

ÓBITOS FETAIS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUDOESTE II – GOIÁS, NO PERÍODO DE 2010 A 2015

FETAL DEATHS IN SOUTHWEST REGION OF GOIAS: 2010-2015.

VIEIRA, Átila Brígida de Lima ¹
MEDEIROS, Priscilla Ramos Mortate da Silva ²

1. Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde; Especialista em Atenção Primária à Saúde; Coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de Mineiros - GO.
2. Nutricionista, Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos; Analista em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, nutricionista da Creche Cantinho Feliz SES/GO.

RESUMO: O óbito fetal é um importante indicador da qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde, mas historicamente foi negligenciado pelas políticas de saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever as características epidemiológicas dos óbitos fetais, nos municípios da região sudoeste II-Goiás. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva retrospectiva com análise dos dados de estatísticas vitais, disponíveis no Datasus, referentes a óbitos fetais nos municípios da região sudoeste II – Goiás no período de 2010 a 2015. Identificou-se 139 óbitos fetais registrados, destacando os municípios de Perolândia, Portelândia, Santa Rita do Araguaia e Serranópolis com as taxas de mortalidade fetal mais elevadas da região no período. Jataí e Mineiros apresentaram maiores frequências de óbitos fetais em números absolutos. Ressalta-se maior ocorrência de óbito fetal em mulheres com idade entre 20 e 29 anos, com 8 a 11 anos de estudos, por partos via vaginal, de gestações únicas, fetos com peso ao nascer maior que 1500g e com morte anteparto. Os municípios com menor população determinam uma maior elevação da taxa de mortalidade fetal da região sudoeste II, reforçando a necessidade de conquistar maior visibilidade aos óbitos fetais para subsidiar a qualidade da assistência em Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chaves: Óbito fetal. Epidemiologia. Fatores de risco. Gravidez. Cuidado pré-natal.

ABSTRACT: Fetal death is an important indicator of the quality of the primary health care service, but has historically been neglected by health policies. Thus, the objective of this study was to describe the epidemiological characteristics of fetal deaths, in the municipalities of southwest region II-Goiás. This study is a retrospective descriptive epidemiological study

with data analysis of vital statistics, available on the Datasus, referring to fetal deaths in the municipalities of the Southwest region II - Goiás in the period from 2010 to 2015. We identified 139 recorded fetal deaths, highlighting the municipalities of Perolândia, Portelândia, Santa Rita do Araguaia and Serranópolis with the highest fetal mortality rates in the region in the period. Jataí and Mineiros presented higher frequencies of fetal deaths in absolute numbers. There is a higher incidence of fetal death in women aged between 20 and 29 years, with 8 to 11 years of schooling, vaginal deliveries, single pregnancies, fetuses with birth weight greater than 1500 g and with antepartum death. The municipalities with the lowest population determine the imoshigher fetal mortality rate of the Southwest region II, reinforcing the need to gain greater visibility to fetal deaths to subsidize the quality of care in Primary Health Care.

Keywords: Fetal death. Epidemiology. Risk factors. Pregnancy. Prenatal care.

INTRODUÇÃO

O óbito fetal é definido como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas¹. Quando não houver informações sobre o peso ao nascer, deve-se considerar a idade gestacional de 22 semanas ou mais. Não havendo informações sobre peso ao nascer e idade gestacional, considerar o comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais².

A etiologia da mortalidade fetal é multifatorial, podendo envolver uma combinação de fatores sociais, econômicos, biológicos, culturais e de falhas do sistema de saúde³. Dificilmente um fator de risco para morte fetal poderá ser percebido claramente, uma vez que, não atuam de forma isolada e independente, pois geralmente existe a atuação conjunta de fatores fetais, maternos e sociais⁴.

A natimortalidade ocorre principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento com TMF em torno de 10, enquanto em países desenvolvidos a frequência é de 2 a 7 óbitos fetais a cada mil gestações, embora sejam utilizados critérios diferentes de classificação, o que dificulta a comparação com outros países⁵. No Brasil, a taxa de natimortalidade atingiu 10,97

em 2010 e estima-se que aproximadamente 2,6 milhões de óbitos fetais ocorreram em nível mundial em 2015⁶.

A taxa de mortalidade fetal (TMF) é considerada um indicador sensível de qualidade de assistência prestada à gestante e ao parto. No Brasil possui algumas limitações, sendo recomendado seu uso apenas para as unidades da federação nas quais a TMF seja calculada pelo método direto. Ainda assim, pode ser estimada usando as estatísticas vitais⁵.

Há poucos estudos disponíveis que abordam isoladamente o período fetal no Brasil, pois a maioria da literatura encontrada engloba a mortalidade infantil geral e alguns se limitam ao período perinatal⁷. A maioria das pesquisas indicam os seguintes fatores fortemente associados à perda fetal: idade materna superior a 35 anos, nuliparidade, perdas fetais anteriores, doenças prévias como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, gemelaridade, anomalias cromossômicas fetais, tabagismo, infecções bacterianas e viróticas, ausência ou má qualidade da assistência pré-natal e deficiência no acompanhamento intraparto⁷.

A portaria ministerial nº 72 de 11 de janeiro de 2010 estabeleceu que a vigilância e investigação de mortes infantis e fetais são serviços obrigatórios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria considera ainda que, a identificação dos principais fatores de risco associados à morte fetal poderá embasar estratégias de prevenção de novos casos. Ressalta-se que a melhoria na oferta dos dados de forma isolada não evita o óbito, mas pode direcionar as intervenções para que sejam adotadas medidas para reduzi-lo².

O Estado de Goiás, por meio da portaria N° 215 de Março de 2018, estabeleceu a criação do grupo técnico infantil de agilização e revisão de óbitos, para apoiar a realização das ações de vigilância epidemiológica dos óbitos infantis e fetais, no âmbito da Gerência de Vigilância Epidemiológica do Estado de Goiás. Com o intuito de atingir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que sucederam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (1990-2015), iniciativa global que convoca o mundo para a eliminação da mortalidade materna e infantil evitável entre os anos de 2016 e 2030, para dar suporte técnico, e entre outros, monitorar o processo de investigação e análise dos óbitos infantis e fetais, junto às Regionais de Saúde e Municípios⁸.

Goiás ocupa o 13º lugar entre os estados, no que se refere à taxa de mortalidade infantil.

Desde os anos 1980, houve redução desta taxa, mas ainda é de 15,3 óbitos de crianças residentes com menos de um ano por 1.000 nascidos vivos. Essa redução está certamente associada a muitas medidas adotadas na área da saúde como as de caráter preventivo por meio do atendimento às gestantes e as campanhas de vacinação. Todavia, o estado ainda está distante da taxa aceitável, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10 (dez) óbitos por mil nascimentos⁹. No que diz respeito à mortalidade fetal, conforme dados disponíveis no Datasus, o Estado de Goiás apresentou TMF em 2015 de 7,67, menor que a taxa apresentada pelo Brasil de 8,32.

A redução da mortalidade infantil, em Goiás, para o patamar de 10,56 até o ano de 2018, é uma das metas da Saúde do Programa Goiás Mais Competitivo. Para avançar na redução desse indicador foi criado a partir de 2014 o Programa Siga Bebê, que promove o acompanhamento, em unidades de saúde, desde o pré-natal, em 30 municípios prioritários, que apresentam os maiores números de óbitos infantis e que concentram 76% da mortalidade infantil do Estado. Os cuidados prosseguem, após o nascimento da criança, com o monitoramento do seu crescimento e desenvolvimento, durante o primeiro ano de vida¹⁰.

Para superação dos problemas de saúde e planejamento integrado de ações, o SUS tem como eixo estruturante a regionalização. Região de saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde¹¹.

A região de saúde sudoeste II de Goiás é composta por 10 municípios: Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Santa Rita do Araguaia e Serranópolis, possui população total de 215.282 habitantes, o município com menor população é Perolândia com 3.090 habitantes e o maior é Jataí com 94.890 habitantes¹². Os municípios de Jataí e Mineiros, que apresentam maiores números de casos de mortalidade infantil, estão incluídos nos 30 municípios prioritários do Estado de Goiás para participarem do Programa Goiás mais competitivo e inovador, no eixo que tange a melhoria da qualidade de vida, visando reduzir a taxa de mortalidade infantil por meio de ações para fortalecimento da atenção primária a saúde, melhorando a assistência integral a mulher e a

criança, entre outros¹⁰.

Considerando o exposto, o estudo da mortalidade fetal permite visualizar o problema e implementar ações de prevenção para a redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis, devido a relevância que estes indicadores apresentam para qualificar a assistência em atenção primária a saúde. Assim, surgiu a seguinte questão norteadora: *Quais são os fatores epidemiológicos relacionados à mãe, a gestação e ao feto na ocorrência de óbitos fetais?*

Diante disso, o presente estudo objetivou descrever as características epidemiológicas dos óbitos fetais, identificar quais são as variáveis relacionadas aos óbitos fetais e identificar os municípios que apresentam o índice mais elevado de ocorrência de óbitos fetais, na região sudoeste II.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em abril de 2018, por meio da base de dados do Departamento de informática do Ministério da Saúde (DATASUS) pelo Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) e Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) por residência da mãe, disponíveis no portal do Ministério da Saúde no Departamento de Informática (DataSus/Tabnet). Foram avaliadas as variáveis relacionadas à mãe, a gravidez e ao feto: idade da mãe, escolaridade, raça/cor, peso ao nascer, sexo, duração da gestação, tipo de gravidez, tipos de parto e os dados de nascidos vivos.

Para realizar o cálculo de taxa de mortalidade fetal, utilizou-se como base os dados de mortalidade e nascidos vivos disponíveis no DATASUS. A TMF é calculada usando o número total de óbitos fetais no numerador e o número de nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) no denominador e multiplicado por mil, variando, porém, o critério de idade gestacional e peso para definir o óbito fetal⁵. Neste estudo foi calculada com o número de óbitos fetais a partir de 22 semanas de idade gestacional e com peso superior a 500g no numerador e dividido pelos nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais), multiplicado por mil.

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram todos óbitos fetais por residência da mãe,

ocorridos no período de 2010 a 2015, referente aos dez municípios que compõem a região sudoeste II do estado de Goiás, sendo: Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Santa Rita do Araguaia e Serranópolis.

A aprovação por um Comitê de Ética não foi necessária, visto que foram utilizados dados secundários de domínio público, que não identificam os participantes da pesquisa.

RESULTADOS

A região de saúde Sudoeste II apresentou no período de 2010-2015 um total de 139 óbitos fetais, registrados no Datasus, com registro anual entre 18 e 28 ocorrências no período. Os anos que apresentaram menor número de casos (18, 20 e 21) foram respectivamente 2013, 2015 e 2010 e os mais elevados foram nos anos de 2012 (25), 2014 (27) e 2011 (28), como pode ser observado na Tabela 1¹³.

Tabela 1 – Distribuição e frequência de óbitos por Residência nos municípios da região de saúde Sudoeste II - Goiás, segundo a duração da gestação de 22 a 42 semanas e mais, peso ao nascer de 500 a 4000g e mais, no período de 2010-2015.

Região/munic	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sudoeste II	21	15	28	20	25	18	18	13	27	20	20	14	139	100
Aporé	-	-	-	-	1	4	-	-	1	4	-	-	2	1
Caiapônia	2	10	-	-	1	4	-	-	1	4	1	5	5	4
Chapadão Céu	1	5	-	-	-	-	1	6	-	-	1	5	3	2
Doverlândia	-	0	1	4	1	4	-	-	-	-	-	-	2	1
Jataí	14	67	18	64	10	40	8	44	14	52	10	50	74	53
Mineiros	2	10	8	29	9	36	6	33	10	37	6	30	41	29
Perolândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	1	1
Portelândia	-	-	-	-	-	-	2	11	-	-	-	-	2	1
S. Araguaia	2	10	1	4	1	4	1	6	-	-	1	5	6	4
Serranópolis	-	-	-	-	2	8	-	-	1	4	-	-	3	2
Total	21		28		25		18		27		20		139	

Fonte: DATASUS/TABNET¹³

Os municípios que apresentaram maiores números de óbito fetal, no período estudado, foram

respectivamente Jataí com 74 óbitos (53%) e Mineiros com 41 óbitos (29%). Estes foram seguidos por Santa Rita do Araguaia e Caiapônia com 4% dos registros, Serranópolis e Chapadão do Céu representaram 2%, e Aporé, Doverlândia e Portelândia apenas 1%.

De acordo com a Tabela 2, em análise geral da TMF na região sudoeste II no período de 2010-2015, os valores se enquadram abaixo de 10. O ano de 2011 apresentou o maior coeficiente de mortalidade fetal do período estudado, com 9,15. Considerando o ano, as maiores TMF foram observadas em Santa Rita do Araguaia (2010), Doverlândia (2011), Serranópolis (2012), Portelândia (2013), Aporé (2014) e Perolândia (2015). Os municípios de Santa Rita do Araguaia, Serranópolis, Portelândia e Perolândia apresentaram os maiores registros de TMF, com valor acima de 25, nos anos de 2010, 2012, 2013 e 2015, respectivamente. Com TMF entre 10 e 15, destaca-se Aporé em 2012 e 2014, Caiapônia em 2010, Doverlândia em 2011 e 2012, Jataí em 2011, Santa Rita do Araguaia em 2011 e 2012 e Serranópolis em 2014.

Tabela 2 - Taxa de mortalidade fetal nos municípios da região sudoeste II por ano do óbito, no período de 2010-2015.

Município/Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aporé	0	0	14,92	0	13,88	0
Caiapônia	10,86	0	5,18	0	5,34	5,37
Chapadão Céu	7,35	0	0	5,91	0	5,05
Doverlândia	0	14,49	12,98	0	0	0
Jataí	10,18	12,57	7,54	5,29	9,27	7,02
Mineiros	2,36	8,60	9,04	5,70	8,86	5,16
Perolândia	0	0	0	0	0	25,64
Portelândia	0	0	0	26,31	0	0
Santa R. Araguaia	25,97	10,20	11,62	9,61	0	10,63
Serranópolis	0	0	26,31	0	11,11	0
Total	7,11	9,15	8,1	5,36	7,8	5,87

Fonte: MS/DATASUS Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/
 Sistema de Informação de Mortalidade - SIM¹³.

Sobre as variáveis sociodemográficas inerentes a mãe, descritas na Tabela 3, notou-se que 41% (57) possuíam entre 8 e 11 anos de estudo, 24 % com 4 a 7 anos de estudo, 13% com estudos de 12 anos e mais, 12 % com menos de 3 anos de estudo ou nenhuma escolaridade e 10% com tempo de escolaridade ignorado.

Tabela 3 - Frequência de óbitos fetais segundo variáveis sociodemográficas da mãe na região sudoeste II, Goiás, período de 2010-2015.

Região/munic	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade da mãe (em anos)														
10 a 14	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	1	1
15 a 19	4	19	6	21	3	12	3	17	4	15	7	35	27	19
20 a 24	8	38	3	11	9	36	6	33	5	19	4	20	35	25
25 a 29	2	10	6	21	5	20	5	28	11	41	4	20	33	24
30 a 34	1	5	5	18	4	16	-	-	3	11	2	10	15	11
35 a 39	4	19	4	14	2	8	3	17	4	15	3	15	20	14
40 a 44	-	-	2	7	1	4	1	6	-	-	-	-	4	3
45 a 49	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Ignorada	1	5	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
Escolaridade (em anos)														
Nenhuma	1	5	2	7	2	8	-	-	1	4	-	-	6	4
1 a 3	1	5	1	4	2	8	2	11	3	11	2	10	11	8
4 a 7	5	24	7	25	3	12	7	39	6	22	5	25	33	24
8 a 11	8	38	11	39	13	52	4	22	12	44	9	45	57	41
12 e mais	3	14	4	14	1	4	4	22	4	15	2	10	18	13
Ignorado	3	14	3	11	4	16	1	6	1	4	2	10	14	10
Raça/cor														
Parda	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Ignorado	20	95	28	100	25	100	18	100	27	100	20	100	138	99

Fonte: DATASUS/TABNET¹³

Quanto a idade da mãe, a maior concentração dos óbitos fetais ocorreu na faixa etária entre 20 e 29 anos, com 49%, que prevaleceu ao longo da maioria dos anos estudado exceto em 2011, quando houve uma redução do percentual idade materna de 20-29 anos para 32% e um aumento da frequência na faixa etária de 15-19 anos, com 21%. Ressalta-se que em 2015, esta faixa etária apresentou índice expressivo 35%. Acima de 30 anos e mais representou 29% dos casos, e entre 10 e 19 anos registrou 20%.

Quanto a variável raça/cor observou-se que apenas um registro havia a descrição como parda e 99% dos eventos foram registrados como ignorado.

Ao analisar as variáveis referentes a gestação (Tabela 4), constatou-se que a via de parto com maior ocorrência em relação a natimortalidade é o parto vaginal com 51%, porém nos anos de 2011 e 2013 a quantidade de partos cesáreos foi maior que partos vaginais, com 61% e 56% respectivamente.

Tabela 4 - Frequência de óbitos fetais segundo variáveis da gestação na região sudoeste II, Goiás, período de 2010-2015.

Região/munic	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade da mãe (em anos)														
10 a 14	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	1	1
15 a 19	4	19	6	21	3	12	3	17	4	15	7	35	27	19
20 a 24	8	38	3	11	9	36	6	33	5	19	4	20	35	25
25 a 29	2	10	6	21	5	20	5	28	11	41	4	20	33	24
30 a 34	1	5	5	18	4	16	-	-	3	11	2	10	15	11
35 a 39	4	19	4	14	2	8	3	17	4	15	3	15	20	14
40 a 44	-	-	2	7	1	4	1	6	-	-	-	-	4	3
45 a 49	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Ignorada	1	5	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
Escolaridade (em anos)														
Nenhuma	1	5	2	7	2	8	-	-	1	4	-	-	6	4
1 a 3	1	5	1	4	2	8	2	11	3	11	2	10	11	8
4 a 7	5	24	7	25	3	12	7	39	6	22	5	25	33	24
8 a 11	8	38	11	39	13	52	4	22	12	44	9	45	57	41
12 e mais	3	14	4	14	1	4	4	22	4	15	2	10	18	13
Ignorado	3	14	3	11	4	16	1	6	1	4	2	10	14	10
Raça/cor														
Parda	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Ignorado	20	95	28	100	25	100	18	100	27	100	20	100	138	99

Fonte: DATASUS/TABNET¹³

O tipo de gestação predominante foi a gestação única, correspondendo a 94% (130). A maior parte dos óbitos fetais com 95% (132) ocorreram antes do parto e o restante com 5%. Quanto a duração da gestação, 71% dos óbitos fetais ocorreram com idade gestacional abaixo de 36 semanas, 27% entre 37 e 41 semanas, e 2% com 42 semanas e mais.

As duas variáveis em relação ao feto, sexo e peso ao nascer, podem ser observadas na Tabela 5. Para toda região Sudoeste II prevaleceu o sexo masculino com 45% (62) e também houve maior ocorrência no decorrer dos anos, exceto em 2012, quando o número de óbitos fetais femininos foi superior (56%). Também foi observado uma quantidade considerável de natimortos, registrados com sexo ignorado (22%), especialmente no de 2011. Sobre a variável peso ao nascer, 37% (52) tinham peso entre 1500 e 2499g e outros 26% (35) tinham peso superior a 2500g.

Tabela 5 - Distribuição e frequência de óbitos fetais segundo variáveis do feto na região sudoeste II, Goiás, período de 2010-2015.

Região/munic	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo														
Masculino	11	52	-	-	10	40	12	67	15	56	14	70	62	45
Feminino	10	48	-	-	14	56	5	28	11	41	6	30	46	33
Ignorado	-	-	28	100	1	4	1	6	1	4	-	-	31	22
Peso ao nascer (em gramas)														
500 a 999	6	29	3	11	6	24	3	17	5	19	2	10	25	18
1000 a 1499	2	10	9	32	-	-	3	17	8	30	5	25	27	19
1500 a 2499	9	43	9	32	10	40	10	56	5	19	9	45	52	37
2500 a 2999	1	5	3	11	6	24	-	-	4	15	2	10	16	12
3000 a 3999	2	10	4	14	2	8	1	6	4	15	2	10	15	11
4000g e mais	1	5	-	-	1	4	1	6	1	4	-	-	4	3

Fonte: DATASUS/TABNET¹³

DISCUSSÃO

Ao analisar a região não foi observada sequência tendenciosa de acréscimo ou redução de casos ao longo dos anos estudados, ao contrário nota-se uma variação constante, principalmente nos dois municípios (Jataí e Mineiros) com maior número absoluto de óbitos fetais.

Ao avaliar os dados apresentados em números absolutos, nota-se que os municípios com maior número populacional, foram os que permaneceram ao longo dos anos com maior número de casos. Este contexto reforça a importância de avaliar esses dados, segundo a taxa de mortalidade fetal por 1000 nascidos vivos.

Dos municípios com maiores TMF apresentadas, Perolândia e Portelândia, ressalta-se que o registro de óbito fetal aconteceu em apenas 1 dos 6 anos estudados, enquanto os outros anos não tiveram nenhum registro de caso.

A região sudoeste II se mostrou heterogênea em relação a mortalidade fetal, no período

estudado. Os dois municípios da região com maior número de habitantes, Jataí e Mineiros, foram os principais responsáveis por elevar o número e a frequência de óbitos fetais, mas ao se considerar a taxa de mortalidade fetal calculada por 1000 nascidos vivos, essa se mostra mais elevada nos municípios com menor população, mesmo que não apresente constância e frequência de casos, com destaque para Perolândia, Portelândia, Santa Rita e Serranópolis que atingiram índices acima de 25 de TMF. Jataí também apresentou expressiva TMF 12,57 no ano de 2011. Esses dados lançam alerta para a necessidade de monitorar os eventos em Atenção Primária à Saúde (APS).

Resultados diversos podem ser observados na literatura. Estudo na nona regional de saúde do estado do Paraná, no período de 2010 a 2013, contabilizou índice de 7,7 óbitos por 1000 nascidos vivos, enquanto o estado do Paraná apresentou 8,9 óbitos fetais por 1000. Em 2012, estudo realizado na 10ª região de saúde do Ceará encontrou TMF de 11 óbitos fetais por 1.000 nascimentos, e de 14,5 óbitos por 1.000 nascimentos no ano de 2013¹⁴. O Brasil, entre 2010 a 2013, apresentou um índice de 11,0 óbitos fetais por 1000 nascidos vivos¹⁵. Para identificar as possíveis explicações para esses índices apresentados é necessário um estudo específico em cada região, visto que não acompanha tendência podendo indicar fatores diversos.

Sobre as variáveis sociodemográficas inerentes a mãe, em todos os anos estudados, prevaleceu a maior frequência a faixa entre 8 e 11 anos de estudo, o que difere de outros estudos sobre o tema. Estudo realizado em Pernambuco indica que a baixa escolaridade prevalece nos casos de natimortalidade, corroborando que existe diversidade das regiões do Brasil nos níveis e causas de morte fetal^{5,16}.

Alguns estudos não demonstraram significância estatística em relação às variáveis socioeconômicas, como renda, escolaridade, cor da pele e a associação com óbito fetal. Por outro lado, estudo de Mazotti *et al.*⁴ mostrou que gestantes com menos de oito anos de estudos apresentam um risco 1,5 vezes maior para o óbito fetal, quando comparado ao grupo de gestantes com mais de oito anos de estudo. Em pesquisa realizada no município de Pato Branco, entre 2000 e 2008, observou-se que a faixa etária entre 21 a 30 anos apresentou maior frequência, com 40,7% do total, o que está próximo dos resultados obtidos neste estudo. Dessa forma a maior incidência se deu no período considerado de alta fecundidade e ideal para a gestação, o que pode justificar a maior incidência de natimortalidade, visto que neste

período ocorre o maior número de gestações entre a população brasileira⁷.

Quanto a variável raça/cor não foi possível identificar alguma tendência, pois a maioria dos registros foram descritos como ignorado, o que dificulta a avaliação e confirma a necessidade de melhoria das informações de saúde. A variável cor da pele não mostrou relação com óbito fetal em outros estudos sobre natimortalidade e não foi abordada nas revisões internacionais recentes, nem nos estudos multicêntricos⁵

A via de parto recomendada para natimorto é a vaginal e a cesárea seria indicada em casos excepcionais¹⁷, mesmo com mais de 50% de partos vaginais, chama a atenção o alto índice de partos cesáreos para este fim, que exige uma análise mais específica sobre os fatores que indicaram o procedimento para avaliar a real necessidade.

A constatação que a maioria dos óbitos ocorreu entre 1500 a 2499g, que está diretamente relacionado a idade gestacional e a condição de vida intra-uterina, indica grande chance de viabilidade do feto, portanto condições passíveis de serem revertidas com o adequado atendimento em pré-natal.

Artigos sobre evitabilidade identificaram que a maioria dos natimortos ocorreram antes do parto, sugerindo deficiência da atenção pré-natal⁵. A elevada proporção de mortes evitáveis mostra a necessidade de melhoria da assistência pré-natal e ao parto. Segundo Assis, Siviera, Drumond e Machado³, houve elevada proporção (65,0%) de mortalidade fetal por causa evitável em fetos de peso de pelo menos 2.500 g que, teoricamente, estariam aptos ao nascimento, o que é inaceitável, tendo em vista as possibilidades de prevenção³. Dificilmente um fator de risco para morte fetal será claramente detectado, uma vez que não atuam isoladamente, geralmente existe a atuação conjunta de fatores fetais, maternos e sociais¹⁵.

O uso de dados secundários disponíveis no Datasus possibilitou este estudo em curto espaço de tempo, mas apresenta limitações quanto a qualidade das informações registradas e abordagem da análise devido aos poucos fatores estudados.

Sugerindo estudos futuros para melhor explorar o tema, abordando outros registros e criar um novo formulário estabelecendo dados mínimos de preenchimento para estes casos com melhor detalhamento e descrição de variáveis, para identificação das causas e constante avaliação dos

serviços prestados.

CONCLUSÃO

Observou-se maior frequência de morte fetal em mulheres com idade entre 20 e 29 anos, com 8 e 11 anos de estudos, por partos via vaginal, de gestações únicas, fetos com peso ao nascer maior que 1500g com morte anteparto.

Conclui-se que diante da quantidade de óbitos fetais apresentados na região Sudoeste II, os dois maiores municípios da região, Jataí e Mineiros apresentam maior frequência de óbitos, mas não apresentaram as maiores taxas de mortalidade fetal na região. Os municípios com população menor e pouca frequência de óbitos fetais são capazes de elevar bruscamente a TFM da região, com destaque para Perolândia, Portelândia, Santa Rita e Serranópolis.

Apoiados por estudos que validam esses indicadores como fortemente relacionados a qualidade de assistência pré-natal, é importante caracterizar e monitorar melhor essas informações para subsidiar políticas de saúde, ações e estratégias que previnam novas ocorrências quando forem possíveis e impactem diretamente no serviço prestado em Atenção Primária à Saúde.

A valorização do preenchimento completo de variáveis epidemiológicas e o investimento em grupo técnico de investigação de óbito pode contribuir para gerar informações mais fidedignas da real situação e dar maior visibilidade ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília; 2009. 98p.
2. Ministério da saúde (BR). Portaria MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. Diário oficial da união. Brasília; 2010; S 1:29-31.
3. Assis HM de, Siviero PCL, Drumond E de F, Machado CJ. Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. Cad

Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 20];22(3):314–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300314&lng=pt&tlng=pt

4. Mazotti BR, Zilly A, Ferreira H, Caldeira S, Meire R, Da Silva M. Fatores epidemiológicos correlacionados ao risco para morte fetal: revisão integrativa da literatura. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2016 [Acesso em 2018 abr 20];23(2):9–15. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/221>

5. Barbeiro FM dos S, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira M de SS, Silva FP da, Ventura PM, et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Rev Saude Publica [Internet]. 2015 [Acesso em: 2018 Abr 22];49(22):1–15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf

6. Menezzi AMED, Figueiredo ID, Lima EWB, Almeida JC de, Marques FKS, Oliveira CF de, et al. Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas TT - Death of fetal surveillance: main causes of study. Mundo saúde [Internet]. 2016 [Acesso em 2018 Abr 22];40(2):[208-212]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/vigilancia_obito_fetal.pdf

7. Trindade L de L, Amestoy SC, Picolo D, Falchetti G, Milbrath VM. Fatores de risco para morte fetal no município de Pato Branco (Brasil). Invest Educ Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 2018 abr 20];29(3):451–8. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300014

8. Secretaria de estado da saúde (GO). Portaria 215 de Março de 2018 cria o grupo tecnico infantil de agilização e revisão de óbitos para apoiar a realização das ações de vigilância epidemiológica dos óbitos infantis e fetais no âmbito da gerencia de vigilancia epidemiologica . Goiania; 2018.

9. Arriel MF, Maria D, Marques F, Romanatto E SMG. Goiás no contexto nacional-2015. Instituto Mauro Borges de estatísticas e estudos socioeconômicos. Goiania; 2016 :1–97.

10. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (GO). Caderno de Entregas e

Resultados. Goiânia; 2017.

11. Ministério da saúde (BR). A regionalização na saúde e os mecanismos de governança sistêmica do SUS: Os espaços de governança interestaduais. Brasília; 2013.
12. Secretaria de estado da saúde (GO). Coordenação de planejamento. Plano diretor de regionalização. *Goiânia; s.n; 2001. CD-ROM* *ilustrado 3/4 pol. (DVD/CD)*.
13. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Estatísticas vitais. Mortalidade: óbitos fetais [acesso em 2018 Maio 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
14. Lima KJ, Chaves CS, Gomes EO, Lima MA, Candeira ECP, Teófilo FKS, et al. Análise da situação em saúde: a mortalidade fetal na 10^a região de saúde do Ceará. *Rev Bras em promoção da Saúde* [Internet]. 2017 [Acesso em 2018 Abr 24];30(1):30–7. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5944>
15. Silva RMM, Mazotti BR, Zilly A, Ferreira H, Caldeira S. Análise da incidência de óbitos fetais entre municípios da nona regional de saúde do Paraná. *Semin Ciências Biológicas e da Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 abr 22];37(1):33. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/23347>
16. Holanda, AAS. Caracterização da mortalidade fetal em Pernambuco de 2000 a 2011: causas e fatores associados [Internet]. Recife: 2010 [acesso em 2018 abr 24]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013holanda-aas.pdf>
17. Sampaio AG, Souza AS. Indicação de cesarianas em óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obs* [Internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 23];32(4):169–75. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20625685> <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a04.pdf>