

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**OCORRÊNCIAS DE ÓBITOS FETAIS E SUAS CAUSAS NA REGIÃO NOROESTE
DO ESTADO DE MATO GROSSO**

**Autor (a): Valéria Regina Fracaro
Orientador (a): Prof^a. Dra. Leda Maria de Souza Villaça**

**JUÍNA-MT
2014**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**OCORRÊNCIAS DE ÓBITOS FETAIS E SUAS CAUSAS NA REGIÃO NOROESTE
DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Autor (a): Valéria Regina Fracaro

Orientador (a): Prof^a. Dra. Leda Maria de Souza Villaça

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**JUÍNA-MT
2014**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA**

VALÉRIA REGINA FRACARO

**OCORRÊNCIAS DE ÓBITOS FETAIS E SUAS CAUSAS NA REGIÃO NOROESTE
DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca Examinadora

Prof^a. MsC. Karine Patrícia Stülz Cardoso

Prof^a. MsC. Larissa Marchi Zaniollo

Prof^a.Dra. Leda Maria de Souza Villaça

Conceito:

Juína, 05 de Dezembro de 2014.

DEDICATÓRIA

*Em memória de quem foi
a base da minha estrutura, meu
amado e eterno pai que sempre me fez
ver que o conhecimento é a base de tudo.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, dando-me a força necessária para mover-me em busca dos meus objetivos e a fé que me faz recomeçar a cada dia;

À minha orientadora, Prof. Dra. Leda Maria de Souza Villaça, pelo aprendizado, dedicação, empenho e paciência, considerados fundamentais para a concretização desse trabalho;

Em especial ao meu amado esposo Adenildo por todo amor incondicional, apoio e compreensão nas horas de ausência, te amo;

Aos meus filhos Lucas e Luana, que são a luz da minha vida;

Aos meus pais Nelci e Setembrino, pela dedicação, incentivo e confiança que sempre depositaram em mim no decorrer desta graduação, onde me ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos, meu muito obrigado;

Ao meu falecido irmão André, que em vida deu seu exemplo de ser guerreiro;

Ao meu sogro e sogra pelo incentivo oferecido em várias fases do meu processo de formação;

Aos funcionários do Escritório Regional de Saúde de Juína MT, pelo acolhimento e contribuição durante o período deste estudo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

*"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la
como arte, requer uma devoção tão exclusiva,
um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor
ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes"*
Florence Nightingale

RESUMO

TEMA: Os óbitos fetais ou perinatais são considerados, potencialmente, evitáveis e podem vir a interromper um momento único na vida da mulher e de todos os envolvidos no processo gestacional. No mundo, anualmente, registram-se 7,6 milhões de mortes perinatais e os países de terceiro mundo são responsáveis pela maior parte das ocorrências, entre eles o Brasil que apesar de registrar redução nessas taxas, ainda mantém índices elevados. **OBJETIVO:** Este estudo procura analisar as causas dos óbitos fetais ocorridos nos municípios da Região Noroeste do Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2013. **MÉTODO:** Estudo quantitativo do tipo documental a partir de dados levantados na Vigilância em Saúde do Escritório Regional de Juína-MT. Os óbitos fetais foram levantados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e a ocorrência dos nascidos vivos utilizada na formulação das taxas de mortalidade, foi levantada do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). **CONCLUSÃO:** Identificaram-se algumas causas de óbitos fetais, tais como feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual, feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez, feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas, hipóxia intrauterina e morte fetal de causa não específica que sugerem a necessidade de esforços concentrados, especialmente na melhoria do preenchimento das Declarações de Óbitos, e em uma melhor assistência pré-natal e assistência ao parto, para que tenhamos uma redução do número de óbitos fetais nos municípios da região Noroeste do Estado de Mato Grosso.

Palavras-chave: Óbito fetal; Causas; Mato Grosso.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1 - Taxa de mortalidade perinatal do Brasil e Regiões no período 2000 – 2010	15
Tabela 1 - Distribuição do número de óbitos fetais e taxas de mortalidade fetal por (1000 nascidos vivos), nos Municípios da Região Noroeste do Estado de MT. 2008 a 2013	23
Tabela 2 - Distribuição e Frequência das causas dos Óbitos Fetais na Região Noroeste de Mato Grosso, por município, por Capítulos da CID 10, entre os anos de 2008 a 2013.....	26
Tabela 3 - Distribuição e Frequência das causas dos Óbitos Fetais, da Região Noroeste do Estado de MT, por Capítulos da CID 10, entre os anos de 2008 a 2013	30
Gráfico 1 - Mortalidade Fetal (/1.000 Nascidos Vivos) por município. Região Noroeste de Mato Grosso, 2008 a 2013.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIMS	- Atenção Integral à Saúde das Mulheres
CID	- Cadastro Internacional de Doenças
DO	- Declaração de Óbito
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC	- Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNIAM	- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNTN	- Programa Nacional de Triagem Neonatal
PSF	- Programa de Saúde da Família
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 OBJETIVOS.....	12
1.1 OBJETIVO GERAL.....	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 DEFINIÇÃO DE ÓBITO FETAL	13
2.2 ÓBITOS FETAIS NO BRASIL E NO MUNDO	14
2.3 OS INDICADORES DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL	16
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA MORTALIDADE INFANTIL.....	17
3 MATERIAL E METODO.....	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 UNIVERSO DO ESTUDO E AMOSTRA	20
3.3 COLETA DE DADOS.....	20
3.4 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DE DADOS	21
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	21
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1 OS ÓBITOS FETAIS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DE MATO GROSSO, NO PERÍODO DE 2008 A 2013	23
4.2 AS CAUSAS DOS ÓBITOS FETAIS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DE MATO GROSSO, NO PERÍODO DE 2008 A 2013..	26
5 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	35

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema as ocorrências de óbitos fetais e suas causas na região noroeste do Estado de Mato Grosso.

O óbito fetal pode interromper um momento ímpar na vida não somente da mulher, mas também, na vida de seu parceiro, chegando a abranger as famílias dos envolvidos e até mesmo a comunidade a qual pertence, uma vez que todos estão envolvidos neste processo.

O processo que começa na gestação, passando pelo parto e, conseqüentemente, ocasionando a chegada do puerpério, constitui-se numa das mais significativas experiências humanas (BRASIL, 2001). No entanto, eventos inesperados podem ocorrer durante a gestação e na ocasião do parto, os quais poderão vir ameaçar a vida materna, e até mesmo ocasionar a morte fetal.

Cuidar da saúde materna durante a gestação se torna fundamental para impedir transtornos como a morte fetal ou do puerpério. Deste modo a saúde da genitora e do feto é de grande interesse a nível nacional e internacional, constituindo-se um direito de ambos (SERRUYA, CECATTI e LAGO; 2004).

O acompanhamento pré-natal é um dos meios mais eficazes de se obter bons resultados e de garantir o bem estar da mãe durante a gestação e parto, assim como do recém-nascido, respeitando então seus direitos constituídos (SERRUYA, CECATTI e LAGO; 2004). A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. A ausência e deficiência no pré-natal estão relacionadas a maiores índices de morbi-mortalidade materna e perinatal (BARBIERI, SILVA, BETTIOL e GOMES, 2000).

A não percepção da mulher como sujeito, o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos, se tornaram os principais agravantes que levaram o Ministério da Saúde a instituir, em junho do ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, nacionalmente conhecido como PHPN. O respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores deste programa (BRASIL, 2002).

Deste modo, este estudo busca responder a seguinte questão: quais são as características epidemiológicas dos óbitos fetais, segundo as causas declaradas nas Declarações de Óbitos (DO) de natimortos, nos municípios da Região Noroeste do Estado de Mato Grosso no período de 2008 a 2013? O estudo se justifica pelo fato das análises que surgirão a partir dele, se constituírem como a base para o aprimoramento dos processos de trabalho das equipes e a redução das mortes fetais evitáveis.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as causas dos óbitos fetais ocorridos nos municípios da Região Noroeste do Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2013.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as ocorrências de óbitos fetais nos municípios da Região Noroeste do Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2013;
- ✓ Identificar as causas de óbitos fetais nos municípios da Região Noroeste do Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2013;
- ✓ Analisar as causas de óbitos fetais nos municípios da Região Noroeste do Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2013.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO DE ÓBITO FETAL

Óbito fetal é uma das complicações mais dramáticas durante a gestação, onde a provável causa é de grande importância para o desenvolvimento de intervenções de prevenção de óbitos fetais (REDDY *et al.*, 2009).

A falta de atenção, orientação e cuidados faz com que anualmente ocorram em torno 7,6 milhões de mortes perinatais no mundo todo. Deste total, cerca de 57% são óbitos fetais e a maioria deles acontecem em países de segundo e terceiro mundo (BITTAR e ZUGAIB, 2009). Por sua vez, estes óbitos são considerados potencialmente evitáveis, mas infelizmente são negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não acionaram nas rotinas de trabalho, a análise da causa do óbito, de modo a dar visibilidade ao problema. Estas análises possibilitariam o aprimoramento dos processos de trabalho das equipes e a redução das mortes fetais evitáveis (BITTAR e ZUGAIB, 2009).

Define óbito fetal ou nascido morto/natimorto como a morte do concepto, antes que o produto da gestação seja extraído do corpo materno. É indicado óbito quando depois da separação, o feto não der nenhum sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical e movimentos de contração voluntária dos músculos. Sendo assim, a taxa de natimortalidade é um indicador útil para avaliar a atenção à saúde materna. (BITTAR e ZUGAIB, 2009).

Os óbitos fetais são classificados segundo a revisão do Cadastro Internacional de Doenças (CID-10) em: mortes fetais anteparto (quando a morte fetal ocorre antes do início do trabalho de parto) e mortes fetais intraparto (quando a morte fetal ocorre depois de iniciado o trabalho de parto, mas antes do nascimento) (CECATTI; AQUINO 1998).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) adotado no Brasil é utilizado para a concretização de dados sobre mortalidade e tem tido melhorias nos dados sobre óbitos fetal e infantil nos últimos anos, porém em algumas variáveis não

alcançou ainda níveis adequados pra a caracterização principalmente dos óbitos fetais (BRASIL, 2010).

Segundo Vardanega *et al.* (2002) de modo geral, no Brasil os registros confiáveis a respeito das mortes fetais ainda são poucos, com isso torna-se complicado a realização da investigação que possibilite visualizar com clareza os fatores determinantes do óbito fetal, dificultando assim, a possibilidade da prevenção. É importante ressaltar que nos municípios acima de 500 mil habitantes, o preenchimento dos dados ainda não corresponde ao esperado, uma vez que em locais onde a estrutura é maior, espera-se um preenchimento mais apurado, e o que tem se mostrado se caracteriza como uma contradição da realidade.

2.2 ÓBITOS FETAIS NO BRASIL E NO MUNDO

Uma das grandes preocupações da Organização das Nações Unidas (ONU) são os altos índices de mortalidade infantil e fetal. A redução destes indicadores está inclusa nas Metas do Desenvolvimento para o Milênio que foi um compromisso firmado por países integrantes desta Organização, do qual o Brasil é signatário. É de suma importância conhecer os indicadores da mortalidade fetal e infantil para que intervenções sejam feitas, visando sempre a redução dos casos (BRASIL, 2009).

De acordo com a mesma fonte, a taxa de mortalidade fetal a nível mundial tem sido reduzida significativamente nas últimas décadas, porém em alguns países os números ainda se mostram elevados. No Brasil, houve redução na taxa de mortalidade infantil e de acordo com Barreto, Genser *et al.* (2007) isso se deve ao aumento da cobertura vacinal da população e ao desenvolvimento de novas vacinas, a utilização da terapia de reidratação oral, ao aumento da assistência do pré natal, a ampliação nos serviços de saúde, ao aumento na distribuição de anticoncepcionais, a melhoria das condições ambientais e nutricionais da população, ao aumento da taxa de escolaridade das mães e também o aumento das taxas de aleitamento materno.

As taxas de mortalidade infantil e fetal no Brasil costumam variar de acordo com a região. Apesar da região Nordeste registrar uma queda de 5,5% no período de 1990 a 2007, os índices ainda se mantêm altos se comparados a outras regiões brasileiras. Em 2007 esta região registrou 27,2/1000 nascidos vivos e esta é 40% maior se comparada a taxa nacional (BRASIL, 2009).

Um estudo realizado por Ortiz (2012) que avaliou as mortes perinatais na região Centro-Oeste em um período de 10 anos (2000 a 2010) apontou que o índice oscilou e a região aparece como terceira colocada em relação ao Brasil, como mostra na figura abaixo:

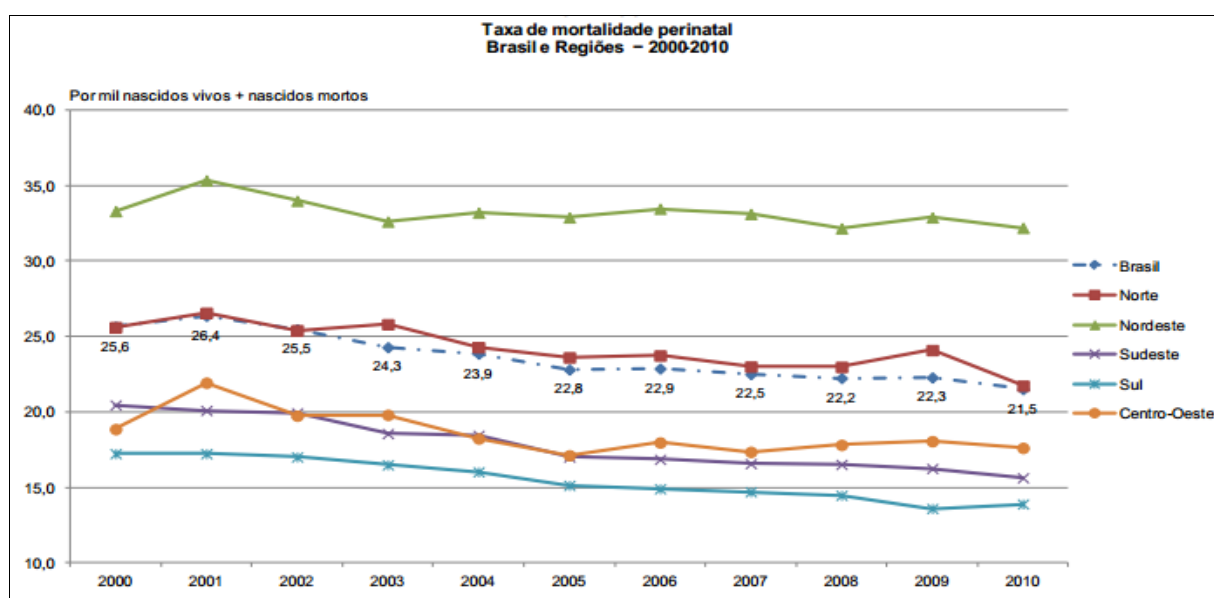


Figura 1 - Taxa de mortalidade perinatal do Brasil e Regiões no período 2000 – 2010

Fonte: ORTIZ, 2012, p.6

Pode se observar no gráfico que a região Centro-Oeste em 2001 teve um aumento significativo seguido de declínio até o ano de 2005 e o mesmo manteve variações para mais ou para menos até chegar ao fim do período estudado. De acordo com Ortiz (2012) o estado de Mato Grosso registrou um aumento de 3% neste cenário. O destaque para o Mato Grosso diante das demais regiões e estados brasileiros, se deve ao fato da microrregião a ser estudada nesta pesquisa estar situada dentro deste.

2.3 OS INDICADORES DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL

O Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal é uma das estratégias da organização da assistência de saúde que visa a melhoria da redução das mortes preveníveis e também dos registros de mortalidade. Através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1399/99 foi atribuído ao município garantir estrutura e equipes multiprofissionais para exercer tais atividades. Através da Vigilância Epidemiológica a observação e análise da ocorrência de distribuição das doenças e dos fatores relacionados ao seu controle devem se tornar rotina (BRASIL, 2004).

A mortalidade infantil é considerada mundialmente como um indicador do estado de saúde não somente em crianças menores de 1 ano, mas da população em geral, ou seja, a mortalidade é maior na idade adulta.

Entre os determinantes da mortalidade infantil temos 3 componentes que são: Mortalidade Perinatal (22 semanas de gestação ou peso maior ou igual a 500 gramas); Mortalidade Neonatal (morte nos primeiros 27 dias de vida); e Mortalidade Pós-neonatal ou Infantil Tardia (mortes de 28 dias até um ano de vida). O segundo componente pode ainda ser dividido em dois subgrupos que são Precoces (óbitos até 7 dias incompletos) e Tardia (óbitos de 7 a 28 dias). Vale ressaltar ainda que as mortes nestes períodos acontecem de forma similar, podendo propiciar uma avaliação e assistência eficaz à mulher gestante e também ao recém-nascido. Desta forma, o coeficiente da mortalidade perinatal no processo reprodutivo é considerado um indicador preciso Schwarcz e Dias (*apud* LEITE e SILVA, 2000).

A Mortalidade Fetal tem sido sinalizada como o indicador mais importante para análise da assistência obstétrica e neonatal. Nas palavras de Brasil (2009):

[...] O indicador mais apropriado para análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização de serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável. (BRASIL, 2009, p.6).

De maneira geral, os fatores vinculados a esses indicadores são análises das situações de desigualdade em um determinado espaço populacional, verificação da qualidade da assistência prestada a gestante, ao parto e ao recém-nascido,

avaliação das condições de saúde e desenvolvimento socioeconômico da população, e por fim proteção a saúde infantil com ações de saúde voltadas a atenção do pré-natal e ao parto (RIPSA, 2013).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA MORTALIDADE INFANTIL

Historicamente a mortalidade infantil é um dos principais problemas público de saúde. A população mais vulnerável são crianças menores de um ano, as condições de vida, o estado de saúde e o desenvolvimento socioeconômico de uma comunidade são um indicadores das elevadas taxas de mortalidade infantil (MOREIRA *et al.*, 2012).

As Políticas Públicas são propostas de governos, que consistem em ações onde serão desenvolvidos mudanças e resultados diante de uma realidade, compreendendo em conjunto de intervenções de grandes objetivos e linhas estratégicas de atuação, constituindo-se de programas e projetos, sendo assim, a saúde da criança é uma das prioridades, destacando-se como eixo dessas intervenções públicas. Perante as diversas gravidades da realidade epidemiológica e o fato da sociedade se mover por melhores condições de vida, várias ações foram implementadas no país, como saúde, educação, saneamento básico entres outras (MOREIRA *et al.*, 2012).

Para reverter à situação da saúde no Brasil, uma das primeiras tentativas voltadas para a redução da mortalidade infantil, foi a criação do Programa Materno Infantil para o controle e monitoramento do desenvolvimento da população, permitindo uma melhor assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido (COSTA *et al.*, 2014). Para incentivar a prática do aleitamento materno e reduzir o desmame precoce, em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com foco na melhoria da qualidade de vida das crianças (MOREIRA *et al.*, 2012).

Uma das maiores conquistas em 1983 formulado pelo Ministério da Saúde foi a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja atuação era voltada às necessidades das mulheres com relação ao pré-natal, a

assistência ao parto e ao puerpério, além da prevenção ao câncer e às doenças sexualmente transmissíveis, como também a assistência específica às mulheres que vivenciavam a menopausa e a anticoncepção, e também propôs o atendimento à saúde das mulheres no planejamento familiar (COSTA *et al.*, 2014).

Com o intuito de minimizar altas taxas de morbimortalidade diante de um perfil epidemiológico por doenças infecto-parasitárias, em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), com o objetivo de uma série de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de crianças de zero a cinco anos, onde era direcionado pra cinco principais eixos de intervenção: incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, prevenção e tratamento das infecções respiratórias e diarreias agudas. Ainda nesse contexto para diminuir as taxas de mortalidade infantil além de uma importante estratégia de sensibilização e treinamento de profissionais de saúde envolvidos no programa, foram implantados cartão da criança, terapia de reidratação oral, sistematização do uso de antibióticos e do atendimento por grau de gravidade das infecções respiratórias, adequação do calendário vacinal e promoção de campanhas (MOREIRA *et al.*, 2012).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 com diversos artigos que fundamentavam e constituíam a base dos direitos reprodutivos, inúmeros foram os avanços obtidos em relação às políticas públicas de atenção a saúde, uma delas foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que promoveu a reorganização dos serviços básicos e concentrando o foco na qualidade de vida. No que se refere mais especificamente a atenção à saúde da criança, em 1990 com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os recém-nascidos passaram a ter uma atenção especial, as gestantes foi assegurado o atendimento antes e após o parto, e também a implantação de alojamentos conjuntos nas instituições de saúde, possibilitando ao RN a permanência junto à mãe (COSTA *et al.*, 2014).

Em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), foi implementada a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância (AIDPI) com o objetivo de sistematizar o atendimento a

criança em sua integralidade e o controle das doenças prevalentes na infância desenvolvidos pela atenção primária (MOREIRA *et al.*, 2012).

Com a intenção de promover atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso através, da Portaria do Ministério da Saúde nº. 693/2000 foi implantado o Método Mãe-Canguru, atualizado sete anos depois pela Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. No ano de 2001 foi implantado o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), conhecida como o “Teste do Pezinho” com o intuito de identificar as diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal. Ainda nesse contexto, foi publicada, em 2004, a Portaria GM/MS nº. 1.25823, que instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (MOREIRA *et al.*, 2012).

Em 2006 com um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios), foi lançado o Pacto Pela Vida com o compromisso entre os gestores do SUS sobre a situação de saúde da população brasileira controlar e minimizar a mortalidade infantil e materna (MOREIRA *et al.*, 2012).

Destacamos ainda que, em 2008, uma nova Resolução da Diretoria Colegiada n.36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, tendo por objetivo estabelecer padrões para funcionamento dos serviços com base na qualificação, humanização e redução dos riscos. No ano seguinte, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS incluiu na sua agenda de ações estratégicas o fortalecimento e a expansão do Método Canguru no território brasileiro (COSTA *et al.*, 2014).

Para assegurar a saúde da mulher durante a gravidez parto e puerpério, bem como a saúde da criança, foi criada, em 2011 a Rede Cegonha visando organizar uma rede de cuidados que assegure às mulheres: o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; às crianças: o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

3 MATERIAL E METODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de base documental. Segundo Marconi & Lakatos (2010), a pesquisa documental possui a fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, estabelecendo o que se denomina de fontes primárias ou secundárias, contemporâneas ou retrospectivas.

Na pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores: óbitos fetais, causas, Mato Grosso.

3.2 UNIVERSO DO ESTUDO E AMOSTRA

O universo do estudo são os óbitos infantis notificados no período de 2008 a 2013. A amostra utilizada foram os óbitos fetais notificados no mesmo período. As notificações dos óbitos infantis e fetais são realizadas através do preenchimento das Declarações de Óbitos e registros no Sistema de Informações da Mortalidade (SIM); dessa forma, não foram considerados no universo do estudo e amostra os óbitos fetais não notificados.

3.3 COLETA DE DADOS

Foram inclusos na pesquisa os óbitos fetais ocorridos na região noroeste do estado de Mato Grosso, encontrados no Sistema de Informações da Mortalidade (SIM). A ocorrência dos Nascidos Vivos utilizados na formulação das taxas de mortalidades foi levantada a partir dos dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Esses sistemas de informações foram acessados no

Setor de Vigilância em Saúde do Escritório Regional de Saúde de Juína, instância regionalizada da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, responsável pela articulação e apoio técnico às Secretarias Municipais de Saúde da região noroeste do Estado de Mato Grosso.

Essa região congrega os municípios de Aripuanã, Brasnorte, Castanheira, Colniza, Cotriguaçu, Juína e Juruena.

Os dados foram coletados em planilhas do Microsoft EXCEL ® 2007, contendo os seguintes dados: Municípios, ano, causas dos óbitos fetais, ocorrências e Nascidos Vivos.

Foram excluídas as variáveis segundo tipo de parto, local da ocorrência, idade da gestante e os casos com dados incompletos.

3.4 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DE DADOS

Os dados foram tratados, estatisticamente, em frequência absoluta e frequência relativa e demonstrados em tabelas para melhor entendimento do leitor.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram analisadas comparando os achados da pesquisa com as referências consultadas sobre o assunto.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de

Saúde, por tratar-se de dados secundários disponibilizados em Sistemas de Informações de conhecimento público.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue-se a apresentação dos resultados alcançados no que se referem à identificação das ocorrências de óbitos fetais nos municípios da Região Noroeste do Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2013.

4.1 OS ÓBITOS FETAIS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DE MATO GROSSO, NO PERÍODO DE 2008 A 2013

A mortalidade fetal refere-se aos óbitos fetais ocorridos em determinado local e tempo em relação ao total de nascidos vivos, no mesmo local e período.

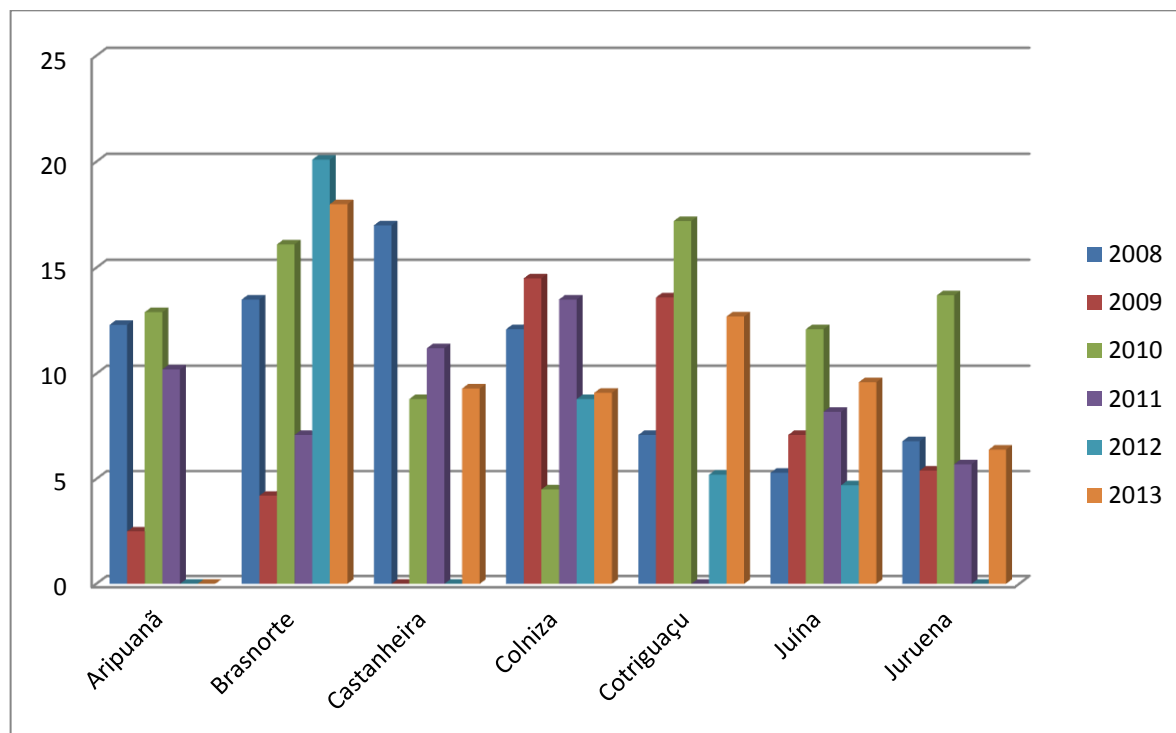
Tabela 1 - Distribuição do número de óbitos fetais e taxas de mortalidade fetal por (1000 nascidos vivos), nos Municípios da Região Noroeste do Estado de MT. 2008 a 2013

Municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	TMF	N	TMF	N	TMF	N	TMF	N	TMF	N	TMF
Aripuanã	5	12.3	1	2.5	5	12.9	4	10.2	-	-	-	-
Brasnorte	3	13.5	1	4.2	4	16.1	2	7.1	5	20.1	4	18.0
Castanheira	2	17.0	0	-	1	8.8	1	11.2	-	-	1	9.3
Colniza	7	12.1	7	14.5	2	4.5	6	13.5	4	8.8	4	9.1
Cotriguaçu	2	7.1	3	13.6	4	17.2	-	-	1	5.2	2	12.7
Juína	4	5.3	5	7.1	8	12.1	5	8.2	3	4.7	6	9.6
Juruena	1	6.8	1	5.4	2	13.7	1	5.7	-	-	1	6.4
Total	24	74.1	18	47.3	26	85.3	19	55.9	13	38.8	18	65.1

Fonte: SIM e SINASC. Escritório Regional de Saúde de Juína, (outubro de 2014).

Observa-se na tabela 1, que no período estudado (2008 a 2013) a taxa de mortalidade fetal nos municípios da região Noroeste do Estado de Mato Grosso variou entre 38,8/ 1.000 nascidos vivos (2012) a 85,3/ 1.000 nascidos vivos (2010).

Gráfico 1 - Mortalidade Fetal (/1.000 Nascidos Vivos) por município. Região Noroeste de Mato Grosso, 2008 a 2013.



Fonte: SIM e SINASC. Escritório Regional de Saúde de Juína, (outubro de 2014).

Pode-se observar no gráfico 01 que, no conjunto de todo o período do estudo, os municípios com maiores índices de mortalidade fetal foram: Brasnorte, Colniza e Juína apresentando óbitos em todos os anos. Aripuanã e Castanheira não apresentaram óbitos em dois anos da série histórica e Cotriguaçu e Juruena em um dos anos do período.

Considerando que os óbitos fetais são, geralmente, causados por deficiências na assistência ao planejamento familiar, pré-natal e parto, as diferenças nas formas de ocorrência por municípios, apontam para diferentes formas de estruturação dos sistemas de saúde locais. De uma maneira geral, o óbito fetal na região Noroeste de Mato Grosso é bastante preocupante, pois o total de óbitos fetais em 2013 foi de 65,1/1000 nascidos vivos.

Ressalta-se que, o Sistema Municipal de Saúde do Município de Juína é composto por serviços de saúde de baixa, média e alta complexidades; provavelmente esse fato contribui para os menores índices de mortalidade fetal encontrados no estudo com relação aos municípios de maiores ocorrências.

Em seu estudo do perfil dos óbitos neonatais em Cuiabá/MT Brasil, Lourenço; Brunken e Luppi (2007) levantaram uma taxa de mortalidade fetal equivalente a 7,9 /1000 nascidos vivos, revelando os altos índices encontrados nos municípios da região, neste estudo.

Siqueira *et al.*, (2013) realizou seu estudo no estado de Pernambuco, localizado na capital Recife, onde foram utilizados os dados de fontes pelas declarações de óbitos do Núcleo de Epidemiologia no período 2011 a 2012 de um hospital público de referência em maternidade de alto risco, verificando um aumento de óbitos fetais: sendo 46,1 /1000 nascidos vivos no primeiro ano, e 53,9 /1000 nascidos vivos no ano seguinte.

No estudo sobre mortalidade perinatal realizado em três cidades da Região Norte do Paraná por Carvalho e Soares (2002), em Maringá com uma população de 258.094 mil habitantes, Paiçandu com 23.452 mil habitantes e Sarandi com 50.653 mil habitantes, a probabilidade de morte perinatal encontrada na população estudada nos três municípios, foi de 17,5 /1.000 nascidos vivos, sendo isoladamente, a maior parte delas observadas em Paiçandu (28,6 /1.000), seguido por Sarandi (23,5 /1.000) e finalmente, a menor taxa, no município de Maringá (14,9 /1.000). O que chama atenção é o fato da maior taxa de mortalidade estar registrada no município com menor número de habitantes. Tal observação levou os pesquisadores a questionarem se o município está recebendo, adequadamente, serviços como educação em saúde, ações intersetoriais, integração entre diversas áreas de conhecimento para prevenção de riscos, melhoria da qualidade dos serviços de saúde e humanização da assistência, assistência pré-natal adequada, acesso oportuno ao local do parto e garantia de condições seguras para sua realização, atenção imediata e de qualidade a mãe e ao recém-nascido.

A redução da mortalidade infantil ainda é um desafio para os serviços de saúde de muitos países, inclusive para o Brasil. Essa meta está inclusa nas Metas do Desenvolvimento do Milênio (compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas-ONU) e reflete as condições de vida da sociedade. Apesar do declínio, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública no Brasil, afinal, os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país.

De acordo com Brasil (2009), a Taxa de Mortalidade Infantil atual é de 19,3/1000 nascidos vivos e se assemelha a dos países desenvolvidos no final da década de 60 e tal afirmação nos leva a crer que estamos mais de meio século atrasados em relação a eles. Os altos índices registrados no Brasil decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde.

Entre as falhas existentes nos serviços públicos de saúde destacamos três: a violação da garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade que tem sido negligenciada ao longo da história; a não incorporação da análise das ocorrências de óbitos na rotina de trabalho de planejadores e executores das políticas de saúde; e a omissão do registro do óbito nos cartórios de registros civis. Os primeiros prejudicam as análises dos fatores que influenciam a mortalidade e o último colabora com a diminuição na taxa de mortalidade, na hora da elaboração dos indicadores (parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar e fornecer subsídios aos planejamentos de saúde) e juntos, dificultam as ações de intervenção.

4.2 AS CAUSAS DOS ÓBITOS FETAIS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DE MATO GROSSO, NO PERÍODO DE 2008 A 2013

A identificação das causas dos óbitos fetais permite constatar se são preveníveis e as medidas necessárias para evitar a ocorrência desses óbitos.

Tabela 2 - Distribuição e Frequência das causas dos Óbitos Fetais na Região Noroeste de Mato Grosso, por município, por Capítulos da CID 10, entre os anos de 2008 a 2013

Causas	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ARIPUANÃ												
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	2	40.0			2	40.0	3	75.0				
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas			1	100.0			1	25.0				
Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto.	1	20.0			2	40.0						
Hipóxia intrauterina	2	40.0										
Morte fetal de causa não identificada					1	20.0						

Total	5	100.0	1	100.0	5	100.0	4	100.0				
BRASNORTE												
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	1	33.3	1	25.0	1	33.0	1	20.0	2	50.0		
Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez							2	40.0	1	25.0		
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	1	33.3					1	20.0				
Outros traumas de parto					1	33.0						
Hipóxiaintrauterina	1	33.3	3	75.0			1	20.0				
Morte fetal de causa não identificada									1	25.0		
Outrassíndromes com malformação congênita que acometem múltiplos sistemas					1	33.0						
Total	3	100.0	4	100.0	2	100.0	6	100	4	100.0		
CASTANHEIRA												
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas							1	100.0			1	100.0
Morte fetal de causa não identificada					1	100.0						
Total					1	100.0	1	100.0			1	100.0
COLNIZA												
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	1	14.2	4	57.1	1	50.0			1	25.0	1	25.0
Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez			2	28.5							1	25.0
Hipóxiaintrauterina	1	14.2										
Morte fetal de causa não identificada	4	57.1	1	14.2			3	50.0	2	50.0	2	50.0
Outras afecções originadas no período perinatal	1	14.2					3	50.0				
Hidrocefalia congênita									1	25.0		
Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte									2			
Total	7	100.0	7	100.0	2	100.0	6	100.0	6	100.0	4	100.0
COTRIGUAÇU												
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual					2	50.0			1	100.0		
Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez					1	25.0						
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas			2	66.6							2	100.0
Hipóxiaintrauterina					1	25.0						
Morte fetal de causa não identificada			1	33.3								
Total			3	100.0	4	100.0	0	0.0	1	100.0	2	100.0

JUÍNA												
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	1	20.0	2	40.0	6	75.0	3	60.0	2	66.6	3	50.0
Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez											2	33.3
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	1	20.0	2	40.0	1	12.5	2	40.0	1	33.3	1	16.6
Morte fetal de causa não identificada	2	40.0	1	20.0	1	12.5						
Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte.	1	20.0										
Total	5	100.0	5	100.0	8	100.0	5	100.0	3	100.0	6	100.0
JURUENA												
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas					1	50.0	1	100.0				
Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto.											1	100.0
Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte			1	100.0								
Hipóxiaintrauterina					1	50.0						
Morte fetal de causa não identificada	1	100.0										
Total	1	100.0	1	100.0	2	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, Escritório Regional de Saúde de Juína, (outubro de 2014).

Considerando os altos índices de mortalidade fetal detectados nos municípios de Brasnorte e Cotriguaçu durante o período estudado, com relação aos demais municípios, passaremos a analisar as causas e os determinantes dos óbitos nesses municípios.

Em Brasnorte a mortalidade fetal variou de 4,1/1000 nascidos vivos em 2009 a 20,1/1000 em 2012. Neste município as causas dos óbitos fetais em 2008 e 2010 equitativamente distribuídas foram pelas afecções maternas não relacionadas com a gravidez atual (33,3%); por complicações da placenta, cordão umbilical, membranas e hipóxia-intrauterina. Essas causas estão relacionadas com: a deficiência no planejamento familiar, onde as mulheres engravidam com problemas de saúde que podem comprometer a vitalidade tanto da mãe quanto do filho; problemas na condução do pré-natal onde existe a falta de acesso de exames como a ultrassonografia e outros de grande importância, que impossibilitam o diagnóstico de

irregularidades nos anexos da gravidez (placenta, cordão umbilical e membranas); e problemas na condução do trabalho de parto e parto desencadeando a hipóxia intrauterina.

Na pesquisa feita por Nogueira *et al.* (2013) em Portugal, as causas básicas de morte fetal do período de 2009 a 2011 estenderam-se por 71 causas distintas. No período de 2009 a 2011 a maioria das causas selecionadas apresentou um sustentado decréscimo. De destaque foram, a causa por hipóxia-intrauterina, não especificada que aumentou de 2009 para 2010 e manteve o mesmo nível de óbitos em 2011 e a causa por afecções originadas no período perinatal não especificadas que trocou lugar com a causa por morte fetal não especificada. Em 2009 houve uma concentração (75,0%) nas causas da hipóxia-intrauterina, já nos anos de 2012 e 2013 aparecem as causas ligadas às complicações maternas da gravidez.

As causas dos óbitos apresentadas, historicamente, em Brasnorte revelam importantes deficiências na assistência ao planejamento familiar, pré-natal e parto. Deste modo, faz-se necessário ressaltar a cobertura de estratégia de saúde da família neste município, onde legalmente devem ser priorizadas as ações materno-infantis.

Em Cotriguaçu, os índices de mortalidade fetal variaram de 5,2/1000 nascidos vivos em 2012 a 17,2/1000 em 2010. As causas dos óbitos neste município em 2009 foram predominantemente por complicações nos anexos da gravidez (66,6%), situação que se repetiu em todos os óbitos ocorridos no ano de 2013. No ano de 2010 e 2012 predominaram feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual (50% e 100% respectivamente).

As causas de óbitos fetais no município de Cotriguaçu revelam deficiência no planejamento familiar e na assistência ao pré-natal. Vale ressaltar ainda que neste município houve uma morte fetal de causa não específica que pode significar o mau preenchimento da Declaração de Óbito e/ou dificuldade do profissional médico de estabelecer um diagnóstico.

Todos os demais municípios apresentaram índices menores de mortalidade fetal.

Tabela 3 - Distribuição e Frequência das causas dos Óbitos Fetais, da Região Noroeste do Estado de MT, por Capítulos da CID 10, entre os anos de 2008 a 2013

Causas	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	5	21.7	6	31.5	12	46.1	7	21.8	5	31.2	7	36.8
Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez			2	10.5	1	3.8				12.5	4	21.0
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	4	17.3	5	26.3	3	11.5	5	15.6	2	12.5	4	21.0
Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto. Outros traumas de parto	1	4.3			2	7.6	2	6.2	1	6.2	1	5.2
Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte			1	5.2								
Hipóxia intrauterina	4	17.3			5	19.2	11	34.3	1			
Morte fetal de causa NE	7	30.4	4	21.0	3	11.5	3	9.3	2	12.5	3	15.7
Outras afecções originadas no período perinatal	1	4.3					3	9.3				
Hidrocefalia congênita			1	5.2					1	6.2		
Outras síndromes com malformações congênitas que acometem múltiplos sistemas							1	3.1				
Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte	1	4.3							2	12.5		
Total	23	100.0	19	100.0	26	100.0	32	100.0	16	100.0	19	100.0

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, Escritório Regional de Saúde de Juína, (outubro de 2014).

Demonstra-se na tabela 3 a distribuição das causas de óbitos fetais mais frequentes da Região Noroeste do Estado do Mato Grosso.

Considerando apenas o número absoluto de óbitos fetais no período estudado (118 óbitos fetais), destacam-se quatro causas básicas de óbitos fetais, por terem sido mais frequente.

Analizando-se a causa declarada da morte fetal, têm-se na tabela 3 os seguintes resultados: feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual (31,5% em 2009), (46,1% em 2010), e (36,8% em 2013), isso nos revela a deficiência da assistência no planejamento familiar e pré-natal, feto e recém-nascidos afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas (26,3% em 2009) e manteve uma porcentagem alta (21,0% em 2013), onde há falta de acesso a exames importantes durante a assistência do pré-natal como a ultrassonografia que possibilita em tempo real, diagnosticar alguma irregularidade da gravidez; hipóxia intrauterina (34,3% em 2011) que revela deficiência na assistência durante o parto; morte fetal de causa não específica (30,4% em 2008) sendo que a mesma manteve percentual em todos os anos seguintes, onde está ligada ao mau preenchimento da Declaração de Óbito e/ou dificuldade do profissional médico de estabelecer um diagnóstico.

Em um estudo realizado por Oliveira; Pereira e Maranhão (2003), sobre evolução da mortalidade fetal no Brasil, no período de 2000 a 2004, destacam-se cinco causas com maiores índices de óbitos fetais, e três causas com menores índices de óbitos fetais, sendo as cinco primeiras: morte fetal de causa não específica com 57.225 casos; hipóxia intrauterina com 47.919 casos; feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas com 38.505 casos; feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual com 17.689 casos e com 5.872 casos de fetos e recém-nascidos afetados por complicações maternas da gravidez. As três causas com menor taxa de óbito fetal foram: outras infecções especificadas do período perinatal com 511 casos; outras afecções comprometendo o tegumento, específicas do feto e recém-nascido e com 461 casos outras malformações congênitas do coração.

Contudo, buscar a redução expressiva de morte fetal equivale a minimizar o número de mortes reduzíveis, sobretudo das relacionadas à qualidade da

assistência prestada durante a gravidez e o parto e aos cuidados imediatos ao recém-nascido. No entanto, seu sucesso depende também da melhoria das condições socioeconômicas da mulher gestante, sobretudo de sua saúde, da intensificação de sua procura e de seu acesso aos serviços que lhe são fornecidos e específicos (ORTIZ, 2012).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra que nos coeficientes de mortalidade fetal nos municípios da região Noroeste do Estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2013 variou entre 38,8/ 1.000 nascidos vivos (2012) a 85,3/1.000 nascidos vivos (2010), seus resultados também apontaram diversas deficiências na assistência materno-infantil a serem corrigidas. Em virtude das diferenças regionais, é importante que as ações sejam direcionadas às particularidades de cada região, visando fornecer uma situação de maior homogeneidade.

Foi identificado neste trabalho, como causas mais frequentes associadas aos óbitos fetais, além das causas não especificadas ocorridas em todos os anos do período estudado, as hipóxias intrauterinas, apontando a necessidade de melhoria de assistência pré-natal e durante o parto, e também por feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual, isso nos revela a deficiência da assistência no planejamento familiar e pré-natal. Tal resultado aponta a necessidade de Políticas Públicas implantadas nos municípios estudados, como a Rede Cegonha que visa assegurar às mulheres: o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; às crianças: o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Mereceu destaque também, os óbitos por feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas levando-se a crer na existência de deficiências na qualidade da assistência do pré-natal, haja vista a inevitabilidade de tais eventos.

Quanto às causas (inerentes às mães e aos natimortos) mais frequentemente encontradas nos óbitos fetais dos municípios da região Noroeste do Estado de Mato Grosso, conforme ratificado por outros estudos, as malformações congênitas foram expressivas neste trabalho.

Contudo, as deficiências de preenchimento das informações das Declarações de Óbitos, expressas pela dificuldade de detalhamento das condições dos óbitos, bem como pelas poucas variáveis disponíveis, é um determinante que indica a necessidade da melhoria da qualidade das informações.

Assim, este estudo permite-nos afirmar, que a ocorrência dos óbitos fetais nos municípios da região do Estado de Mato Grosso, é relevante e a grande maioria de suas causas são evitáveis. Finalmente, recomenda-se que as ações de saúde sejam prioritariamente direcionadas à melhoria da qualidade da assistência pré-natal e ao parto, sugerindo-se, a realização de estudos que avaliem a qualidade da assistência pré-natal e ao parto para identificação dos problemas e definição de estratégias e políticas. Tais recomendações podem ser aplicáveis às demais regiões do Estado de Mato Grosso, tendo em vista a abrangência desse estudo e as semelhanças nas características sócias demográficas e epidemiológicas.

Porém, destaca-se que além das ações de saúde é necessário investimentos de esforços na melhoria da qualidade de vida das pessoas para se garantir o exercício seguro da sexualidade, gestações planejadas, pré-natal, nascimentos e puerpério saudáveis.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, Marco A. SILVA Antonio AM. BETTIOL Heloísa; GOMES, UILHO A. 2000. Fatores de risco para a tendência ascendente do baixo peso ao nascer em nascidos vivos de parto vaginal no sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)**. v. 34, n. 6, ano 2000.

BARRETO ML, Genser B. et al.. Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies. In PubMed, 27 de novembro de 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993362>> Acessado em: 11 nov. 2014.

BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo - SP**, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: **Manual Técnico**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, **Área Técnica da Mulher. – Brasília**: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2.ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde**: dados e indicadores selecionados em 2003. Brasília, jan./dez. 2004.

CARVALHO, W. O.; SOARES, D.A. Causas reduzíveis de morte perinatal em três municípios brasileiros. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde** Maringá, v. 1, n. 1, p. 83-88, 1. sem. 2002.

CECATTI, J.G.; AQUINO, M.M.A. Causas e fatores associados ao óbito fetal. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 43-48, maio/agosto 1998.

CECATTI, José Guilherme; Aquino, Marcia Maria Auxiliadora. Causas e fatores associados ao óbito fetal. **Rev. Ciênc. Med., Campinas**, 7(2): 43-48, maio/agosto, 1998.

COSTA, R. et al.. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Revista de Saúde Pública**. 2002; 36(6): 759-772.

LEITE, A. J. M.; SILVA, A, C. Mortalidade Infantil: Indicadores das condições de vida das populações. **Rev. de Pediatria do Ceará** 2000; 1(2): 8-15.

LOURENÇO, E, C.; BRUNKEN, G, S.; e LUPPI, C, G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde** vol.22 no.4 Brasília Dec. 2013.

MARCONI, M, A., LAKATOS, E, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. 4ª. reimpressão. São Paulo: Atlas 2010.

MOREIRA, Laura M. C *et al.*. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Rev Med Minas Gerais** 2012; 22.

NOGUEIRA, P.J. et al.. **Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011)**.

OLIVEIRA, H. et. Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. 9ª ed. EDUSP, São Paulo, 2003.

ORTIZ, LuisPatricio. A Mortalidade Perinatal no Brasil 2000-2010. XVIII **Encontro Nacional de Estudos Populacionais, da Abep**. Águas de Lindóia/SP – Brasil, 2012.

REDDY, UM et al.. Stillbirth Classification-Developing an International Consensus for Research: Executive Summary of a National Institute of Child Health and Human

Development Workshop. **Obstetric sand Gynecology**, Hagerstown, v. 114, n. 4, p. 901-914, 2009.

SERRUYA, S. et al.. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004.

SILVA, Patrícia Abrantes. 2007. Humanização no cotidiano do(a) enfermeiro(a) ao cuidar de mulheres durante o parto. **Faculdade de Ciências da Saúde – FACS – Brasília**, 2007.

VARDANEGA, K. et al.. Fatores de risco para natimortalidade em um Hospital Universitárioda Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p.617-622, Out 2002.