

ASPECTOS DA MORTALIDADE FETAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Introdução

O estudo da mortalidade fetal, apesar de constituir importante fonte de informações relativas à questão reprodutiva, é frequentemente preterido em favor da mortalidade materna e neonatal. O óbito fetal é a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe independentemente da duração da gravidez¹. Para fins de estatísticas de mortalidade fetal são considerados os óbitos que ocorreram a partir da 22ª semana completa de gestação (154 dias), correspondendo a mortes de fetos com peso de 500 gramas ou mais. Isso se deve à dificuldade na obtenção de dados confiáveis antes desse período. A forma e o critério para a coleta das informações sobre os óbitos fetais são muito variados entre os países, dependendo de fatores de ordem cultural, legal e religiosa. No Brasil, as informações relativas aos óbitos fetais são obtidas a partir das Declarações de Óbito (DO), que devem obrigatoriamente ser preenchidas para óbitos de fetos de peso igual ou maior a 500 gramas ou a partir de 20 semanas de idade gestacional e/ou estatura igual ou superior a 25 cm (Resolução CFM nº 1.779 de 11 de novembro de 2005).

Objetivo e metodologia

O presente estudo objetiva analisar a evolução da mortalidade fetal no Município de São Paulo no período de 1991 a 2009. O PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade) dispõe de informações, a partir do ano de 1991, de todos os

óbitos de residentes e ocorridos no município de São Paulo². Para este estudo foram selecionados os óbitos fetais de gestantes residentes do município de São Paulo com 22 semanas completas de gestação ou mais ou peso acima de 500 gramas, acrescidos dos óbitos resultantes de gestação de duração ignorada, excluindo-se destes últimos os de peso menor que 500 gramas.

Perfil e evolução da mortalidade fetal no Município de São Paulo

Analisando os dados do período de 1991 a 2009, pode-se observar que o número de óbitos fetais apresenta tendência de queda, com estabilização nos últimos cinco anos. O mesmo ocorre com o número de óbitos no período neonatal precoce. Ao compararmos as duas curvas, percebemos um padrão de equidistância entre elas, inclusive em relação ao aumento observado em 1993. Tal fato sugere que as mortes nos dois períodos mostram importantes identidades de determinações, justificando a criação do termo “perinatal” por Peller³, que em 1940 propôs analisar, como uma “unidade estatística”, a soma dos nascidos mortos e as mortes ocorridas durante a primeira semana pós-natal ([Gráfico 1](#)).

¹ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão, Volume 2. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. Universidade de São Paulo.

² A partir de 2006, o PRO-AIM passou a dispor da retroalimentação dos óbitos de residentes ocorridos em outros municípios (evasão). No caso dos óbitos fetais, a recuperação dos casos de evasão corresponde a apenas 3% do total de óbitos, e por este motivo optou-se por apresentar os dados sem essa correção.

³ Peller, S. Proper delineation of the neonatal period in perinatal mortality. Amer. J. publ. Hlth, 55: 1005-11, 1965.

Da mesma forma, as taxas de mortalidade fetal, perinatal e neonatal precoce ([Anexo 1 - definições](#)) para o mesmo período apresentaram tendência de queda, com estabilização nos últimos cinco anos ([Gráfico 2](#)).

Mortalidade fetal e desigualdades sociais

As taxas de mortalidade fetal, assim como as de mortalidade infantil sofrem grande influência das condições de vida e de acesso aos serviços. Através do uso do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social⁴ foi possível a definição de quatro áreas homogêneas dentro do Município de São Paulo ([Anexo 2](#)), denominadas áreas ricas, de classe média, de classe média baixa e áreas pobres. As taxas de mortalidade fetal, infantil e seus componentes para o ano de 2009 foram tanto maiores quanto maior a vulnerabilidade social ([Gráfico 3](#)).

Considerando a divisão da Secretaria Municipal da Saúde, observa-se que as maiores taxas de mortalidade fetal situam-se na Coordenadoria Regional de Saúde Leste, com destaque para as Supervisões Técnicas de Saúde de Guaianases, Cidade Tiradentes e Itaim Paulista, enquanto que as menores taxas foram encontradas na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, com destaque para as Supervisões Técnicas de Saúde de Lapa/Pinheiros e Sé ([Tabela 1](#)).

Qualidade da informação

Um aspecto muito importante para os estudos de mortalidade diz respeito à qualidade do preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito (DO). Infelizmente, com relação às variáveis do bloco de preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano da DO, que trazem informações sobre a mãe, gravidez e o parto, essa qualidade deixa muito a desejar. A [Tabela 2](#) traz em porcentagem, o grau de incompletude, ou seja, o

percentual de óbitos com os campos das variáveis não preenchidos ou declarado como ignorado, segundo ano do óbito. Excetuando as variáveis duração da gestação, peso ao nascer e endereço de residência, com graus de incompletude abaixo de 20%, alcançados somente nos últimos anos, os demais continuam a apresentar alta incompletude, evidenciando a necessidade de se investir na conscientização da importância dessas informações pelos diversos atestantes.

No Município de São Paulo, mais de 60% dos óbitos fetais deste estudo foram atestados pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO), percentual que vem se mantendo ao longo dos anos. Nesse sentido, assume importância o envolvimento do SVO na melhoria da qualidade da informação, especialmente em relação às variáveis do Bloco Fetal ou menor de 1 ano da DO ([Gráfico 4](#)).

Morte fetal segundo algumas variáveis

Morte em relação ao parto

Com relação ao campo Morte em relação ao parto, coletado a partir de 2001, os dados disponíveis mostram que na grande maioria dos casos o óbito ocorreu antes do parto ([Gráfico 5](#)).

Peso ao nascer

Considerando os óbitos com a informação peso ao nascer na DO, não houve indicação de tendência entre os anos de 1991 a 2009, variando o peso ao nascer em torno de 1.657 gramas. Tampouco houve indicação de tendência na proporção de óbitos fetais com peso maior ou igual a

⁴Índice Paulista de Vulnerabilidade Social: criado pela Fundação SEADE, com base no Censo Demográfico de 2000, com o objetivo de permitir uma visão mais detalhada das condições de vida, com a identificação e a localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza.

2.500 gramas e supostamente de maior viabilidade, em média 23,5% do total de óbitos. ([Tabela 3](#)).

A [Figura 1](#) mostra a distribuição do peso ao nascer, para os óbitos com peso informado, durante toda a série, que seguiu uma curva unimodal e assimétrica, com tendência para a esquerda, significando que as ocorrências de morte fetal se concentram em valores menores de peso ao nascer.

Idade da mãe

Observa-se uma tendência consistente de aumento da idade média da mãe durante toda a série. Esses dados guardam semelhança com o aumento na idade média das mães observado no SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) no município de São Paulo ao longo dos últimos anos ([Gráfico 6](#)). A idade da mãe é uma variável importante na determinação do óbito fetal, sendo observadas taxas de mortalidade fetal maiores entre gestantes menores de 15 anos e acima de 35 anos ([Gráfico 7](#)).

Sexo

A maioria dos óbitos fetais foi do sexo masculino, fato que está de acordo com a maior ocorrência de embriões masculinos durante o processo de fertilização. A proporção de óbitos de sexo ignorado, maior do que a que a observada no SINASC, vem declinando talvez em razão de melhora no preenchimento da DO. Cabe considerar que a ocorrência de fetos macerados ou com anomalias cromossômicas pode dificultar a identificação do sexo ([Tabela 4](#)).

Escolaridade da mãe

Esta variável apresenta alto grau de incompletude. No período 2002 a 2009, considerando-se apenas os óbitos com dados informados, observa-se uma maior

participação dos óbitos fetais em mães com 8 a 11 anos de estudos concluídos, e a menor, em mães sem escolaridade ([Gráfico 8](#)). No entanto essas participações apenas refletem a distribuição dos eventos e é semelhante à observada no SINASC ([Gráfico 9](#)), não significando maior risco. Para a visualização dos riscos foram calculadas as taxas de mortalidade segundo anos de estudo concluídos pela mãe, considerando os óbitos fetais de mães com menos de 25 anos de idade. Observam-se maiores taxas entre as mães sem escolaridade e menores entre as mães com 8 a 11 anos de estudo concluídos ([Gráfico 10](#)).

Duração da gestação

A maioria dos óbitos fetais ocorreu em fases mais tardias da gestação (32 a 36 semanas) ([Gráfico 11](#)). Trata-se de um padrão muito diferente do observado, por exemplo, nos Estados Unidos, onde a proporção de óbitos fetais entre 20 e 27 semanas de gestação é comparável a daqueles com 28 semanas e mais de gestação ([Figura 2](#)). Esse fato pode ser atribuído às diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto e nas condições de vida nos dois países.

Tipo de gravidez

A grande maioria dos óbitos fetais é fruto de gravidez única. Entretanto, a proporção de óbitos de gravidez dupla é maior do que a que ocorre entre os nascidos vivos, mostrando que a gemelaridade é um fator que contribui para a mortalidade fetal. Observa-se também que a proporção de gravidez tripla e mais vem aumentando ao longo da série, talvez em decorrência do uso de técnicas de reprodução assistida ([Gráfico 12](#)).

Causas de morte

O perfil de causas de morte no período de 1996 a 2009, classificadas pela CID-10, aponta para uma maior

proporção de *mortes fetais de causa não determinada* (P95), chegando a mais de 50% dos óbitos em alguns anos, seguida das mortes por *hipóxia Intra-uterina* (P20). Considerando toda a série, em terceiro lugar surgem *as complicações da placenta, cordão umbilical e membranas*, e em quarto, *as malformações congênitas* ([Gráfico 13](#)). A alta proporção de mortes fetais de causa não determinada denota uma baixa qualidade dessa informação. Dentre os atestantes, o SVO é responsável pela maior proporção de óbitos por causa indeterminada. De fato, somando-se os óbitos de causa indeterminada aos óbitos por anóxia intra-uterina, estes respondem por 92% dos óbitos atestados pelo SVO durante toda a série. Quando o atestante é o médico do paciente ou substituto, a maior proporção de óbitos é classificada em P02 – Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, cordão umbilical e membranas ([Gráfico 14](#)). Considerando-se que o SVO é responsável pela emissão de mais de 60% dos atestados, esse padrão de preenchimento acaba por ter uma forte repercussão no perfil de mortalidade fetal por causas como um todo.

Mortalidade segundo estabelecimento de saúde

Agrupando os estabelecimentos de saúde por tipo de gestão e calculando a taxa de mortalidade fetal sobre o total de nascimentos ocorrido em cada grupo, observamos que os hospitais estaduais e municipais exibem alto número e altas taxas de mortalidade fetal. Os hospitais particulares não conveniados SUS apresentam número alto de óbitos fetais, porém taxas menores de mortalidade fetal. Os hospitais contratados SUS, apresentam número baixo e taxas baixas de

mortalidade fetal e os hospitais escola, baixo número de óbitos fetais e altas taxas de mortalidade ([Gráfico 15](#)).

Considerações finais

Este estudo se deparou com dificuldades decorrentes do alto grau de incompletude das variáveis do Bloco Fetal ou menor que 1 ano da DO. Para a obtenção de taxas específicas de mortalidade fetal foi necessário estimar a distribuição dos óbitos de variáveis em branco ou ignoradas a partir dos dados informados. Em relação às causas de morte, a alta proporção de óbitos fetais de causa indeterminada denota baixa qualidade da informação. O envolvimento do SVO na melhoria da qualidade da informação é fundamental, uma vez que o mesmo é responsável por mais de 60% dos atestados de óbitos fetais no município de São Paulo. O PRO-AIM vem se empenhando em melhorar essas informações, seja através da implantação da Guia de Encaminhamento de Cadáver, que possibilita que as informações dos hospitais cheguem ao SVO e ao IML, seja através de cartas emitidas às Comissões de Revisão de Óbito dos hospitais.

Com a diminuição das taxas de mortalidade infantil e seus componentes, vivenciada nos últimos anos na cidade de São Paulo, é necessário que os olhos se voltem para a mortalidade fetal. Existe uma relação entre a mortalidade fetal e as condições de vida visualizada ao compararmos áreas homogêneas de vulnerabilidade social e suas taxas de mortalidade. A mortalidade fetal vinha declinando, porém estabilizou-se nos últimos anos. A experiência de outros países mostra que é possível avançar mais, em especial nas fases mais tardias da gestação, onde presumivelmente se encontram fetos com maior viabilidade.

O **BOLETIM ELETRÔNICO CEInfo** é uma publicação da Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo da Secretaria Municipal da Saúde. Equipe editorial: Margarida M. T. A. Lira, Michel Naffah Filho e Cassio Rogério D. Lemos Figueiredo. Projeto gráfico e editoração eletrônica: Josane Cavalheiro. Contato: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br. É permitida a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.