

4. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis*

Sonia Lansky

“Em contraste com o aumento do interesse e investimentos na saúde materna e infantil no mundo e no Brasil, o óbito fetal continua invisível”, aponta a série especial da revista *The Lancet* dedicada à natimortalidade, uma publicação recente cuja missão é divulgar o problema no mundo (MULLAN; HORTON, 2011).

A mortalidade fetal não faz parte dos Objetivos do Milênio e ainda pouco conta na agenda das políticas de saúde, apesar da importância dos óbitos fetais em termos da carga de problemas de saúde na população, como veremos a seguir, e da situação concreta de dor para a família e a sociedade.

Os óbitos fetais são, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis e ocorrem na maioria das vezes ao final de gestações de baixo risco – em geral, em recém-nascidos normais e sem malformações congênitas.

Trata-se de evento associado às condições de saúde reprodutiva, acesso e qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Ou seja, compartilha com a mortalidade neonatal precoce os mesmos determinantes que influenciam o resultado para o feto (no final da gestação) e para a criança (nas primeiras horas e dias de vida). Por isso, o conhecimento disponível e as experiências locais apontam a efetividade de ações para a sua redução, em conjunto com as ações dirigidas à redução da mortalidade materna e neonatal (PATTINSON et al., 2011).

No entanto, esses óbitos têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência, tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução.

Segundo Rutstein et al. (1976), **evitabilidade** significa um agravo ou uma situação que pode ser prevenida pela atuação dos serviços de saúde.

O óbito pode ser considerado potencialmente evitável quando seus fatores determinantes e condicionantes são passíveis de detecção oportuna e de intervenção adequada.

Questões relativas à evitabilidade do óbito são tratadas com maior profundidade na Parte II deste livro.

* Extraído de BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Orgs.). *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade*. Rio de Janeiro, EAD/ENSP/Fiocruz, 2013.

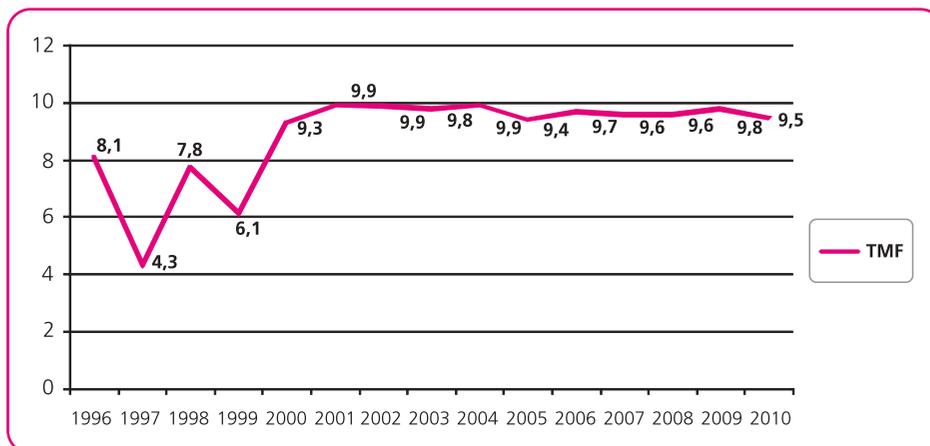
Panorama internacional e nacional da mortalidade fetal

São estimados anualmente no mundo cerca de dois milhões de óbitos fetais tardios (acima de 28 semanas de gestação) e 98% ocorrem nos países menos desenvolvidos.

As taxas de mortalidade fetal no mundo variam entre 2,0 óbitos para cada mil nascimentos na Finlândia até mais de 40 por mil nascimentos em países da África e Ásia, como a Nigéria e o Paquistão. Segundo estimativas internacionais, o Brasil se encontra numa faixa intermediária de taxa de mortalidade fetal: 5 a 14,9/mil nascimentos (LAWN et al., 2011).

No Gráfico 1 observa-se que houve uma tendência de aumento da taxa de mortalidade fetal (TMF) no Brasil, entre 1996 e 2001. É importante destacar que do mesmo modo que foi observado para RMM e TMI, o aumento da taxa a partir de 2000 pode ser atribuído à melhoria na cobertura e na qualidade do registro de morte fetal do SIM, o que contribuiu para maior captação e identificação de óbitos fetais. Desde 2001 a TMF vem se mantendo em torno de 9,5 óbitos fetais por mil nascimentos.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade fetal. Brasil, 1996-2010



Fonte: DATASUS (2011).

No Brasil, o número de óbitos fetais praticamente se equivale ao número de óbitos neonatais (ocorridos nos primeiros 28 dias de vida). Podemos conferir, comparando o número de óbitos fetais e neonatais registrados no SIM entre 2006 a 2009.

Tipo de óbito	2006	2007	2008	2009
Fetal	33.434	32.165	32.065	32.147
Neonatal	32.597	30.821	30.179	29.212

Fonte: Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

Pode-se, portanto, utilizar o número de óbitos neonatais registrados em uma localidade (município, região e estado) para estimar o número de óbitos fetais, e ainda avaliar a qualidade do registro no SIM, de modo a subsidiar o planejamento das ações para a análise das causas e sua evitabilidade, assim como as ações de intervenção para sua prevenção.

Mortalidade fetal

A OMS define morte fetal, óbito fetal, perda fetal ou natimorto como

A morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito, o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A legislação brasileira determina a obrigatoriedade do fornecimento de uma Declaração de Óbito Fetal (BRASIL, 2009, art. 19, § III). O registro civil do óbito fetal, em cartório, deve ser feito no livro de Nascidos Mortos.

A expulsão ou a extração de fetos com menos de 22 semanas de gestação ou com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm é considerado como abortamento, não sendo obrigatório o registro da ocorrência na Declaração de Óbito.

O cálculo da taxa de mortalidade fetal utiliza como ponto de corte o período gestacional de 22 semanas ou mais, mantendo os outros critérios. Esta taxa é uma estimativa da probabilidade de um feto nascer sem qualquer sinal de vida.

Método de cálculo

Para efeito de cálculo, é utilizada a fórmula a seguir.

Taxa de mortalidade fetal

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais ou 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento}}{\text{Número total de nascimentos}^*} \times 1.000$$

Atenção:

- *O número total de nascimentos inclui os nascidos vivos e os óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais, 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento.
- Como discutiremos adiante, os óbitos fetais são sub-registrados e a qualidade da informação disponível sobre a duração da gestação (idade gestacional) é baixa. Para minimizar esses erros, padroniza-se somar, tanto ao numerador como ao denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida.

Uso da taxa de mortalidade fetal

A taxa de mortalidade fetal é um indicador de saúde, como os de mortalidade materna e infantil, que pode ser utilizado para comparações segundo:

- ☉ estratos socioeconômicos da gestante;
- ☉ países, regiões, estados e municípios;
- ☉ períodos de tempo;
- ☉ causas de óbitos.

Como já estudamos nos capítulos anteriores, os resultados das comparações identificam situações de desigualdade e tendências que contribuem para:

- ☉ avaliar os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população;
- ☉ subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltados para a melhoria da atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil;
- ☉ orientar as práticas de assistência na área de obstetrícia com base na avaliação dos óbitos ocorridos antes e durante o parto, que apontam a necessidade de intervenções específicas no pré-natal e na assistência durante o trabalho, respectivamente.

A utilização dos dados de óbitos fetais disponíveis no SIM é limitada, fato que dificulta a análise completa da dimensão do problema. São várias as razões que contribuem para essa situação, como veremos a seguir.

Não valorização do registro da morte fetal e não utilização da informação para a avaliação dos serviços de saúde

De maneira geral, os profissionais de saúde ainda consideram o óbito fetal como uma fatalidade que não se pode prevenir, e assim esses óbitos fetais são sub-registrados, em todos os estados do país, principalmente os localizados nas regiões Norte e Nordeste.

Uma das limitações para o cálculo das taxas de mortalidade fetal decorre do fato de que é frequente o registro de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento como óbitos fetais, o que leva à superestimação do componente fetal e, conseqüentemente, à subestimação do óbito neonatal precoce, assim como a subestimação do número de nascidos vivos. Isso pode comprometer também a análise comparativa das taxas entre diferentes locais.

Dados não preenchidos e ignorados da declaração de óbitos fetais

Frequentemente os dados da declaração do óbito fetal não são registrados, entre eles destacam-se alguns dados que são essenciais para a orientação de intervenções preventivas.

Morte em relação ao parto: antes ou durante o trabalho de parto

Os óbitos ocorridos **antes do trabalho de parto** são associados às infecções maternas, com destaque para a sífilis, o crescimento intrauterino restrito, como consequência do tabagismo e de patologias maternas, em especial a hipertensão, a diabetes e a malformação congênita.

Essas causas são em grande parte classificadas como evitáveis pela ação dos sistemas e serviços de saúde, pelo adequado acompanhamento da saúde integral da mulher antes da concepção, do planejamento da gravidez e da assistência pré-natal.

Já os óbitos ocorridos **durante o trabalho de parto** são associados à dificuldade de acesso à assistência qualificada ao parto e ao nascimento. A OMS estima que a atenção adequada ao parto e ao nascimento pode reduzir em torno de 23% a mortalidade fetal intraparto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; BHUTTA et al., 2011).

A investigação do óbito fetal é discutida com minúcia na Parte II, Capítulo 7: “Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança”.

Investigação do óbito fetal

Para conhecer a real dimensão da morte fetal no país, assim como melhorar a qualidade do dado registrado na declaração de óbito fetal, uma estratégia fundamental é a investigação. Após a entrevista com a família e o resgate de dados dos prontuários das gestantes nos estabelecimentos de saúde, pode-se esclarecer o momento da ocorrência do óbito – se ocorreu antes ou durante o trabalho de parto.

A informação da família sobre a movimentação fetal e outros sinais de vida do feto durante o trabalho de parto podem auxiliar na compreensão de que o recém-nascido estava vivo, apesar do registro, na declaração, de “óbito ocorrido antes do parto”. Os dados obtidos com os familiares são, portanto, cruciais para subsidiar o desenvolvimento de ações de intervenção para a prevenção de óbitos fetais, uma vez que devem ser claras e objetivas tanto as ações dirigidas ao pré-natal quanto aquelas aplicadas à melhoria da qualidade da atenção ao parto.

Duração da gestação e peso ao nascer

Esses dados indicam a viabilidade do feto, ou seja, a possibilidade de sobrevivência no meio extrauterino após o parto. Quanto maior a duração da gestação e/ou o peso ao nascer, maior a viabilidade do feto e, portanto, maior o potencial de sobrevivência.

A sobrevivência de fetos com menos de 22 semanas de vida e com peso ao nascer menor que 500 gramas é muito baixa.

O que se recomenda para comparar taxas de mortalidade fetal entre diferentes localidades?

Para comparar as taxas de mortalidade fetal entre regiões, é recomendado utilizar alguns critérios, como a classificação do óbito fetal de acordo com a duração da gestação, o peso ao nascer e a morte em relação ao parto.

A OMS, por exemplo, utiliza a taxa de mortalidade fetal **tardia**, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação, para realizar a comparação internacional.



Para ampliar suas informações acerca dos dados aqui apresentados, acesse: www.datasus.gov.br

Brasil: problemas na qualidade dos dados dos óbitos fetais

Para avaliar a qualidade dos registros de dados da declaração de óbito sobre a morte fetal, vamos usar como exemplo o ano de 2010. No total,

foram registrados 30.929 óbitos fetais no SIM. Acompanhe a análise dos dados:

- ☉ 9,53% (2.947) dos óbitos fetais registrados não dispunham de registro de peso ao nascer. Entre os óbitos com peso ao nascer registrados, 27,80% (7.780) apresentavam peso igual ou maior de 2.500g, ou seja, quase 1/3 eram fetos com grande potencial de sobrevivência;
- ☉ nos 6,48% (2.003) dos óbitos registrados, a idade gestacional era ignorada ou não preenchida;
- ☉ entre os óbitos fetais com idade gestacional registrada, 27,16% (7.855) tinham mais de 37 semanas de gestação, ou seja, eram fetos a termo com grande potencial de sobrevivência; 43,85% (12.683) tinham entre 28 e 36 semanas de gestação, igualmente com grande possibilidade de viabilidade fetal. Esses dados indicam claramente que no Brasil há um excesso de mortes de fetos viáveis no final da gestação.
- ☉ em 9,5% dos óbitos registrados (2.939), a “morte em relação ao parto” era ignorada ou não preenchida. Dos conhecidos, 94,22% (26.371) foram registrados como óbitos ocorridos antes do trabalho de parto. Poucos óbitos foram registrados durante o trabalho de parto, contrariando as estimativas internacionais e nacionais. Este dado indica a baixa confiabilidade do registro na declaração de óbito, não permitindo análise mais fiel sobre a realidade da assistência obstétrica com relação aos óbitos fetais no país.

Brasil: as causas de óbitos fetais em 2010

As principais causas de óbitos fetais, segundo os capítulos da CID 10, foram: afecções perinatais (29.144 casos, 94,22%); malformações congênitas (1.645 casos, 5,32%); e doenças infecciosas e parasitárias (140 casos, 0,45%). Destacamos que em 2010 houve 140 casos de mortes fetais atribuídas à sífilis congênita (DATASUS, 2012).

As principais causas específicas de óbitos fetais foram:

- ☉ 25,75% (7.965) por hipóxia intrauterina P.20 (CID 10), que agrega a morte ocorrida no anteparto e no intraparto, registrada apenas como morte intrauterina sem especificar a relação com o parto. Ou seja, sem especificar a causa, se P20.0 (Hipóxia intrauterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto) ou P20.1 (Hipóxia intrauterina diagnosticada durante o trabalho de parto);

- 23,27% (7.196) por morte fetal de causa não especificada P.95 (CID 10), apontando sérias limitações no registro das causas e na qualificação da informação;

Utilizando a classificação com grupamento de causas, que possibilita maior visibilidade às mortes fetais intraparto (FRANÇA; LANSKY, 2009), observamos o registro de 6.416 casos, ou seja, 20,74% do total de óbitos fetais de 2010. Este dado aponta a necessidade de qualificação da atenção ao parto para prevenção das mortes intraparto, assim como ações de vigilância de óbito para correção dessa causa básica (DATASUS, 2012).

Ocitocina é um hormônio natural necessário para a iniciação do trabalho de parto. Produzido sinteticamente, pode ser utilizado sob forma de infusão venosa na indução de trabalho de parto em caso de pós-maturidade do feto, ruptura prematura da membrana amniótica, pré-eclampsia ou outras situações em que haja indicações para a aceleração do parto. Sua utilização deve seguir critérios estritos baseados em evidências científicas, tendo em vista os efeitos adversos para a mulher e a criança, como o aumento da dor, das contrações e do estresse materno e a diminuição da oxigenação fetal, entre outros.

Mortes fetais intraparto ou por asfixia, em geral em bebês sem risco, são inaceitáveis, já que a maioria absoluta dos partos, mesmo nas regiões Norte e Nordeste do país, ocorre em ambiente hospitalar e com acompanhamento médico. A prevenção dessas mortes depende de:

- acompanhamento adequado durante o trabalho de parto;
- implementação das Boas Práticas que favorecem a fisiologia do trabalho de parto, por exemplo: acompanhante de livre escolha da mulher, doulas, enfermagem obstétrica e cuidado 1 para 1, métodos não farmacológicos para dor, livre posicionamento e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001);
- redução de intervenções desnecessárias que aumentem o risco de asfixia durante o trabalho de parto, como o uso rotineiro de **ocitocina**, banalizado na prática obstétrica no país;
- identificação de complicações e realização de intervenções oportunas e adequadas (LAWN et al., 2009).



Para saber mais, recomendamos a leitura do artigo "A natimortalidade como indicador de saúde perinatal", de Lorenzi et al. (2001) e que pode ser acessado em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4069.pdf>

Para praticar



Consulte o "Quadro 2 – Estrutura de análise dos determinantes da mortalidade infantil", apresentado no Capítulo 3, e responda:

- Com base na experiência em relação ao óbito fetal no seu município, como se dá a linha de cuidado na saúde da mulher para a prevenção do óbito fetal?
- Quais determinantes listados no Quadro 2 estão mais frequentemente envolvidos nas mortes fetais do seu município?
- Acrescente os determinantes que considera ausentes para completar o quadro.

Mortalidade perinatal

A taxa de mortalidade perinatal é o indicador mais apropriado para a análise da utilização dos serviços de saúde e da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Ela dá maior visibilidade do problema, bem como possibilita a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável.

Para efeito de cálculo, utiliza-se a fórmula a seguir.

Taxa de mortalidade perinatal

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais, 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento + número de óbitos até o 6º dia de vida (neonatal precoce)}}{\text{Número total de nascimentos}} \times 1.000$$

Recomenda-se o cálculo da taxa de mortalidade perinatal apenas para as unidades da Federação nas quais a taxa de mortalidade infantil é calculada pelo método direto (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008): Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

Considerações finais

Apesar do reconhecido valor dos conhecimentos sobre a mortalidade fetal, indicador tanto das condições socioeconômicas da população como da qualidade da assistência, a deficiência das estatísticas vitais no Brasil ainda permanece na agenda atual como um dos desafios a serem superados para o adequado acompanhamento deste indicador da qualidade de atenção à saúde.

Conhecer a mortalidade fetal e reconhecer a sua evitabilidade são passos essenciais para promover a saúde fetal e reduzir a mortalidade que pode ser prevenida pela atenção à saúde.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de atenção ao parto e nascimento*. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta coleta de dados, sistema de informações sobre mortalidade, sistema de informações sobre nascidos vivos, sistema de informação em saúde (sis), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 fev. 2009.
- BHUTTA, Z. A. et al. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *The Lancet*, London, v. 377, n. 9776, p. 1523-1538, 30 Apr. 2011.
- DARMSTADT, G. L. et al. Reducing stillbirths: interventions during labor. *BMC Pregnancy Childbirth*, London, v. 9, p. S6, 2009. Suplemento 1.
- DATASUS. *Arquivos de DO: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnw/fet10uf.def>>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- DATASUS. *Arquivos de DO: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 10 abr. 2011.
- FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112.
- IBGE. *Pesquisa nacional por amostras de domicílios/PNAD, 2007*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>>. Acesso em: nov. 2012.
- LANSKY, S. et al. Evolução da mortalidade infantil no Brasil, 1980 a 2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF, 2009. p. 239-266.
- LANSKY, S. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 117-130, 2006.
- LANSKY, S. et al. Mortalidade infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 105-112, 2007. Suplemento 2.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, set./out. 2002.
- LAWN, J. E. et al. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? *International Journal of Gynaecology And Obstetrics*, Baltimore, v. 107, p. S123-S142, 2009. Suplemento 1.

LAWN, J. E. et al. Stillbirths: Where? When? Why?: How to make the data count? *The Lancet*, London, v. 377, n. 9775, p. 1448-1463, 23 Apr. 2011.

LORENZI, D. R. S. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-146, jan./fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4069.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

MULLAN, Z.; HORTON, R. Bringing stillbirths out of the shadows. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9774, p. 1291-1292, 16 Apr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993.

PATTINSON, R. et al. Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies? *The Lancet*, London, v. 377, n. 9777, p. 1610-1623, 7 May 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *New England Journal of Medicine*, London, v. 294, p. 582-588, 1976.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneva, 2006.