

Óbitos Fetais e Perinatais: informações epidemiológicas registradas no município de Cascavel/PR

Fetal and Perinatal Death: epidemiological information registered in the municipality of Cascavel/PR

Muertes Fetales y Perinatales: información epidemiológica registrada en el municipio de Cascavel/PR

Recebido: 15/05/2023 | Revisado: 23/05/2023 | Aceitado: 24/05/2023 | Publicado: 29/05/2023

Allana Cristina Ribeiro Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0719-5846>

Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Brasil

E-mail: aguiarallana@gmail.com

Larissa Kerr de Araújo Sodré

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3877-5218>

Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Brasil

E-mail: larissa_kerr@hotmail.com

Resumo

Óbito fetal é a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte perinatal engloba a morte de um feto de idade gestacional de 22 semanas até 7 dias de vida pós-natal. Tais informações são extremamente relevantes para estudos em saúde pública e saúde materno-infantil e a compreensão que envolve as principais causas de óbito fetal e perinatal é fundamental para a sua prevenção. Diante do exposto, o presente estudo objetivou quantificar e relacionar as informações epidemiológicas do município de Cascavel e as taxas de óbitos fetais e perinatais ocorridos. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva com análise de declarações de óbitos registradas no Centro de Vigilância Epidemiológica do município de Cascavel, PR, no período entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2018. A causa básica predominante em óbitos fetais foi “feto afetado por afecções maternas” e a causa básica predominante nos óbitos perinatais foi “feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas na gravidez”. O ano com maior número de óbitos fetais foi 2017 e o de maior número de mortes perinatais o ano de 2014.

Palavras-chave: Óbito fetal; Morte perinatal; Patologia; Obstetrícia; Perinatologia; Epidemiologia; Declaração de óbito.

Abstract

Fetal death is the death of a product of conception before expulsion or complete extraction from the mother's body, regardless of the duration of pregnancy. Perinatal death encompasses the death of a fetus from a gestational age of 22 weeks to 7 days postnatally. Such information is extremely relevant for studies in public health and maternal and child health, and understanding the main causes of fetal and perinatal death is essential for its prevention. Given the above, the present study aimed to quantify and relate the epidemiological information of the municipality of Cascavel and the rates of fetal and perinatal deaths that occurred. This is a retrospective study with the analysis of death certificates registered at the Epidemiological Surveillance Center of the municipality of Cascavel, PR, between January 1, 2014 and December 31, 2018. The predominant underlying cause in fetal deaths was “fetus affected by maternal conditions” and the predominant underlying cause of perinatal deaths was “fetus or newborn affected by maternal complications in pregnancy”. The year with the highest number of fetal deaths was 2017 and the year with the highest number of perinatal deaths was 2014.

Keywords: Fetal death; Perinatal death; Pathology; Obstetrics; Perinatology; Epidemiology; Death certificate.

Resumen

La muerte fetal es la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte perinatal cubre la muerte de un feto con una edad gestacional de 22 semanas a 7 días de vida posnatal. Dicha información es de suma relevancia para los estudios en salud pública y materno-infantil, y la comprensión que involucra las principales causas de muerte fetal y perinatal es fundamental para su prevención. Dado lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo cuantificar y relacionar la información epidemiológica del municipio de Cascavel y las tasas de muertes fetales y perinatales ocurridas. Este es

un estudio retrospectivo con análisis de los certificados de defunción registrados en el Centro de Vigilancia Epidemiológica de la ciudad de Cascavel, PR, del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2018. La causa básica de muerte predominante fue “feto afectado por condiciones maternas” y la causa subyacente predominante de las muertes perinatales fue “feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas durante el embarazo”. El año con mayor número de muertes fetales fue 2017 y el año con mayor número de muertes perinatales fue 2014.

Palabras clave: Muerte fetal; Muerte perinatal; Patología; Obstetricia; Perinatología; Epidemiología; Acta de defunción.

1. Introdução

A fim de que o assunto seja desenvolvido, faz-se necessária a definição nosológica dos termos que serão utilizados com frequência nesse estudo. Portanto, o principal objetivo da introdução é definir com clareza, de acordo com as principais fontes médicas, a nomenclatura específica.

O óbito fetal (OF) é definido como a morte do produto da concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação. De acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), define-se como óbito fetal os óbitos em fetos com 500g ou mais, ou ocorridos a partir de 22 semanas completas de gestação ou mais, ou medindo 25 cm ou mais de comprimento vértice-calcâneo. (Ministério da Saúde, 2009).

Nascido vivo (NV) é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção que, independentemente da duração da gravidez, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva (CID 10, 2008).

Por definição, a morte perinatal (MPN) engloba a morte de um feto de idade gestacional de 22 semanas ou mais, ou morte de um lactente nascido vivo (NV) com menos de 7 dias de vida. (Ministério da saúde, 2001; Allason, 2016).

Segundo Black et al, 2003, nos últimos anos, apesar da redução nos números de casos de óbitos neonatais tardios (ON), definidos como a morte de um neonato (nascido vivo) antes de 28 dias de vida completos, a mortalidade fetal ainda é responsável por cerca de 50% da taxa de mortalidade infantil em países com taxa de mortalidade inferior a 35 por 1000 nascidos vivos. Por isso, é necessária atenção especial aos principais fatores de risco associados, a fim de que as gestantes recebam atendimento adequado e especializado durante o pré-natal.

Os fatores de risco mais prevalentemente associados ao óbito fetal (OF) são: idade materna avançada, tabagismo materno, morte fetal anterior e comorbidades maternas. As principais causas de morte perinatal (MPN) incluem ainda infecções, restrição do crescimento intrauterino, baixo nível socioeconômico, não excluindo os citados anteriormente para óbito fetal (OF) (Menezzi et al., 2016; Lawn et al., 2009).

Giraldi, 2017 afirma que uma das principais causas de óbito fetal (OF) é a infecção placentária. Nos casos de infecção hematogênica, as causas mais prevalentes são sífilis, toxoplasmose e rubéola.

Desse modo, fica explícita a necessidade de análise da história clínica da paciente e, em casos de recorrência de óbito fetal, está muitas vezes indicado o exame dos anexos fetais, juntamente com a análise da função citogenética molecular. Tais informações permitem inferir que a morte fetal deve ser avaliada de maneira criteriosa, com análise de cada caso de modo específico.

Estudos mais recentes mostram que são múltiplos os fatores associados ao óbito fetal (OF), os quais estão vinculados à maior morbidade e morbimortalidade, tanto da mãe quanto do feto. Assim, a identificação das circunstâncias clínicas da morte fetal é muito relevante. Além disso, a associação da morte fetal com anomalias ou doenças placentárias, quando identificáveis, é também de extrema relevância, a fim de prevenir piores prognósticos e óbitos fetais em futuras gestações

(Nijkamp et al., 2017).

A análise dos dados de óbito fetal e perinatal pode permitir a identificação da qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes (Barros, 1993). Portanto são informações extremamente relevantes para o estudo em saúde pública e para o esclarecimento de quais são as causas mais prevalentes desse tipo de óbito.

Dados sobre mortalidade perinatal e óbito fetal revelam informações diretas e indiretas sobre a qualidade da assistência pré-natal oferecida.

A avaliação das causas de óbito fetal e de morte perinatal pode revelar informações sobre a qualidade da assistência em saúde em uma região, mais especificamente da assistência obstétrica e do pré-natal. Esse conhecimento pode permitir e conduzir a criação de políticas públicas de saúde para a prevenção de um possível desfecho ruim, através da oferta de um pré-natal mais cuidadoso e detalhado, com atenção integral à mulher e ao bebê. O que aponta que a implementação de assistência pré-natal e intraparto de boa qualidade é fundamental para redução da mortalidade e morbidade tanto fetal quanto materna (Tunçalp et al., 2015).

2. Metodologia

A pesquisa foi submetida à análise e aprovação pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, de acordo com o parecer 5.382.661 e CAAE 57271522.6.0000.5219. Trata-se de uma pesquisa descritiva e abordagem retrospectiva e quantitativa, com coleta de dados obtidos por meio das declarações de óbito fetal e perinatal, obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponíveis no Centro de Vigilância Epidemiológica de Cascavel, PR, e que foram registrados entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2018. A escolha desse método leva em consideração que o uso da perspectiva matemática, considerando dados quantitativos permite prever determinados acontecimentos em qualquer área do saber humano (Pereira et al., 2018).

Foram incluídos nesse trabalho as seguintes variáveis em relação aos óbitos ocorridos no município de Cascavel, no período de 2014 a 2018: número de óbitos fetais e perinatais, número total de óbitos por ano; causas de óbito descritas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10), informações maternas sobre a gestação e o parto: semana ou idade gestacional (IG de 22s, 23-27s, 28-31s, 32-35s e 36-42s), sobre a gravidez atual (se única ou múltipla); informações sobre o parto (vaginal ou cesárea); informações sobre o natimorto como sexo (masculino, feminino e ignorado), dados maternos: idade materna em anos (<20 anos, entre 20-35, > 35); escolaridade materna (nenhuma, de 1 a 3, de 4 a 7, de 8 a 11, de 5 a 12 anos de estudo e ignorada), e ocupação materna de acordo com o código brasileiro de ocupação (CBO).

Os dados foram armazenados e tabulados em planilha do Programa Microsoft Excel, analisados e apresentados no estudo.

3. Resultados

Foram analisadas 254 declarações de óbito ocorridos entre 1º de Janeiro de 2014 a 31 de Dezembro de 2018, ocorridos no município de Cascavel, PR e computados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica do município e registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Foram incluídas as causas de óbitos fetais e perinatais. Em relação aos óbitos fetais, foram computados 149 óbitos. Desses, 21,4% (n= 32) ocorreram em 2014, 20,8% (n=31) em 2015, 15,4% (n=23) em 2016, 22,1% (n=33) em 2017 e 20,1% (n=30) em 2018. Esses dados resultam em média de 29 óbitos fetais por ano. Os anos de 2014 e 2017 apresentaram maior número de óbitos e o ano de 2018 o menor número de óbitos, ao longo do período delimitado. Houve decréscimo no número

de casos de óbitos fetais entre 2015 e 2016, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Óbitos fetais por ano entre 2014 e 2018 (n=149).

Pontuação	n	%
2014	32	21,4%
2015	31	20,8%
2016	23	15,4%
2017	33	22,1%
2018	30	20,1%

Fonte: Autores (2022).

Em relação à causa básica, foram registradas 37,5% (n=56) de “Feto ou Recém-Nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual” sendo essa a causa básica mais prevalente (P00). Em seguida, 21,4% (n=32) de “Feto ou Recém-Nascido afetados por complicações da placenta, cordão umbilical e das membranas (P02)”. Foram ainda contabilizados 8,7% (n=13) de casos com diagnóstico de causa básica de morte “hipóxia intrauterina (P20)”, 6,0% (n=9) de “outras malformações congênicas (Q89)”, 4,6% (n=7) de “Feto ou Recém-Nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno (P04)”, 4,0% (n=6) de “Feto ou Recém-Nascido afetados por complicações maternas da gravidez (P01)”, 3,3% (n=5) de causa básica de óbito “crescimento fetal retardado ou desnutrição fetal” (P05); 3,3% (n=5) de “morte fetal de causa não especificada (P95)”; 2,01% (n=3) de “outras afecções originadas no período perinatal (P96)”, 2,01% (n=3) de “sífilis congênita (A50)”, 1,34% (n=2) de “Feto ou Recém-Nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto (P03)” e, por fim, 1,43% (n=2) de causa básica “outras malformações congênicas (Q04)”.

Aparecerem ainda com 0,06% as causa de óbitos “(n=1) outras doenças infecciosas e parasitárias congênicas (P37)”, “(n=1) transtorno transitório do metabolismo dos carboidratos específicos do feto e recém-nascido (P70)”, “(n=1) outras afecções comprometendo o tegumento específico do feto e do recém-nascido (P83)”, “(n=1) anencefalia e malformações similares (Q00)”, “(n=1) outras malformações congênicas do sistema nervoso (Q07)” e “(n=1) osteocondrodisplasia com anomalias de crescimento dos ossos longos e da coluna vertebral (Q77)”.

Em relação ao feto, 63,08% (n=94) foram declarados como sendo do sexo masculino, 35,5% (n=53) como do sexo feminino e 2 com sexo indeterminado. Quanto à idade gestacional, a maioria dos óbitos ocorreu entre a 28ª semana e a 31ª com 29,5% (n=44). Foi ainda constatado que 25,5% (n= 38) dos óbitos ocorreram entre a 32ª e 36ª semana, 21,4% (n=32) entre a 37ª e 41ª semana, 20,1% (n=30) da 22ª a 27ª semana e 3,3% (n=5) ocorreram com menos de 22 semanas de idade gestacional. Ao analisar dados referentes à gestação, constata-se que a gravidez única foi responsável por 95,9% (n=143) das mortes. Quanto ao tipo do parto, o parto vaginal foi o mais prevalente, com 60,04% dos casos (n=90).

Em relação à idade materna, 16,77% (n=25) dos óbitos ocorreu de mães com idade inferior a 20 anos. E 10% (n=15) dos óbitos ocorreu em mães com idade superior a 35 anos. Sendo assim, 109 mortes (cerca de 73,15% dos óbitos) ocorreram com idade materna entre 20 e 35 anos, dados esses apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos de acordo com a escolaridade materna.

Escolaridade	Total	%
<20 anos	25	16,77%
20 – 35 anos	109	73,15%
>35 anos	15	10%

Fonte: Autores (2022).

No que se refere à escolaridade materna, a maioria 55,03% (n= 82) possuía escolaridade compatível com 8 a 11 anos de estudo, seguida por mães com 12 anos ou mais de estudo (21,47%, n=32). Nota-se que 18,1% (n=27) possuía escolaridade entre 4 e 7 anos de estudo e 5,3% (n=8) das mães apresentava menos de 4 anos de estudo. Por fim, em relação à ocupação materna, de acordo com o código brasileiro de ocupação (CBO), a mais prevalente foi “dona de casa”, com 36,9% (n=55) dos casos.

Em relação ao óbito perinatal, foram computados 105 óbitos. Desses, 26,6% (n=28) ocorreu em 2014, 20% (n=21) em 2015, 21,9% (n=23) em 2016, 20,9% (n=22) em 2017 e 10,4% (n=11) em 2018. Esses dados resultam em média de 21 óbitos por ano. Os anos de 2014 e 2016 apresentaram maior número de casos e o de 2018, menor número de casos. Ocorrendo decréscimo do número de óbitos perinatais entre 2017 e 2018.

Em relação à causa básica de morte, 23,8% (n=25) foi definida como “Feto ou Recém-Nascido afetados por complicações maternas na gravidez (P01)”. Em seguida, 16,1% (n=17) dos casos definidos como óbitos de “Feto ou Recém-Nascido afetados por afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual (P00)”, 11,4% (n=12) declarados como “Feto ou Recém-Nascido afetados por complicações da placenta, cordão umbilical e das membranas (P02)”, 5,7% (n=6) como “malformações congênitas do pulmão (Q33)”, 4,7% (n=5) de casos de “anencefalia e malformações similares (Q00)”, 4,7% (n=5) como “outras malformações congênitas (Q89)”, 3,8% (n=4) de “Feto ou Recém-Nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto (P03)”, 2,8% (n=3) dos óbitos declarados como “outras afecções comprometendo o tegumento específicas do feto e do recém-nascido (P83)”, 1,9% (n=2) de “osteochondrodisplasia com anomalias de crescimento dos ossos longos e da coluna vertebral (Q77)”, 1,9% (n=2) como “agenesia renal e outros defeitos de redução renal (Q60)”, 1,9% (n=2) de “outras malformações congênitas do coração (Q24)”, e, por fim, 1,9% (n=2) de “septicemia bacteriana do recém-nascido (P36)”.

Foram identificados também, com 0,9% cada, os seguintes diagnósticos de morte: “(n=1) Feto ou Recém-Nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno e doenças relacionadas (P04)”, “(n=1) crescimento fetal retardado ou desnutrição fetal (P05)”, “(n=1) transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer (P07)”, “(n=1) desconforto respiratório do recém-nascido (P22)”, “(n=1) síndrome de aspiração neonatal”, “(n=1) outras afecções respiratórias originadas do período perinatal (P24)”, “(n=1) perda sanguínea fetal (P50)”, “(n=1) outras hemorragias neonatais (P54)”, “(n=1) outras afecções do período neonatal (P96)”, “(n=1) microcefalia (Q02)”, “(n=1) malformações congênitas do septo cardíaco (Q21)”, “(n=1) malformações da valva pulmonar tricúspide (Q22)”, “(n=1) malformações congênitas da valva aórtica e mitral (Q23)”, “(n=1) malformação congênita de grandes artérias (Q25)”, “(n=1) malformação congênita de traqueia e brônquios (Q32)”, “(n=1) outras malformações congênitas do aparelho digestivo (Q45)”, “(n=1) outras osteochondroplasias (Q78)”, “(n=1) malformações congênitas do sistema osteomuscular (Q79)”, “(n=1) síndrome de Edwards e síndrome de Patau (Q91)” e “(n=1) sufocação e estrangulamento acidental na cama (W75)”, os quais estão detalhados na Tabela 3.

Tabela 3 - Causas básicas de óbito perinatal e número de casos entre 2014 e 2018.

<i>CID</i>	<i>Causa básica</i>	<i>n de casos</i>
<i>P00</i>	<i>Feto ou Recém-Nascido afetados por afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual</i>	<i>17</i>
<i>P01</i>	<i>Feto ou Recém-Nascido afetados por complicações maternas na gravidez</i>	<i>25</i>
<i>P02</i>	<i>Feto ou Recém-Nascido afetados por complicações da placenta, cordão umbilical e das membranas</i>	<i>12</i>
<i>P03</i>	<i>Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto</i>	<i>4</i>
<i>P04</i>	<i>Feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno</i>	<i>1</i>
<i>P05</i>	<i>Crescimento fetal retardado ou desnutrição fetal</i>	<i>1</i>

P07	<i>Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte</i>	1
P22	<i>Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido</i>	1
P24	<i>Síndrome de aspiração neonatal</i>	1
P28	<i>Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal</i>	1
P36	<i>Septicemia bacteriana do recém-nascido</i>	2
P50	<i>Perda sanguínea fetal</i>	1
P83	<i>Outras afecções comprometendo o tegumento específicas do feto e do recém-nascido</i>	3
P96	<i>Outras afecções originadas no período perinatal</i>	1
Q00	<i>Anencefalia e malformações similares</i>	5
Q02	<i>Microcefalia</i>	1
Q21	<i>Malformações congênitas dos septos cardíacos</i>	1
Q22	<i>Malformações congênitas das valvas pulmonar e tricúspide</i>	1
Q23	<i>Malformações congênitas das valvas aórtica e mitral</i>	1
Q24	<i>Outras malformações congênitas do coração.</i>	2
Q25	<i>Malformações congênitas das grandes artérias</i>	1
Q32	<i>Malformações congênitas da traqueia e dos brônquios</i>	1
Q33	<i>Malformações congênitas do pulmão</i>	6
Q45	<i>Outras malformações congênitas do aparelho digestivo</i>	1
Q60	<i>Agensia renal e outros defeitos de redução do rim</i>	2
Q77	<i>Osteocondrodissplasia com anomalias de crescimento dos ossos longos e da coluna vertebral</i>	2
Q78	<i>Outras osteocondrodissplasias</i>	1
Q79	<i>Malformações congênitas do sistema osteomuscular não classificadas em outra parte</i>	1
Q89	<i>Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte</i>	5
Q91	<i>Síndrome de Edwards e síndrome de Patau</i>	1
W75	<i>Sufocação e estrangulamento acidental na cama</i>	1

Fonte: Autores (2022)

Em relação ao feto, 55,2% (n=55) eram do sexo masculino, 43,8% (n=46) do sexo feminino e 1 caso declarado como indeterminado. Em relação ao tipo de gestação, 88,5% (n=93) das gestações eram únicas. Quanto ao tipo de parto, 56,1% (n=59) foram cesáreas e 43,8% (n=46) foram partos vaginais.

Em relação à idade materna, 15,2% (n=16) dos óbitos eram fetos ou recém-nascidos de mães com idade inferior a 20 anos, 14,2% de mães com idade superior a 35 anos e, por fim, 70,4% (n=74) de mães com idade entre 20 e 35 anos.

No que se refere à escolaridade materna, a maioria - 59% (n=62) - possuía escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo, seguida por 12 anos ou mais em 30,4% (n= 32) dos casos. 9,5% (n=10) apresentava escolaridade entre 4 e 7 anos e 0,9% (n=1) não possuía nenhuma escolaridade.

Por fim, foi analisada a ocupação materna de acordo com o código brasileiro de ocupação (CBO) e a mais prevalente foi “dona de casa” em 35,2% (n=37) dos casos.

4. Discussão

De modo geral, o Brasil apresenta níveis significativos de mortalidade materno-fetal, os quais se vinculam a problemas na assistência e acompanhamento pré-natal. Uma avaliação do panorama global nas últimas décadas deixa claro que há uma tendência de maior atenção mundial à temática, com uma nova estratégia de integração global para a saúde da mulher e da criança, incluindo os casos de natimortos como indicador central da saúde oferecida (Froen et al., 2016).

Os resultados da presente pesquisa identificaram a taxa de mortalidade fetal no ano de 2017 de 6,42, ano do intervalo temporal da pesquisa com a maior taxa de mortalidade. Dessa forma, é possível verificar que mesmo no ano com elevação quantitativa de óbitos, a taxa de mortalidade ficou abaixo da nacional, a qual desde 2015 se encontra estacionária em 9,5

(Barros, 2019).

Tanto no óbito fetal quanto no óbito perinatal, as afecções maternas (P00 e P01) foram responsáveis pela maioria dos óbitos, tanto relacionados à gestação atual quanto às afecções maternas prévias (16,1%), como descrito no Capítulo XV do CID-10, o qual compreende gravidez, parto e puerpério. No entanto, a análise da taxa de mortalidade, segundo o grupo de causas, reflete grandes discrepâncias entre resultados de diferentes estados (Nobrega et al., 2021). Avaliando-se ainda o cenário mundial, muitas vezes quando relatórios sobre as causas estão disponíveis, estão baseados apenas na autópsia verbal, o que condiciona uma imprecisão acerca dos dados fornecidos (Mcclure et al., 2022).

Nessa pesquisa a taxa por 1000 nascidos vivos foi de 5,45, valor abaixo da média estadual. Assim como há discrepância desse valor no território nacional em função das causas, as taxas de mortalidade perinatal também são, de modo geral, destoantes entre os estados. Segundo dados do Ministério da Saúde, estados do Norte e do Nordeste ainda apresentam altas taxas de subnotificação e assim, tanto as causas quanto as taxas podem estar muito diferentes.

O sexo masculino apareceu como sendo mais prevalente na presente pesquisa, tanto no óbito fetal como no perinatal, o que corrobora com a estimativa de fator de risco no âmbito estadual de acordo com dados secundários obtidos no SIM e SINASC, os quais indicam que cerca de 52,5% dos óbitos são do sexo masculino (Migoto, 2016). Em relação à escolaridade materna dos óbitos fetais e perinatais, o presente estudo divergiu do que é comumente encontrado no âmbito nacional: a maioria dos óbitos ocorreu de mães com escolaridade superior a 8 anos de estudo. No território nacional, a maioria dos óbitos acontece com fetos ou recém-nascidos de mães com escolaridade inferior a 4 anos (Fonseca et al., 2016). Segundo Barros, 2019, a morte nesses casos pode estar relacionada a um aumento da idade materna (30 – 44 anos), tendo, portanto, gestações de maior risco obstétrico.

Em relação ao tipo de parto, o parto vaginal apareceu como mais prevalente no óbito fetal, o que corrobora com o cenário nacional. Já no óbito perinatal, a cesárea apareceu sendo a mais predominante. No cenário nacional, a taxa de cesáreas tem-se mostrado alarmante, portanto, é necessário sempre avaliar a taxa de morbimortalidade ao longo do tempo (Barros, 2019).

Os óbitos fetais predominaram entre 32^a e a 36^a semanas de idade gestacional. Esse período gestacional também é apontado pela OMS como a fase em que ocorrem a maioria dos partos prematuros, cerca de 80%. Em relação à ocupação materna no total de óbitos tanto fetais quanto perinatais, a maioria ocorreu em mães que trabalhavam como donas de casa, o que corrobora com estudo comparativo feito em Maceió, AL, no qual esse perfil de ocupação teve 48,4% de prevalência (Bronze, 2019).

5. Conclusão

Este estudo propôs analisar o perfil epidemiológico dos óbitos fetais e perinatais ocorridos e registrados no município de Cascavel, PR, entre os anos de 2014 e 2018.

Encontramos as afecções maternas como principal causa de óbito tanto fetal quanto perinatal, mais comumente em fetos do sexo masculino de mães com mais de 8 anos de escolaridade e idade materna entre 20 e 35 anos, em casos de gestação única. O parto vaginal no óbito fetal teve maior prevalência e o parto cesárea mais comumente encontrado nos casos de óbito perinatal.

Por meio dessa análise a pesquisa tem por objetivo contribuir para uma melhor atenção em saúde para a mulher. Entende-se que a maior limitação do estudo foi referente ao preenchimento das declarações de óbito, uma vez que a qualidade da informação fornecida depende do correto preenchimento, de maneira enfática os três pilares que devem permear esse preenchimento documental: veracidade, fidedignidade e completude.

Ficou claro, portanto, que a mortalidade fetal e perinatal é uma temática ampla e com diversas variáveis, de fundamental importância no país. A mortalidade fetal reflete a atenção em saúde oferecida à díade mãe e bebê e ainda é um tema negligenciado muitas vezes, no âmbito nacional. Assim, destaca-se a importância de um pré-natal adequado e uma atenção integral e contínua para que as taxas de mortalidade de óbito fetal e de óbito perinatal se tornem cada vez menores, principalmente em relação às causas evitáveis. Visto que um grande obstáculo para os programas de saúde materna e neonatal é que eles não contemplam a todos de maneira igualitária e assim não chegam aos que mais precisam (Lassi et al., 2015)

Diante do disposto fica clara a necessidade da produção de novos artigos que abordem a problemática, uma vez que a elaboração científica é fundamento para o surgimento de melhorias na assistência pré-natal oferecida para a mulher. Visto que a identificação dos riscos permite ao profissional de saúde individualizar e planejar o cuidado com o paciente (Araújo, 2022). Sugere-se, portanto, que sejam realizados novos artigos com o enfoque no preenchimento adequado da declaração de óbito, dada a importância das suas informações quantitativas. E ainda artigos relacionados a diferença do assistencialismo oferecido a gestante entre os diversos estados do país. Sendo assim, será possível difundir e ampliar o conhecimento sobre o assunto e impactar de maneira positiva na qualidade de vida das mulheres.

Referências

- Allanson, E. et al. (2016). Classifying the causes of perinatal death. *Bulletin of the World Health Organization*. 94(2), 79–9. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168047>
- De Carvalho e Araújo, C. R. et al. (2022). Evitabilidade do óbito materno, fetal e infantil: a experiência do comitê de mortalidade em sobral-CE. *Sanare - Revista De Políticas Públicas*. 21(2). <https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1670>
- Black, R. E., Morris, S. S. & Bryce, J. (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *The Lancet Global Health*. 361, 2226-34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13779-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13779-8)
- Barros, P. S., Aquino, E. C. & Souza, M. R. (2019). Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 53, 12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000714>
- Batista, N. A. (1995). *Mortalidade perinatal hospitalar: classificação dos óbitos do hospital universitário Cassiano Antonio Moraes, Vitória, Espírito Santo (1992-1993)*. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz
- Brasil. (2009). Óbito Infantil e Fetal. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF)
- Brasil. (2000). Mortalidade infantil no Brasil: Tendência componentes e causa de morte no período de 2000, Secretaria de vigilância em saúde. Brasília (DF)
- Bronze, J. L. et al. (2021). Óbito fetal: perfil epidemiológico de uma maternidade pública em maceió. *Gep News*. 2(2), 152–161. <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12288>
- Fonseca, S. C. et al. (2017). Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. *Revista Saúde Pública*. 51, 94. <https://www.scielo.br/rsp/a/87vbBZN3jLdzvzhpffwfdqh/?format=pdf&lang=pt>
- Giraldi, L. M., Corrêa, T. R. K., Trevisol, F. S. & Gonçalves, C. O (2019). Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 55(1). <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20190007>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). (2015). Estatística do Registro Civil 2014. [Internet] Brasil. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/pesquisa/20/0?ano=2014>
- Lassi, S. Z. et al. (2015). Interventions to Improve Neonatal Health and Later Survival: An Overview of Systematic Reviews. *The Lancet*. volume 2, issue 8, p985-1000. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.05.023>
- Lawn, J. E. et al. (2009). 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 9(1): S2. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-S1-S2>
- McClure, E. M. et al. (2022). The causes of stillbirths in south Asia: results from a prospective study in India and Pakistan (PURPOSe). *The Lancet Global Health*, 10, E970-E977. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00180-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00180-2)
- Menezzi, A. M. E. et al (2016). Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. *O Mundo da Saúde*. http://www.saocamilos-p.br/pdf/mundo_saude/155574/A07.pdf
- Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Sistema de informações sobre Nascidos Vivos. (2001). Manual de Instruções para o Preenchimento da declaração de Nascido Vivo. Brasília. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/declaracao_nasc_vivo.pdf
- Nijkamp, J. W. et al. (2017). What is current practice? *Semin Fetal Neonatal Med*. 22(3): 167-75. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.005>

Nobrega, A. A. et al. (2021). Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. *Cad. Saúde Pública*. 38(1), e00003121. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00003121>.

OMS. (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). Organização Mundial da Saúde (OMS).

Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. UFSM. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf

Tunçalp, Ö. et al. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 122(8), 1045–1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>