

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

NICOLY DE SOUZA SILVA

**PERFIL DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NOS MUNICÍPIOS CIRCUNVIZINHOS
DE MOSSORÓ/RN: FATORES RELACIONADOS À GESTAÇÃO E AO RECÉM-
NASCIDO**

MOSSORÓ/RN

2016

NICOLY DE SOUZA SILVA

**PERFIL DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NOS MUNICÍPIOS CIRCUNVIZINHOS
DE MOSSORÓ/RN: FATORES RELACIONADOS À GESTAÇÃO E AO RECÉM-
NASCIDO**

Monografia apresentada à Faculdade Nova
Esperança de Mossoró como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Thibério de Souza Castelo

MOSSORÓ/RN

2016

NICOLY DE SOUZA SILVA

**PERFIL DAS ANOMALIAS CONGÊNITAS NOS MUNICÍPIOS CIRCUNVIZINHOS
DE MOSSORÓ/RN: FATORES RELACIONADOS À GESTAÇÃO E AO RECÉM-
NASCIDO**

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Thibério de Souza Castelo (FACENE/RN)

Orientador

Prof.^a MSc. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)

Membro

Prof.^a Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

Membro

Dedico esta obra Àquele que criou o Céu, a Terra e as Fontes das Águas. Único digno de receber toda honra e glória, o qual me inspirou e capacitou a desenvolver este trabalho. Meu maravilhoso Deus.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, que com sua infinita graça me permitiu iniciar e concluir de maneira satisfatória minha carreira acadêmica, obtendo sucesso em cada passo dado. A Ele devo minha vida! E aos meus queridos pais, Ana Neri e Iatagan, que, sempre com muito esforço, não deixaram que nada me faltasse. A vocês, o meu muito obrigada. Eu os amo!

Quero agradecer em especial ao meu orientador, o professor Dr. Thibério Castelo, pelo conhecimento e tempo dedicados a minha pessoa. Para mim, foi um prazer imenso ser sua orientanda. Você não deixou nada a desejar. Também sou grata às componentes da minha banca examinadora, a professora MSc. Amélia Resende e a professora Esp. Patrícia Helena. Vocês contribuíram grandemente para a concretização desta obra. Sintam-se abraçadas!

À família FACENE deixo aqui meus sinceros agradecimentos, principalmente àqueles por quem tenho um grande afeto. Agradeço ainda a todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para que eu chegasse até aqui. Saibam que jamais esquecerei o que fizeram por mim.

“Porque d’Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas; glória, pois a Ele, eternamente”.

RESUMO

As principais causas de malformações congênitas podem ser por alterações metabólicas, comportamentais ou hereditárias. No entanto, na maioria das vezes, suas razões são desconhecidas. Os objetivos foram estabelecer o perfil das anomalias congênitas e os fatores relacionados às gestantes e aos recém-nascidos, identificar a prevalência, caracterizar e correlacionar as anomalias congênitas encontradas nos recém-nascidos dos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN nos anos de 2014 e 2015, aos fatores gestacionais e neonatais. Trata-se de uma pesquisa quantitativa não probabilística, de caráter descritivo e documental retrospectivo. A coleta de dados teve como base informações secundárias, obtidas da Declaração de Nascidos Vivos fornecidas pelo Hospital da Mulher Parteira Maria Correia – HMPMC e pelo Hospital Maternidade Almeida Castro - HMAC. A mesma foi realizada no período de Setembro à Novembro de 2016 e teve como instrumento um formulário contendo todas as informações relacionadas à gestação e ao recém-nascido. A população foi constituída por todos os prontuários de recém-nascidos portadores de anomalias congênitas, nascidos no período de 2014 a 2015, no HMPMC e no HMAC e residentes nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN. No presente trabalho foram analisadas 886 DNV's (Declaração de Nascidos Vivos), sendo 443 do HMPMC (Hospital da Mulher Parteira Maria Correia) e os outros 443 do HMAC (Hospital Maternidade Almeida Castro). Desse total, 133 declarações foram de recém-nascidos residentes no município de Areia Branca, 169 na cidade de Açú, 215 em Baraúna, 109 em Governador Dix-sept Rosado, 64 no município de Grossos, 70 foram da Serra do Mel, 43 de Tibau e 83 da cidade de Upanema. Dos 886 nascidos vivos, apenas 11 portavam algum tipo de anomalia congênita, representando 1,24%. Desses 11 (8 nascidos no HMPMC e 3 no HMAC), 5 foram da cidade de Açú, 5 de Baraúna e 1 do município de Serra do mel. As anomalias mais prevalentes estão relacionadas ao sistema musculoesquelético. Com relação aos fatores maternos, notou-se um predomínio maior de mães com idade entre 18 e 35 anos. A maioria delas tinha o ensino fundamental completo, e partilhavam de uma união estável, era agricultora ou dedicada apenas às atividades do lar, se consideravam da raça parda e eram primíparas. A respeito dos fatores relacionados aos recém-nascidos, estes foram considerados pré-termo, apresentaram peso inferior a 2.500g e Apgar com valores críticos no primeiro minuto e valores satisfatórios ao quinto minuto. As variáveis independentes analisadas não apresentaram correlação estatística com as anomalias congênitas encontrada nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN.

Palavras-chave: Anomalias congênitas. Recém-nascido. Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

The main causes of congenital misformations can be for metabolic changes, behavioral or hereditary. However, the most of time, their reasons are unknown. The objectives were to establish the profile of congenital anomalies and the factors related to the pregnant and newborns, identify the prevalence, characterize and to correlated the congenital anomalies found in the newborn of the surrounding municipalities of Mossoró/RN in the years 2014 and 2015, to gestational and neonatal factors. This is a non-probabilistic quantitative research, with a descriptive and retrospective documentary character. The data collect was based on secondary informations, obtained from the Declaration of Live Births provided by Hospital da Mulher Parteira Maria Correia – HMPMC and for Hospital Maternidade Almeida Castro - HMAC. The study was carried out from September to November 2016 and has as its instrument a form containing all the related information to gestation and to the newborn. The population was consisted of all records of newborns with congenital anomalies, born in the period from 2014 to 2015, in HMPMC and HMAC and living in the surrounding municipalities of Mossoró / RN. In the present study, 886 DNVs (Declaration of Live Births) were analyzed, 443 of HMPMC (Hospital da Mulher Parteira Maria Correia) and the other 443 of HMAC (Hospital Maternidade Almeida Castro). Of this total, 133 were from newborns living in the city of Areia Branca, 169 in the city of Açú, 215 in Baraúna, 109 in Governador Dix-sept Rosado, 64 in the municipality of Grossos, 70 were from Serra do Mel, 43 Tibau and 83 of the city of Upanema. Of the 886 live births, only 11 had some type of congenital anomaly, representing 1.24%. Of these 11 (8 born in the HMPMC and 3 in the HMAC), 5 were from the city of Açú, 5 from Baraúna and 1 from the municipality of Serra do mel. The most prevalent anomalies are related to the muscle-skeletal system. Regarding maternal factors, a higher prevalence of mothers aged between 18 and 35 years was observed. Most of them had completed elementary education, and they shared a stable union, were farmers, or dedicated only to homeworks activities, considered themselves to be brown and primiparous. Regarding factors related to newborns, these were considered preterm, presented a weight lower than 2,500g and Apgar with critical values in the first minute and satisfactory values at the fifth minute. The independent variables analyzed did not present statistical correlation with the congenital anomalies found in the surrounding municipalities of Mossoró / RN.

Keywords: Congenital anomalies. Newborn. Pediatric nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição em porcentagem de recém-nascidos por municípios de residência	30
Gráfico 2: Distribuição em porcentagem das AC por município de residência.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação das AC encontradas de acordo com o tipo de anomalia e o sistema.	31
Tabela 2: Caracterização socioeconômica das mães dos recém-nascidos portadores de anomalia congênita	32
Tabela 3: Número de consultas de pré-natal referentes à gestação atual.....	33
Tabela 4: Classificação do Índice de Apgar no primeiro e quinto minuto.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contextualização e problematização	13
1.2 Justificativa	14
1.3 Hipótese	14
1.4 Problema.....	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Anomalias congênitas.....	17
3.2 Declaração de nascidos vivos	18
3.3 Causas de anomalias congênitas relacionadas à gestação e ao recém-nascido.....	19
3.3.1 Causas relacionadas à gestação.....	20
3.3.2 Causas relacionadas ao recém-nascido.....	22
3.4 Importância da realização do pré-natal	24
4 METODOLOGIA	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Local do estudo.....	26
4.3 População e amostra	26
4.4 Procedimento para coleta e análise dos dados	27
4.5 Instrumento de coleta de dados	28
4.6 Questões éticas.....	28
4.7 Financiamento	29

5 RESULTADOS	30
6 DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	44
ANEXO A - Certidão.....	47

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e problematização

As anomalias congênitas (AC), também definidas como deficiências, são distúrbios funcionais ou estruturais causados, exclusivamente, por alterações durante a morfogênese (desenvolvimento do tamanho, forma ou de algumas características de parte do corpo ou de um órgão em particular), descartando assim a possibilidade de serem originadas por algum traumatismo no momento do parto (ALBUQUERQUE et al, 2012; MOORE; PERSAUD, 2008). Moore (2008) acrescenta ainda que, as causas dessas malformações, podem ser por alterações metabólicas, comportamentais ou hereditárias. No entanto, na maioria das vezes, suas razões são desconhecidas. Porém, devem-se levar em consideração os fatores etiológicos, sendo estes os principais: exposição a substâncias como drogas ilícitas, medicamentos e álcool, infecção por toxoplasmose, rubéola e/ou citomegalovírus, e radiações (MELO et al, 2010).

Em algumas regiões do mundo, as malformações congênitas aparecem como sendo a principal causa de óbitos neonatais. Estima-se que 80% dos fetos malformados nascem vivos ou mortos, e os outros 20% evoluem para o abortamento espontâneo. No Brasil, quando se refere à mortalidade infantil, as malformações congênitas constituem a segunda causa de óbito neonatal, que resulta em, aproximadamente, 11,2% (BARROS et al, 2012; GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2013; 2014), no ano de 2013 o estado do Rio Grande do Norte apresentou um total de 298 casos notificados de malformações congênitas. Já no ano de 2014, esse numero caiu para 291. Dentro de um total de 2.189 nascidos vivos nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN, no ano de 2013, 18 apresentaram resultado positivo para AC. Semelhantemente, no ano de 2014, houve 13 casos de AC de um total de 2.368 nascidos vivos (RIO GRANDE DO NORTE, 2014). Atualmente, a maioria das doenças causadas por condições insalubres, má nutrição e patógenos exógenos estão sendo controladas à medida do possível. Consequentemente, tem ocorrido um aumento na quantidade de óbitos em crianças, que estão diretamente relacionados a anomalias congênitas e doenças genéticas. Por esse motivo, as AC requerem uma atenção especial, sendo consideradas um problema de saúde pública (NHONCANSE; MELO, 2011).

No ano de 1990, foi implantado em todo o território nacional o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), com o objetivo de controlar estatisticamente eventos vitais, possibilitando assim, indicadores demográficos mais fidedignos. A Declaração de Nascidos Vivos (DNV) é um documento oficial, emitido pelas maternidades, considerada uma importante fonte de dados – sem a mesma, a realização do registro civil torna-se impossível (NUNES; PEREIRA; QUELUZ, 2010).

Segundo Nunes, Pereira e Queluz (2010), em 1999 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) uma nova versão da DNV: a inclusão do campo 34 (de preenchimento obrigatório). O mesmo é destinado à presença ou ausência de anomalias congênitas. Essa inclusão permite que as anomalias congênitas detectadas sejam relatadas, juntamente com a afirmação do código referente à anomalia. Esse dado se dá através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde, décima revisão (CID-10). O campo 34 na DNV se tornou um detalhe importante, pois anteriormente, as informações sobre AC encontravam-se apenas nas Declarações de Óbito (DO) que tem por organizador de dados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

1.2 Justificativa

Diante disso, pôde-se perceber uma escassez significativa de dados epidemiológicos relativos à incidência e prevalência de defeitos congênitos nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN, onde não se leva em consideração a importância de caracterizar essas anomalias. Dessa maneira, faz-se necessário expor um estudo mais detalhado acerca dessa temática. Confirmando assim, a grande relevância na apresentação de informações fidedignas, que quando divulgadas, tornam-se fonte de informação em nível municipal e, conseqüentemente, nacional.

1.3 Hipótese

Durante os anos de 2014 e 2015 houve um aumento significativo dos casos de AC nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN. Dentre essas anomalias foram identificadas malformações do SNC (Sistema Nervoso Central), do aparelho digestivo e do sistema osteomuscular, sendo as mais comuns àquelas referentes ao SNC. Acredita-se que esses defeitos congênitos estão diretamente relacionados a fatores gestacionais e neonatais.

1.4 Problema

Diante do exposto, qual é o perfil dos recém-nascidos portadores de anomalias congênitas nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN atendidos no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia - HMPMC e no Hospital Maternidade Almeida Castro em Mossoró/RN nos anos de 2014 e 2015? Existe algum fator de risco para o desenvolvimento de anomalias congênitas relacionado à gestação e ao recém-nascido nesses municípios?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estabelecer o perfil das anomalias congênitas e os fatores relacionados às gestantes e aos recém-nascidos nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN atendidos no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia - HMPMC e no Hospital Maternidade Almeida Castro em Mossoró/RN nos anos de 2014 e 2015.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de anomalias congênitas nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN nos anos de 2014 e 2015;
- Caracterizar as anomalias congênitas encontradas nos recém-nascidos nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN nos anos de 2014 e 2015;
- Correlacionar as anomalias congênitas encontradas nos recém-nascidos nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN nos anos de 2014 e 2015, aos fatores gestacionais e neonatais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Anomalias congênitas

Anomalias congênitas, também definidas como malformações congênitas, defeitos ao nascimento, dentre outros, são termos utilizados constantemente para se referir a transtornos do desenvolvimento presentes no momento do nascimento (MOORE; PERSAUD, 2008). Segundo Gaiva (2014), as AC constituem a segunda causa de óbito neonatal no nosso país. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2013; 2014), apontam que, no ano de 2013 o estado do Rio Grande do Norte apresentou um total de 298 casos notificados de malformações congênitas. Já no ano de 2014, houve uma queda nesse total, resultando em 291 casos.

Nos últimos anos houve um rápido desenvolvimento nas práticas de diagnóstico por imagem de alta resolução, como por exemplo, a ressonância magnética ultrarrápida e a própria ultrassonografia. Em consequência do avanço da ultrassonografia, a partir de 1970 tornou-se possível diagnosticar, ainda dentro do útero materno, uma anomalia congênita (HELFER et al, 2012).

De acordo com Barros et al (2012), as AC associadas ao sistema nervoso central constituem-se as mais comuns, chegando a aproximadamente, 21%. Estas podem ocorrer isoladamente ou correlacionada com outras anomalias, porém a maioria apresenta-se de forma isolada. A hidrocefalia destaca-se como sendo a malformação mais prevalente, logo em seguida estão: mielomeningocele, agenesia do corpo caloso, anencefalia e por fim a encefalocele.

Alguns métodos preventivos existentes são eficazes para 70% das AC, tornando necessário um aumento nos investimentos voltados a pesquisas do tipo, para que se descubra e conheça as causas e os mecanismos que conduzem ao desenvolvimento pré-natal anormal. Existem três níveis que possibilitam a prevenção desses defeitos congênitos. A prevenção primária, que acontece especialmente no período que antecede a concepção e baseia-se em evitar doenças, diminuindo assim, a susceptibilidade e a exposição a diversos fatores de risco. A prevenção secundária, que é executada no pré-natal e tem por finalidade evitar o desenvolvimento e as possíveis sequelas por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado. Por fim, há a prevenção terciária. Esta é realizada no pós-natal e tem como objetivo prevenir agravos advindos da anomalia existente e fornecer reabilitação, ofertando reparos adequados, se necessário (MELO et al, 2010).

Constitui-se fundamental para a saúde da mãe e do neonato, um acompanhamento humanizado e de qualidade no pré-natal. Dessa maneira, acredita-se que quando há uma prestação de assistência adequada à gestante, ao parto e ao recém-nascido os coeficientes de morbimortalidade infantil ganham um grande aliado na luta por sua redução. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 1983, implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tem como um dos objetivos, melhorar a fiscalização referente ao pré-natal, parto e puerpério (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

3.2 Declaração de nascidos vivos

Antes as informações relacionadas aos nascimentos eram anotadas em Cartórios de Registro Civil e disseminadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 1990, foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). Esse sistema é responsável por organizar e oferecer detalhes sobre os nascimentos para os gestores da saúde em todas as categorias. A necessidade de sua implantação surgiu com o objetivo de se obter informações mais precisas sobre a saúde do recém-nascido (RN), bem como as características maternas, que se encontravam ausentes no registro civil (NHONCANSE, 2012; PEREIRA et al, 2013).

Assim como o SINASC, o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) é um documento altamente útil para a formação de dados epidemiológicos, pois possibilita o armazenamento e processamento de dados estatísticos voltados aos óbitos no país, inclusive sua causa. Foi feita uma comparação entre os dados do SINASC e do SIM, e observou-se que morrem mais crianças com AC do que nascem. Foi possível fazer essa comparação a partir de dados colhidos através da DNV (NHONCANSE, 2012).

O SINASC tem como base a DNV, que é um documento que atende as necessidades identificadas, colhendo informações importantes relacionadas à gestante, à gestação e ao RN. No país, a DNV é considerada uma importante fonte de informação, de responsabilidade do Ministério da saúde. Atualmente o seu preenchimento é obrigatório. A DNV deve ser emitida no serviço de saúde onde o parto foi realizado. Essa declaração é distribuída gratuitamente às secretarias estaduais de saúde onde, de lá, são encaminhadas cópias às secretarias municipais de saúde, que são responsáveis pela sua distribuição aos demais estabelecimentos de saúde e cartório. A DNV é impressa em três vias: a primeira via (branca) é enviada à secretaria de saúde do município, a segunda via (amarela) é disponibilizada aos familiares para fins de registro em cartório e a terceira via (rosa) fica arquivada na instituição onde foi realizado o

parto. Caso o parto tenha sido realizado fora de uma unidade hospitalar, a DNV também pode ser preenchida nesse local (domicílio, cartório, UBS) (CAVALCANTI et al, 2012; NUNES; PEREIRA; QUELUZ, 2010; REIS; FERRARI, 2013).

Segundo Nunes, Pereira e Queluz (2010), em 1999 foi criado pelo MS uma nova versão da DNV: a inclusão do campo 34 (de preenchimento obrigatório). O mesmo é destinado à presença ou ausência de anomalias congênitas. Essa inclusão permite que as AC detectadas sejam relatadas, juntamente com a afirmação do código referente à anomalia. Vale ressaltar que no ano de 2010, esse novo modelo de DNV começou a ser implantado no Brasil. Essa nova versão implica na alteração de campos já existentes na declaração, na inclusão de novos campos, bem como na exclusão de outros. Em consequência disso, foi abolida a variável raça/cor do campo Identificação do recém-nascido, assim como a identificação datiloscópica da mãe e do neonato (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

Gaiva, Fujimori e Sato (2014) afirmam que, os campos inclusos foram: nome e idade do pai, Anomalia Congênita, que além de ter seu campo preservado para registro foi acrescentado mais um espaço para relatar o tipo de anomalia identificado e no campo onde trata a cerca da gestação, foi incluída a variável Gestações anteriores. O campo Mãe apresenta-se como aquele que mais sofreu alterações, sendo acrescentados dados referentes à raça/cor e Data de nascimento. O campo Estado civil foi trocado por Situação conjugal, incluindo a variável União estável. A Escolaridade passou de anos de estudo concluídos para última série concluída. No espaço destinado ao preenchimento de informações relacionadas à Gestação atual, a principal mudança diz respeito à Idade gestacional e ao Número de consultas de pré-natal, passando a desconsiderar o agrupamento por faixas (nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 e mais, ignorado). Quanto ao Parto, além do tipo de parto, foram acrescentadas informações sobre a Apresentação, por quem o Nascimento foi assistido e se o Trabalho de parto foi induzido ou não.

Cabe destacar que a introdução do Campo 34 (Anomalia Congênita) na DNV constitui-se um fator bastante importante para o nosso país, pois até então, as informações sobre AC eram alcançadas somente através das Declarações de Óbito (DO), que tem seus dados regulados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (NHONCANSE; MELO, 2012).

3.3 Causas de anomalias congênitas relacionadas à gestação e ao recém-nascido

3.3.1 Causas relacionadas à gestação

Qualquer modificação no proceder embrionário pode resultar em defeitos congênitos, podendo variar desde pequenas deformidades até defeitos maiores com comprometimentos funcionais e estéticos. Na grande maioria das vezes, as anomalias congênitas têm suas causas desconhecidas. Porém, sabe-se que alguns fatores estão diretamente relacionados ao surgimento dessas malformações. Entre os principais estão: exposição a substâncias como drogas ilícitas, medicamentos e álcool, infecção por toxoplasmose, rubéola e/ou citomegalovírus, e radiações. Estudos realizados nas últimas décadas apontam que houve uma redução na mortalidade infantil quando sua causa está relacionada a doenças infectocontagiosas, porém as causas perinatais apresentam-se elevadas, decorrentes de problemas durante a gestação, parto e nascimento (ARRUÉ et al, 2013; MELO et al, 2010).

A ingestão de alguns medicamentos, álcool e/ou drogas são considerados componentes altamente tóxicos para o embrião. Quanto a essa questão, pode-se considerar um ponto positivo, uma vez que se trata de algo evitável. Na literatura não há definição de uma quantidade de álcool/drogas segura que uma gestante possa consumir. Por esse motivo aconselha-se que haja abstinência total por parte da mesma. Um estudo feito no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) apontou que na maior parte dos casos de malformação congênita houve resultado positivo para exposição a álcool/drogas ou medicações com alto risco teratogênico (ROCHA et al, 2013).

Quando se trata das infecções que ameaçam o período gestacional, observou-se que, a confirmação sorológica (positiva ou negativa) constitui-se de fundamental importância, uma vez que, permite oferecer um tratamento precoce, prevenindo assim, possíveis contratempos como aborto ou AC relacionados à Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), toxoplasmose e/ou Citomegalovírus. Essas complicações podem ser causadas de igual modo por outras infecções como: Doença de Chagas, sífilis, entre outros. Entre os anos de 2000 a 2011, no Brasil, houve pelo menos 66.074 casos registrados de gestantes soropositivas para sífilis. Um estudo realizado no estado de Goiás mostra que, nas mulheres que sofreram aborto espontâneo, a maior prevalência de soropositividade foi de citomegalovírus (FEREZIN; BERTOLINI; DEMARCHI, 2012; BARBARESCO et al, 2014; CARTAXO et al, 2013).

Um fator que requer grande atenção durante o período gestacional é a exposição à radiação ionizante, que nos últimos anos tem aumentado significativamente. Sabe-se que os fetos são altamente vulneráveis aos efeitos teratogênicos e carcinogênicos nesse período,

principalmente no primeiro trimestre da gestação. O risco de abortamento espontâneo aumenta quando há essa exposição, porém, na ausência da morte fetal, é muito comum o surgimento de anomalias congênitas e/ou a formação de células cancerígenas (CRUZ, 2013; LIMA et al, 2013).

Segundo Gaiva, Fujimore e Sato (2014), algumas evidências apontam que a idade materna, principalmente os casos de extrema idade, está diretamente associada ao surgimento de AC e mortalidade neonatal. Em países europeus isso ocorre com maior frequência, diferentemente do Brasil, onde estudos não mostram essa associação. Já Melo et al (2010), afirma que, em um estudo realizado na cidade de Maringá/PR, quando é feita uma associação entre os casos positivos de AC com grupos etários maternos 26,4% das mães são adolescentes, 60,2% adultas e 13,4% das mães são tardias.

Dentre alguns determinantes, a ingestão dietética ganha destaque no período gestacional, já que grávidas acima do peso apresentam riscos três vezes maiores quando comparadas àquelas que encontram-se com o peso ideal, de se tornarem obesas. Inúmeros estudos comprovam que a obesidade traz efeitos negativos durante a gestação, uma vez que, aumentam-se as chances de o feto desenvolver alguma anomalia congênita. Por isso, constitui-se de fundamental importância que, durante o pré-natal, a gestante seja informada quanto a essas questões, já que é nesse período onde se tem a oportunidade de prevenir possíveis complicações relacionadas ao ganho excessivo de peso durante a gestação (CASTRO; CASTRO; KAC, 2013). Segundo Nogueira e Carreiro (2013), uma elevada incidência de defeitos congênitos parece surgir em conceptos de mães muito acima do peso. Dentre os principais estão as malformações da parede abdominal, do tubo neural e do coração.

De modo semelhante, a desnutrição é um fator que deve ser evitado durante esse período, pois estudos anteriores revelam que, gestantes que mantêm uma alimentação pobre em nutrientes colocam em risco a saúde do feto, podendo o mesmo apresentar um retardo no desenvolvimento dos órgãos, além de, futuramente, estar ameaçado a desenvolver hipertensão e doenças cardiovasculares. O filho de uma mãe desnutrida, geralmente nasce com baixo peso. Diante disso, acredita-se que uma alimentação balanceada mostra-se um fator considerável para a manutenção de uma gestação saudável (CASTRO; CASTRO; KAC, 2013; BELCHIOR, 2014).

A prática de exercício físico durante a gravidez já foi alvo de muita controvérsia, porém hoje, estudos mais recentes revelam que a atividade física moderada, nesse período, ajuda a prevenir algumas possíveis complicações, como por exemplo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e macrosomia fetal. Além de promover benefícios como: redução da dor

lombar, insônia, ansiedade, constipação, edema, dentre outros. Índícios clínicos mostram que o sofrimento fetal ocorre com menor frequência em mulheres que mantiveram pelo menos 50% de atividade física no período de gestação quando relacionadas aquelas atletas que, ao engravidar, interromperam suas atividades. Contrário a isso, sabe-se que atividades ocupacionais que requerem grande esforço trazem resultados prejudiciais ao final da gestação, mostrando assim, a importância da orientação por parte do profissional que acompanha essa gestante (CARVALHAES et al, 2013; PIGATTO et al, 2014).

Dados colhidos no ano de 2011 mostram que a doença hipertensiva exclusiva da gestação (eclampsia, pré-eclâmpsia e Síndrome de Help) é tida como a maior causa de mortalidade materna no Brasil, levando a aproximadamente 35% dos óbitos. Esse distúrbio, além de trazer riscos a gestante leva a um aumento do sofrimento crônico fetal, baixo peso ao nascer, prematuridade induzida e, conseqüentemente, um aumento da morbidade fetal e neonatal. A diabetes gestacional (DG) também é classificada como uma complicação da gestação, que afeta aproximadamente 7,6% de todas as gestações no Brasil. De igual modo, a mesma tem sido relacionada a uma elevação da morbidade materna e neonatal, evidenciando maior associação com a macrosomia fetal (BGEGINSK, 2015; COSTA; COSTA, 2015).

As AC causadas por fatores genéticos atingem de 3% a 10% da população. Registros mostram que, no Brasil, crianças portadoras de malformações congênitas, quando internadas, têm o tempo de permanência hospitalar bem maior quando comparadas aquelas não portadoras de AC. Algumas AC também estão relacionadas à consanguinidade. Indivíduos provenientes de casamentos consanguíneos de primeiro grau apresentam risco maior para AC quando comparados àqueles advindos de casamentos não consanguíneos. Um estudo realizado em Angra dos Reis/RJ mostrou que 38% dos casos de defeitos congênitos estão relacionados à genética, e a frequência de consanguinidade encontrada foi de, aproximadamente, 4,32% (AQUINO et al, 2011; VIEIRA; HOROVITZ; LLERENA JÚNIOR, 2012).

3.3.2 Causas relacionadas ao recém-nascido

Faria et al (2013), afirma que os primeiros momentos de vida do RN são considerados os mais importantes para o crescimento e desenvolvimento (C e D) da criança, pois é considerado o período mais crítico do indivíduo, no que diz respeito ao seu proceder social, emocional, cognitivo e biológico. Por esse motivo, é tido como um período altamente vulnerável em consequência do não amadurecimento do organismo em todos os aspectos.

Na finalidade de desenvolver ações focadas ao cuidado infantil, foi instituído o Cartão da Criança (CC). Esse cartão é oferecido gratuitamente no momento em que a criança nasce, sendo válido em todo o território nacional. É um documento de caráter educativo e de fácil compreensão. Nele encontram-se informações sobre o tipo de parto realizado, índice de Apgar, local e data de nascimento, calendário de vacinação, além de dados relacionados ao crescimento e desenvolvimento (C e D) da criança. Essas informações permitem com que os pais do RN, juntamente com os profissionais que o acompanham, consigam identificar antecipadamente qualquer problema que coloque em risco a saúde dessa criança, antes que o mesmo se torne crônico e irreversível. Um RN que passou por intercorrências na gestação, no momento próximo ao parto ou pós-natal, que tenha apresentado qualquer alteração é considerado um RN de risco (COSTA et al, 2014; FARIA; NOGUEIRA, 2013).

A presença de malformações congênicas está associada a maiores chances de morte neonatal quando relacionada àqueles nascidos sem anomalia. Da mesma forma ocorre com o peso do neonato, que é um dos indicadores de grande interferência na saúde e sobrevivência infantil, apresentando-se abaixo do valor de referência quando o mesmo possui algum defeito congênito. Dessa maneira, sabe-se que a presença de AC apresenta associação com o ganho de peso menor do que o esperado durante a gestação, resultando em um baixo peso ao nascer (BPN). Em uma pesquisa realizada no município de Maringá/PB observou-se que 24% dos recém-nascidos portadores de AC apresentaram BPN. Dados epidemiológicos afirmam que crianças que nascem com peso inferior a 2.500kg correm um maior risco de morrer, quando comparadas aquelas que nascem com o peso dentro dos valores tidos como normal. Sendo assim, à medida que o peso aumenta a probabilidade de morte diminui (MELO et al, 2010; SASSÁ et al, 2011; GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

No Brasil, a prevalência de BPN equivale a 9,2%. Essa porcentagem varia de uma região para outra, aparecendo de maneira mais agravante na região Norte (12,2%) e Nordeste (12,0%) do país. Acredita-se que isso ocorre devido à má alimentação da mãe e pela dificuldade de acesso que a mesma tem aos serviços de saúde. Dados mostram que, em países desenvolvidos, essa proporção é bem menor, pois a situação socioeconômica está diretamente relacionada a esses fatores (CAVALCANTI et al, 2012).

O índice de Apgar é um teste comumente realizado no primeiro e no quinto minuto de vida do neonato. É considerado um dos métodos mais utilizados para se avaliar a vitalidade do RN através da frequência cardíaca (FC), esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor do mesmo. A somatória desses itens pode variar entre 0 a 10, sendo 0 o pior valor e 10 o melhor. Por esse motivo, todos os hospitais obstétricos utilizam esse método de

avaliação. Estudos revelam que, o índice de Apgar em bebês diagnosticados com AC apresenta valores críticos tanto no primeiro quanto no quinto minuto, variando de 0 a 7 (MELO et al, 2010; BRASIL, 2011; REIS; FERRARI, 2013; SANTOS, 2009).

3.4 Importância da realização do pré-natal

O pré-natal consiste em um conjunto de ações que se comunicam entre si, priorizando o acompanhamento da gestante. Os exames solicitados durante as consultas possibilita a identificação de situações de risco e a implementação de ações preventivas. Esse momento pode ser considerado para essa mãe e seus familiares, um momento de aprendizagem, além trazer diversos benefícios. No decorrer da gravidez, os cuidados não devem se resumir apenas à quantidade de consultas, mas, principalmente à qualidade dessas consultas (ARAUJO et al, 2010; GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014; SILVA et al, 2013).

O diagnóstico pré-natal de AC constitui-se de fundamental importância, pois permite aos pais obter informações necessárias sobre o tratamento a ser oferecido ao neonato, assim como, aos profissionais planejar e implementar a atuação obstétrica e pós-natal mais adequada para a situação diagnóstica. Com isso, visando prestar uma assistência qualificada às gestantes durante o pré-natal, o MS lançou, no ano de 2000, o PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento). Esse programa visa reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, trabalhando para que haja uma melhoria no acesso ao serviço de saúde, qualificação do pré-natal, bem como da assistência ao parto e puerpério (ALENCOÃO et al, 2015; GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2014).

Mais tarde, por volta do ano de 2004, foi criada a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) que assegura à mulher a garantia de seus direitos, ampliando, semelhantemente ao PHPN, o acesso ao serviço de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, tendo em vista a qualidade e a humanização da atenção através do Sistema Único de Saúde (SUS) (PIMPÃO et al, 2012; MARTINELLI et al, 2014; BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

Ultimamente, a assistência pré-natal tem ganhado destaque por direcionar uma atenção especial à saúde materno-infantil. Nos últimos 15 anos observou-se um aumento da cobertura dessa assistência e da quantidade de consultas por gestantes. Com isso, a proporção de grávidas sem acesso a qualquer consulta pré-natal em 2009, chegou a ser inferior a 2%. Em um estudo realizado na cidade de Cáceres/MG, pôde-se observar que, 17,8% dos casos de AC foram diagnosticados durante as consultas de pré-natal. Dessa maneira, entende-se que,

durante o pré-natal, devem ser ofertados às gestantes consultas e exames diagnósticos, bem como ações de educação em saúde. Essas ações permitem a essa mãe compreender melhor o processo vivenciado por elas no presente momento, dando-as o direito e autonomia para tomarem decisões relacionadas à gestação, parto, amamentação e em situações de emergência, caso seja necessário (COSTA et al, 2014; COSTA; COSTA, 2015; DOMINGUES et al, 2012; REIS; FERRARI, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa não probabilística, de caráter descritivo e documental retrospectivo. Segundo Figueiredo (2004), uma pesquisa quantitativa é aquela que utiliza da análise estatística para a obtenção dos dados. O estudo descritivo tem como principal objetivo descrever características de um determinado fenômeno ou população ou estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2007). Já o tipo documental retrospectivo é definido pelo autor como sendo uma pesquisa direcionada à exploração de fatos passados, através da utilização de qualquer tipo de documento como fonte de coleta de dados (GIL, 2010; FONTELLES, 2009). A coleta de dados teve como base informações secundárias, obtidas da Declaração de Nascidos Vivos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia - HMPMC, que fica localizado na Rua Francisco Bessa, nº 168, bairro Nova Betânia e no Hospital Maternidade Almeida Castro - HMAC, localizado na Rua Juvenal Lamartine, nº 334, bairro Bom Jardim. As duas maternidades encontram-se na cidade de Mossoró/RN. A coleta de dados foi feita no período de Setembro à Novembro de 2016 e teve como instrumento um formulário contendo todas as informações relacionadas à gestação e ao recém-nascido (Apêndice A).

4.3 População e amostra

A população foi constituída por todas as Declarações de Nascidos Vivos (DNV's) anexadas aos prontuários de recém-nascidos, residentes nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN (Areia Branca, Açú, Baraúna, Governador Dix-Sept Rosado, Grossos, Serra do Mel, Tibau e Upanema) e nascidos no período de 2014 a 2015 no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia – HMPMC e no e no Hospital Maternidade Almeida Castro - HMAC. A amostra foi constituída por 11 DNV's. Os critérios de exclusão foram todos os prontuários de

recém-nascidos residentes em outros municípios, os nascidos sem anomalia ou que tenham nascido fora dos anos de 2014 e 2015.

4.4 Procedimento para coleta e análise dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de Setembro à Novembro de 2016 no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia – HMPMC e no Hospital Maternidade Almeida Castro, logo após do envio do projeto de pesquisa e sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP. Foi utilizado como instrumento para a obtenção dos dados um formulário contendo todas as informações relacionadas à gestação e ao recém-nascido presentes na Declaração de Nascidos Vivos – DNV (Apêndice A), onde será garantido o total sigilo das informações.

De início, foram identificados os prontuários a serem analisados de acordo com o local de residência da mãe. Em seguida, iniciou-se a busca, através das DNV's, daqueles que portavam algum tipo de malformação congênita. Quando encontrada qualquer anomalia, todas as informações referentes à gestação e ao recém-nascido presentes na DNV, foram transcritas em um formulário, o que, ao final, constituiu a amostra da pesquisa em questão.

O presente estudo trouxe como variável dependente a presença de anomalias congênitas. O índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto, o peso ao nascer, o sexo do RN e a apresentação fetal (cefálica, pélvica, podálica ou transversal) foram consideradas variáveis independentes. A idade materna, caracterizada em dois grupos que apresentam risco para AC: mães adolescentes (< de 18 anos) e mães tardias (> de 35 anos), considerando como não risco as mães adultas (de 18 a 35 anos), a escolaridade da mãe que poderia variar entre as seguintes opções: analfabeta, ensino fundamental I (1° a 4° série), ensino fundamental II (5° a 8° série), ensino médio (antigo 2° grau), superior incompleto e superior completo, juntamente com sua ocupação habitual (teve um espaço para ser preenchido), situação conjugal (solteira, casada, viúva, união estável ou divorciada), sua raça/cor (branca, preta, amarela, parda ou indígena) e algumas informações sobre as gestações anteriores, que quando presentes incluiu a quantidade de gestações, juntamente com o número de partos vaginais, de cesarianas, de abortos e de nascidos vivos foram inclusas no grupo das variáveis independentes.

Dessa maneira, no que diz respeito à gestação atual, também foram categorizadas como variáveis independentes o número de consultas de pré-natal, o mês de gestação em que se iniciou o pré-natal, o tipo de gravidez (única, dupla ou tripla), de parto (vaginal ou cesáreo) e a idade gestacional que foi classificada em pré-termo (até a 37ª semana de gestação), a termo (entre a 38ª e 42ª semanas de gestação) e pós-termo (após a 42ª semana de gestação).

Por fim, foi verificado se houve indução ao trabalho de parto e, caso o tipo de parto tenha sido cesáreo, foi averiguado se ocorreu ou não antes de o trabalho de parto iniciar. Todas as variáveis que apresentaram indicação “ignorado” ou que não apresentaram o campo preenchido foram consideradas como não informadas.

Quanto à análise, os dados foram expressos em valores de média e desvio padrão, bem como frequência simples e porcentagem através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0. Para identificar associações entre anomalias congênitas com as demais variáveis estudadas foi utilizado teste de qui-quadrado ou exato de Fisher. Este último foi utilizado sempre quando as frequências esperadas foram inferiores a 5. Valores de $P < 0,05$ foram considerados significativos.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para atingir os objetivos da pesquisa foi utilizado um instrumento de pesquisa do tipo formulário composto por questões objetivas e subjetivas (Apêndice A). Formulário é um catálogo, inventário ou uma lista, criada com o objetivo de coletar dados resultantes de um interrogatório ou de uma simples observação, cujo preenchimento é de responsabilidade do investigador, à medida que o mesmo recebe as respostas ou faz a observação (MARCONI; LAKATOS, 2007).

4.6 Questões éticas

O atual projeto foi conduzido, sendo analisados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o que assegura o anonimato do participante e o sigilo das informações prestadas. Assim como a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem que valida a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme os aspectos éticos contemplados no capítulo III – do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica (BRASIL, 2012; COFEN, 2007). A pesquisa em vigor foi aprovada pelo CEP com CAAE de número 59465816.7.0000.5179.

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos, não comprometendo a integridade física dos pacientes, no entanto, dentre os riscos mínimos, podemos citar o risco físico para os pesquisadores como, por exemplo, problemas respiratórios devido ao acesso a prontuários antigos. Entretanto, o uso de máscaras minimizou estes riscos. Ainda, identificou-se o risco de

quebra de sigilo do prontuário, no entanto, os pesquisadores incluídos no projeto, foram devidamente treinados. Ainda, vale salientar que os benefícios gerados pela pesquisa superam os riscos. Os resultados obtidos pela pesquisa foram disponibilizados às instituições onde a pesquisa foi realizada e às secretarias de saúde dos municípios circunvizinhos de Mossoró, objetivando difundir o conhecimento do perfil das anomalias congênitas a fim de implantar ações preventivas e de cuidados.

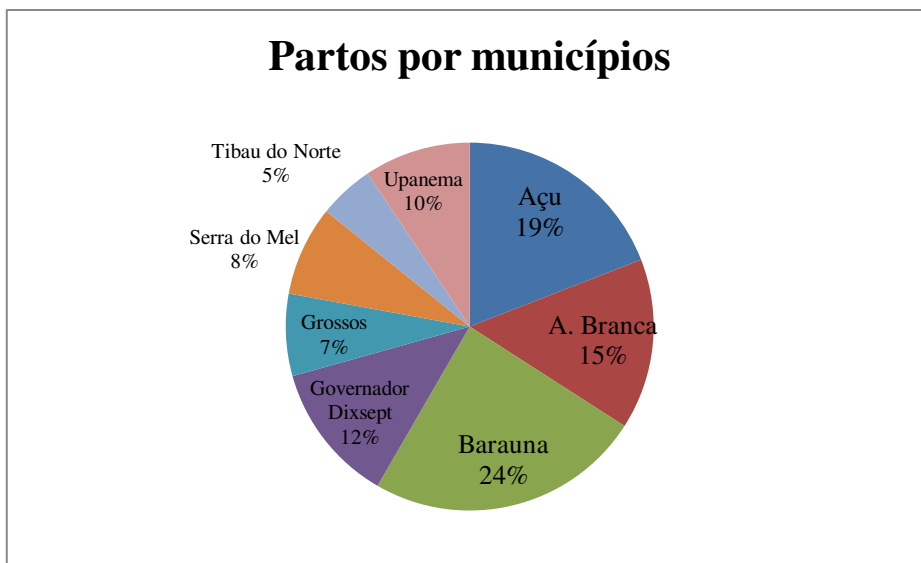
4.7 Financiamento

Todas as despesas decorrentes do andamento da pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador participante, conforme a previsão descrita no orçamento. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN disponibilizou seu acervo bibliográfico, sua internet, orientador, local disponível para as orientações que, na maioria das vezes, foram realizadas no NUPEA (Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica) e parte das orientações estatísticas e daquelas advindas da bibliotecária.

5 RESULTADOS

No presente trabalho foram analisadas 886 DNV's (Declaração de Nascidos Vivos), sendo 443 do HMPMC (Hospital da Mulher Parteira Maria Correia) e os outros 443 do HMAC (Hospital Maternidade Almeida Castro). Desse total, 133 declarações foram de recém-nascidos residentes no município de Areia Branca, 169 na cidade de Açú, 215 em Baraúna, 109 em Governador Dix-sept Rosado, 64 no município de Grossos, 70 foram da Serra do Mel, 43 de Tibau e 83 da cidade de Upanema. (Gráfico 1).

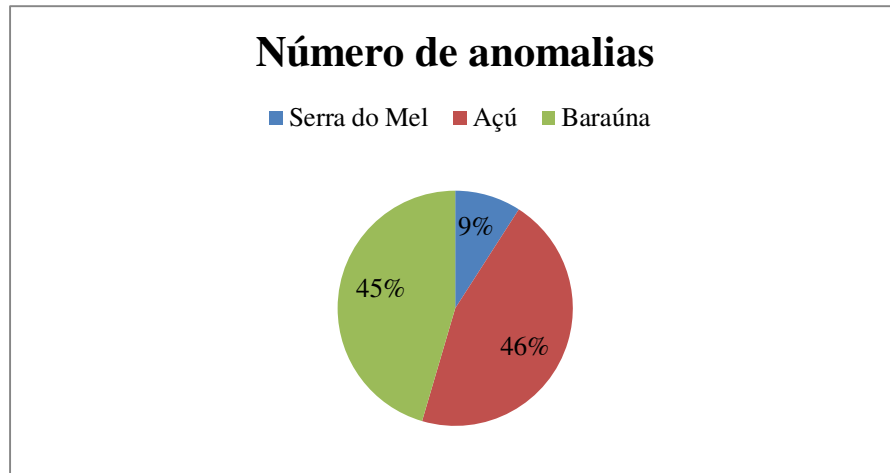
Gráfico 1: Distribuição em porcentagem de recém-nascidos por municípios de residência



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Dos 886 nascidos vivos, apenas 11 portavam algum tipo de anomalia congênita, representando 1,24%. Desses 11 (8 nascidos no HMPMC e 3 no HMAC), 5 foram da cidade de Açú, 5 de Baraúna e 1 do município de Serra do mel. (Gráfico 2). Os outros 875 recém-nascidos não apresentaram nenhuma alteração e, portanto foram excluídos da pesquisa.

Gráfico 2: Distribuição em porcentagem das AC por município de residência.



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

De acordo com a tabela 1, foram encontrados 18 tipos de anomalias nas 11 declarações avaliadas. Desses 18, a maior prevalência foi de anomalias do sistema musculoesquelético, representando 39%. As anomalias do sistema digestório apresentaram-se como sendo a segunda mais prevalente, resultando em 28% e as do sistema urogenital em terceiro lugar, somando 17%. Entre as demais anomalias encontradas, 11% estão relacionadas ao sistema nervoso, e 5% foram ignoradas, estando registrada na DNV a presença de anomalia, porém, sem sua respectiva descrição.

Tabela 1: Classificação das AC encontradas de acordo com o tipo de anomalia e o sistema.

Paciente	Tipo de anomalia	Sistema
A	Hiperextensão de MSE ¹ + Mãos/punhos cerrados + pés tortos bilateralmente + hiperextensão de MMII ² + hipospádia.	Sistema músculo esquelético e urogenital.
B	Polidactilia em MMSS ³ .	Sistema músculo esquelético.
C	Polidactilia em MMSS ³ .	Sistema músculo esquelético.
D	Alterações múltiplas: Anencefalia + lábio leporino + hérnia umbilical.+ polidactilia.	Sistema nervoso, digestório musculo esquelético.
E	Ignorado.	
F	Macrocrania.	Sistema nervoso.
G	Alterações múltiplas: Massa cística abdominal + ausência de	Sistema digestório e urogenital.

ânus + indefinição de genitália.		
H	Anomalia em MID ⁴ .	Sistema músculo esquelético.
I	Genitália ambígua e ânus imperfurado.	Sistema urogenital e digestório.
J	Pés tortos.	Sistema músculo esquelético.
K	Encurtamento de tendão de Aquiles em MIE ⁵ .	Sistema músculo esquelético.

¹ Membro superior esquerdo; ² Membros inferiores; ³ Membros superiores; ⁴ Membro inferior direito; ⁵ Membro inferior esquerdo.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Com relação à associação entre os fatores maternos e neonatais não foi observado associação entre os fatores analisados ($P > 0,005$). Diante disso, procedeu-se a realização da análise descritiva dos dados referente às características maternas e neonatais.

A respeito das características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos portadores de AC, verificou-se que 54,5% delas tinham entre 18 e 35 anos. Quanto à escolaridade, a maioria, que representa 63,3%, concluíram o ensino fundamental. De semelhante modo, quando analisado a situação conjugal das mesmas, observou-se que 63,6% delas mantinham uma união estável com seus parceiros.

No que se refere à ocupação habitual, viu-se que 27,3% dessas mulheres trabalhavam como agricultora e 27,3% exerciam as tarefas do lar. Da mesma forma, os resultados referentes à raça/cor foram que, 36,4% dessas mães se consideraram pardas e 36,4% ignoraram essa informação. (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização socioeconômica das mães dos recém-nascidos portadores de anomalia congênita

Fatores		%
Idade	< 18 anos	27,3%
	18 à 35 anos	54,5%
	> 35 anos	18,2%
Escolaridade	Ens. Fundamental	63,3%
	Ens. Médio	27,3%
	Ens. Superior	9,1%
Ocupação	Do lar	27,3%

	Agricultora	27,3%
	Estudante	18,2%
	Comerciante	9,1%
	Funcionária pública	9,1%
	Pintadora	9,1%
Situação conjugal	União estável	63,6%
	Solteira	36,4%
Cor/raça	Branca	27,3%
	Parda	36,4%
	Ignorado	36,4%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

No que diz respeito à gestação atual, pôde-se perceber que 54,5% das mães eram primíparas, enquanto 18,2% desfrutavam da segunda gravidez. As outras 27,3% restantes estavam na terceira gestação, sendo assim, classificadas como múltíparas. Quando se trata do número de abortos existentes entre essas mães, constatou-se que 27,3% delas tiveram, pelo menos um.

No tocante a idade gestacional, 90,9% dos recém-nascidos se enquadraram na categoria de pré-termo, enquanto 9,1% nasceram no tempo ideal ou após 42 semanas de gestação. Considerando o número de consultas de pré-natal, ainda referente à gestação atual, foi constatado que 54,6% realizaram de 6 à 8 consultas de pré-natal, como se pode ver na tabela 3.

Tabela 3: Número de consultas de pré-natal referentes à gestação atual

Nº de consultas de pré-natal	%
< 2 consultas	18,2%
De 6 à 8 consultas	54,6%
> 9 consultas	27,3%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Quanto aos fatores relacionados aos recém-nascidos, pôde-se observar que 5 dos recém-nascidos que apresentaram anomalia eram do sexo feminino, 5 do sexo masculino e 1 não foi possível a identificação do sexo, sendo esse, um dos motivos pelo qual o mesmo recebeu o diagnóstico de anomalia congênita. Entre esses recém-nascidos citados acima,

54,5% nasceram com peso inferior a 2.500g e os outros 45,5%, acima de 2.500g. De acordo com a tabela 4, 45,5% deles receberam um 9 na classificação do Índice de Apgar no primeiro minuto e 54,5% também recebeu um 9 no quinto minuto.

Tabela 4: Classificação do Índice de Apgar no primeiro e quinto minuto.

Apgar 1º minuto		Apgar 5º minuto	
Pontuação	%	Pontuação	%
1	9,1	1	18,2
5	18,2	8	9,1
6	18,2	9	54,5
7	9,1	10	18,2
9	45,5	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

6 DISCUSSÃO

É muito comum, gestantes se deslocarem de suas cidades para outras quando chega o momento de parir. Visto que, na cidade onde moram há uma deficiência técnica ou profissional para tal atendimento, o que na maioria das vezes, contribui para o surgimento de algumas intercorrências na hora do parto (HOLANDA, 2015). O HMPMC funcionava como sendo um hospital de referência para gestações de alto risco, recebendo, dentre outros casos, pacientes de cidades circunvizinhas. Atualmente, o mesmo se encontra inativo. Coincidentemente, seu fechamento ocorreu logo após a coleta de dados do presente estudo.

Com isso, as gestantes de alto risco contam apenas com a assistência de um hospital capacitado técnica e profissionalmente, para executar procedimentos de alta complexidade voltados à obstetrícia e neonatologia, que é o HMAC.

Não foram encontrados estudos recentes que indicassem a prevalência de anomalias congênitas no estado do Rio Grande do Norte, porém o Ministério da Saúde indica que, no ano de 2014, o estado apresentou um total de 291 casos notificados (RIO GRANDE DO NORTE, 2014). O presente estudo mostra que, de 886 nascidos vivos nos municípios

circunvizinhos de Mossoró, apenas 11 possuíam malformação congênita, o que equivale a 1,24% desse total.

Como foi visto anteriormente, na grande maioria das vezes, as anomalias congênicas têm suas causas desconhecidas. Porém, alguns estudos comprovam que muitos são os fatores que estão diretamente relacionados ao surgimento dessas malformações, como por exemplo, exposição a substâncias como drogas ilícitas, medicamentos, álcool, radiação ionizante, desnutrição, obesidade, prática de exercício físico, doença hipertensiva exclusiva da gestação, diabetes gestacional, fatores genéticos, dentre outros (MELO et al, 2010; CASTRO; CASTRO; KAC, 2013; CARVALHAES et al, 2013; BGEGINSK, 2015; COSTA; COSTA, 2015; AQUINO et al, 2011). Infelizmente, nas DNV's não se encontram informações relacionadas a esses fatores.

Além desses motivos, a idade materna, a raça/cor da mãe, o número de abortos em gestações anteriores, o número de consultas de pré-natal da gestação atual, o peso e o Índice de Apgar também são elementos que podem interferir no surgimento de anomalias congênicas (GAIVA; FUJIMORE; SATO, 2014; MELO et al, 2010; NASCIMENTO et al, 2006). Diferente das demais, essas informações podem ser encontradas na DNV, o que faz dela uma grande fonte dados.

Quanto à idade materna, a mesma constitui um fator preocupante em algumas pesquisas voltadas à essa temática, uma vez que, a gravidez precoce pode causar grandes impactos à saúde materno-fetal. Outros estudos enfatizam mais a questão das mães tardias, por haver nessa faixa etária, uma ocorrência maior de anomalias cromossômicas (MELO et al, 2010). Entre os trabalhos analisados, apenas um, realizado na cidade de Maringá/PB mostrou que existe relação entre idade materna e presença de anomalia congênita. O mesmo relata que, das mães que tiveram filhos com malformações congênicas, 65 (26,4%) delas eram adolescentes, 148 (60,2%) adultas e 33 (13,4%) tardias. Por outro lado, no presente estudo não foi observada essa associação.

No que se refere à variável raça/cor da mãe, não foram encontrados estudos que apresentassem correlação entre a mesma e anomalia congênita. Estudos como o de Costa (2005), comprovam essa afirmativa. O mesmo relata que foi observado que a maior prevalência de anomalia congênita encontrada foi entre mães negras e pardas, entretanto esta diferença não foi estatisticamente significativa. Semelhantemente, o presente estudo não encontrou associação entre as variáveis em questão.

Em estudos como o de Nascimento et al (2006), observou-se associação significativa entre a presença de anomalias congênicas e a variável aborto (número de óbitos fetais em

gestações anteriores). Nesse caso, o autor mostrou que, em um grupo de 894 mães que tiveram um óbito fetal anterior, nasceram 10 neonatos com anomalias. Já outro grupo, que compreende 7.797 mães sem antecedentes de aborto, apresentou 63 recém-nascidos com anomalias. Diferentemente disto, a pesquisa atual não mostrou associação entre os resultados obtidos, quando feito o teste de associação entre a presença de anomalias congênitas e a variável aborto.

Sobre a realização de consultas de pré-natal, Holanda (2015), relata a importância de uma assistência adequada durante o pré-natal, uma vez que, o mesmo possibilita um diagnóstico precoce de qualquer alteração no decorrer da gestação. Em uma pesquisa feita por Melo (2010), percebeu-se associação entre o número de consultas de pré-natal e a presença de anomalia congênita, onde foi constatado que 22% das mães de neonatos portadores de malformações, apresentaram um número de consultas de pré-natal inadequado. Em outro estudo feito no município de São Luís/MA, por Rodrigues et al (2014) viu-se que quase metade dos nascidos vivos com anomalias congênitas eram crianças de mães que haviam realizado de 4 a 6 consultas de pré-natal, correspondendo a 48,3% dos casos. Em oposição a isto, no presente trabalho não se pôde observar associação entre o número de consultas de pré-natal e a variável anomalia congênita.

No que diz respeito ao baixo peso ao nascer, em uma pesquisa realizada em São José dos Campos/SP, foi observada uma associação significativa entre a presença de anomalias congênitas e o baixo peso ao nascer. De 9.341 nascidos vivos, 811 apresentaram baixo peso ao nascer chegando a um total de 22 anomalias (2,71%), enquanto, para os 8.407 nascidos vivos de peso ao nascer normal, foram relatados 56 malformações (0,66%) (NASCIMENTO et al, 2006). Em contrapartida, no presente estudo não foi encontrado associação entre a variável peso ao nascer e anomalia congênita.

No que concerne ao Apgar no 1º e no 5º minuto, Melo et al (2010) afirma que estas são variáveis importantes para as condições de sobrevivência do recém-nascido. Em um estudo realizado no município de Cáceres/MT, feito por Reis e Ferrari (2013), observou-se que 79,3% dos neonatos portadores de AC apresentaram Apgar com valores críticos, variando de 0 a 7 no primeiro minuto de vida, não havendo melhora considerável desses valores no quinto minuto de vida, uma vez que somente 27% dos recém-nascidos atingiram um valor entre 8 à 10. Já no presente estudo, pôde-se perceber que 54,6% dos recém-nascidos que apresentavam algum tipo de malformação, obtiveram no primeiro minuto, valores de Apgar que variaram de 1 à 7, mostrando um avanço relevante desses valores no quinto minuto de vida, visto que 81,8% deles atingiram valores entre 8 à 10.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados apresentados acima, percebe-se que as variáveis independentes analisadas não interferiram estatisticamente na quantidade de anomalias congênitas encontrada nos municípios circunvizinhos de Mossoró/RN, o que não permitiu a total confirmação da hipótese inicialmente levantada.

As anomalias mais prevalentes estão relacionadas ao sistema musculoesquelético e não ao sistema nervoso, como se pensava à princípio. Com relação aos fatores maternos, notou-se um predomínio maior de mães com idade entre 18 e 35 anos. A maioria delas tinha o ensino fundamental completo, e partilhavam de uma união estável, era agricultora ou dedicada apenas às atividades do lar, se consideravam da raça parda e eram primíparas. A respeito dos fatores relacionados aos recém-nascidos, estes foram considerados pré-termo, apresentaram peso inferior a 2.500g e Apgar com valores críticos no primeiro minuto e valores satisfatórios ao quinto minuto.

Quando levado em consideração a escassez de pesquisas atualizadas relacionadas à incidência e prevalência de anomalias congênitas no nosso país e região, principalmente quando se trata de dados referentes ao estado do Rio Grande do Norte, vale ressaltar que o tema abordado no presente estudo é de grande relevância para a cidade de Mossoró/RN e municípios circunvizinhos a ela, uma vez que, as malformações congênitas são consideradas hoje, um problema de saúde pública. Dentre as dificuldades encontradas, destacou-se a carência de informações voltadas a essa temática.

Por fim, acredita-se que o grau de conhecimento das gestantes também são elementos importantes quanto à prevenção de possíveis anomalias, bem como os cuidados especiais oferecidos a esses bebês malformados. As consultas de pré-natal permitem ao profissional acompanhar de forma mais rigorosa a gestação, assim como fornecer todas as orientações necessárias para que se mantenha uma gestação saudável, longe de riscos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Sara et al. Impacto familiar e ajustamento de pais de crianças com diagnóstico de anomalia congênita: influência dos determinantes da criança. **Rev Psiq Clin.**, Coimbra, Portugal, v. 4, n. 39, p.136-41, 2012.
- ALENCOÃO, Inês et al. Ecocardiografia fetal e sua acuidade diagnóstica – CMIN 2014. **NASCER E CRESCER**: revista de pediatria do centro hospitalar do porto, v. 24, supl. 2, p.3, 2015.
- AQUINO, Sibeles Nascimento de et al. Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatinas com pais consanguíneos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo/SP, v. 77, n. 1, jan/fev, 2011.
- ARAÚJO, Suelayne Martins et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP**: Revista Eletrônica de Ciências, Caruarú/PE, v. 3, n. 2, p. 62-67, 2010.
- ARRUÉ et al. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria/RS, v. 1, n. 3, p.86-92, jan/abr, 2013.
- BARBARESCO, Aline Almeida et al. Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em *Toxoplasma gondii*. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Goiânia/GO, v. 1, n. 36, p.17-22, 2014.
- BARROS, Marcela Leonardo et al. Malformações do sistema nervoso central e malformações associadas diagnosticadas pela ultrassonografia obstétrica. **Radiol Bras.**, Aracajú/SE, v. 6, n. 45, p.309-314, nov/dez. 2012.
- BASSO, Chariani Gugelmim; NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa de. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis/SC, v. 2, n. 21, p.269-76, abr/jun. 2012.
- BELCHIOR, Aucélia Cristina Soares. **Efeitos da desnutrição intra-útero e após o desmame sobre a mecânica miocárdica de ratos**. 91f. Tese (Doutorado) – Curso de Bioquímica e Fisiologia, Recife/PE, 2014.
- BEGINSKI, Roberta. **Efeito do exercício físico no tratamento de gestantes diagnosticadas com diabetes mellitus gestacional**. 2015. 72f. Tese (Doutorado) – Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**: guia para os Profissionais de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. 192p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Comitê de ética e pesquisa em seres humanos, Brasília/DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascim p/resid.mãe por Anomalia congênita segundo Município**, Brasília/DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascim p/resid.mãe por Anomalia congênita segundo Município**. Brasília/DF, 2013.

CARTAXO, Charmênia Maria Braga et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, Recife/PE, v. 3, n. 18, p.419-427, jul/set. 2013.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite et al. Atividade física em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, Botucatu/SP, v. 5, n. 47, p.958-67, 2013.

CASTRO, Priscila da Silva; CASTRO, Maria Beatriz Trindade de; KAC, Gilberto. Aderência às recomendações dietéticas do Institute of Medicine (Estados Unidos) e o seu efeito no peso durante a gestação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 7, n. 29, p.1311-1321, jul. 2013.

CAVALCANTI, Allyveison Ulisses Alves et al. Modelo de Decisão Sobre os Fatores de Risco Para o Baixo Peso ao Nascer em João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa/PB, v. 3, n. 16, p.279-284, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311 de 8 de fevereiro de 2007. **Dispõe do Código e Ética dos Profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2007.

COSTA, Ana Lúcia do Rêgo Rodrigues et al. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo/SP, v. 1, n. 30, p.29-34, 2014.

COSTA, Cláudia Maria da Silva. **Perfil das malformações congênitas em uma amostra de nascimentos no município do Rio de Janeiro, 1999 – 2001**. 2005. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, Daniela Santos; COSTA, Mayara Fonseca Goes. **Ocorrência de doença hipertensiva específica da gestação em mulheres acima de 30 anos**. 27f. TCC (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Tiradentes, Aracajú/SE, 2015.

COSTA, Maria Conceição Oliveira et al. Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas com resultado neonatal. **Revista baiana de saúde pública**, Feira de Santana/BA, V. 29, n. 2, 2014.

CRUZ, Gonçalo Pereira Rodrigues da. **Radiação na gravidez: abordagem da mulher grávida exposta a radiação ionizante**. 2013. 32 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto/Portugal, 2013.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 3, n. 28, p.425-437, mar. 2012.

FARIA, Mariza; NOGUEIRA, Talita Almeida. Avaliação do uso da caderneta de saúde da criança nas unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Pouso Alegre/MG, v. 11, n. 38, out/dez, 2013.

FEREZIN, Rafael Isolani; BERTOLINI, Denis Armando; DEMARCHI, Izabel Galhardo. Prevalência de sorologia positiva para HIV, hepatite B, toxoplasmose e rubéola em gestantes do noroeste paranaense. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Maringá/PR, v. 2, n. 35, p.66-70, 2013.
FIGUEIREDO, Nélia M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FONTELLES, Mauro J. et al. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. 2009. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf Acesso em: 4 Ago.2016.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; FUJIMORI, Elizabeth; SATO, Ana Paula Sayuri. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo/SP, v. 5, n.48, p.778-86, 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HELFER, Daniel Corrêa et al. Anestesia para Tratamento Intraparto Extraútero (EXIT) em Fetos com Diagnóstico Pré-Natal de Malformações Cervical e Oral: Relato de Casos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo/SP, v. 62, n. 3, p.411-423, maio/jun, 2012.

HOLANDA, Rejane Maria de Oliveira. **Prevalência e fatores associados à asfixia perinatal a partir de uma amostra de nascidos vivos**. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - UERN, Mossoró/RN, 2015.

LIMA, Gustavo Glotz de et al. Risco da Radiação Ionizante em Mulheres Férteis Submetidas à Ablação por Radiofrequência. **Rev Bras Cardiol**, Porto Alegre/RS, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Vitória/ES, v. 2, n. 36, p.56-64, 2014.

MELO, Willian Augusto de et al. Anomalias congênitas: fatores associados à idade materna em município sul brasileiro, 2000 a 2007. **Rev. Eletr. Enf. [internet]**, Maringá/PR, v. 1, n. 12, p.73-82, 2010.

MOORE, Keith L; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NASCIMENTO, Luiz Fernando C. et al. Prevalência de anomalias congênitas em São José dos Campos, São Paulo, em 2001. **Rev Paul Pediatría**, São José dos Campo/SP, v. 1, n. 24, p.47-51, 2006.

NHONCANSE, Geiza César; MELO, Débora Gusmão. Confiabilidade da Declaração de Nascido Vivo como fonte de informação sobre os defeitos congênitos no município de São Carlos, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Carlos/SP, v. 4, n.17, p.955-963, 2012.

NOGUEIRA, Anelise Impelizeri; CARREIRO, Marina Pimenta. Obesidade e gravidez. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte/MG, v. 1, n. 23, p.88-98, 2013.

NUNES, Luiz Maurício Nogueira; PEREIRA, Antonio Carlos; QUELUZ, Dagmar de Paula. Fissuras orais e sua notificação no sistema de informação: análise da Declaração de Nascido Vivo (DNV) em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 1999-2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Piracicaba/SP, v. 2, n. 15, p.345-352, 2010.

PEREIRA, Cândida Correia de Barros et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife/PE, v. 1, n. 13, p.39-49, jan/mar. 2013.

PIGATTO, Camila et al. Efeito do exercício físico sobre os parâmetros hemodinâmicos fetais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Santa Maria/RS, v. 5, n. 36, p.216-21, 2014.

PIMPÃO, Fernanda Demutti et al. O cuidado de enfermagem no alojamento conjunto: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Rio Grande/RS, v. 3, n. 17, p.562-7, jul/set. 2012.

REIS, Lucimar de Lara Aires Silvestre dos; FERRARI, Rogério. Características dos recém-nascidos com malformações congênitas em dois hospitais de médio porte do Centro-Sul de Mato Grosso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Cáceres/MG, v. 3, n. 4, p.922-32, 2013.

ROCHA, Rebeca Silveira et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev Gaúcha Enferm.**, Fortaleza/CE, v. 2, n. 34, p.37-45, 2013.

RODRIGUES, Lívia dos Santos et al. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília/DF, v. 23, n. 2, 2014.

SANTOS, Nilma Lázara de Almeida Cruz et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Feira de Santana/BA, v. 3, n. 19, p.719-726, 2014.

SASSÁ, Anelise Helena et al. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida*. **Acta Paul Enferm**, Maringá/PB, v. 4, n. 24, p.541-9, 2011.

SILVA, Esther Pereira da et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, João Pessoa/PB, v. 1, n. 13, p.29-37, jan/mar. 2013.

VIEIRA, Daniela Koeller Rodrigues; HOROVITZ, Dafne Dain Gandelman; LLERENA JUNIOR, Juan Clinton. Avaliação genética itinerante de crianças e adolescentes com deficiência vinculadas à Estratégia Saúde da Família. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis/SC, v. 7, n. 24, jul/set, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**I - INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO:**

SEXO:

 MASCULINO FEMININO IGNORADO

PESO AO NASCER:

 < DE 2.500G ≥ A 2.500g

ÍNDICE DE APGAR:

____|____ 1º MINUTO ____|____ 5º MINUTO

DETECTADA ALGUMA ANOMALIA OU DEFEITO CONGÊNITO?

 SIM NÃO IGNORADO

SE SIM, DESCREVA ESSA ANOMALIA: _____

II - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE:

IDADE:

 < DE 18 ANOS DE 18 A 25 ANOS DE 26 A 35 ANOS

 > DE 35 ANOS

ESCOLARIDADE:

 ANALFABETA ENS. FUNDAMENTAL I (1º A 4º SÉRIE)

 ENS. FUNDAMENTAL II (5º A 8º SÉRIE) ENS. MÉDIO (ANTIGO 2º GRAU)

 SUPERIOR INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETO

 IGNORADO

OCUPAÇÃO HABITUAL: _____

SITUAÇÃO CONJUGAL:

 SOLTEIRA CASADA VIÚVA

 UNIÃO ESTÁVEL SEPARADA JUDICIALMENTE/DIVORCIADA

ANEXOS

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 9ª Reunião Ordinária realizada em 10 de Outubro de 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Perfil das anomalias congênitas no município de Mossoró-RN e região: Fatores associados a gestante, gestação e recém nascido". Protocolo CEP: 160/2015 e CAAE: 49875615.0.0000.5179. Pesquisador Responsável: THIBERIO DE SOUZA CASTELO e dos Pesquisadores Associados: PATRÍCIA HELENA DE MORAIS CRUZ MARTINS E WESLEY ADSON COSTA COELHO.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/05/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 09 de novembro de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE