

# MORTALIDADE POR ANENCEFALIA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS FATORES DE RISCO

## MORTALITY BY ANENCEPHALY: EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF RISK FACTORS

LEILYANNE DE ARAÚJO MENDES OLIVEIRA<sup>1</sup>, LARIZA MARTINS FALCÃO<sup>2</sup>, RAYLANE DA SILVA MACHADO<sup>3</sup>, GRAZIELE DE SOUSA COSTA<sup>4\*</sup>

1. Enfermeira. Especialista em enfermagem obstétrica Pela Universidade Federal do Piauí - UFPI; 2. Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde – UFC; 3. Enfermeira. Mestre em enfermagem – UFPI; 4. Enfermeira. Pós-Graduada em Urgência e Emergência pela Unipós. Pós-Graduada em Gestão em Saúde pela UFPI.

\*Unidade Integrada de pós-graduação pesquisa e extensão. Rua Gabriel Ferreira, 2283, Macaúba, Piauí, Brasil. CEP: 64016-050. [grazielegrazy@outlook.com](mailto:grazielegrazy@outlook.com)

Recebido em 16/09/2017. Aceito para publicação em 02/10/2017

### RESUMO

**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico das gestantes e dos seus respectivos fetos anencéfalos. **Método:** Estudo descritivo epidemiológico, com abordagem quantitativa. Foi realizada a análise das declarações de óbitos/fichas de investigação com má formação (anencefalia) durante o período de 2013 a 2016. Os critérios de inclusão que foram utilizados declarações de óbito com má formação (anencefalia), dentro do período estabelecido. **Resultados:** O sexo feminino teve uma maior prevalência nessa má formação e os cuidados paliativos mais realizados foram à utilização de berço aquecido e por fim os fatores de risco materno foram: a idade materna, escolaridade e número de consultas de pré-natal. **Conclusão:** Observou-se que os principais fatores de riscos elencados influenciaram no acometimento dessa má formação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Anencefalia, fatores de risco, mortalidade.

### ABSTRACT

**Objective:** To outline the epidemiological profile of pregnant women and their respective anencephalic fetuses. **Method:** Descriptive epidemiological study, with quantitative approach. An analysis of the death certificates/ malformations research records (anencephaly) was carried out during the period from 2013 to 2016. The inclusion criteria were that statements of death with malformation (anencephaly) were used within the established period. **Results:** The female gender had a higher prevalence in this poor training and the palliative care most performed were the use of heated cribs and finally the maternal risk factors were: maternal age, schooling and number of prenatal consultations. **Conclusion:** It was observed that the main factors of electing risks influenced the involvement of this malformation.

**KEYWORDS:** Anencephaly, risk factors, mortality.

### 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o pré-natal teve grandes melhorias com os avanços tecnológicos desde o descobrimento da gestação até a concepção do feto.

Com isso ficou mais fácil a detecção de más formações congênitas de maneira mais precoce. Por conta da facilidade do diagnóstico precoce de más formações fetais incompatíveis com a vida juízes de direito têm dado autorizações para que as mulheres com gravidez de fetos anencéfalos possam interromper sua gestação<sup>1</sup>.

No Brasil o Código Penal define aborto como sendo a interrupção ilícita da gravidez. Existem diversas formas de aborto que o código considera como lícitas, tais como as oriundas de patologias que colocam em risco a vida da gestante e do feto, de estupro ou atentado violento ao pudor e os espontâneos de diversas origens, entre as quais os provocados por acidentes e nos casos de fetos anencéfalos. É importante ressaltar que, à luz dos direitos humanos e reprodutivos, é necessário garantir a essas mães condições dignas e seguras para a resolução da gestação e respeitar sua liberdade de escolha. Em contrapartida, a gestante que quiserem levar a gestação até o final, ou seja, a termo ou até o parto, deve ser apoiada em sua opção<sup>2</sup>.

Nesse sentido, a anencefalia é uma má formação congênita na qual os hemisférios cerebrais não são formados, sendo o tronco encefálico mantido, o que preserva alguns sinais vitais como a frequência cardíaca e a respiratória. O diagnóstico de anencefalia é realizado tardiamente, entre as 18<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semanas de gestação, fase em que as mulheres já vivenciam o papel social de grávidas, não importando se a gestação foi inicialmente desejada ou não<sup>3</sup>.

Ao contrário do que diz o nome anencefalia não se caracteriza pela ausência do encéfalo, quer dizer na verdade, ausência do cérebro e do cerebelo. Além dessas duas estruturas há ainda o tronco cerebral que na maior parte das vezes é preservada nos anencéfalos. O tronco cerebral é responsável pelo controle dos batimentos cardíacos, a respiração e a parte dos movimentos por isso, quando essa estrutura está bem formada uma minoria de anencéfalos consegue sobreviver algum tempo<sup>4</sup>.

No Brasil a taxa de criança com anencefalia é uma criança para cada mil nascimentos, essa taxa é uma média já confirmada no País. Não se sabe o motivo,

mais acomete mais meninas que meninos. Não há tratamento conhecido para essa anomalia. A evidência mais forte para a causa dessa má formação é a falta de ácido fólico que contribui para o surgimento da má formação cerebral<sup>4</sup>.

Destaca-se que em 2014, no Brasil, a incidência de óbitos de fetos com anencefalia é de cerca de 18 casos para cada 10.000 nascidos vivos, uma taxa mais de cinquenta vezes maior que a observada em países como a França, Bélgica ou Áustria. Mais de 50% dos fetos anencéfalos morrem no útero materno, 49% sobrevivem menos de 24 horas após o parto e 1% vivem apenas uma semana<sup>5</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil é o país que detém a quarta maior incidência da anencefalia no mundo, depois do Chile, México e Paraguai. Na Irlanda, onde não se pode legalmente realizar a interrupção da gestação por anencefalia, foi realizado um estudo da história natural dessa doença com 26 casos no período de 2003-2009 e o tempo médio de sobrevivência relatado foi de 55 minutos, variando de 10 minutos a oito dias. No entanto, há relatos de casos de sobrevivência por meses e até anos, porém a observação empírica demonstra que grande parte desses casos a maioria tem óbito intraútero e os que sobrevivem ao parto, em geral, não o fazem mais de 48 horas de vida<sup>6</sup>.

Nessa perspectiva é importante conhecer os fatores que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. Tais fatores podem ser definidos como atributos de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde em comparação com outros grupos que não o tenha ou com menor exposição a tal característica. Ou ainda entende-se por um fenômeno de natureza física, química, orgânica, psicológica ou social, no genótipo ou fenótipo<sup>7</sup>.

Este estudo torna-se relevante uma vez que ao se conhecer os fatores de risco para o óbito fetal por anencefalia poder-se-à traçar uma assistência mais direcionada as gestantes com vistas a diminuir os índices de casos de anencefalia. O objetivo desse estudo foi traçar o perfil epidemiológico das gestantes e dos seus respectivos fetos anencéfalos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo epidemiológico com abordagem quantitativa onde analisamos as declarações de óbitos/fichas de investigação com má formação (anencefalia). A pesquisa descritiva com abordagem quantitativa trata-se de procedimentos técnicos que utilizam apenas fontes documentais, tais como prontuários, declarações de óbitos e outras fontes documentais<sup>8</sup>.

Os dados foram coletados em uma maternidade pública localizada na região sul da cidade de Teresina-Piauí. A coleta de dados ocorreu do mês de outubro de 2016 a janeiro de 2017 utilizando declarações de óbito e as fichas de investigação de mortalidade fetal e

infantil, a partir do ano 2013 a 2016. A escolha de iniciar a pesquisa pelo ano de 2013 deu-se por ter sido o ano que foi implantado no campo de pesquisa, o núcleo de investigação de óbitos, auxiliando assim na coleta de dados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: as declarações de óbito com má formação (anencefalia), dentro do período estabelecido.

Para realização da coleta dos dados foi utilizado como instrumento um formulário pré-estabelecido com questões abertas com informações referentes à mãe e o feto, dentro das variáveis da mãe estão idade, escolaridade, estado civil, tipo de parto, idade gestacional do parto, paridade, número de consultas de pré-natal, uso de medicamentos durante a gestação e morbidade durante a gestação e nas variáveis referentes ao feto foram: sexo, peso ao nascer, índice de apgar, recebeu oxigênio, berço aquecido, sonda nasogástrica, vitamina k, intubação e nenhum cuidado realizado.

A análise e o processamento dos dados ocorreram com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*<sup>®</sup> versão 20.0. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média ( $\pm$ desvio-padrão), mínimos e máximos, e as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências e proporções. A normalidade dos resultados foi avaliada pelo Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, e a homogeneidade de variância, pelo Teste de *Levene*. Os dados que mostraram homogeneidade de variância foram avaliados pelo Teste *t de Student* para amostras independentes e pela correlação de *Pearson* com significância de 5,0%. Os resultados que não obtiveram homogeneidade de variância foram avaliados pelo teste *U de Mann Whitney* pela correlação de *Spearman*<sup>9</sup>.

O presente estudo atendeu as normas previstas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>10</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí com o nº do parecer 1.755.854 e CAAE de número 53301016.0.0000.5214. Por não envolver pesquisa direta com seres humanos dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e utilizou apenas o Termo de Confidencialidade onde a pesquisadora se compromete a guardar as informações por um período de 12 meses, sendo que após esse período os dados serão destruídos.

## 3. RESULTADOS

O presente estudo analisou 59 declarações de óbito por anencefalia no período de 2013 a 2016. Constatou-se que o ano de 2014 possuiu maior número de óbitos, correspondente a 19 casos por anencefalia (32,2%), seguido pelo ano de 2015 com 17 óbitos (28,8%), no ano de 2016 com 12 óbitos (20,4%). Por sua vez o ano de 2013 apresentou o menor número de óbitos por anencefalia com 11 óbitos (18,6%).

Considerando a caracterização sociodemográfica das gestantes que tiveram fetos anencéfalos foi

evidenciado que a escolaridade de maior percentual foi o ensino fundamental com (54,2%) seguido do ensino médio com (32,2%), o ensino superior teve apenas (6,8%). Em relação ao estado civil foi observado que cerca de (52,5%) das gestantes eram solteiras, seguido de (25,4%) com união estável e (22%) eram casadas.

Em relação à faixa etária mais prevalente foi em mulheres entre 20 a 30 anos com um percentual de (39%), seguido de (35,6%) na faixa entre 30 a 40 anos. Sobre a localidade dessas mulheres que tiveram recém-nascidos anencéfalos foi evidenciado um percentual de (66,1%) moravam na zona rural. Em contrapartida da zona urbana teve um percentual menor de (33,9%) dos casos. Sobre a idade gestacional (37,3%) dos fetos anencéfalos estavam na faixa de 37 a 41 semanas. Em relação ao número de gestação, parto e aborto tiveram uma média de 2,6, 1,4, e 0,2 respectivamente. A realização do pré-natal teve um percentual de (89,8%), porém o número de consultas teve uma média de 3,0 consultas. A via de maior escolha para o parto foi à cesariana que teve um percentual de (52,5%), conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica das gestantes que tiveram fetos anencéfalos (n=59). Teresina, PI, Brasil, 2017.

Características	n(%)	(IC 95%)	Média(±Desvio Padrão)	Min-Max
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeta	4 (6,8)	1,7- 13,6	-	-
Ensino Fundamental	32 (54,2)	42,4- 67,8	-	-
Ensino Médio	19 (32,2)	20,3- 45,8	-	-
Ensino Superior	4 (6,8)	1,7- 13,6	-	-
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	31 (52,5)	40,7- 66,1	-	-
Casada	13 (22,0)	11,9- 32,2	-	-
União Estável	15 (25,4)	15,3- 37,3	-	-
<b>Idade (anos)</b>			26,9±6,79	15-41
< 20	12 (20,3)	10,2- 30,5		
20  - 30	23 (39,0)	25,5- 50,8		
30  - 40	21 (35,6)	23,7- 47,5		
≥ 40	3 (5,1)	0,0- 11,9		
<b>Localidade</b>				
Zona Rural	39 (66,1)	54,2- 78,0	-	-
Zona Urbana	20 (33,9)	22,0- 45,8	-	-

<b>Idade Gestacional (semanas)</b>			32,59±5,98	20-41
20  - 30	20 (33,9)	22,0- 45,8	-	-
30  - 37	17 (28,8)	16,9- 40,7	-	-
37  - 41	22 (37,3)	25,4- 49,2	-	-
<b>Gestação</b>	-	2,1- 3,0	2,6±1,6	1-9
<b>Parto</b>	-	1,0- 1,8	1,4±1,3	0-6
<b>Aborto</b>	-	0,1- 0,4	0,2±0,6	0-3
<b>Realizou Pré-natal</b>				
Sim	53 (89,8)	81,4- 96,6	-	-
Não	6 (10,2)	3,4- 18,6	-	-
<b>Nº de Consultas de Pré-natal</b>	-	2,6- 3,5	3,0±1,6	0-8
<b>Tipo de Parto</b>				
Vaginal	28 (47,5)	35,6- 61,0	-	-
Cesáreo	31 (52,5)	39,0- 64,4	-	-

IC 95%= intervalo de confiança de 95%; N°= número; Mín = mínimo; Max= máximo.

A Tabela 2 mostra a caracterização dos fetos anencéfalos nascidos no ano de 2013 a 2016 com as seguintes variáveis: sexo, oferta de oxigênio, recebeu berço aquecido, peso ao nascer, tempo de vida e o apgar no 1º minuto e 5º minuto. Foi observado que o sexo feminino teve um percentual mais elevado de recém-nascidos com anencefalia um total de (56,9%). A grande maioria desses recém-nascidos não recebeu nenhuma oferta de oxigênio com um percentual de (72,9%). Os que receberam berço aquecido foram (62,7%). A média de peso desses bebês foi de 1.516 gramas. Já em relação ao tempo de vida em minutos teve uma média de 870,8 minutos. E por fim o valor do apgar no 1º minuto e 5º minuto de vida teve uma média de 3,2 a 3,4 respectivamente com um IC de 95%.

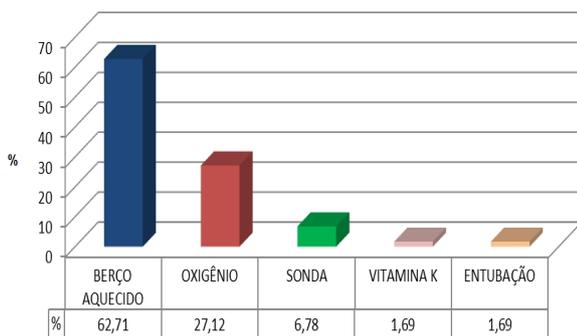
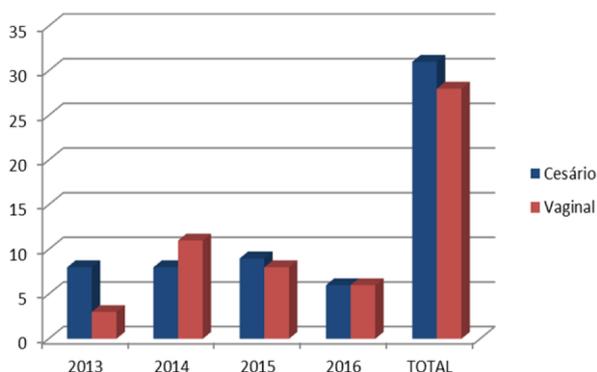
A Figura 1 demonstra os cuidados realizados pela equipe de saúde aos recém-nascidos anencéfalos que foram os seguintes: cerca de (62,71%) dos recém-nascidos receberam berço aquecido, (27,12%) receberam oxigênio, (25,42%) não receberam nenhum tipo de cuidado, apenas (6,78%) tiveram alimentação por sonda, (1,69%) receberam a vitamina k, e por fim cerca de (1,69%) foi intubado.

A Figura 2 traz uma análise sobre os tipos de parto dos recém-nascidos anencéfalos onde podemos observar que o percentual de (52,5%) foi o parto realizado por cesariana em relação a (47,5%) de parto vaginal o que já é apontado nas pesquisas científicas.

**Tabela 2.** Caracterização dos fetos anencéfalos nascidos entre 2013 a 2016 (n=59). Teresina, PI, Brasil, 2017.

Características	n(%)	(IC 95%)	Média(±Desvio Padrão)	Min-Max
<b>Sexo</b>				
Feminino	33 (56,9)	44,8-69,0	-	-
Masculino	25 (43,1)	31,0-55,2	-	-
Ausente	1 (1,8)	-	-	-
<b>Recebeu Oxigênio</b>				
Sim	16 (27,1)	15,3-40,6	-	-
Não	43 (72,9)	59,4-84,7	-	-
<b>Recebeu Berço Aquecido</b>				
Sim	37 (62,7)	49,2-74,6	-	-
Não	22 (37,3)	25,4-50,8	-	-
Peso (gramas)	-	1285,5-1747,0	1516,3±885,5	200-3660
Tempo de vida (minutos)	-	-	-	-
Apgar 1º minuto	-	2,5-3,8	3,2±2,5	0-9
Apgar 5º minuto	-	2,7-4,2	3,4±2,8	0-9

IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

**Figura 1.** Cuidados realizados pela equipe de saúde aos recém-nascidos anencéfalos. Teresina, PI, Brasil, 2017.**Figura 2.** Tipos de parto dos recém-nascidos anencéfalos. Teresina, PI, Brasil, 2016.

#### 4. DISCUSSÃO

O grau de escolaridade é considerado, em vários estudos, como fator importante para os cuidados de

saúde, o qual tem efeito relevante na redução da mortalidade infantil e malformações fetais. Com base nisso, observou-se em um estudo realizado no Rio Grande do Norte que uma variável considerada como protetora para redução da mortalidade infantil e diminuição de malformações foi o nível de escolaridade materna superior a 8 anos de estudo, a qual é um fator de efeito positivo na redução da mortalidade infantil teve com prevalência 0,94 dos casos de óbito infantil nesse grau de instrução<sup>11</sup>. Corroborando com o presente estudo as mulheres que possuem ensino médio tiveram um percentual menor (32,2%) dos casos de mortes por anencefalia em relação as mulheres que possuem apenas o ensino fundamental com um percentual de (54,2%) dos casos.

Um estudo realizado na cidade de Salvador- Bahia no período de 2000 a 2009 evidenciou que a baixa escolaridade materna é um fator determinante na mortalidade neonatal e que os anos de estudo ficaram na faixa entre 7 a 9 anos com um percentual de 40,6% da mortalidade neonatal<sup>12</sup>. Os anos de estudo encontrados tiveram resultados similares com um percentual de estudo entre 7 a 9 anos (54,2%).

No que concerne sobre o estado civil de mulheres que tiveram fetos com anencefalia a predominância no presente estudo foi de mulheres solteiras com um percentual de (52,5%), ao contrário dos dados encontrados no estudo de Reis e Ferrari (2014), cujo percentual de má formação em relação ao estado civil foi de (39,1%) em mulheres casadas. No entanto, Reis e Ferrari evidenciaram certo equilíbrio entre a relação do estado civil entre as mães casadas e solteiras, pois o percentual de casos de mães solteiras que tiveram recém-nascidos malformados foi próximo bem próximo com um total de (32,2 %) dos casos<sup>13</sup>.

Em relação à idade das mães que tiveram fetos anencéfalos a idade média no presente estudo foi de 26, 9 com um IC de 95% e a faixa de maior predominância foi entre 20 a 30 anos com um percentual (39%). Dados semelhantes a estes foram encontrados em um estudo realizado no hospital das clínicas em Goiás que constatou que (45,95%) das mulheres que tiveram fetos malformados estavam na faixa etária entre 20 a 30 anos<sup>14</sup>. Se assemelhando também ao estudo realizado no Mato Grosso que identificou que as mulheres que geraram fetos malformados estavam na faixa etária entre 21 a 30 anos<sup>13</sup>.

Sobre a cobertura do pré-natal estratégias foram lançados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento a mulher e ao neonato. Entre eles, pode destacar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado em 2000, estabelecendo que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas, onde em todas elas deve-se verificar a pressão arterial, a altura uterina, o peso da gestante e os batimentos cardíofetais e, em 2012, a Rede Cegonha foi criada, com o objetivo de gerar mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; com acolhimento da gestante e do bebê, classificação de

risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno para a melhoria do binômio mãe-filho<sup>15</sup>.

Em um estudo transversal realizado em São Paulo constatou que houve uma redução significativa dos defeitos do tubo neural em mulheres com mais de 3 anos de estudo e que realizaram mais de 7 consultas de pré natal<sup>16</sup>. Fortalecendo a presente análise encontrada onde o percentual de realização do pré-natal foi cerca de (89,8%), porém a quantidade média de consultas realizadas foi de 3,0 com desvio padrão de 1,6.

De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde o parto de anencéfalo implica assistência obstétrica qualificada, com atenção particular ao período expulsivo, uma vez que são comuns as apresentações de face ou pélvica. A via de parto, preferentemente vaginal, será por indicação obstétrica. A vigilância do terceiro estágio deverá ser reforçada, com atenção à hemorragia pós-parto. Deve ser o método de eleição nas situações de iteratividade, com duas ou mais cesáreas ou miomectomia anterior em gestações acima de 27 semanas, nas situações de contraindicação absoluta ao parto vaginal, e na falha da indução com a ocitocina ou misoprostol. Deve-se considerar a cesárea de forma eletiva para gestantes que tenham dificuldade de acesso ao serviço de saúde<sup>17</sup>.

Em um estudo realizado com 303 casos de bebê diagnosticados com anencefalia quase todos os casos, o parto vaginal foi possível sem problemas. Ao contrário da crença de que o parto pode se prolongar devido à falta do crânio e da cabeça menor, segundo o autor as gestantes não notaram nenhuma diferença subjetiva quanto à duração e intensidade do trabalho de parto. daquelas que escolheram um parto vaginal, (42%) tiveram um parto espontâneo sem nenhuma intervenção. Porém várias gestantes escolheram realizar uma cesariana eletiva com o objetivo de evitar um parto de natimorto<sup>5</sup>. O presente estudo teve um percentual de (52,5%) de partos cesarianos, devido aos seguintes fatores de risco: polidrâmnio, síndromes hipertensivas, falha de indução do trabalho parto com uso de misoprostol e ocitocina.

Em um estudo transversal realizado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de 2000 a 2009 os autores relacionaram as causas de óbito segundo o sexo e encontram que a anencefalia teve maior predominância no sexo feminino<sup>18</sup>. Corroborando com os dados da presente pesquisa que teve um percentual de (56,9%) de recém-nascidos do sexo feminino.

Acerca dos cuidados paliativos realizados ao recém-nascido anencéfalo uma vez que o paciente tenha uma condição clínica para a qual se indique limitação terapêutica e uma vez que essa situação aponte para esse momento, parte se, então, para a questão de quais recursos terapêuticos são restritos. A primeira fase da limitação terapêutica é a ordem de não

reanimação cardiorrespiratória. Afinal, as manobras de reanimação cardiorrespiratórias por vezes associadas a outros insumos com entubação e suporte de oxigênio apresentam uma taxa geral relativamente baixa de sucesso, da ordem de (30%). Ou seja, é possível que mesmo o paciente terminal responda às manobras de reanimação, mas certamente não terá alta hospitalar<sup>19</sup>. Diante desse aspecto foram evidenciados que apenas (27,1%) dos recém-nascidos receberam aporte de oxigênio e que apenas (1,69%) foram entubados.

Nos nascimentos em que ocorrem ações terapêuticas em unidades intensivas neonatais, os bebês morrem em uma semana após a extubação, casos contrários podem morrer algumas horas ou dias. Embora aqueles que sobrevivem ao parto apresentem respiração espontânea, a literatura encontrada faz referência à ausência de consciência em consequência da não funcionalidade cerebral<sup>20</sup>.

Em um estudo realizado com 70 profissionais entre médicos ginecologistas-obstetras e pediatras realizados na cidade de Goiânia cerca de (48,57%) dos profissionais concordam que a reanimação deve ser realizada por completa, apenas (7,14%) consideram que não se deve fazer nada e cerca de (60%) dos profissionais realizaram os procedimentos considerados como as normas de atendimento padrão<sup>21</sup>. Os resultados encontrados do presente corroboram com os dados encontrados pelos presentes autores onde cerca de (62,7%) dos profissionais realizaram os procedimentos considerados padrões que consiste apenas em aquecer o recém-nascido em berço aquecido, porém cerca de (25,42%) dos recém-nascidos não receberam nenhum tipo de cuidado mínimo.

Em relação ao peso dos fetos anencéfalos, estudo realizado no Rio Grande do Norte, obteve resultado similar ao encontrado nessa pesquisa, onde os principais fatores de risco da mortalidade neonatal precoce foram o baixo peso ao nascer (<2.500 gramas) e parto pré-termo, os quais apresentaram elevada razão de prevalência para o óbito neonatal precoce, apresentando, 43,70 e 41,55 de prevalência respectivamente<sup>11</sup>.

Muitas controvérsias ainda existem em relação à via de parto na presença de uma anomalia congênita, a via de parto deve ser decidida em conjunto pela equipe médica e pela gestante ou, preferencialmente, o casal, considerando o prognóstico, as características obstétricas e o desejo de engravidar novamente, as características do serviço de saúde e a experiência da equipe neonatal e de cirurgia pediátrica. Cada caso deve ser individualizado e a discussão com toda a equipe e o especialista em Medicina Fetal deve ser recomendada<sup>20</sup>.

Em relação ao elevado percentual de cesarianas acredita-se que estão crescentes frente aos riscos de morbimortalidade que as gestantes e/ou parturientes estão vulneráveis, decorrentes das diversas complicações maternas e fetais como: suspeita de bradicardia ou taquicardia fetal diagnosticada pela cardiocardiografia, o aumento da idade materna nas

primigestas, gestações gemelares, cesáreas prévias; sangramentos e as complicações das síndromes hipertensivas descompensadas, malformações dentre outros fatores. Superando, assim, os (15%) de cesáreas que são preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>22</sup>.

E por fim em relação ao apgar a média foi de 3,2 no primeiro minuto e 3,4 no quinto minuto de vida, corroborando com o estudo realizado por Silva e Mathias (2014) que em seus resultados demonstraram que o índice de apagar foi inferior a sete no primeiro e quinto minutos de vida. O Boletim de Apgar é utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido<sup>23</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Com a realização desse estudo foi possível traçar o perfil epidemiológico das gestantes e seus respectivos fetos anencéfalos onde observaram-se que os fatores que tiveram maior prevalência para o acometimento dessa má formação foram: idade materna, escolaridade, número de consultas no pré-natal. A faixa etária que foi mais prevalente a essa má-formação foi entre 20 a 30 anos. Outro elemento que chamou atenção foi à realização do pré-natal de quase (90%), porém ainda realizado com um número baixo de consultas com uma média de 3,0.

Também evidenciamos que o feto do sexo feminino teve uma predominância para essa má formação. Outro fato que influenciou na sobrevida desses recém-nascidos foi receber um aporte de oxigênio, que aumentou o seu tempo de vida.

Em relação à via de parto de escolha para os casos com anencefalia, a via de parto irá depender da avaliação e conduta do médico, levando em consideração a possibilidade de desproporção, os riscos maternos relacionados ao parto e após o nascimento. Em muitas situações, a via de parto deverá ser discutida com a paciente.

Outro fato que intrigou as pesquisadoras foi o percentual de (25,42%) de recém-nascidos anencéfalos que não tiveram nenhum cuidado mínimo preconizado pelas condutas éticas e morais. Como limitações no estudo autores encontraram dificuldades em relacionar alguns pontos abordados na pesquisa com a literatura já existente, devido à escassez de publicações referente à temática abordada na literatura nacional. Sugerem-se mais estudos na área a fim de identificar outros fatores que influenciam a má formação por anencefalia.

## REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de lei sobre aborto em tramitação na câmara dos deputados. [Internet]. Brasília - DF, 2007. [acesso em 2017 jan 17]. Disponível em: <http://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/1437>. pesquisas com células-tronco: dois temas acerca da vida e da dignidade na Constituição. *Panóptica*. 2007 mar-abr; 2(3): 1-37.
- [2] Barroso LR. Gestação de fetos anencefálicos e

- pesquisas com células-tronco: dois temas acerca da vida e da dignidade na Constituição. *Panóptica*. 2007 mar-abr; 2(3): 1-37.
- [3] Barbosa GC, Boemer MR. A anencefalia sob a ótica da bioética: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Bioethikos*. 2009; 3(1):59-67.
- [4] Campos APM. Anencefalia [Internet]. Minas Gerais, 2012. [acesso em 2017 jan 17]. Disponível em: <http://enfermagem-amoreiracampos2011.blogspot.com.br/2012/04/anencefalia.html>.
- [5] Jaquier M. Relatório sobre nascimento e a vida de bebês com anencefalia [Internet]. Anencephaly. Info. Brasil, 2012. [acesso em 2017 jan 17]. Disponível em: <http://www.anencephaly.info/p/relatorio.php>.
- [6] Pereira RC, Figueirosa MN, Barreto IC, Cabral LNC, Lemos MLC, Marques VLR. Perfil epidemiológico sobre mortalidade perinatal e evitabilidade. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(5):1763-1772.
- [7] Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia e saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- [8] Andrade FS, Jung CF. Análise de referências utilizadas por pesquisadores na revista *Gestão & Produção*. *Transinformação*. 2013; 25(1):1-8.
- [9] Finney DJ. *Statistics for biologists*. London: Chapman and Hall, 1980. 165p.
- [10] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos [Internet]. Brasília - DF, 2012. [acesso em 2017 jan 17]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- [11] Teixeira GA, Carvalho JBL, Mata MS, Costa FML, Souza NL, Silva RAR. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*. 2016; 8(1):4036-4046.
- [12] Jacinto E, Aquino EML, Mota ELA. Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(5):846-53.
- [13] Reis LLAS, Ferrari R. Malformações Congênitas: Perfil Sociodemográfico das Mães e Condições de Gestação. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(1):98-106.
- [14] Andrade MN, Amaral, WN. Perfil sociodemográfico e sentimentos vividos por gestantes com malformação fetal. *Enciclopédia biosfera*. 2014; 18 (1):35-54.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Editora do Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 32 [Internet]. Brasília-DF, 2012. [acesso em 2017 jan 17]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf).
- [16] Fujimori E. Prevalência e distribuição espacial de defeitos do tubo neural no Estado de São Paulo, Brasil, antes e após a fortificação de farinhas com ácido fólico. *Cad Saúde Pública*. 2013 jan; 29 (1):145-154.
- [17] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde. *Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica nº. 11. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos)* [Internet]. Brasília-DF, 2014. [acesso em 2017 jan 17]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_mulheres\\_gestacao\\_anencefalos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf)

- [18] Filho ADP, Laurentti R. O sexo masculino vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(4):720-728.
- [19] Melo, DMP. Cuidados paliativo em crianças portadoras de malformações cerebrais [PhD thesis]. Brasília-DF, Universidade de Brasília, 2016.
- [20] Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *FEMINA*. 2010; 38 (10):505-516.
- [21] Santana MVMC, Canêdo FM, Vecchi AP. Anencefalia: conhecimento e opinião dos médicos ginecologistas-obstetras e pediatras de Goiânia. *Rev. bioét.* 2016; 24(2):374-385.
- [22] Miller FO, Schafer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(9):1-7.
- [23] Silva AL, Mathias TAF. Fatores de risco independentes associados a óbitos infantis. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(1): 48-55.