

PERFIL DE ÓBITO FETAL QUE DERAM ENTREDA NO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS-PB ENTRE 2011-2015

FETAL OBJECT PROFILE WHICH HAVE ENTERED IN THE REGIONAL HOSPITAL OF CAJAZEIRAS-PB BETWEEN 2011-2015

PEREIRA, Andrezza Maria de Carvalho¹
SILVA, Macerlane de Lira²

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os dados oficiais da mortalidade infantil no Brasil, ainda que subestimados, apontam a falta de qualidade da assistência oferecida às mulheres no estado gravídico-puerperal, pois mais de quatro milhões de óbitos fetais ocorram anualmente no mundo. Estes dados revelam, ainda, o olhar negligenciado do poder técnico-político com a saúde, assinalando um gerenciamento ineficiente, incapaz de identificar as fragilidades do processo e os fatores determinantes. O enfrentamento da problemática envolve diferentes atores sociais que atuem sinergicamente para garantir que as políticas nacionais sejam efetivas, bem como a presença de profissionais na construção de dados fidedignos e acessíveis, pois a boa qualidade das informações em declarações de óbito é de extrema importância para uma boa investigação do óbito infantil e fetal, como também para subsidiar as novas estratégias que possam melhorar as condições da assistência oferecida. **OBJETIVO:** Apresentar o perfil dos óbitos fetais que deram entrada no Hospital Regional de Cajazeiras-PB entre 2011 e 2015. **MÉTODO:** trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, documental, exploratório, com abordagem quantitativa e retrospectiva, a pesquisa realizar-se-á na Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras, na Paraíba; a população do estudo será composta por declarações de óbitos fetais no período entre 2011 e 2015. **RESULTADOS:** É imperativo conhecer o perfil da gestante que teve como resultado final da gestação um óbito fetal para que se possa lançar estratégias para definir uma melhor condução em gestações futuras. Dessa forma destaca-se que há uma forte associação entre baixa instrução e óbito fetal, além da relação entre a não realização de pré-natal com a baixa escolaridade, em que evidenciou-se um carente acompanhamento durante o pré-natal. Em outra vertente, relaciona-se com a necessidade de investigar a melhor forma de avançar a capacidade de diagnóstico e o gerenciamento de condições adversas como gestações múltiplas. **CONCLUSÃO:** Conhecer e discutir os aspectos que definem o perfil do óbitos fetais, favorece a melhor visualização e a análise do que está inadequado, identificando as fragilidades de cobertura, colaborando,

¹ Graduanda do curso de medicina, Faculdade Santa Maria. andrezzacarvalho11@hotmail.com.

² Mestre em Saúde Coletiva, docente da Faculdade Santa Maria. macerlane@hotmail.com.

consequentemente, para que os agentes envolvidos tomem decisões assertivas em relação à assistência e à gestão desses serviços.

Palavras chave: Óbito fetal; Epidemiologia; Gestação; Assistência perinatal.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Official data on infant mortality in Brazil, although underestimated, indicate the lack of quality of care offered to women in the pregnancy-puerperal state, since more than four million fetal deaths occur annually worldwide. These data also reveal the neglected view of technical-political power with health, signaling an inefficient management, incapable of identifying the weaknesses of the process and the determining factors. Addressing the problem involves different social actors acting synergistically to ensure that national policies are effective, as well as the presence of professionals in the construction of reliable and accessible data, since the good quality of information in death declarations is extremely important for a good investigation of infant and fetal death, as well as to subsidize new strategies that can improve the conditions of care offered. **OBJECTIVE:** To present the profile of fetal deaths that were admitted to the Regional Hospital of Cajazeiras-PB between 2011 and 2015. **METHOD:** This is a descriptive, documental, exploratory field research, with a quantitative and retrospective approach, the research will be held at the Municipal Secretary of Health of Cajazeiras, Paraíba; the study population will be composed of statements of fetal deaths in the period between 2011 and 2015. **RESULTS:** It is imperative to know the profile of the pregnant woman who had as a result of pregnancy a fetal death so that strategies can be launched to define better conduction in pregnancies future. Thus, there is a strong association between low education and fetal death, as well as the relationship between not having prenatal care and low educational level, which showed a lack of follow-up during prenatal care. In another aspect, it is related to the need to investigate how best to advance the diagnostic capacity and management of adverse conditions such as multiple pregnancies. **CONCLUSION:** Knowing and discussing the aspects that define the profile of fetal deaths, favors better visualization and analysis of what is inadequate, identifying the fragilities of coverage, thus collaborating so that the agents involved make assertive decisions regarding care and management of those services.

Keywords: Fetal death; Epidemiology; Gestation; Perinatal care.

INTRODUÇÃO

A mortalidade Infantil é um dos principais parâmetros avaliados quanto ao desenvolvimento de um país. Apesar de se observar declínio nas taxas de mortalidade infantil no Brasil, estas ainda são bem superiores que em países desenvolvidos. Face aos elevados índices de óbitos fetais no país, o assunto permanece como foco de preocupação para os serviços públicos de saúde, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, pois aproximadamente 2,6 milhões de óbitos fetais ocorreram a nível mundial em 2015 (BORBA, 2014; BARBEIRO, 2015).

Tendo em vista que os índices de óbito fetal são indicadores sensíveis do cenário de acompanhamento da assistência á gestação e ao parto, bem como reflete a condição social, econômica e psicológica da mulher, as morbidades maternas, consultas de pré-natal insuficiente e de baixa qualidade, é que se faz primordial a presença de uma análise desse cenário para se conhecer os condicionantes de vulnerabilidade que ocasionam desfecho desfavorável e reduzir a frequência do óbito fetal. Ainda nesta perspectiva, é primordial a avaliação da equipe profissional frente aos episódios de óbito fetal para que se possa trabalhar com a prevenção dos fatos (MORAES, 2016).

De acordo com Mendonça (2010) Os dados sobre mortalidade da população brasileira são produzidos tanto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quanto pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, implantado no país a partir de 1975. O SIM enfrenta obstáculos para melhorar a qualidade dos seus dados, principalmente em razão do preenchimento inadequado do seu documento padrão: a Declaração de Óbito (DO). O médico possui responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos 9 os campos desse documento. Neste contexto, um dos principais problemas relacionados à qualidade dos dados da DO é o acentuado número de óbitos por Sintomas e Sinais Mal

Definidos, declarados devido à falta da avaliação das causas ou condições mórbidas que teriam levado ao óbito.

Ao se analisar a conjuntura que circunda este evento, identificam-se os componentes que modificam a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e do recém-nascido. Nesta vertente, uma melhor assistência perinatal pode impactar na redução das complicações maternas, da prematuridade, do baixo peso e da asfixia intraparto, fatores diretamente relacionados a esses óbitos, bem como adequada assistência dispensada pelas maternidades às parturientes e neonatos (MARTINS, 2010). Entende-se que o enfrentamento da problemática envolve diferentes atores sociais que atuem sinergicamente para garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população (BRASIL, 2014). A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica, que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos fetais e a proposta de medidas de prevenção e controle. Como já se observa como estratégia ministerial a Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em junho de 2011 pela portaria nº 1.459 (MAZZOTI, 2016). Neste contexto, o monitoramento da mortalidade perinatal depende da qualidade dos dados dos sistemas de informação. A ausência de informações compromete a obtenção de atributos específicos, dificultando, desta maneira, as atividades de monitoramento (MORAES, 2016).

O olhar negligenciado a respeito da dimensão do óbito fetal como serio problema social e politico leva a produção de dados inconclusos que dificultam a investigação. Pelo exposto, o monitoramento da mortalidade perinatal depende da qualidade dos dados dos 5 sistemas de informação. A ausência de informações compromete a obtenção de atributos específicos, dificultando, desta maneira, as atividades de monitoramento e planejamento. Neste contexto, profissionais atuam como construtores de dados que subsidiam as novas estratégias na busca constante de melhorar as condições da assistência oferecida. Pois estas informações precisam ser fidedignas, tempestivas e acessíveis. Para assim desenvolverem estratégias de enfrentamento e programarem ações efetivas na atenção a mulher no puerperio (LEAL, 2014).

O estudo dos mecanismos associados à morte fetal pode esclarecer suas causas, reduzir a proporção de diagnósticos inespecíficos. Deste modo, o estudo da

etiologia do óbito fetal é fundamental para permitir o confronto entre as atividades normatizadas e as efetivamente executadas, explicitando os pontos de estrangulamento assistenciais, além de revelar problemas no acesso, que contribuem para o processo de fragilização da saúde. Diante disso, surgiu como a questão de pesquisa: Quais serão as principais causas de óbitos fetais nas puérperas? Qual o perfil de mulheres com óbito fetal? Quais fatores podem esta relacionados a ocorrência dos óbitos fetal potencialmente evitáveis atendidas no Hospital Regional de Cajazeiras-PB entre 2011 e 2015?

As causas dos óbitos fetais geralmente diferem de acordo com a idade gestacional. Dentre os óbitos fetais precoces (24 a 27 semanas), as causas mais comuns são as infecções (19,0%), as mortes abruptas (14,0%) e as anomalias congênitas (14,0%). A partir de 28 semanas de idade gestacional há grande incidência (25,0 a 60,0% do total) de mortes inexplicadas por uma causa direta e mais de uma condição pode contribuir para o óbito. Outras causas de morte incluem isoimunização, doenças maternas crônicas, doenças gestacionais, como a diabetes e a pré-eclâmpsia, e acidentes com o cordão Umbilical (MARTINS, 2010).

Com base em uma grande série com mais de 1000 autópsias em casos de morte intrauterina, destacam o maior risco de perda fetal associado a fatores demográficos maternos na prática clínica contemporânea, particularmente associações com aumento da idade materna e índice de massa corporal. Entre as mulheres em que ocorre uma morte intra-uterina, a etnia materna, o modo de concepção e a história ginecológica estão associados a diferentes momentos de perda fetal. Pesquisas adicionais são necessárias para compreender os mecanismos envolvidos em tais fatores maternos, a fim de desenvolver estratégias preventivas (MAN, 2016). A gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas, fetais e do recém-nascido, assim como aumenta os riscos de complicações obstétricas. Os principais fatores que contribuem para o aumento da mortalidade perinatal após os 35 anos, além da paridade e do nível socioeconômico, são a prematuridade, a restrição ao crescimento fetal, as anomalias congênitas, os traumas de parto, a anóxia e as infecções. Constata-se que a ocorrência de óbito fetal cerca de cinco vezes maior (BEM, 2014).

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório, do tipo descritivo, documental, com abordagem quantitativa e retrospectiva. A pesquisa realizar-se-á na Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras, localizada no alto sertão do estado da Paraíba. Cajazeiras é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, que reúne Cajazeiras e outros quatorze municípios (Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço de José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo e Uiraúna).

Para composição da amostra serão considerados os seguintes critérios de inclusão: declarações de óbito fetal com disponibilidade de dados e de acordo com as definições de óbito fetal (duração da gestação maior que 22 semanas e peso ao nascer maior do que 500 g) e no período de 2011 a 2015. Farão parte dos critérios de exclusão: declarações de óbito fetal sem disponibilidade de dados e que não estejam de acordo com as definições de óbito fetal (duração da gestação maior que 22 semanas e peso ao nascer maior do que 500 g) e fora do período de 2011 a 2015.

Tem-se como variáveis dependentes: dados maternos: cor da pele (branca, preta, parda); faixa etária em anos (até 19, 20 a 34, 35 ou mais); anos de aprovação escolar (até 7, 8 20 a 11, 12 ou mais); número de gestações (1, 2, 3 ou mais) e como variáveis independentes: comorbidades maternas e o número de consultas no pré-natal, filhos tidos vivos, filhos tidos mortos, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto. Após acesso aos dados coletados, estes foram transferidos ao programa Microsoft Office Excel, a fim de ser categorizados, e posteriormente apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade fetal em Cajazeiras no período de 2011-2015 mostrou-se alta (/1.000 nascimentos). As taxas de natimortalidade revelam importantes informações sobre as condições de saúde, assistência pré-natal e parto em uma determinada região. No Brasil existem poucos estudos sobre o óbito fetal analisado isoladamente. Ainda há uma baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento, em grande parte, é evitável com a implantação e o acesso à serviços de qualidade de atenção materna.

Tabela 1 - Distribuição e frequência dos óbitos fetais, das variáveis inerentes às mães, que deram entrada no Hospital Regional de Cajazeiras-PB, de 2011 a 2015.

Variáveis	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Idade da Mãe												
≤ 14	1	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,2
15 - 19	3	12,5	3	23,1	1	8,3	1	7,1	1	5,9	9	11,2
20 - 30	13	54,2	3	23,1	6	50,0	8	57,1	9	52,9	39	48,7
31- 40	5	20,8	-	-	3	25,0	2	14,3	5	29,4	15	18,7
41 - 55	1	4,2	1	7,7	-	-	-	-	1	5,9	3	4
Sem Informação	1	4,2	6	46,2	2	16,7	3	21,4	1	14,3	13	16,2
Total	24	100	13	100	12	100	14	100	17	100	80	100
Escolaridade da Mãe												
Nenhuma	2	8,3	-	-	1	8,3	-	-	-	-	3	4
01- 03 anos	1	4,2	3	23,1	1	8,3	1	7,1	1	5,9	7	8,5
04- 07 anos	6	26,1	2	15,4	2	16,7	3	21,4	7	41,2	20	25
08-11 anos	11	45,8	3	23,1	3	25,0	5	35,7	6	35,3	28	35
Sem Informação	4	15,6	5	38,5	5	41,7	5	35,7	3	17,6	22	27,5
Total	24	100	13	100	12	100	14	100	17	100	80	100
Tipo Gravidez												
Única	23	95,8	10	76,9	10	83,3	13	92,9	17	100	73	91,2
Dupla	1	4,2	1	7,7	-	-	-	-	-	-	2	2,5
Sem Informação	-	-	2	15,4	2	16,7	1	7,2	-	-	5	6,3
Total	24	100	13	100	12	100	14	100	17	100	80	100

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Na variável idade materna, as porcentagens mais consideráveis foram 11% encontrava-se entre 15-19anos, 48,75% entre 20-30 anos, 18,7% entre 31-40anos. Como se observa em nosso estudo corroborando com estudo feito por Gravena colaboradores (2012) a gestação entre mulheres após os 35 anos de idade é realidade cada vez mais presente na prática obstétrica, por fatores sociais, educacionais, econômicos e culturais que possibilitam a ausência, redução ou mesmo controle no número de filhos.

Diversas explicações são propostas para o aumento do risco de nascidos mortos com a idade, no entanto, vale destacar que mesmo quando esses fatores são controlados, a idade persiste independentemente relacionada ao óbito fetal. Em sua revisão Shiguematsu (2017) avaliou que há um aumento nas taxas de morte perinatal, parto prematuro e baixo peso ao nascer em mulheres ≥ 45 anos; bem como nas taxas de hipertensão pré-existente e complicações da gravidez, porem também acrescenta que há uma tendência de resultados favoráveis, mesmo em idade materna extremamente avançada (50-65 anos), para mulheres saudáveis que foram selecionadas para excluir a doença pré-existente.

O que se observa é que embora exista uma forte evidência de associação entre idade materna muito avançada e desfechos maternos e perinatais adversos, Visto que em mulheres de 35 anos ou mais há um risco aumentado de uma série de patologias típicas da gravidez e uma maior frequência de patologias maternas crônicas que resultam em uma maior probabilidade de morte materna e perinatal, a taxa absoluta de morte / morte perinatal permanece baixa, com menos de 10 por 1000 nascimentos na maioria dos países de alta renda (DONOSO *et al.*,2014). Neste sentido, os melhores resultados parecem estar ligados à saúde materna pré-existente, e os cuidados de gravidez em centros terciários também podem contribuir. Esta informação deve ser usada para aconselhar mulheres com idade ≥ 45 anos que estão pensando em gravidez (M.CAROLN, 2013). Para Donoso e pesquisadores (2014), faixa etária materna de menor risco de mortalidade fetal foi entre 20-29anos.

O nível educacional elevado correlaciona-se a uma melhor capacidade de aquisição de conhecimento em assuntos de saúde e o uso otimizado dos serviços de saúde (FONSECA, 2017). Entende-se que o efeito da ausência de escolaridade por parte da gestante está associado à menor renda, menor acesso a serviços de

saúde e maior vulnerabilidade social. Em relação à escolaridade, no atual estudo, a maior frequência constituiu-se de mães com 8 a 11 anos de estudos (35%), apresentando-se de forma convergente da literatura, em que se observa associação entre baixa instrução e óbito fetal, observa-se também que uma parcela significativa (27%) tem esse fator ignorado dificultando as avaliações (JACINTO, *et al.*, 2013).

Observa-se a influencia significativa no acompanhamento pré-natal, como destaca Rosa e colaboradores (2014) ao afirmar que a não realização de pré-natal apresentou forte associação com a baixa escolaridade, considerada um dos principais fatores associados à não utilização dos serviços de saúde em geral. Já a maior escolaridade contribui para a realização de pré-natal mesmo nas classes econômicas mais baixas. Nesse sentido, a escolaridade influencia tanto a utilização dos serviços de saúde pelas camadas da população menos favorecidas quanto a realização do pré-natal. Estudos recentes de casos e controles realizados no Nepal descobriram que o nascimento fetal está associado menor nível de escolaridade materna, provenientes das famílias mais pobres, cuidados pré-natais inadequados corroborando com nosso estudo (GRIMIRE *et al.*, 2017).

Em relação ao tipo de gestação, múltipla ou única, observa-se que para nascimentos múltiplos, houve aumento de quatro vezes na mortalidade neonatal precoce. Apesar da baixa incidência de partos múltiplos, assim como no nosso estudo, ha uma proporção notável de desfechos adversos intraparto são associados a essa condição. Neste sentido há uma necessidade de investigar a melhor forma de avançar a capacidade de diagnóstico e o gerenciamento dessa condição (KATZ *et al.*, 2017).

Em sua avaliação Migoto (2016) assegura que as gestações múltiplas podem ser um fator de risco à mortalidade, a saber, que os filhos de gestações múltiplas apresentam até quatro vezes mais chance de morte, quando comparados às gestações únicas. Verifica também que gemelares apresentaram restrição de crescimento intrauterino, no entanto, maior maturidade quando comparados a recém-nascidos de gestação única nascidos com o mesmo peso. Porem, em nosso estudo a maior porcentagem de óbito fetal se encontra em gestações únicas (91,25%). Outras características fetais são fatores importantes para avaliação da mortalidade.

Tabela 2 - Distribuição e frequência dos óbitos fetais, das variáveis inerentes aos natimortos de mães que deram entrada no Hospital Regional de Cajazeiras-PB, de 2011 a 2015.

Variável	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Idade Gestacional												
22-27	2	8,3	1	7,7	-	-	2	14,3	2	11,8	7	8,7
28-31	3	12,5	1	7,7	4	33,3	2	14,3	2	11,8	12	15
32-36	7	29,2	3	23,1	4	33,3	5	35,7	6	35,3	25	31,3
37-41	8	33,3	4	30,8	2	16,7	4	28,6	6	35,3	24	30
Sem Informação	4	16,7	4	30,8	2	16,7	1	7,1	1	5,9	12	15
Total	24	100	13	100	12	100	14	100	17	100	80	100
Peso ao Nascer												
501g - <1kg	4	16,7	-	-	2	16,7	2	14,3	4	23,5	14	17,5
1kg - < 2kg	6	25	4	30,8	4	33,3	4	28,6	5	29,4	23	28,5
2kg - < 3kg	6	25	4	30,8	3	25	1	7,1	5	29,4	19	23,5
3kg - < 4kg	3	12,5	2	15,4	1	8,3	2	14,3	3	17,6	11	13
4kg e +	2	8,3	1	7,7	-	-	1	7,1	-	-	4	5
Sem Informação	3	12,5	2	15,4	2	16,7	3	21,4	-	-	10	12,5
Total	24	100	13	100	12	100	13	100	17	100	80	100
Sexo												
Feminino	14	58,3	4	30,8	2	16,7	9	64,3	5	29,4	34	42,5
Masculino	10	41,7	9	69,2	10	83,3	5	35,7	12	70,6	46	57,5
Total	24	100	13	100	12	100	14	100	17	100	80	100

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

O baixo peso ao nascer é citado como o fator mais importante associado à mortalidade e morbidades perinatais, e considerado um marcador do risco social relacionando-se às precárias condições socioeconômicas e ao comportamento materno em relação aos cuidados de saúde (NASCIMENTO 2012). No estudo realizado por Matendo (2016) também constatou que os bebês com baixo peso apresentaram um risco maior de 10 vezes maior de morte perinatal em comparação com bebês com peso normal ao nascer.

Similarmente ao encontrado nesses estudos, baixo peso e prematuridade foram associados ao óbito fetal em outras avaliações. É importante ressaltar que existe uma tendência crescente mundial de nascimentos prematuros e de declínio das mortes fetais. É possível que os nascidos prematuros estejam indo a óbito posteriormente, e elevando a taxa de mortalidade neonatal, em nosso estudo 28,5% dos óbitos ocorrem com fetos entre 1kg-2kg e 23,5% com peso entre 2kg e 3kg (ALENCAR *et al.*, 2015).

Em relação ao sexo do natimorto, encontra-se que 57,5% sexo masculino e 42,5% sexo feminino. Ao se analisar o sexo do natimorto, é importante mencionar que a presença de fatores de risco e condições externas de estresse não são os únicos prováveis determinantes da maior mortalidade fetal masculina. Estudos avaliados por Chiavegatto e pesquisadores (2012), por exemplo, apontam para a importância das respostas imunológicas maternas ao antígeno de histocompatibilidade H-Y no aumento do número de perdas fetais subsequentes.

Ao se analisar a variável idade gestacional, mais de 61,25% ocorreram após a 34ª semana de gestação e 46,25% com peso ao nascer acima de 2000g, ou seja, fetos considerados viáveis e com alta chance de sobrevivência do ponto de vista neonatal, contrastando com apenas 23,7% que ocorreu com idade gestacional menor que 32 semanas corroborando com dados da literatura em que 46% acima de 34 semanas e 33% acima de 2000g. A idade materna deve ser combinada com outras características maternas e história obstétrica ao calcular um risco ajustado individualizado para complicações adversas na gravidez.

Tabela 3 - Distribuição e frequência dos óbitos fetais, das variáveis inerentes aos partos de mães que deram entrada no Hospital Regional de Cajazeiras-PB, de 2011 a 2015.

Variável	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tipo de Parto												
Vaginal	16	66,7	11	84,6	5	41,7	6	42,9	9	52,9	47	58,7
Cesário	8	33,3	-	-	5	41,7	7	50,0	6	35,3	26	32,5
Sem Informação	-	-	2	16,7	2	16,7	1	7,1	2	11,8	7	8,8
Total	24	100	13	1300	12	100	14	100	17	100	80	100
Morte em relação ao Parto												
Antes	21	87,5	12	92,3	12	100	12	85,7	14	82,4	71	88,7
Durante	2	8,3	1	7,7	-	-	2	14,3	3	17,6	8	10
Sem Informação	1	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,3
Total	24	100	13	100	12	100	14	100	17	100	80	100

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Ao avaliar o período de ocorrência do óbito fetal em relação ao parto, 88,75% foram diagnosticados anteparto e 10% durante o trabalho de parto legitimando os dados da literatura, em que 70% a 90% das mortes fetais ocorrem antes do início do trabalho de parto (HOLANDA, 2013). A importância deste dado revela a assistência obstétrica do serviço às mulheres durante a internação, mas é relevante considerar que nem sempre é fácil estabelecer o exato momento em que se deu a perda fetal, como também é discutido por Rakhi, (2017) ao considerar que um atendimento pré-natal adequado é uma intervenção eficaz para reduzir a morte por prevenção, identificação ou tratamento de gravidezes com prováveis resultados adversos devido a infecções, condições maternas como hipertensão e diabetes e desnutrição.

A via de parto foi 58,75% vaginal e 32,5% cesariana. Consideramos que algumas causas do óbito tardio e/ou intraparto podem ser também as indicações de cesarianas como cesárea anterior, sofrimento fetal agudo, óbito intraparto e descolamento prematuro da placenta. Shiguematsu (2017) encontrou menos chance

de ocorrência de óbito fetal associada ao tipo de parto cesáreo. Em outra vertente, Migoto (2016) em seu estudo, relata que o tipo de parto pode não ser o responsável pela elevação das taxas de mortalidade fetal, mas sim, ser associado à realidade da região, da organização dos serviços de saúde, da estrutura dos serviços, à competência dos médicos obstetras e da equipe de saúde que o assiste. Inevitavelmente, no Brasil, a forma de organização da assistência no momento do parto influencia diretamente as gestantes na escolha se o parto será normal ou cirúrgico.

Neste contexto aceita-se uma discussão no que se refere a diferença entre o perfil dos hospitais públicos e os privados quanto à via de parto. Visto que, o serviço público apresenta taxas mais elevadas de parto normal, mas o modelo de atenção torna a experiência muito dolorosa, falta apoio dos profissionais às gestantes diante desta opção. Associado a isso, o setor privado favorece a escolha do parto cirúrgico, possivelmente menos doloroso, e portando apresenta elevada taxa de cesárea, fato que propicia novamente a escolha deste método em gestações futuras. Sendo assim, mesmo na vigência de pesquisas com achados discordantes, a via do nascimento se constitui variável de discussão e importância ao se abordar óbitos perinatais (MIGOTO, 2016).

TABELA 4 - Distribuição e frequência dos óbitos fetais, das variáveis inerentes as causas de morte fetal de mães que deram entrada no Hospital Regional de Cajazeiras-PB, de 2011 a 2015.

VARIÁVEIS		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
CID 10	Descrição	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
P 035	Feto e recém-nascido afetados por parto precipitado	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-	1	1,3
P 200	Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto	1	4,2	1	7,7	-	-	-	-	-	-	2	2,5
P 209	Hipóxia intra-uterina não especificada	1	4,2	1	7,7	-	-	1	7,1	-	-	3	3,7
P 398	Outras infecções especificadas próprias do período perinatal	1	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,3
P 509	Perda sanguínea fetal não especificada	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	1	1,3
P 95	Morte fetal de causa não especificada	22	91,7	10	76,9	7	58,3	12	85,7	13	76,5	63	78,7
P 969	Afecções originadas no período perinatal não especificadas.	-	-	-	-	3	25	1	7,1	-	-	4	5
Q 000	Anencefalia e malformações similares	1	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,3
Q 750	Craniossinostose	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,9	1	1,3
Q 899	Malformações congênicas não especificadas	1	4,2	-	-	1	8,3	-	-	-	-	2	2,5
Total		24	100	13	100	12	100	14	100	17	100	80	100

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Estima-se que a morte fetal seja um fenômeno inexplicável em aproximadamente 60% dos casos, e muitas vezes não pode ser atribuído a causas maternas, fetais ou obstétricas, corroborando com nosso estudo em que 78% das mortes são de causa indefinida. Em países em desenvolvimento, pré-eclâmpsia e infecções são causas comuns de óbito fetal, enquanto em países desenvolvidos, a maioria dos casos são relacionados a anomalias congênitas, problemas da placenta e doenças maternas (MENEZZI 2016).

Segundo a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde, a maioria (66,6%) das causas dos óbitos fetais descritas em estudo feito por VIEIRA 2016 poderia ter sido evitada. A evitabilidade é indicador da efetividade da assistência à saúde e pode direcionar os gestores aos recursos na melhoria na assistência pré-natal e do parto. O achado de "morte fetal de causa não especificada" ainda se constitui uma limitação na determinação das causas de óbitos fetais e dificulta ações preventivas para a redução da taxa de mortalidade fetal, similar ao nosso estudo em que 85% dos casos não tem a conclusão a respeito da evitabilidade da causa do óbito (VIEIRA 2016).

Os dados do Ministério da Saúde mostram a hipertensão na gestação como a maior causa de morte materna e perinatal. Esses dados alarmantes mostram a importância do conhecimento desta patologia tanto para obstetras como neonatologistas. Dentre as síndromes hipertensivas gestacionais, especial atenção deve ser dada à pré- eclâmpsia que ocorre de forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica, pois estão ligados aos piores resultados maternos e perinatais. Porém em nosso estudo apenas 7,5% dos óbitos se relacionam a esta causa (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Mulheres com diabetes na gravidez, seja diabetes mellitus pré-gestacional (Tipo 1 ou Tipo 2), ou diabetes gestacional, têm um risco aumentado de resultados adversos da gravidez, incluindo o trabalho de parto prematuro e aumento da taxa de mortalidade fetal. Neste estudo, não se observam óbitos fetais em gestantes com diabetes pré-gestacional ou gestacional, similarmente ao nosso estudo (KULSHRESTHA; AGARWAL, 2016).

Uma informação de qualidade contribui para análise da situação sanitária e oferece subsídios para o planejamento, a organização dos serviços de saúde e a construção de indicadores com ênfase nos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (Sinasc) que são essenciais para o cálculo das taxas de mortalidade infantil. Entretanto, o uso das informações consolidadas nos sistemas apresentam limites relacionados à cobertura, regularidade e completitude dos instrumentos de coleta (CAETANO *et al.*, 2013).

Os resultados sensíveis aos cuidados de saúde têm sido o pilar da medida da qualidade do serviço. Porém os sistemas de registro sofrem de dados incompletos e imprecisos, bem como atrasos nos relatórios, resultando frequentemente em informações desatualizadas de pouca utilização. Visto que, a obtenção desses dados é dispendiosa, pois exige o acompanhamento dos pacientes após as visitas às instalações e é desafiador em ambientes de baixa renda que podem não ter coleta sistemática de dados populacionais. Para isso, faz-se oportuno que os sistemas de informações de saúde de rotina sejam atualizados. Em particular, as estatísticas vitais são essenciais para entender o tamanho e a localização das populações que exigem serviços de saúde e se possa garantir cobertura populacional de intervenções e serviços e que pode descobrir lacunas na qualidade de atendimento no país (YOKO; KRUKB, 2017).

O resultado encontrado na presente verificação também apontou a fragilidade no preenchimento da Declaração de Óbito e das Fichas de Investigação do Óbito Fetal que ocorreram em Cajazeiras no período entre 2011-2015, a serem superadas tendo em vista do elevado número de variáveis sem informação, além do pequeno número de óbitos encerrados com discussão. É um achado inquietante, pois traz a reflexão do insuficiente conhecimento ou valorização da ação do preenchimento dos dados da DO e das fichas de investigação, já que os dados corretamente preenchidos poderiam ser válidos para identificar e analisar a magnitude da mortalidade, bem como, avaliar ações de saúde implementadas.

Neste contexto, a melhoria na qualificação das informações sobre os óbitos fetais requer a realização de capacitações permanentes dos médicos no preenchimento da DO e das equipes envolvidas na operacionalização do SIM e em todas as dimensões do processo investigativo. Assim, é imprescindível, desenvolver

o pensamento crítico sobre o papel da vigilância do óbito e a importância de informações completas e fidedignas para o planejamento das ações de melhoria na qualidade do cuidado integrado da assistência ao pré-natal e parto, a fim de prevenir novas mortes e reduzir a natimortalidade.

A *Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS* prioriza uma assistência no formato de rede, arranjos conectados para prestar serviços de saúde integral e equitativo a uma determinada população, e está disposta a prestar contas de seus resultados clínicos e econômicos, e do estado de saúde da população atendida (OPAS, 2010). Essa rede tem como objetivo prestar assistência à saúde de modo integral, contínuo, por meio de um funcionamento dinâmico e inovador. Nesta perspectiva, orienta-se que os serviços de saúde que a compõem devem atuar de maneira interdependente, mas atuante e forma conjunta, trocando recursos disponíveis para permitir a consideração de todos os pontos de atenção com a mesma importância (VIELLAS, *et al.*, 2014).

Com esta perspectiva para a organização do Sistema de Saúde brasileiro e, mais especificamente, quanto às ações para redução da mortalidade materno/infantil, a Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu no SUS, a Rede Cegonha. Tem como diretrizes o acolhimento para o planejamento reprodutivo, a classificação de risco no período do pré-natal, a vinculação da gestante ao local de referência para a realização do seu parto, e o transporte seguro do binômio, privilegiando a atenção humanizada e a resolutividade na atenção à saúde materna e da criança (BRASIL, 2004).

CONCLUSÃO

Observa-se a frequente presença do achado de "morte fetal de causa não especificada" que se constitui como uma limitação na determinação das causas de óbitos fetais e dificulta ações preventivas para a redução da taxa de mortalidade fetal. Tendo em vista que a construção de informações efetivas por parte dos profissionais atuantes é negligenciada desde a produção das DO até o processo de

investigação. Neste contexto, a melhoria na qualificação das informações sobre os óbitos fetais requer a realização de capacitações permanentes dos médicos no preenchimento da DO e das equipes envolvidas na operacionalização do SIM e em todas as dimensões do processo investigativo.

Identifica-se assim que por trás do desfecho negativo de um óbito fetal encontram-se lacunas iniciadas na assistência, sejam elas á nível de pré-natal, com consultas iniciadas tardiamente, bem como na assistência no serviço de referência e ainda no preenchimento inadequado de prontuários, declarações de óbitos dificultando o processo de investigação do óbito fetal. Com consequente construção de dados ineficientes para que se possa definir melhor o enfretamento desta problemática.

Os resultados apontaram que modificações precisam ser promovidas em relação à rede de assistência perinatal ofertada na região do sertão da Paraíba visto que é um episódio que engloba várias facetas da rede de assistência, uma vez que a maioria é de causas evitáveis. Estudos como esse que retratam por meio de estatísticas dados que tentam construir o perfil de ocorrência, são relevantes, pois demonstram a ocorrência de fatores que, associados, configuram, principalmente, a qualidade da assistência ofertada e suas repercussões nos principais indicadores de saúde locorregional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, *et al.* **What is the impact of interventions that prevent fetal mortality on the increase of preterm live births in the State of Sao Paulo, Brazil?** BMC Pregnancy and Childbirth, 15: 152, 2015.

BEM *et al.* Complicações fetais em gestações tardias. **Rev HUPE**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.11-16, jul-set, 2014.

BORBA. G. G. Fatores associados a morbimortalidade neonatal: Um estudo de Revisao. **Saude (Santa Maria), Santa Maria**, v. 40, n. 1, p.09,14, Jan.-Jul, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Andressa/Downloads/7774-63310-1-PB.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Brasília: Ministério da Saúde, 2014**. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/cns%20%20norma%20operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2017.

CAETANO SF; VANDERLEI, LCM; FRIAS PG. **Completitude dos instrumentos de investigação.** Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, 21 (3): 309-17, 2013.

CHIAVEGATTO ADP; LAURENTI, R. **Razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):720-728, abr, 2012.

DONOSO, *et al.* **Edad materna y riesgo reproductivo - E.** Rev Med Chile; 142: 168-174, 2014.

FONSECA, SC; *et al.* **Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal.** Rev Saude Publica; 51:94, 2017.

GHIMIRE, PR. **Socio-economic predictors of stillbirths in Nepal (2001-2011).** PLoS ONE 12(7): e0181332. [https:// doi.org/10.1371/journal.pone.0181332](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181332), 2017.

GRAVENA, AAF. **Resultados perinatais em gestações tardias.** Rev Esc Enferm USP; 46(1): 15-21, 2012.

HOLANDA, AAS. **Caracterização da Mortalidade Fetal em Pernambuco, de 2000 a 2011: Causas e Fatores Associados.** Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva, 2013.

JACINTO, *et al.* **Perinatal mortality in the municipality of Salvador, Northeastern Brazil: evolution from 2000 to 2009.** Rev Saúde Pública; 47(5): 846-53, 2013.

KATZ. J. *et al.* **Risco e carga de resultados adversos relacionados ao intraparto associados ao parto não cefálico e múltiplo no Nepal rural: um estudo prospectivo de coorte.** BMJ Open. 20 de abril; 7 (4): e013099, 2017.

KHALIL, *et al.* **Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study.** Ultrasound Obstet Gynecol; 42: 634-643, 2013.

KULSHRESTHA, Vidushi; AGARWAL, Nutan. **Third Trimester foetal complications in pregnancy with diabetes.** JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, v. 66, n. 9 Suppl 1, p. S81, 2016.

LEAL, A.G.B. **As dificuldades no preenchimento das fichas de investigação hospitalar de óbito fetal e infantil na Maternidade Dina Evangelina Rosa.** 2014. 31f. Monografia (Especialização)-Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Saúde Materna, Neonatal e do Lactente. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

LIMA, KJ; *et al.* **Situação em saúde da mortalidade fetal.** Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 30(1): 30-37, jan./mar. 2017.

LIMA, J C. **Fatores associados à ocorrência de óbitos fetais em Cuiabá, Mato Grosso.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 16 (3): 363-371 jul. / set. 2016.

M. Carolan. **Maternal age ≥ 45 years and maternal and perinatal outcomes: A review of the evidence.** Midwifery 29 (2013) 479-489.

MAN, *et al.* Stillbirth and intrauterine fetal death: contemporary demographic features of >1000 cases from an urban population. **Ultrasound Obstet Gynecol**, Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). v.48. p.591-595, DOI: 10.1002/uog.16021, 2016.

MARTINS, E.F; *et al.* Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Esc Anna Nery (impr.)** v.17, n.1, p.38-45, 2013.

MARTINS, E.F. **Moratalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2010.178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2010

MATENDO, R. M., *et al.* **Challenge of Reducing Perinatal Mortality in Rural Congo: Findings of a Prospective, Population-based Study.** *J health popul nutr;* v.29, n.5, p.532-540; 2011. Disponível em: Acesso em 4 jul. 2016.

MAZZOTI, B.R. Fatores epidemiológicos correlacionados ao risco para morte fetal: revisão integrativa da literatura **Arq. Ciênc. Saúde,** v. 23, n. 2, p. 09-15, abr-jul, 2016.

MENDOÇA, F.M.; DRUMOND. E.; CARDOSO.A.M.P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito. **Rev. bras. Est. Pop.,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 285-295, jul.-dez. 2010.

MENEZZI. A, M.E. **Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas.** *O Mundo da Saúde,* São Paulo; 40 (2): 208-212,2016.

MIGOTO, M.T. **Análise da distribuição espacial da mortalidade perinatal no estado do paraná.** Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, no curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. 2016.

MORAES, M. F. **Avaliação de Sistema de Vigilância de Óbitos Perinatais em Hospital Terciário do Interior Paulista, 2014/2015.** 2016. Capes. 40601005. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu. 2016.

MUSAFILI, *et al.* **Case review of perinatal deaths at hospitals in Kigali, Rwanda: perinatal audit with application of a three-delays analysis.** *BMC Pregnancy and Childbirth,* 17:85, 2017.

NASCIMENTO, RM; *et al.* **Determinantes da mortalidade neonatal.** *Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 28(3): 559-572, mar, 2012.

OLIVEIRA, *et al.* **Fatores maternos e perinatais na pré-eclâmpsia.** *Arq Bras Cardiol;* [online].ahead print, 2016.

RAKHI DANDONA. **Identificação de fatores associados à morte fetal no estado indiano de Bihar usando autópsia verbal: estudo baseado em população.** *PLoS Med.* Ago; 14 (8): e1002363. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5538635/>), 2017.

ROSA CQ *et al.* **Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality.** *Rev Saúde Pública;*48(6):977-984, 2014.

SANTA MARIA, LFB; ARAUJO. TVB. **A glance over the surveillance of fetal deaths of Jaboatão dos Guararapes in the Brazilian state of Pernambuco, Brazil, in 2014.** *Ciência & Saúde Coletiva,* 22 (10): 3415-3428, 2017.

SHIGUEMA, TSU. **Fatores associados ao óbito fetal em um hospital de referência em gestação de alto risco.** *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa,* v. 14, n. 35, abr./jun, ISSN 2318-2083 (eletrônico). p. 80, 2017.

VIEIRA, MSM; VIEIRA, FM.. **Fetal Deaths in Brazil: Historical Series Descriptive Analysis**

1996-2012. Matern Child Health J. 2016; 20 (8): 1634-50.

VIELLAS, E. F; *et al.* **Assistência pré-natal no Brasil.** Cad. Saúde Pública; v.30, p.85-100, 2014. Disponível em. Acesso em: 4 jul. 2016.

YOKOA e KRUKB, M. **Quality of care: measuring a neglected driver of improved health.** Bull World Health Organ; 95:465-472, 2017.