declarou ter feito mais de 7 consultas, valores considerados satisfatórios pelo Ministério da Saúde¹². Contudo, 23,3% das mães não declararam ou a informação estava ignorada no prontuário. Maciel⁶, em sua pesquisa verificou que 66,2% das gestantes mostrou valores satisfatórios do número de consultas pré-natais, mais de 7 consultas. Segundo Guerra³, em seu estudo, as gestantes que realizaram menos de 6 consultas pré-natais apresentaram maior proporção de filhos com defeito congênito.

No que se refere ao local de moradia, a prevalência de malformação entre os RN de mães provenientes da zona rural foi maior que as que residiam na cidade, cerca de 60% da zona rural. Sendo este um grande fator de risco, já que estas mães são muitas vezes submetidas ao contato com teratogênicos, principalmente os químicos (agrotóxicos), agentes infecciosos e por não possuírem uma assistência pré-natal adequada.

Estudos realizados em distintos estados do Brasil têm detectado a presença de agrotóxicos no leite materno, assim como têm apontado a possibilidade de ocorrência de anomalias congênitas relacionadas ao uso de agrotóxicos, demonstrando que os problemas de saúde decorrentes desses venenos não se restringem ao trabalhador rural, atingindo também a população geral²¹. Guerra³, refere que a incidência de defeitos congênitos entre as mulheres provenientes de municípios mais distantes da capital foi sensivelmente maior que as residentes na zona urbana.

O pré-natal permite a detecção de inúmeras malformações através de exames como a ultra-sonografia e a prevenção de outras patologias. Podendo sugerir assim, que as gestantes sejam encaminhadas para centros de referência para RN de risco, com um acompanhamento multidisciplinar e o planejamento do parto. O pré-natal é importante, principalmente, porque medidas simples podem ser tomadas afim de que estas gestantes evitem os fatores de risco associados às malformações, como o tabagismo, o uso do álcool e uma alimentação adequada.

As malformações congênitas são responsáveis por grande parte da morbimortalidade em crianças, muitas das quais, são graves, sendo indispensável o diagnóstico precoce durante o período do pré-natal, já que estas crianças necessitam de tratamento especializado e contínuo após o nascimento, para sobreviverem.

Mais importante ainda são as estratégias de prevenção primária com o intuito de evitar a sua ocorrência. Medidas simples podem ser empregadas como ações mais voltadas para educação em saúde, destacando e divulgando os riscos pré-gestacionais: idade materna avançada, presença de doenças crônicas como a diabetes e epilepsia, uso e medicamentos, vacinação, álcool, fumo e drogas, de fatores de riscos relacionados ao trabalho e o aconselhamento genético, quando já houver caso de malformação na família.

Ratifica-se neste estudo a importância da assistência pré-natal como fator de prevenção e notificação a intervenção o mais precocemente possível para as malformações, diminuindo assim os riscos de mortalidade e morbidade.

Este estudo trouxe contribuições importantes, permitindo obter um panorama das malformações congênitas que ocorrem no município de Jequié, para que se possa planejar ações de saúde na área materno-infantil, enfocando ações ao nível básico (educação em saúde e identificação de fatores de riscos pré-gestacionais em mulheres de idade fértil), secundária (atenção adequada e com ampla cobertura pré-natal) e terciária (organizando redes de referências a RN de risco: diminuir as complicações das malformações, melhorando as possibilidade de vida e a qualidade de vida do recém-nascido) das malformações congênitas⁴.

Considerações Finais

Pode-se concluir que, neste estudo de prevalência de malformação congênita no município de Jequié / BA é compatível com outros achados descritos e encontrados em outros municípios brasileiros.

As malformações congênitas encontradas podem trazer grande impacto na vida social dos recém-nascidos e em suas famílias, já que a maioria encontrada eram de maior importância clínica, que necessitam de intervenção

imediate, como cirurgias ou de tratamento de reabilitação prolongado e às vezes para o resto da vida.

Para tanto, políticas públicas visando reduzir a incidência de malformações são importantes, com implementação de serviços capacitados de infra-estrutura para dar suporte na prevenção (exames de tecnologia de ponta), com unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e serviços especializados na rede pública para correções e acompanhamentos. A educação e a sensibilização devem ser estimuladas, estender não só para a comunidade em geral, como também aos profissionais de saúde, já que, neste estudo, foi percebida uma dificuldade no preenchimento obrigatório de dados na Declaração de Nascidos Vivos, com um número grande de ignorados ou em branco. É necessário também que os profissionais de saúde sejam capacitados para reconhecer padrões clássicos de malformações ou anomalias.

Conhecer a realidade local é importante para organizar uma rede de referência e contra-referência eficaz e fomentar estratégias ao nível da atenção de base. Entretanto, novos estudos são fundamentais para aprofundar os conhecimentos sobre as malformações, identificando as causas e os fatores de risco a que ele se refere na região.

Referências Bibliográficas

1. Castro MLS, Cunha CJ, Moreira PB. Frequência das Malformações Múltiplas em Recém-Nascidos na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e Fatores Sócio-Demográficos Associados. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5): 1009-15.
2. Horovitz DDG, Llerena Junior JC, Mattos RA. Atenção aos Defeitos Congênitos no Brasil: Panorama Atual. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1055-64.
3. Guerra FAR. Avaliação das informações sobre defeitos congênitos no município do Rio de Janeiro através do SINASC. [Tese]. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2006.
4. Costa CMS. Perfil das malformações congênitas numa amostra de nascimentos no município de Rio de Janeiro, 1999-2001. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2005.
5. Thomé LCC, Sodré EFLM. Incidência de malformação congênita diagnosticadas em recém-nascidos no berçário do Hospital da Santa de Misericórdia do Pará, Período de Janeiro de 1996 a Maio de 1999. *Rev Paraense de Medicina* 2001; 15(1): 41-6.
6. Maciel E, Gonçalves EP, Alvarenga VA, Polone CT, Ramos MC. Perfil epidemiológico das malformações congênitas no município de Vitória – ES. *Cad saúde colet* 2006; 14(2): 507-18.
7. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Méd J* 2001; 119: 33-42.

8. Amorim, MMR, Vilela, PC, Santos, ARVD. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. Rev Bras Saude Mater Infant 2006; 6(1): S19-S25.
9. Paz JE, Fávero M, Rocha JSY, Haddad N. As Malformações congênitas nas internações dos hospitais de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev Saúde Publica 1978; 12: 356-66.
10. Drumond EF, Machado CJ, França E. Óbitos neonatais precoces: análise de causa múltiplas pelo Grade of Membership. Cad Saúde Pública 2007; 23(1): 157-66.
11. Brasil. Resolução – RDC n. 344, de 13 de dezembro de 2002. Aprova o regulamento técnico para a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico. Diário Oficial da União 2002.
12. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3ª ed. Brasília: Secretária de Políticas Públicas/Ministérios da Saúde; 2000.
13. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). 10º revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo; 1994.
14. Control of Disease Center (CDC). Epi-Info. [citado 2007 10 Out] . Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>.
15. Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. Introdução a Epidemiologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
16. Giglio MRP, Lamounier JA, Morais Neto OL. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em goiânia-brasil no ano de 2000. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(3): 130-6.
17. Aguila AR, Nazer JH, Cifuentes LO. Prevalencia de malformaciones congénitas al nacer y factores asociados en Isla de Pascua, Chile (1988-1998). Rev Méd Chile 2000; 128(2): 162-6.
18. Secretaria Estadual de Saúde (SESAB). Tabnet. [citado 2007 Mar 22]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/tabnet/>.
19. Miura E, Failace LHE, Fiori H. Mortalidade perinatal e neonatal no hospital de clínicas de Porto Alegre. Rev Assoc Med Bras 1997; 43(1): 35-9.
20. D'Orsi E, Carvalho, MS. Perfil de nascimentos no município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. Cad Saúde Pública 1998; 14(2): 364-79.
21. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Departamento de Saúde
Av. José Moreira Sobrinho, s/n – Jequiezinho
Jequié - Bahia
CEP: 45206-190

Recebido em 10/11/2007

Aprovado em 18/01/2008