MARIA HELENA P. DE MELLO JORGE SILVEIRA

PERDAS FETAIS DO DISTRITO DE SÃO PAULO

Monografia apresentada à
Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo
para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde Pública
1974

INDICE

- APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS.....	5
3. MATERIAL E MÉTODO.....	9
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
4.1. Distribuição das Perdas Fetais.....	14
4.1.1. Distribuição Mensal.....	14
4.1.2. Distribuição por Local de Ocorrência e de Residência	16
4.2. Análise do Ponto de Vista Social	21
4.2.1. Filiação	21
4.2.2. Cor	25
4.2.3. Naturalidade dos Pais	26
4.2.4. Profissão dos Pais	28
4.3. Análise do Ponto de Vista Médico-Estatístico..	29
4.3.1. Sexo	29
4.3.2. Duração da Gestação	32
4.3.3. Atenção Médica ao Evento	36
4.3.4. História Obstétrica	39
4.3.5. Parto : Tipo e Duração	43
4.3.6. Incidência de Gestações Múltiplas	46
4.3.7. Idade da Mãe	49
4.3.8. Causa da Morte	56
4.4. Análise Formal do Atestado	
5. MORTALIDADE PERINATAL	75

6. IMPLICAÇÕES DE ORDEM JURÍDICA.....	80
6.1. Preliminares	81
6.2. Considerações Sobre a Tutela Jurídica do Cadáver	84
6.3. Equivocabilidade nos Registros de Nascido Vivo e Nascido Morto. Importância no Direito das Sucessões.	90
6.4. O Problema da Filiação	93
6.5. Aborto Criminoso e Segredo Profissional	97
 7. CONCLUSÕES	 101
 8. RECOMENDAÇÕES	 107
 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 110
 - ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Foi em 1962 que se iniciou no então Departamento de Estatística da Faculdade de Higiene e Saúde Pública uma intensa fase de pesquisas. Desenvolveu-se pri-meiramente, durante dois anos, o "Estudo Interamericano de Mortalidade no Adulto"⁶⁷, ao qual se sucedeu o Estudo Retro-spectivo sobre a Fertilidade no distrito de São Paulo", cujos resultados foram, em parte, analisados na tese "Aborto Provocado"⁵¹. Baseados em estudos feitos nessa pesqui-sa, pensou-se em analisar a fertilidade, não mais quanto ao passado da mulher, mas sim de modo prospectivo, seguindo a mesma mulher durante um ano, em entrevistas sucessivas e per-iódicas de três em três meses. Constituiu esse trabalho o "Estudo Prospectivo sobre a Fertilidade em mulheres não sol-teiras no distrito de São Paulo", cujos dados têm servido a publicações várias, não só na Faculdade de Saúde Pública, mas também em outros centros de estudos.

Os excelentes resultados obtidos na pesquisa sobre a Mortalidade no Adulto (1962/1964), levaram a Organização Mundial de Saúde a iniciar em quinze áreas das Américas estudo semelhante dizendo respeito, não mais à mortalidade em adultos, mas em crianças. Teve início, assim, a "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância" ^{66,41} pesquisa que estudou óbitos de menores de cinco anos residentes no distrito de São Paulo, no período de 1º de junho de 1968 a 31 de maio de 1970. Resultados preliminares ^{60,61,43} dessa Investigação foram publicados, tendo ⁶⁸ recentemente vindo à luz seu resultado final.

Um estudo sobre as perdas fetais impunha-se, então. Em primeiro lugar, por não existir nenhum trabalho no gênero, ao menos no Brasil, e depois, porque seria de grande interesse e importância que dados dessa natureza pudessem ser analisados conjuntamente com os da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância", para a obtenção de informações sobre a mortalidade perinatal. Está se reconhecendo, mundialmente, a importância de se prestar maior atenção às mortes fetais, pois, à medida que diminui a mortalidade infantil e que se eliminam as suas causas, o problema da mortalidade pré-natal adquire proporções cada vez maiores. Surgiu assim a idéia deste trabalho: levantamento de dados sobre as perdas fetais no distrito de São Paulo e seu estudo não só quanto aos aspectos médico-estatísticos, mas também quanto às implicações que tais fatos acarretam no campo do Direito. Graças ao suporte fornecido pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e à boa vontade e apoio de muitos amigos, sua realização se tornou possível.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por perda fetal a morte de um produto de concepção antes da expulsão completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal de vida, seja respiração, batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbelical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária⁵⁶.

Por outro lado, nascido vivo é considerado "o produto da concepção que, independente da duração da gestação, depois de expulso ou extraído completamente do corpo da mãe, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, não importando ter ou não sido cortado o cordão umbelical, estar ou não desprendida a placenta"⁵⁶.

Esses conceitos, estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, deixam claro que, em nenhum dos dois casos, se leva em conta a duração da gravidez. Isso não impede, entretanto, que seja feita uma classificação das perdas fetais segundo este aspecto. Assim, de acordo com o tempo da gestação, as perdas fetais são classificadas em precoces, intermediárias e tardias, quando respectivamente durarem menos de vinte semanas, de vinte a vinte e sete semanas e vinte e oito ou mais semanas. Embora usualmente se designe por natimorto todo aquele que nasceu morto, somente às perdas fetais de gestações de vinte e oito ou mais semanas de duração é que, cientificamente, se dá essa denominação⁵⁷.

Embora a afirmação de que se aceitam aqui os conceitos de nascido vivo e nascido morto oferecidos pela Organização Mundial de Saúde possa parecer óbvia, a rigor, ela não o é, pois ainda hoje, passados tantos anos da enunciação dessas definições, países há como a Holanda, por exemplo, que consideram como nascida viva a criança que ainda estiver viva no momento em que for efetuado o registro civil⁴⁵. Antes de 1950, ocasião em que foram divulgados esses preceitos, no Brasil era considerada nascida morta a criança que não desse sinais de vida ao nascer ou que morresse durante o parto.

A definição estatística de nascido morto baseia-se tradicionalmente em dois elementos: um para distingui-lo de um nascimento vivo e outro para diferenciá-lo do que se conhece como aborto. O primeiro elemento, que vai diferenciar um nascido morto de um nascido vivo é o já referido sinal de vida: no extremo oposto está o segundo elemento, aquele que vai distinguir um nascido morto de um aborto e que é representado pela viabilidade física. Essa viabilidade se expressa através

de um período mínimo de gestação, comprimento mínimo, peso mínimo ou pela aparência humana que possa apresentar o produto da concepção^{5 6}.

Segundo preceitua o Código Civil brasileiro, devem ser inscritos no registro das pessoas naturais todos os nascimentos, casamentos e ôbitos, competindo à União legislar sobre eles¹⁰. Para autenticidade, segurança e validade de seus atos jurídicos estão esses registros sujeitos ao regime estabelecido pelo decreto nº 4857 de 9 de novembro de 1939, a chamada Lei dos Registros Públicos¹³, cujo artigo 63 determina que:

Artº 63: "Todo nascimento que ocorrer no território naciõnal deverá ser dado a rēgistro no cartório do lūgar em que tiver ocor-rido o parto, dentro de quinze dias, ampliando-se para três meses"

Ao falar em nascimento, e dado o prazo que a lei estabelece, deve-se entender sempre nascimento com vida. O legislador impôs, entretanto, o registro de nascimento mesmo para o caso de ter a criança nascido morta.

Artº 67: "No caso de ter a criança nascido morta, ou no de ter morrido na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento, com os elementos que couberem e com remissão ao do ôbito".

Crianças nascidas mortas são, as-sim, registradas no mesmo livro que as nascidas vivas e, concomitantemente, no mesmo livro que as pessoas mortas,

havendo, entretanto, o detalhe especial da remissão, ao óbito e ao nascimento, respectivamente, à margem dos livros de nascimentos e de óbitos.

É o seguinte o modelo usado nos cartórios, para esse fim:

"Aosdias do mês de do ano de, nesta cidade, distrito de, em meu cartório compareceu(indicar nome, profissão, estado civil, naturalidade e residência do declarante), que, em presença das testemunhas abaixo nomeadas e assinadas, declarou que no dia do mês de às horas,, (indicar nome, profissão, estado civil e residência) deu à luz uma criança de côr, do sexo que nasceu morta."

Os cartórios, ainda por força de lei (art. 61 da Lei dos Registros Públicos), enviam às Repartições Oficiais de Estatística mapas de nascimentos, casamentos e óbitos que houverem registrado. Para o caso dos nascidos mortos, embora o registro seja feito, como se viu, nos livros de nascimentos e óbitos, elaboram os cartórios mapa especial, a partir do qual, após o recebimento, essas Repartições apuram, para o grupo dos natimortos, sexo e côr, além dos dados relativos à naturalidade aos pais.

Além dos mapas, são enviados também, os próprios atestados feitos pelos médicos que, para o caso dos nascidos mortos, são preenchidos no verso dos atestados de óbito comuns (ANEXO 1).

2. OBJETIVOS

A pesquisa sobre as perdas fetais tem como objetivo o estudo das mesmas segundo as variáveis fornecidas pelo atestado, agrupando os resultados em análises do ponto de vista social, médico-estatístico e formal do atestado.

Do ponto de vista social objetivou-se determinar, em que medida, as características sociais fornecidas através do atestado, influiriam sobre a ocorrência de perdas fetais. Assim, visou esta pesquisa ao estudo da filiação, cor do produto da concepção e naturalidade e profissão dos pais.

No campo da medicina e estatística de saúde é importante o estudo da distribuição das perdas segundo o tempo de gestação, pois constituia hipótese deste trabalho a existência de sub-enumeração de perdas

precoces e intermediárias. Da mesma forma, se afigurou de valia o estudo das perdas segundo o sexo: é fato sabido que dentre os nascidos vivos o sexo masculino sobrepuja o feminino; nas perdas, entretanto, as relações entre os dois sexos é desconhecida e sua determinação constitui, sem dúvida, importante subsídio para estudos genéticos. Visou-se ainda o conhecimento de dados relativos à atenção médica ao parto, à incidência de gestações múltiplas, a idade da mãe e a história obstétrica. Quanto à causa da morte, ou mais propriamente "causa da perda", nunca foi medida, entre nós, constituindo sua determinação uma das metas desta pesquisa. Sentiu-se ainda ser importante levantar os dados de crianças registradas como nascidas mortas e que eram, a rigor, nascidas vivas que morreram logo após o parto. O conhecimento desses casos é importante porque erros desse tipo alteram todos os coeficientes que utilizam, quer no numerador, quer no denominador, o número de nascidos vivos.

Análise quanto ao aspecto formal do atestado constituiu também um dos objetivos deste trabalho. A partir dos erros e imperfeições encontrados puderam ser sugeridas modificações aconselháveis pela prática e julgadas necessárias em decorrência da análise realizada.

Aproveitando os dados relativos aos nascidos mortos e aqueles de nascidos vivos obtidos na Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, visou-se ao estabelecimento de coeficientes corrigidos de mortalidade perinatal.

Dado que muitas normas de Direito podem ter implicações nas perdas fetais, bem como estas po

dem acarretar problemas no campo jurídico, objetivou-se ainda o estudo destas relações. Assim, a importância do correto preenchimento do atestado e sua repercussão no Direito das Sucessões (através dos citados casos de nascidos vivos registrados como nascidos mortos e vice versa), o problema da legitimidade da filiação, o segredo médico relativamente ao aborto criminoso e considerações sobre a tutela jurídica do cadáver, isto é, a partir de que ou de quando, o produto da concepção, extraído ou expelido sem vida do corpo da mãe será considerado como cadáver e como tal sujeito a um atestado e sepultamento. Diante das posições diversas assumidas pela Medicina e pelo Direito, e sendo claro que neste assunto como em tantos outros ambos não podem estar divorciados, visou esta pesquisa ao estabelecimento de um denominador comum entre esses dois campos, sugerindo medidas que façam cessar, de vez, esses aspectos obscuros e conflitantes.

3. MATERIAL E MÉTODO

Os atestados relativos às perdas fetais - obrigatórios para o caso de crianças nascidas mortas e com preenchimento recomendado para as declarações de aborto - são, como se viu, efetuados no verso do atestado de óbito comum. Após o registro em cartório, no caso do estado de São Paulo, são enviados ao Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento, juntamente com o mapa mensal dos nascidos mortos.

Esses atestados constituíram o material básico da pesquisa sobre as perdas fetais.

Foram selecionados os atestados de todo o município de São Paulo do período 1º de junho de 1968 a 31 de maio de 1970. O município de São Paulo conta atualmente com 53 cartórios, distribuídos, de acordo com a divisão administrativa do município, em distritos e subdistritos (ANEXO 2).

O período referido - 1º de junho de 1968 a 31 de maio de 1970 - foi o escolhido por coincidirem seus limites mínimo e máximo com os fixados para início e fim de coleta de dados de óbito da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância" e seus resultados poderem ser, a final, estudados conjuntamente. É importante notar que, embora o primeiro mês do registro tivesse sido o de junho de 1968, foram aproveitados somente os atestados de perdas ocorridas e efetivamente de 1º de junho em diante, sendo desprezadas as de maio e de meses anteriores. De forma análoga, no fim do período, mais três meses foram pesquisados (junho, julho e agosto de 1970) para que pudessem ser aproveitadas as perdas ocorridas até 31 de maio e registradas com atraso.

Assim, de posse dos atestados de todas as perdas fetais registradas no município de São Paulo e ocorridas dentro do período escolhido, procedeu-se a uma nova seleção, visando a eliminar agora os casos de perdas fetais cujas mães não residissem no distrito de São Paulo. Isso foi feito porque, para que pudesse haver comparabilidade com os dados da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância", seria necessário adotar o mesmo critério ali seguido. Não se considerou a população flutuante, formada por aquelas pessoas residentes em outros locais e que aqui vieram apenas para o momento do evento. Interessou, em ambos os estudos, a população efetivamente residente, constituída das pessoas que moram em São Paulo.

A área escolhida foi o distrito de São Paulo, entre outras razões, por representar sua população aproximadamente 90% da população do município^{6 8}.

Após essa nova seleção, restaram - e esse foi o material trabalhado - todas as perdas fetais registradas no município de São Paulo, cujo evento tivesse ocor

rido entre 1º de junho de 1968 e 31 de maio de 1970 e cuja residência da mãe se localizasse dentro do distrito de São Paulo.

É importante notar que a população de estudo constituiu-se de todas as perdas fetais e não apenas de uma amostra delas.

O número de atestados encontrados foi de 7570 sendo 3781 para o primeiro ano e 3789 para o segundo. Essas perdas representaram 81,31% do total de perdas ocorridas e registradas no município.

Foi elaborada uma codificação para cartões IBM (ANEXO 3) visando a trabalhar com todas as variáveis que a declaração do nascido morto pudesse oferecer: data do nascimento, sexo, filiação, cor, duração da gestação, local onde ocorreu o parto, idade, profissão e naturalidade da mãe, quando conhecida, idade, profissão e naturalidade do pai, quando conhecido, número total de gestações da mãe, número de gestações de menos de vinte e oito semanas, número total de nascidos vivos, número total de filhos ainda vivos, número total de nascidos mortos, o fato desta criança ter morrido antes ou depois do parto, tipo e duração do parto, se se tratou de gravidez simples ou gemelar, causa da morte (ou causa da perda), tipo e análise do atestado, subdistrito de residência e subdistrito de registro.

Os cartões foram perfurados, verificados e posteriormente classificados eletronicamente.

Os resultados obtidos estão analisados nas tabelas e gráficos apresentados no decorrer desta exposição.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. DISTRIBUIÇÃO DAS PERDAS FETAIS

4.1.1. DISTRIBUIÇÃO MENSAL

Quando se procurou distribuir as perdas fetais segundo o mês em que se verificou o evento, seu comportamento não diferiu muito nos dois anos estudados. O quadro a seguir - tabela 1 - onde as perdas estão distribuídas segundo o mês do evento, dá idéia desse fato. A análise de dois anos isolados, entretanto, não pode conduzir a nenhuma conclusão sobre tendência.

Essa distribuição em meses não foi, daqui para a frente, conservada. Trabalhou-se separadamente em alguns casos, com o primeiro e segundo anos, e, em muitos outros, somente com o total.

TABELA 1 - PERDAS FETAIS DO DISTRITO SEGUNDO O MÊS DO EVENTO

MÊS DO EVENTO	PERDAS FETAIS	
	nº	%
junho 1968	324	8,57
julho	347	9,18
agosto	358	9,46
setembro	311	8,23
outubro	295	7,80
novembro	298	7,88
dezembro	312	8,25
janeiro 1969	321	8,49
fevereiro	299	7,91
março	319	8,44
abril	302	7,99
maio	295	7,80
TOTAL 1º ANO	3 781	100,00
junho 1969	288	7,60
julho	319	8,42
agosto	309	8,16
setembro	286	7,55
outubro	315	8,31
novembro	319	8,42
dezembro	335	8,84
janeiro 1970	341	9,00
fevereiro	290	7,65
março	330	8,71
abril	352	9,29
maio	305	8,05
TOTAL 2º ANO	3 789	100,00

4.1.2 DISTRIBUIÇÃO POR LOCAL DE OCORRÊNCIA E DE RESIDÊNCIA

Através da Lei dos Registros Públicos¹³, artigo 88, sabe-se que nenhum enterramento poderá ser feito sem a certidão do oficial do registro do lugar em que tiver ocorrido o falecimento. No município de São Paulo, por "lugar em que tiver ocorrido" entende-se cada uma de suas menores unidades administrativas, ou seja, cada um dos quarenta e oito subdistritos em que o distrito da Capital se divide e mais os outros sete distritos (ANEXO 3)

O Departamento de Estatística do Estado, da Secretaria de Economia e Planejamento, que recebe mensalmente os mapas de todos esses cartórios acusando o movimento verificado em cada um, com relação a nascimentos, casamentos e óbitos apura, a partir deles, os eventos vitais ocorridos em São Paulo. Assim, cada subdistrito apresentará um determinado número de nascimentos, casamentos, óbitos e natimortos, número esse dado através do movimento do cartório em que foi feito o registro.

Esses dados, entretanto, apurados através do "local de ocorrência" dão uma falsa idéia da distribuição dos eventos e quase de nada servem quando se pensa em planejamento de saúde. Isto porque, determinados locais onde haja uma concentração de maternidades revelarão um alto índice de natalidade; subdistritos como o Jardim América, por exemplo, que reúne em sua área hospitais de intenso movimento como o Hospital das Clínicas e Emílio Ribas, apresentam o mais alto coeficiente de mortalidade do município⁷³.

Também no caso das perdas fetais ocor

re esse fenômeno. A tabela 2 mostra a disparidade verificada em alguns subdistritos quando se comparam o número de perdas fetais calculado através do movimento dos cartórios, de um lado, e o mesmo número calculado através do subdistrito de residência da mãe, de outro.

O cartório da Liberdade, por exemplo, registrou 640 perdas (8,45%) no mesmo período em que apenas 51 mulheres residentes nesse subdistrito tiveram esse evento (0,67%); Belenzinho teve registradas 824 perdas (10,90%), sendo residentes apenas 35 mulheres (0,46%); o do Jardim América teve 815 registros de perdas fetais (10,77%) para apenas 21 mulheres residentes (0,28%). Contrariamente, em Nossa Senhora do Ó, 248 mulheres aí residentes tiveram perdas (3,28%), sendo o movimento de seu cartório de apenas 35 registros (0,46%); no Tucuruvi houve 56 registros (0,74%) para 365 residentes (4,82%). O gráfico 1 ilustra esse fato, mostrando o que ocorre nesses subdistritos.

Os elevados percentuais correspondentes aos subdistritos da Liberdade, Cerqueira Cesar e Belenzinho devem-se à localização, em suas áreas, de elevado número de leitos-maternidade. Estudando a distribuição destes no distrito de São Paulo, verifica-se que 11,53% de seu total estão em hospitais localizados na Liberdade, 10,25% em Cerqueira Cesar e 11,90% no Belenzinho³⁹. Com relação ao subdistrito de Jardim América, ocorre que, embora haja pequeno número de leitos maternidade aí localizados, a presença do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas e do Instituto Médico Legal justifica o elevado percentual de registros aí verificados.

A partir desses fatos, parece lícito pensar em uma alteração de lei. A rigor, desde 1962 vem o governo brasileiro pensando em uma reformulação de seus códigos.

Para tanto, comissões de juristas têm se reunido a fim de estudar o assunto, professores têm debatido temas e apresentado sugestões. Leis têm sido promulgadas reformando os Códigos em vigor. Através do Decreto-Lei 1000 de 21 de outubro de 1969¹⁴ foi alterada a já referida lei dos Registros Públicos. A 31 de dezembro foi decretada e sancionada nova lei-decreto 6015 - que reformula os registros públicos no Brasil²⁵. No aspecto referente aos registros de nascimento e óbito continua a vigorar o princípio através do qual o registro deve ser feito, sempre, no local em que se tiver verificado o evento. Ora, como já foi amplamente discutido^{83, 84}, se é importante para a estatística de saúde e para planejamento de saúde que se tenham esses dados de acordo com o domicílio da mãe, é preciso que os que conhecem essas deficiências e essas falhas advirtam o legislador. Não parece existir realmente nenhum fundamento jurídico ou filosófico para essa exigência legal de que o registro deva ser feito no local em que ocorreu o evento: a razão da determinação não pode portanto ser outra que não a de uma medida de política administrativa, visando a facilitar e ordenar os serviços cartoriais. Assim, se do ponto de vista jurídico é realmente indiferente o local onde seja feito o registro, importando apenas que o assentamento se realize, e do ponto de vista estatístico-sanitário é de relevância que se possam contar com os dados dos eventos vitais segundo o local de residência, é mister que se promovam encontros entre sanitaristas e legisladores visando a uma modificação da lei: objetiva-se a determinar possam os registros ser efetuados em qualquer cartório.

O Departamento de Estatística que, conforme já se afirmou anteriormente, recebe os mapas com o movimento dos cartórios, por sua vez, apura e publica os dados relativos a nascimentos, casamentos e óbitos, a partir daí. Mais recentemente, ao lado dessa, está também promovendo a

uma apuração dos nascimentos, natimortalidade e óbitos por local de residência. Esta apuração está, entretanto, ainda muito no início, e o Departamento, por enquanto, nada publicou a respeito.

O que se pensa é que bem elaborados programas de saúde materno-infantil necessitariam dos dados relativos à distribuição dos eventos segundo a residência da mãe. A natalidade, a natimortalidade e a mortalidade deveriam ser sempre dadas por área de residência, para que os coeficientes medissem sempre a real situação de cada local⁷³. Isto, sem contar o fato de que a localização dos serviços de assistência à gestante, ao parto e à criança, onde seja maior a demanda, conforme já se frisou em trabalhos anteriores, representa a melhor política de saúde^{46, 74}.

GRÁFICO 1 - PERDAS FETAIS EM ALGUNS SUBDISTRITOS DE SÃO PAULO SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA E RESIDÊNCIA (%)

TABELA 2 - PERDAS FETAIS DO DISTRITO DE SÃO PAULO SEGUNDO O SUBDISTRITO DO DOMICÍLIO DA MÃE E O SUBDISTRITO DO REGISTRO

SUBDISTRITO		DOMICÍLIO		REGISTRO	
		Nº	%	Nº	%
1	SÉ	15	0,20	21	0,28
2	LIBERDADE	51	0,67	640	8,45
3	PENHA	284	3,75	134	1,77
4	NOSSA SENHORA DO Ó	248	3,28	35	0,46
5	SANTA IFIGÊNIA	32	0,42	11	0,15
6	BRÁS	57	0,75	25	0,33
7	CONSOLAÇÃO	64	0,85	143	1,89
8	SANTANA	346	4,57	204	2,69
9	VILA MARIANA	144	1,90	80	1,06
10	BELENZINHO	35	0,46	824	10,90
11	SANTA CECÍLIA	48	0,63	26	0,34
12	CAMBUCI	34	0,45	92	1,22
13	BUTANTÃ	263	3,47	69	0,91
14	LAPA	132	1,74	326	4,31
15	BOM RETIRO	32	0,42	28	0,37
16	MOÓCA	72	0,95	130	1,72
17	BELA VISTA	95	1,25	270	3,57
18	IPIRANGA	176	2,32	285	3,76
19	PERDIZES	97	1,28	82	1,08
20	JARDIM AMÉRICA	21	0,28	815	10,77
21	SAÚDE	249	3,29	565	7,46
22	TUCURUVI	365	4,82	56	0,74
23	CASA VERDE	154	2,03	115	1,52
24	INDIANÓPOLIS	40	0,53	93	1,23
25	PARI	39	0,52	15	0,20
26	VILA PRUDENTE	376	4,97	82	1,08
27	TATUAPÉ	366	4,83	173	2,29
28	JARDIM PAULISTA	80	1,06	92	1,22
29	SANTO AMARO	1107	14,63	726	9,59
30	IBIRAPUERA	101	1,33	40	0,53
31	PIRITUBA	169	2,23	16	0,21
32	CAPELA DO SOCORRO	60	0,79	65	0,86
33	ALTO DA MOÓCA	48	0,63	102	1,35
34	CERQUEIRA CESAR	25	0,33	631	8,34
35	BARRA FUNDA	28	0,37	28	0,37
36	VILA MARIA	225	2,97	129	1,70
37	ACLIMAÇÃO	29	0,38	82	1,08
38	VILA MATILDE	198	2,62	23	0,30
39	VILA MADALENA	21	0,28	23	0,30
40	BRASILÂNDIA	140	1,85	45	0,59
41	CANGAÍBA	52	0,69	4	0,05
42	JABAQUARA	236	3,12	115	1,52
43	JAGUARA	27	0,36	-	-
44	LIMÃO	83	1,10	6	0,08
45	PINHEIROS	65	0,86	-	-
46	VILA FORMOSA	117	1,55	51	0,67
47	VILA GUILHERME	58	0,77	20	0,26
48	VILA NOVA CACHOERINHA	102	1,35	11	0,15
	IGNORADO	764	10,10	-	-
	OUTROS DISTRITOS	-	-	21	0,28
TOTAL		7570	100,00	7570	100,00

4.2. ANÁLISE DO PONTO DE VISTA SOCIAL

Fatores sócio-econômico-culturais in fluem enormemente nas perdas fetais. Tem sido demonstrado que mulheres de baixo nível social apresentam maior risco de ter nascidos mortos ou perdas fetais, assim como o fator econômico guarda relação com o baixo peso ao nascer^{4, 50}.

Uma completa análise desse ponto de vista só poderia, evidentemente, ser feita através de uma entrevista domiciliar. Como se contavam, entretanto, apenas com as variáveis que o atestado fornecia, julgou-se que as que melhor poderiam caracterizar a família, segundo esse as pecto, seriam a legitimidade da filiação, cor, naturali dade e profissão dos pais. O estudo, entretanto, não pôde ser completo, devido à precariedade de dados de que se pude ram dispor, conforme se verá a seguir.

4.2.1. FILIAÇÃO

O próprio atestado do nascido morto especifica que a filiação pode ser legítima ou ilegítima. Em grande parte dos casos, entretanto, (17,89% do total) a in formação não foi prestada, por ser, na realidade, ignorada (como no caso de natimortos encontrados abandonados), ou sim plesmente quando o item não estava preenchido. Estudando se paradamente esse fato no primeiro e no segundo anos, verifi ca-se que os percentuais de ausência de resposta variaram bastante (respectivamente 22,19% e 13,59%). Embora se pudes se pensar numa melhoria quanto ao preenchimento do atesta do, relativamente a esse aspecto, a análise isolada de dois

anos não pode levar a essa conclusão.

Quanto à legitimidade da filiação (percentuais calculados sobre o total de casos conhecidos), verificou-se que a filiação legítima totalizou 73,55% dos casos, concorrendo a ilegítima com 26,45%, conforme se vê na tabela 3.

TABELA 3 - PERDAS FETAIS SEGUNDO A FILIAÇÃO

PERÍODO FILIAÇÃO	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LEGÍTIMA	2252	76,55	2320	70,86	4572	73,55
ILEGÍTIMA	690	23,45	954	29,14	1644	26,45
IGNORADA	839		515		1354	
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

Admitia-se, por hipótese, antes mesmo de iniciar a pesquisa, que seria de se esperar maior proporção de ilegitimidade nas perdas precoces e intermediárias do que nas tardias. Essa suposição baseou-se no fato de que, constituindo o grupo citado os casos de aborto, muito dos quais provavelmente provocados, estes ocorreriam mais em mulheres solteiras ou não legalmente casadas, fato que originaria uma gravidez ilegítima⁷⁵. Os resultados apoiam a hipótese aventada, conforme se vê na tabela 4.

TABELA 4 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O TIPO E A FILIAÇÃO (%)

TIPO	FILIAÇÃO		TOTAL
	LEGÍTIMA	ILEGÍTIMA	
PRECOCES	56,60	43,40	100,00
INTERMEDIÁRIAS	70,75	29,25	100,00
TARDIAS	75,52	24,48	100,00
TOTAL	73,55	26,45	100,00

Nos casos em que a legitimidade da filiação era conhecida, os percentuais relativos à filiação legítima e ilegítima foram bastante semelhantes nas perdas precoces (56,60% e 43,40%, respectivamente). Nas intermediárias, a legítima assumiu valor maior - 70,75% - para 29,25% das ilegítimas, enquanto que nas perdas fetais tardias esses números corresponderam a 75,52 e 24,48% respectivamente (Gráfico 2).

Há de se acrescentar ainda que o número de perdas ilegítimas deve estar sub-estimado, pois esses representam os casos em que, na maior parte das vezes, as mulheres sequer procuram atendimento hospitalar.

GRÁFICO 2 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O TIPO E A LEGITIMIDADE DA FILIAÇÃO

É importante notar, entretanto, que, embora a própria declaração forneça a classificação da filiação em legítima e ilegítima, o quanto foi dado a perceber, seu preenchimento não está de forma alguma, vinculado aos rígidos conceitos legais que essa classificação oferece. O assunto será mais amplamente debatido no capítulo referente à análise das perdas fetais do ponto de vista jurídico.

4.2.2. COR

Embora o recenseamento brasileiro de 1970 tenha abolido de seus quesitos o item referente à cor, este dado poderia representar subsídio para a determinação prática da classe social, além de ter grande importância do ponto de vista epidemiológico.

No caso das perdas fetais, este foi um dos itens que menor ausência de resposta apresentou; 1,12%.

Assim, dos 7570 casos de perdas estudadas, a classificação da cor está apresentada na tabela 6 sendo que os percentuais foram sempre calculados sobre o total de perdas com informação conhecida. Perdas fetais de cor branca atingiram o percentual de 66,99% do total. Seguiu-se o grupo relativo à cor parda com 22,82%, vindo a seguir o preto, representado por 9,59%, entrando a cor amarela apenas com o contingente de 45 casos (0,60% do total). Esses dados são apresentados mais como um aspecto descritivo, pois não se pode, obviamente, tirar conclusões sobre o risco de mães de cores diferentes terem perdas fetais, para o que seria necessário conhecer-se a distribuição dos nascimentos segundo a cor.

TABELA 6 - PERDAS FETAIS SEGUNDO A COR

COR \ PERÍODO	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BRANCA	2520	67,25	2495	66,73	5015	66,99
PRETA	354	9,45	364	9,74	718	9,59
PARDA	845	22,55	863	23,08	1708	22,82
AMARELA	28	0,75	17	0,45	45	0,60
IGNORADA	34		50		84	
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

4.2.3. NATURALIDADE DOS PAIS

É importante frisar, desde logo, que nem todos os atestados trabalhados tinham pais conhecidos. Em 1751 casos, do total de 7570, (23,13%) o pai era desconhecido e em 121 casos (1,60%) nada se sabia sobre a mãe (casos de nascidos mortos encontrados abandonados).

Para o total de casos em que foi possível conhecer o pai, (5819) e a mãe (7449), a naturalidade foi agrupada em oito classes, a saber:

GRUPO 1 - São Paulo	- Capital
GRUPO 2 - São Paulo	- Interior
GRUPO 3 - Região Norte	- Amazonas Acre Pará Roraima Amapá Rondônia
GRUPO 4 - Região Nordeste	- Piauí Ceará Rio Grande do Norte Paraíba Pernambuco Alagoas Sergipe Fernando de Noronha
GRUPO 5 - Região leste	- Minas Gerais Espírito Santo Bahia Rio de Janeiro Guanabara
GRUPO 6 - Região Sul	- Paraná Santa Catarina Rio Grande do Sul
GRUPO 7 - Região Centro-Oeste	- Mato Grosso Goiás Brasília
GRUPO 8 - País estrangeiro	
GRUPO 9 - Naturalidade ignorada	

Construída a tabela 5, verificou - se que a naturalidade foi ignorada em 1373 casos quando se estudou o dado relativamente ao pai (23,60%) e em 1472 (19,76 %) em relação à mãe.

TABELA 5 - PERDAS FETAIS SEGUNDO A NATURALIDADE DOS PAIS

NATURALIDADE	NATURALIDADE DO PAI		NATURALIDADE DA MÃE	
	nº	%	nº	%
GRUPO 1	1081	24,31	1671	27,96
GRUPO 2	1042	23,44	1437	24,04
GRUPO 3	14	0,31	12	0,20
GRUPO 4	729	16,40	764	12,78
GRUPO 5	1241	27,91	1733	29,00
GRUPO 6	69	1,55	157	2,63
GRUPO 7	23	0,52	24	0,40
GRUPO 8	247	5,56	179	2,99
IGNORADA	1373		1472	
TOTAL	5819	100,00	7449	100,00

Observa-se que pais naturais dos Estados da Região Leste - GRUPO 5 - (Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, Rio de Janeiro e Guanabara) apareceram em maior número que os pais quer da Capital (GRUPO-1), quer do interior do Estado de São Paulo (GRUPO-2): 27,91% para a região leste - 24,31% para a Capital e 23,44% para o interior do Estado de São Paulo). Fato análogo ocorreu com a naturalidade da mãe, que apresentou 29,00% dos casos oriundos da região leste 27,96% da Capital e 24,04% do interior do Estado.

Pais oriundos do estado de São Paulo -considerado como um todo- representaram, portanto, 47,75% e 52,00% do total, respectivamente para o pai e para a mãe. A região nordeste apareceu a seguir com 16,40% de pais e 12,78% de mães oriundos de alguns de seus estados. As demais regiões: Norte, Sul e Centro-oeste apresentaram percentuais bem menores. Pais naturais desses estados, todos reunidos, estiveram em menor número do que aqueles estrangeiros (com relação ao pai, 2,38% eram naturais desses estados do Brasil, enquanto que 5,56% eram representados por estrangeiros. Referentemente à mãe, os números se equilibraram : 3,23% de brasileiras dessas regiões e 2,99% de estrangeiras).

4.2.4. PROFISSÃO DOS PAIS

Embora codificada a variável profissão, referente ao pai e à mãe, deixa ela de ser analisada, devido à precariedade de subsídios que poderia trazer para um estudo do ponto de vista social, dada a forma através da qual foi o item preenchido. A título de ilustração, pode-se dizer, por exemplo, que, relativamente à profissão da mãe, "prendas domésticas" e "doméstica" foram dois termos usados indiferentemente sem nenhum critério.

Com relação ao pai, em elevado número de casos, existia a informação "ajudante" ou "auxiliar", dados que, evidentemente, não podem ser aproveitados.

4.3. ANÁLISE DO PONTO DE VISTA MEDICO-ESTATÍSTICO

4.3.1. SEXO

É sabido que os homens são favorecidos ao nascimento vivo com um superavit de 5 a 6% sobre as mulheres e que estas, por sua vez, são favorecidas diante da mortalidade, pois a morte atinge, de preferência, aos homens, com um excesso de 4 a 5%⁶.

Estudando esse aspecto relativamente às perdas fetais, observou-se o mesmo fato: nascem realmente mais homens que mulheres, ainda que nasçam mortos. A constatação desse fato é dada pela tabela seguinte - tabela 7 - onde pode ser verificado o excesso de perdas fetais masculinas em relação às femininas: 4120 para 3280.

TABELA 7 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O SEXO

PERÍODO SEXO	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	% (*)	Nº	% (*)	Nº	% (*)
MASCULINO	2072	55,77	2048	55,58	4120	55,68
FEMININO	1643	44,23	1637	44,42	3280	44,32
IGNORADO	66		104		170	
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

(*) % calculados sobre o total de perdas nas quais o sexo pôde ser conhecido.

Outro aspecto interessante dado por essa tabela foi a quase que igualdade dos percentuais para os dois sexos, nos dois anos de pesquisa: 55,77% e 55,58% para o masculino e 44,23% e 44,42% para o feminino. Ainda aqui o cálculo dos percentuais para sexo masculino e feminino foi feito sobre o total das perdas com sexo conhecido.

Quanto aos casos de sexo ignorado é importante salientar que em 2,24% dos casos não foi possível a sua determinação. A melhor ilustração desse fato é dada pela tabela 8 onde se vê que a maior proporção de sexo ignorado ocorreu nas perdas precoces. Os casos verificados nas perdas intermediárias e tardias deveram-se principalmente àqueles em que, por maceração ou decomposição, sua determinação se tornou praticamente impossível.

Procurando medir como se comportava a variável sexo em relação ao tempo de gravidez, verificou-se que o desequilíbrio se manteve, sendo digno de nota, entretanto, que as proporções de perdas do sexo masculino, sempre maiores que as do sexo feminino, são maiores no caso das perdas precoces, diminuem nas intermediárias e são menores nas tardias.

TABELA 8 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O SEXO E O TIPO DE PERDAS

TIPO DE PERDAS \ SEXO	MASCULINO		FEMININO		IGNORADO	TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%
PRECOCES	288	68,41	133	31,59	106	527	100,00
INTERMEDIÁRIAS	871	57,23	651	42,77	31	1553	100,00
TARDIAS	2954	54,34	2482	45,66	31	5467	100,00
IGNORADO	7	33,33	14	66,67	2	23	100,00
TOTAL	4120	55,68	3280	44,32	170	7570	100,00

Para se estabelecer uma relação entre o número de perdas do sexo masculino e do sexo feminino foi calculada a razão de masculinidade, entendida como o número de homens para cada mil mulheres, segundo o tipo de perda (tabela 9).

TABELA 9 - RAZÃO DE MASCULINIDADE NAS PERDAS FETAIS, SEGUNDO O TIPO DE PERDA

TIPO DE PERDA	RAZÃO DE MASCULINIDADE (x 1000 mulheres)
PRECOCES	2 165
INTERMEDIÁRIAS	1 338
TARDIAS	1 190
TOTAL	1 256

Verifica-se que nas perdas precoces houve 2 165 casos de sexo masculino para cada 1 000 de sexo feminino, decrescendo essa relação nas perdas intermediárias (1338) e nas tardias, onde houve 1 190 perdas masculinas para cada 1 000 femininas.

A conclusão a que se pode chegar é a de que é gerado um número muito maior de homens do que de mulheres, pois, apesar de em todas as fases da gestação haver maior número de perdas do sexo masculino, ainda assim, nasce vivo maior número de homens*. - dados do DEE -

As razões deste fato vem sendo estuda

* Para o município de São Paulo, em 1967, a razão de masculinidade foi igual a 1044 e em 1968 a 1053, segundo dados do Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado.

das por vários especialistas⁴⁸, mas sua explanação foge à alçada deste trabalho.

4.3.2. DURAÇÃO DA GESTAÇÃO

Já foi esclarecido em outra parte deste trabalho que, embora o critério adotado pela Organização Mundial de Saúde e conceituação de nascido vivo de nascido morto não leve em conta a duração da gravidez, esse item é de importância capital quando se objetiva classificar as perdas fetais. Resulta daí, conforme se viu, que são chamadas de perdas precoces aquelas cuja gravidez dura menos de vinte semanas; de perdas intermediárias aquelas ocorridas entre a vigésima e a vigésima sétima semanas e, finalmente, de perdas tardias as perdas fetais de mulheres com gestação de vinte e oito ou mais semanas de duração. A esse grupo -perdas fetais tardias - é que corresponde o de natimortos, conforme recomendação da própria Organização Mundial de Saúde⁵⁷, sendo que somente para ele é que o Departamento de Estatística do Estado de São Paulo apura os dados.

A idade do ovo é contada a partir da concepção. Não havendo, porém, como precisar-lhe, clinicamente, o momento exato, o início da gravidez permanece enigmático. Dá-se a implantação do ovo em prazo variável após a fecundação e esta, por sua vez, é inferida pela data de ovulação. A prática obstétrica aceita, salvo erro de alguns dias, o início da gravidez como ocorrido à época da provável ovulação ou da fecundação⁶⁹.

As gravidezes podem ser cronometradas em dias, semanas, meses lunares ou meses solares, estes respectivamente com 28 e 30 dias⁶⁹. Têm elas duração variável,

fato peculiar aos fenômenos biológicos. Estabelecendo-se uma correspondência entre essas medidas, esquematicamente, para uma gravidez normal, o prazo é de 280 dias, ou 40 semanas, ou 10 meses lunares ou 9 meses solares e dez dias.

É necessário frisar, desde logo, que a unidade de tempo adotada aqui foi sempre a semana, correspondendo uma gravidez a termo a 40 semanas. O critério adotado para a classificação foi o seguinte:

1º) quando o atestado fornecia a informação em semanas, esse número era sempre conservado;

2º) quando o atestado fornecia a informação em meses, era feita a transformação, de acordo com a seguinte tabela de correspondência:

1 mês -	4 semanas
2 meses -	8 semanas
3 meses -	13 semanas
4 meses -	17 semanas
5 meses -	21 semanas
6 meses -	26 semanas
6 meses e meio-	28 semanas
7 meses -	30 semanas
8 meses -	34 semanas
9 meses -	39 semanas
9 meses e 10 dias	40 semanas

3º) quando o atestado fornecia, concomitantemente, a informação em meses e em semanas e se podia notar que a transformação fora feita a través de uma simples multiplicação do número de meses por quatro (sem se lembrar que o ano tem 52 e não 48 semanas) foi aceita como

mais exata a duração em meses, fazendo-se, a partir daí, a transformação correta.

Os resultados obtidos encontram-se na tabela 10.

TABELA 10 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O TIPO

PERÍODO TIPO DE PERDAS	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRECOCES	250	6,63	277	7,34	527	6,98
INTERMEDIÁRIAS	762	20,20	791	20,96	1553	20,58
TARDIAS	2761	73,17	2706	71,70	5467	72,44
IGNORADO	8		15		23	
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

Conforme se pode verificar, o maior percentual foi representado pelas perdas tardias, ou seja, pelo grupo dos natimortos. As perdas precoces e intermediárias que constituem os casos de aborto, conforme recomendação da própria Organização Mundial de Saúde, entraram com um contingente de 27,56% (2080 perdas). Esse número, entretanto, parece pequeno para uma cidade como São Paulo, que teve, para o mesmo período, 247.191 nascimentos vivos também para mães residentes no distrito da Capital, conforme dados da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância" e cujo número de abortamentos provocados foi estimado por Milanesi⁵¹, para um só ano, o de 1965, em 13.730 (distrito de São Paulo).

Facilmente se conclui que o registro de perdas precoces e intermediárias é deficitário. Em 1970, em somente uma das maternidades da cidade de São Paulo, onde ocorreram 7.387 partos (sendo 7.082 nascidos vivos e 305 nascidos mortos), houve 1554 abortos, sendo 533 infectados, correspondendo estes, provavelmente a abortamentos provocados * . O dado apresentado mostra claramente que, se em apenas uma maternidade, durante um ano, ocorreram 1 554 abortos, existe uma sub-enumeração de perdas quando se trabalha com dados de registro. Embora se pudesse pensar em fazer uma estimativa do número de abortos em São Paulo, através dos dados citados, a idéia foi afastada, visto que o hospital referido representa uma amostra viciada: atende prioritariamente casos de indigentes e corresponde ao ponto de convergência de casos de abortamentos.

É certo que inexiste qualquer determinação legal que obrigue a realização de registros de abortos. Entretanto, preconiza o Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, através da informação colocada no canto superior direito da declaração do nascido morto que a mesma seja utilizada também para a declaração de aborto. Não é difícil imaginar, entretanto, diante dos dados apresentados que esta norma não vem sendo seguida.

Por considerar da maior importância o esclarecimento desse particular, está sendo planejada uma pesquisa, com questionário a ser respondido por diretores de hospitais-maternidade e/ou médicos obstetras, visando a determinar a partir de que fatores ou de que tempo de gestação, começa-se, em São Paulo, a fornecer atestado para produtos de concepção. Em outras palavras, busca-se verificar se existem normas que norteiem médicos a dar ou não a referida declaração: serão os produtos de abortamento simplesmente incinerados (?) e de que momento em diante começam eles a me

* comunicação pessoal

recer um enterramento(?).

Esses itens serão trazidos novamente a exame, e então mais largamente discutidos, quando se estudar o aspecto jurídico das perdas fetais.

4.3.3. ATENÇÃO MÉDICA AO EVENTO

Para fins de classificação das perdas fetais de acordo com este item, é necessário dizer, desde logo, que foram determinadas como possibilidades: hospital, residência, outro local e local ignorado, sendo "a priori" determinado também que Pronto Socorro deveria ser considerado como hospital, dado que o que se tinha em mente era a atenção médica dada ao parto, evidentemente até certo ponto semelhante nos dois casos, se se levar em conta que em ambos o parto tinha sido feito por pessoal habilitado. Assim, o total de partos hospitalares atingiu a 85,96% dos casos (Tabela 11).

TABELA 11 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O LUGAR ONDE OCORREU O EVENTO

LOCAL \ PERÍODO	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HOSPITAL	3207	85,61	3209	86,31	6416	85,96
DOMICÍLIO	494	13,19	482	12,96	976	13,08
OUTRO	45	1,20	27	0,73	72	0,96
IGNORADO	35		71		106	
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

O percentual de partos domiciliares dado por essa tabela foi, para o primeiro ano de 13,19% e para o segundo ano de 12,96 (13,08% para o período total da pesquisa). Para o mesmo período, através da amostra de crianças vivas da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância", obteve-se um total de 7,58% de partos em domicílio. Foram levantados, ainda pelo grupo dessa Investigação, os dados referentes aos partos domiciliares, agora estudados através dos mapas de registros de nascimentos, enviados ao Departamento de Estatística pelos cartórios do Registro Civil, e o que se obteve foi o elevado percentual de 36,09% (Gráfico 3).

GRÁFICO 3 - PERDAS FETAIS E NASCIMENTOS VIVOS (SEGUNDO DADOS OFICIAIS E DA INVESTIGAÇÃO INTERAMERICANA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA), SEGUNDO OCORRÊNCIA EM HOSPITAL OU DOMICÍLIO.

Essa disparidade se deve ao seguinte fato: o registro, como se viu, deve ser feito no cartório do distrito ou subdistrito do lugar onde ocorreu o evento, medida, entretanto, que, nem sempre é seguida. O que ocorre é que, sendo o prazo dado para a promoção do registro de nascimento de quinze dias e passando a mãe, apenas aproximadamente três dias na maternidade, a maior parte desse período estará ela em casa sendo portanto mais fácil ao marido procurar um cartório mais próximo à sua residência ou ao local onde trabalha, em vez de voltar ao cartório do subdistrito da maternidade. Assim, o cartório, ao ser procurado para um registro de nascimento ocorrido em outro subdistrito - área pertencente, portanto a outro cartório - para não perder as custas relativas a esse registro, o efetue, embora ilegalmente. Entretanto, a fim de não patentear o seu erro, coloca, como local de nascimento, não o verdadeiro lugar onde ocorreu o evento, mas apenas "em residência" ou "neste subdistrito", o que, para fins de computação, vem a dar no mesmo. Esta atitude, aparentemente sem consequências, faz aumentar enormemente o verdadeiro percentual de partos domiciliares, fato que, como é fácil concluir, tem grande repercussão em qualquer planejamento de saúde. Assim, para a melhoria das estatísticas sanitárias, é preciso que se mude a orientação até agora seguida.

Preconiza-se ainda que o registro possa ser efetuado em qualquer cartório - de local de ocorrência, residência ou outro^{73, 74}. Em todos os casos, entretanto, o item relativo ao "lugar em que ocorreu o evento" deve ser preenchido corretamente, fazendo-se constar o nome do hospital e/ou endereço de onde se tenha verificado o evento.

Buscando verificar como se comportam as perdas fetais precoces, intermediárias e tardias, cada uma de per si, em relação ao local onde ocorreu o evento, encontramos os resultados seguintes, dados na tabela 12.

TABELA 12 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O TIPO E LOCAL DE OCORRÊNCIA (%)

TIPO DE PERDAS \ LOCAL DE OCORRÊNCIA	HOSPITAL	DOMICÍLIO	OUTRO	TOTAL
PRECOCES	79,33	18,11	2,56	100,00
INTERMEDIÁRIAS	83,29	14,94	1,77	100,00
TARDIAS	87,28	12,13	0,59	100,00
TOTAL	85,96	13,08	0,96	100,00

Para os dois anos, verificou-se que o número de eventos ocorridos em casa é proporcionalmente maior nas perdas precoces do que nas demais, médio nas intermediárias e menor nas tardias, o que parece, até certo ponto lógico. Isto porque, tendo o parto uma data mais ou menos pré estabelecida, tem a mulher tempo para procurar um hospital, o mesmo não ocorrendo com as perdas precoces e intermediárias que tem, a não ser em casos de abortamentos provocados, o caráter de surpresa, de inesperado.

4.3.4. HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Não há que se confundir, neste capítulo, o que se entende por número de gestações e por paridade.

Número de gestações deve ser entendido sempre em sentido amplo, abrangendo, como o próprio nome indica, todas as gestações havidas pela mulher. Assim, a mulher que tem sua primeira gravidez será uma primigesta, significando o vocábulo "mulher que concebe pela primeira vez"; a contrário senso, multigesta ou plurigesta aplicar-se-á à mulheres que gestaram muitas vezes, independentemente da duração de cada uma de suas gravidezes. Quando se deseja fugir da imprecisão, determinando exatamente quantas vezes esteve grávida, deve-se antepor o algarismo romano correspondente ao sufixo gesta (Igesta significando primigesta, IIgesta secundigesta, IIIgesta tercigesta, etc.)⁶⁹.

Paridade, registram os melhores dicionários, refere-se, sempre ao número de partos de uma mulher.

Segundo Rezende⁶⁹, deve-se entender por parto, tanto aquele realizado a termo (depois de ultimada a vida intrauterina), como aquele prematuro, rótulo imposto à interrupção da gravidez entre a 28ª e 37ª semanas, pois, antes desse limite, a expulsão do concepto constitui caso de abortamento. A paridade, portanto, diz respeito, sempre a gravidezes que tenham atingido, ao menos, vinte e oito semanas. Dessa forma, para a mulher que já teve um parto, ou está na iminência de tê-lo, reserva-se a denominação de primípara. Usando-se o mesmo critério que no caso anterior, multípara será a mulher que teve muitos partos, e se se desejar maior rigor de terminologia, deve-se também aqui colocar o algarismo romano correspondente anteposto ao sufixo para (IIpara significando secundípara, IIIpara tercípara, etc.), reservando o vocábulo nulípara para as mulheres que nunca tenham tido um parto.

Determinado assim que uma mulher pode ser, ao mesmo tempo, multigesta e nulípara (caso tenha tido vários abortamentos e nenhum parto), ou que possa ser primi

gesta e primípara, mesmo que tenha tido uma gravidez gemelar (pois os sufixos referem-se a gravidezes e partos e não ao número de conceptos^{6 9}, é necessário salientar que a análise feita para este trabalho pode permitir um estudo tanto do número de gestações, quanto da paridade.

Recentes pesquisas estrangeiras têm demonstrado influir enormemente o número de gestações na mortalidade infantil^{17 68 71}. Em três das quinze áreas onde se realizou a Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância (Chile, Monterrey e Califórnia, onde se dispunham de dados sobre a ordem de nascimento na população), observou-se uma relação entre a ordem de nascimento e a mortalidade neonatal por certas causas perinatais^{6 8}.

As taxas de mortalidade aumentaram rapidamente depois do primeiro e segundo nascimentos e pôde-se verificar ainda que as crianças que ocupavam o quinto lugar, ou outro posterior, na ordem do nascimento, corriam maior risco de falecer por causas perinatais durante o período do neo-natal.

A informação sobre esse dado, no atestado do nascido morto, obedece ao seguinte modelo:

Nº total de gestações (incluindo o atual natimorto)			
- 28 semanas de gestação	+ 28 semanas de gestação		
	nascidos vivos	ainda vivos	nascidos mortos

O que se verificou, entretanto, foi uma

enorme falta de uniformidade em sua anotação. Ausência de resposta existiu em 37,36% dos casos estudados, ou seja, das 7570 perdas, apenas 4.734 continham a anotação referente ao número total de gestações. Erros vários existiram no preenchimento deste ítem, muitas vezes por provável dificuldade de entendimento do esquema apresentado.

Dentre os casos de perdas fetais em que a informação do número total de gestações pôde ser obtida (4734), a distribuição pode ser verificada na tabela 12, onde se vê que a maior proporção de perdas ocorreu em mulheres primigestas (25,00%), decrescendo os percentuais conforme aumentava o número de gestações, até um caso em que a perda fetal estudada correspondeu à 21ª gestação.

TABELA 13 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O NÚMERO TOTAL DE GESTAÇÕES DA MÃE

PERÍODO Nº DE GESTAÇÕES	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº		%		Nº	
01	607	577	1184	25,00		
02	380	390	770	16,27		
03	317	339	656	13,86		
04	268	263	531	11,22		
05	183	182	365	7,71		
06	123	170	293	6,19		
07	126	103	229	4,84		
08	91	101	192	4,06		
09	63	74	137	2,89		
10	44	50	94	1,99		
11	38	33	71	1,50		
12	28	32	60	1,27		
13	24	33	57	1,20		
14	10	12	22	0,46		
15	11	8	19	0,40		
16	8	3	11	0,23		
17	6	13	19	0,40		
18	6	6	12	0,25		
19	4	2	6	0,13		
20	3	2	5	0,11		
21	-	1	1	0,02		
Ignorado	1441	1395	2836			
TOTAL	3781	3789	7570	100,00		

Entre nós, por não se dispor da distribuição dos nascidos vivos por ordem de nascimento, não poderão ser calculados os coeficientes de natimortalidade segundo esse fator. Não será possível medir o risco de uma mulher, primigesta ou plurigesta, vir a ter uma perda fetal.

Apresenta-se, por ora, portanto, somente o comportamento das perdas fetais segundo o número total de gestações de cada mãe, isto é, a que gestação de cada mulher, correspondeu a perda estudada.

Por se considerar de suma importância estudos baseados na ordem de nascimentos, é de se pensar na inclusão deste dado nos registros de nascimento. O conhecimento dessas relações será bastante útil e servirá como base para estabelecer e avaliar programas no campo da saúde materno-infantil^{6 8}.

4.3.5. PARTO: TIPO E DURAÇÃO

Quanto ao tipo de parto, ocorreu também elevado percentual de ausência de resposta (28,96%). Do total conhecido, o tipo de parto distribuiu-se da maneira encontrada na tabela 14, havendo como possibilidades parto normal, forceps, cesariana e outros, incluindo-se aqui extração a vácuo, manobras, versão).

TABELA 14 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO \ PERÍODO	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	2282	85,79	2297	84,52	4579	85,15
FORCEPS	67	2,52	58	2,13	125	2,32
CESARIANA	253	9,51	324	11,92	577	10,73
OUTRO	58	2,18	39	1,43	97	1,80
IGNORADO	1121		1071		2192	
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

O total de partos normais, para os dois anos, foi de 85,15%, sendo os demais representados por 10,73% de cesarianas, 2,32% de casos em que houve necessidade de uso de forceps e 1,80% de outros tipos de parto (cálculos feitos sobre o total de casos em que o tipo de parto era conhecido).

O total encontrado de 10,73% de cesarianas está dentro dos limites de sua incidência apresentados por Rezende⁶⁹ em diferentes períodos e em diferentes maternidades do Rio de Janeiro:

Maternidade Carmela Dutra: 6,9%
 3º Enfermaria da Santa Casa: 12 a 17%
 Clínicas Particulares: 15%

Em hospitais-maternidade do município de São Paulo (em número de cinquenta), através de levantamento feito em 1970, os dados que se obtiveram foram, para

123 268 partos, 92 297 (74,87%) de normais, 20 946 (16,99%) de cesárias e 10 025 (8,13%) de forceps³⁹. Verifica-se ser mais alto o percentual de partos normais entre os nascidos mortos que entre os nascidos vivos.

Quando se procurou medir o tipo de parto segundo a duração da gravidez, obtiveram-se os dados constantes da tabela seguinte - tabela 15.

Para todos os tipos de perdas houve grande predominância de partos normais, atingindo, entretanto, quase que 100,00% nas perdas precoces, o que facilmente se entende.

TABELA 15 - TIPO DE PARTO SEGUNDO O TIPO DE PERDA(%)

<div>TIPO DE PARTO</div> <div>TIPO DE PERDA</div>	NORMAL	FORCEPS	CESÁRIA	OUTRO	TOTAL
PRECOCES	96,08	-	1,96	1,96	100,00
INTERMEDIÁRIAS	94,28	-	3,43	2,29	100,00
TARDIAS	84,72	2,96	10,58	1,74	100,00
TOTAL	85,81	2,38	9,07	1,64	100,00

Com relação à duração do parto, os resultados deixam de ser apresentados e analisados. Os atestados, em sua grande maioria, não apresentaram este quesito

preenchido e algumas vezes em que a informação existia, o erro era de tal ordem que apresentava como duração do parto tempo igual ao da duração da gestação. O que acontece com dados desse tipo é que, se a rigor e frequentemente não são preenchidos ou o são de maneira tão errada, poder-se-ia pensar na sua supressão do atestado, mesmo porque não apresenta ele grande interesse, quer do ponto de vista médico, quer estatístico, quer jurídico.

4.3.6. INCIDÊNCIA DE GESTAÇÕES MÚLTIPLAS

A distribuição das gestações em simples e múltiplas (dupla ou tripla) é mostrada na tabela 16.

TABELA 16 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O TIPO DE GESTAÇÃO

PERÍODO TIPO DE GESTAÇÃO	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIMPLES	2420	93,80	2503	95,38	4923	94,60
DUPLA	154	5,97	119	4,54	273	5,25
TRIPLA	6	0,23	2	0,08	8	0,15
IGNORADO	1201		1165		2366	
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

Como se pode verificar, atingiu a 94,60%

nos dois anos, o total de gestações simples, sendo que as gestações múltiplas (duplas e triplas) se apresentaram com 5,40% do total x isso equivale dizer que em cada 1000 perdas, 54 eram de gravidezes múltiplas (proporção de 1: 18).

Estudando separadamente as gravidezes múltiplas, verificou-se que para as duplas a proporção foi de 1:19 simples e com relação às triplas, foi de 1:66.

Os índices relativos ao parto gêmeo lar, em nascimentos vivos, tem apresentado valores variáveis no mundo: Finlândia (1:65), Japão (1:50), Estados Unidos (1:84)⁶⁹. No "British Perinatal Mortality Survey" de 1958, conforme o referido por Butler e Alberman¹⁷ a incidência foi da ordem de 12 por mil ou seja 1:81,9.

Os nascimentos gemelares, dentre os nascidos vivos, segundo os dados coletados pela "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância", correspondem a 0,94%, isto é, 9,4 gemelares para cada 1 000 partos, o que corresponde a 1:106.

Comparando a incidência de partos gemelares nas perdas fetais e nos nascidos vivos, respectivamente 1:19 e 1:106, pode-se verificar que o dado está de acordo com a prática obstétrica, que considera que uma gestação gêmeo lar representa um maior risco para o produto da concepção.

Partindo do estudo de gravidezes gemelares, vários autores têm constatado que um grave perigo que as assola é a natimortalidade. Schatz, em 1887, já a isso se referia, em dados muito eloquentes, observando que em 94 gravidezes gemelares, 14 haviam terminado em gêmeos mortos, isto é, demonstrava a natimortalidade na relação de 1: 6,7 casos³¹. Orel, com base em estatísticas de três clínicas de

Viena, calculou a frequência da natimortalidade para os gêmeos ao redor de 7,5%, que se contrapõe à natimortalidade para os nascimentos únicos, ao redor de 4,6% Dahlber apresenta dados para a Suécia, onde os nascimentos gemelares correspondiam a 7,6% do total de nascimentos mortos³¹. Gedda³¹ baseado nesses e outros autores afirma que a frequência da natimortalidade gemelar supera de muito a frequência da gemelaridade sobre o total de nascimentos, o que demonstra a gravidade desse perigo para a gestação gemelar.

Estudando o total de gravidezes - simples e múltiplas - tanto entre os nascidos vivos, como entre os nascidos mortos, para o distrito de São Paulo, no período junho de 1968 a maio de 1970, obteve-se também a confirmação desse fato.

A tabela 17 mostra que, do total de gestações simples, 98,42% terminavam em nascidos vivos e 1,58% em nascidos mortos. Entre as gestações múltiplas essas proporções se alteram, verificando-se que 92,34% terminam em nascimentos vivos, entrando os nascidos mortos com o elevado percentual de 7,66%.

TABELA 17 - GESTAÇÕES SIMPLES E MÚLTIPLAS SEGUNDO O PRODUTO SEJA VIVO OU MORTO

GESTAÇÕES \ PRODUTO	VIVO		MORTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIMPLES	244866	98,42	3920	1,58	248786	100,00
MÚLTIPLAS	2325	92,34	193	7,66	2518	100,00
TOTAL	247191		4113		251304	

Assim, a proporção da natimortalidade nas gravidezes múltiplas foi, entre nós, de 7,66%, que correspondem a 1: 13,05 (1 nascido morto em cada 13,05 gestações múltiplas). Esse número se contrapõe à proporção da natimortalidade entre as gestações simples que foi igual a 1,58% (que equivale a 1 nascido morto em cada 63,49 gravidezes simples).

4.3.7. IDADE DA MÃE

Trabalhos vários têm demonstrado uma relação entre a mortalidade neo-natal e a idade da mãe, mostrando que o aumentar da idade faz aumentar a mortalidade neo-natal, principalmente nos primeiros sete dias^{18,19,68}. Os resultados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância⁶⁸ fizeram perceber uma relação constante entre a mortalidade neo natal devida a causas perinatais e a idade da mãe, sendo mais altas as taxas no caso de mãe menores de vinte anos; para as mães com idades compreendidas entre 20 e 24 anos e 25 e 29 anos as taxas foram mais favoráveis. A partir daí a mortalidade neo natal aumentou de maneira significativa à medida que aumentou a idade da mãe.

Relativamente às perdas fetais, conhece-se ainda pouco, mas os resultados desta pesquisa mostraram que as maiores proporções ocorreram entre as mães de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos (respectivamente 25, 35% e 25,44%). Os restantes 49,20% distribuíram-se entre as demais idades (tabela 18).

TABELA 18 - PERDAS FETAIS SEGUNDO A IDADE DA MÃE

PERÍODO IDADE DA MÃE	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
-20	251	8,41	267	8,69	518	8,55
20 a 24	765	25,62	770	25,07	1535	25,35
25 a 29	762	25,53	779	25,37	1541	25,44
30 a 34	574	19,23	599	19,51	1173	19,37
35 a 39	449	15,04	453	14,75	902	14,89
40 a 44	162	5,43	183	5,96	345	5,70
45 a 49	22	0,74	19	0,62	41	0,68
50 a 54	-	-	-	-	-	-
55 a 59	-	-	1	0,03	1	0,02
IGNORADA	742		651		1393	
TOTAL	3727	100,00	3722	100,00	7449	100,00

Procurando medir a distribuição das perdas fetais de acordo com o tempo de gestação da mulher e sua idade, em grupos etários, o que se obteve está retratado na tabela 19, onde se pode verificar que as proporções não diferem muito das apresentadas anteriormente.

TABELA 19 - PERDAS FETAIS SEGUNDO O TIPO DE PERDA E A IDADE DA MÃE

TIPO IDADE DA MÃE	PRECOCES		INTERMEDIÁ- RIAS		TARDIAS		IGN.	TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%
-20	39	12,54	119	10,42	359	7,83	1	518	8,55
20 a 24	97	31,19	330	28,90	1104	24,08	4	1535	25,35
25 a 29	99	31,83	298	26,09	1140	24,87	4	1541	25,44
30 a 34	40	12,87	207	18,13	921	20,09	5	1173	19,37
35 a 39	27	8,68	144	12,61	726	15,84	5	902	14,89
40 a 44	7	2,25	41	3,59	297	6,48	-	345	5,70
45 a 49	1	0,32	3	0,26	37	0,81	-	41	0,68
50 a 54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 a 59	1	0,32	-	-	-	-	-	1	0,02
IGNORADA	189		377		824		3	1393	
TOTAL	500	100,00	1519	100,00	5408	100,00	22	7449	100,00

É importante salientar que, tanto na tabela 18 como na tabela 19, os dados relativos à idade da mãe só foram estudados dentre aqueles casos em que a mãe era conhecida, isto é, mulheres que foram identificadas (7449 mães) excluídos, portanto, os casos de fetos ou natimortos encontrados abandonados e de cujas mães, obviamente, nada se sabia (121 mães).

Essas tabelas, analisadas, simplesmente, de acordo com os números ou percentuais apresentados poderiam dar uma falsa idéia de que nos grupos etários 20 a 24 e 25 a 29 a possibilidade ou o risco da ocorrência de

perdas é maior, dado que os números aí encontrados são maiores (respectivamente, 25,35%, 25,45%). Esses números, entretanto, como se disse, não medem o risco da maior ou menor possibilidade de ocorrência de perdas, mas tão somente dão idéia de quantas mulheres, dentre as que tiveram perdas, pertenciam a cada grupo etário.

Para medir a ocorrência ou verificação de perdas dentro de cada grupo etário é necessário lançar mão do coeficiente de natimortalidade, que é definido pela Organização Mundial de Saúde como a relação^{5 6}:

$$\frac{\text{Nº de óbitos fetais tardios ocorridos na população}}{\text{Nº de nascimentos vivos ocorridos na mesma região, mesmo período de tempo.}}$$

O número de óbitos fetais tardios ocorridos na população residente em São Paulo (distrito) é fornecido pelos dados desta pesquisa; o número de nascimentos ocorridos em São Paulo para mulheres residentes no distrito, foi dado coletado através da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância", ambos distribuídos em grupos etários. Foi assim possível calcular os coeficientes de natimortalidade segundo a idade da mãe (tabela 20), onde se verifica que o risco da ocorrência de perdas é maior nas mulheres de menos de 20 anos (18,1% nascidos vivos) do que naquelas de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos (respectivamente 14,0 e 15,2% nascidos vivos); aumenta com o aumentar da idade, subindo bastante após os 35 anos (34,4%) até atingir seu valor máximo no grupo 40 a 44 anos, onde o coeficiente da natimortalidade foi de 42,5 por mil nascidos vivos. A diminuição do coeficiente no grupo etário 45 a 49 anos não pode levar à conclusão de que o risco seja menor nesse grupo, pois é pequeno o número de casos existentes.

TABELA 20 - COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE SEGUNDO A IDADE DA MÃE

IDADE DA MÃE	PERDAS FETAIS TARDIAS	Nº NASCIDOS VIVOS	COEFICIENTE DE NATI-MORTALIDADE (x 1000 n.v.)
- 20	359	19 858	18,1
20 a 24	1104	78 802	14,0
25 a 29	1140	75 193	15,2
30 a 34	921	42 841	21,5
35 a 39	726	21 079	34,4
40 a 44	297	6 981	42,5
45 a 49	37	1 220	30,3
50 a 54	-	-	-
55 a 59	-	-	-
IGNORADA	824	1 217	-
MÃE DES-CONHECIDA	59	-	-
TOTAL	5467	247 191	22,1

O gráfico 4 ilustra melhor do que quaisquer palavras os resultados desta pesquisa, relativamente aos coeficientes de nati-mortalidade segundo a idade da mãe. A tendência encontrada não difere daquela verificada nos trabalhos de San Shapiro⁷¹, Morrison⁵⁴ e em outros estudados já referidos anteriormente^{18,19,68}.

GRÁFICO 4 - COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE SEGUNDO A IDADE DA MÃE (x1000 n.v.)

Com relação ao coeficiente geral de natimortalidade, que para São Paulo (distrito) se apresentou igual a 22,1 por mil nascidos vivos, pode ele ser comparado a alguns dados nacionais e internacionais (tabela 21). A comparação deixa, entretanto, de ser possível com os dados da Secretaria de Economia e Planejamento (Departamento de Estatística) por trabalhar, esse órgão, com fórmula que apresenta no denominador o número total de nascimentos da região (nascidos vivos mais nascidos mortos)^{3 3}.

TABELA 21 - COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE EM ALGUNS PAÍSES(*) E EM ALGUNS ESTADOS BRASILEIROS(**) EM ANOS PROXIMOS A 1968 (POR MIL NASCIDOS VIVOS)

LOCAL	COEFICIENTE
Canadá	10,8
Rep. Dominicana	31,5
México	16,9
Estados Unidos	12,5
Argentina	24,0
Chile	23,2
Israel	12,1
Suiça	10,2
Hungria	10,0
Noruega	11,2
Portugal	24,4
Amazonas	59,6
Pernambuco	42,1
Minas Gerais	47,9
Rio de Janeiro	61,2
Distrito Federal	39,3
Guanabara	28,2
Paraná	40,1
São Paulo	30,0

FONTE (*) Demographic Yearbook 1969^{2 6}

(**) Anuário Estatístico do Brasil 1970³

4.3.8. CAUSA DA MORTE

A chamada "causa da morte" das perdas fetais deve ser entendida como a causa da perda, tendo-se, sempre que possível, adotado para a classificação o critério de seleção da causa básica, ou seja, "a doença ou lesão que iniciou a sucessão de acontecimentos patológicos que produziram aquela perda"⁶².

Cumprido deixar claro, entretanto, que a Declaração do Nascido Morto não obedece ao Modelo Internacional de Causa da Morte*; são reservadas à sua especificação apenas duas linhas, deixando-se totalmente a critério do médico o seu correto preenchimento. O que se encontrou foi, na maioria das vezes, a descrição de uma causa única, sendo então esta a codificada.

A codificação foi feita de acordo com a Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças⁶² sendo as causas das perdas fetais encontradas nos capítulos XIV e XV, respectivamente "Anomalias Congênitas" e "Causas Perinatais".

Para facilidade de exposição as causas serão apresentadas em grupos, grupos esses que constituem uma adaptação da classificação apresentada por Sullivan⁷⁶.

* A partir de 1973, por sugestão da disciplina de Estatística Vital desta Faculdade, passou a ser adotado o Modelo Internacional.

Assim,

GRUPO 1 - AFECÇÕES DA MÃE NÃO RELACIONADAS COM A GRAVIDEZ

abrangendo as causas classificadas sob os números 760 e 761 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças:

1. Doenças crônicas dos aparelhos circulatório e gênito-urinário da mãe (760)

- doença reumática do coração
- doença congênita do coração
- hipertensão crônica
- outras doenças crônicas do aparelho circulatório
- nefrite crônica
- outras doenças crônicas do aparelho gênito-urinário

2. Outras afecções da mãe não relacionadas com a gravidez (761)

- sífilis
- diabetes
- gripe
- rubéola
- toxoplasmose
- traumatismos
- operações
- substâncias químicas transmitidas através da placenta
- outras causas maternas

GRUPO 2 - DOENÇAS E LESÕES DA GRAVIDEZ

abrangendo as causas classificadas sob os números 762 e 763 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças:

1. Toxemias da gravidez (762)

- doença renal surgida na gravidez
- pré-eclampsia
- eclampsia
- toxemia não especificada
- hiperêmese da gravidez
- necrose aguda e sub aguda do fígado surgida durante a gravidez
- outras toxemias

2. Infecções maternas ante e intra parto (763)

- pielite e pielonefrite
- outras infecções do aparelho gênito-urinário ocorridas durante a gravidez

GRUPO 3 - DOENÇAS E LESÕES DO PARTO

abrangendo as causas classificadas sob os números 764, 765, 766, 767, 768, 772 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças:

1. Parto distócico por anomalia dos ossos ou tecidos da bacia (764)
2. Parto distócico por desproporção feto- pélvica (765)
3. Parto distócico por posição anormal do feto (766)
4. Parto distócico por anomalia dinâmica do trabalho do parto (767)
5. Parto distócico por outras complicações (768)
6. Lesão ocorrida durante o nascimento, sem menção de causa (772)

GRUPO 4 - OUTRAS COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ E DO PARTO DIFICULDADES DA PLACENTA E DO CORAÇÃO

abrangendo as causas classificadas sob os números

769, 770, 771 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças:

1. Outras complicações da gravidez e do parto
(769)

- incompetência do colo uterino
- ruptura prematura de membranas
- hidramnion
- gravidez ectópica
- gravidez múltipla
- morte materna não específica
- outros

2. Afecções da placenta (770)

- placenta prévia
- descolamento prematuro da placenta
- enfarte da placenta
- outras e não especificadas

3. Afecções do cordão umbelical (771)

- compressão
- prolapso
- outras

GRUPO 5 - INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

abrangendo as causas classificadas sob o número 773 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doença

GRUPO 6 - DOENÇAS DO FETO

abrangendo as causas classificadas sob os números 774, 775, 776, 777 e 778 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças

1. Doença hemolítica do recém-nascido com kernicterus (774)
2. Doença hemolítica do recém-nascido sem menção de kernicterus (775)
3. Afecções anóxicas e hipóxicas não classificadas em outra parte (776)
4. Imaturidade (777)
5. Outras afecções do feto (778)

GRUPO 7 - MORTE FETAL DE CAUSA DESCONHECIDA

abrangendo as causas classificadas sob o número 779 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças

- 1 Maceração
2. Morte intra uterina

GRUPO 8 - ANOMALIAS CONGÊNITAS

abrangendo as causas classificadas sob os números 740 a 759 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças.

Quanto às causas das perdas fetais, é necessário salientar que, ainda que os dados não sejam de muito boa qualidade, é esta a primeira vez que tais informações são analisadas no Brasil.

Os resultados obtidos encontram-se na tabela 22, onde, desde logo, chama a atenção o fato de as

perdas fetais de causa desconhecida corresponderem somente a 11,89% do total de perdas, contrariando a hipótese aventada antes do início deste trabalho, quando se julgou que essa proporção seria bem maior. Isto porque, a impressão inicial era bastante precária, no que se refere à causa da morte.

TABELA 22 - PERDAS FETAIS SEGUNDO A CAUSA

CAUSA DA MORTE	1º ANO		2º ANO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPO 1	36	0,95	74	1,95	110	1,45
GRUPO 2	78	2,06	66	1,74	144	1,90
GRUPO 3	44	1,16	32	0,84	76	1,00
GRUPO 4	453	11,98	476	12,56	929	12,27
GRUPO 5	127	3,36	103	2,72	230	3,04
GRUPO 6	2459	65,05	2600	68,62	5059	66,84
GRUPO 7	528	13,96	372	9,82	900	11,89
GRUPO 8	56	1,48	66	1,74	122	1,61
TOTAL	3781	100,00	3789	100,00	7570	100,00

É interessante notar a enorme proporção representada pelo grupo 6 "Doenças do feto" (66,84%). Em segundo lugar aparece o grupo 4 "Outras complicações da gravidez e do parto, dificuldades da placenta e cordão" (12,27%). A interrupção da gravidez, declarada como tal, ocorreu em 3,04%, vindo a seguir, com valores bastante pró

ximos as doenças e lesões da gravidez (1,90%), anomalias congênitas(1,61%), afecções da mãe não relacionadas com a gravidez (1,45%) e, em último lugar, as doenças e lesões do parto (1,00%).

Visando a estudar separadamente somente o grupo dos nascidos mortos, foram as perdas distribuídas segundo o tempo de gestação (tabela 23). É importante notar nessa tabela os diferentes percentuais assumidos por alguns grupos de causas, que se alteram bastante, conforme se considere perdas fetais precoces, intermediárias ou tardias. É o caso, por exemplo, do grupo 5 - Interrupção da gravidez - que assume os valores 13,28%, 7,41% e 0,79% respectivamente; do grupo 4 - outras complicações da gravidez e do parto, dificuldade da placenta e cordão- cujos percentuais são: 3,42%, 9,47% e 13,87% ; e ainda o grupo 7 - morte fetal de causa desconhecida - com, respectivamente 23,53% 16,68% e 9,42%.

TABELA 23 - PERDAS FETAIS SEGUNDO A CAUSA E O TIPO

TIPO CAUSAS DE MORTE	PRECOCES		INTERMEDIÁ- RIAS		TARDIAS		IGN.	TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%
GRUPO 1	1	0,19	18	1,16	90	1,65	1	110	1,45
GRUPO 2	7	1,33	26	1,67	110	2,01	1	144	1,90
GRUPO 3	1	0,19	2	0,13	73	1,34	-	76	1,00
GRUPO 4	18	3,42	147	9,47	758	13,87	6	929	12,27
GRUPO 5	70	13,28	115	7,41	43	0,79	2	230	3,04
GRUPO 6	304	57,68	977	62,90	3767	68,89	11	5059	66,84
GRUPO 7	124	23,53	259	16,68	515	9,42	2	900	11,89
GRUPO 8	2	0,38	9	0,58	111	2,03	-	122	1,61
TOTAL	527	100,00	1553	100,00	5467	100,00	23	7570	100,00

Devido ao elevado percentual representado pelo grupo 6 - doenças do feto - e levando em conta o fato da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância", ao estudar os óbitos de menores de sete dias ter trabalhado com grupos mais detalhados de causas, sentiu-se ser importante o desdobramento de alguns dos grupos aqui utilizados. Assim estudada a mortalidade proporcional por causa, foram as perdas distribuídas segundo os dados da tabela 24.

TABELA 24 - PERDAS FETAIS SEGUNDO A CAUSA E O TIPO

CAUSA \ TIPO DE PERDA	PRECOCES		INTERMEDIÁRIAS		TARDIAS		IGNORADO	TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%
Afecções da mãe não relacionadas com a gravidez (760-761)	1	0,19	18	1,16	90	1,65	1	110	1,45
Doenças e lesões da gravidez (762-763)	7	1,33	26	1,67	110	2,01	1	144	1,90
Doenças e lesões do parto (764-765-766-767-768-769)	1	0,19	2	0,13	73	1,37	-	76	1,00
Outras complicações da gravidez e parto (769)	2	0,38	-	-	28	0,51	-	30	0,40
Dificuldades da placenta e cordão (770-771)	16	3,04	147	9,47	730	13,37	6	899	11,88
Interrupção da gravidez (773)	70	13,28	115	7,41	43	0,79	2	230	3,04
Doença hemolítica (774-775)	1	0,19	4	0,26	18	0,33	-	23	0,30
Anôxias (776)	248	47,05	830	53,43	3558	65,08	10	4646	61,38
Prematuridade (777)	54	10,25	143	9,21	161	2,94	1	359	4,74
Outras afecções do feto (778)	1	0,19	-	-	30	0,55	-	31	0,41
Morte fetal de causa desconhecida (779)	124	23,53	259	16,68	515	9,42	2	900	11,89
Congênitos (780 a 789)	2	0,38	9	0,58	111	2,03	-	122	1,61
TOTAL	527	100,00	1553	100,00	5467	100,00	23	7570	100,00

* Os percentuais relativos às perdas ignoradas deixam de ser calculados dado o pequeno interesse que apresentam.

O mais elevado índice foi representado pela categoria 776 da Classificação Internacional de Doenças - afecções anóxicas - o que de certa forma se entende, visto que na Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, onde o estudo dos casos foi muito além dos atestados de óbito, não se pôde, em grande parte das vezes, ter o diagnóstico esclarecido além da própria anóxia⁶⁸.

Acresce ainda o fato de, como se disse, não ser adotado o modelo internacional de atestado, com o que a falha poderia ser, em parte, sanada. A anóxia representa, em si, somente uma causa terminal, e os percentuais altos que a ela correspondem, fazem com que se desconheça a correta distribuição de causas das perdas fofetais, tão importante para uma efetiva atuação no sentido prevenivo.

Com relação à prematuridade, foi ela contada como causa básica somente nos casos em que, segundo as regras internacionais de classificação⁶², não havia qualquer outro diagnóstico no atestado.

Ainda assim, o coeficiente de natimortalidade devido a essa causa foi da ordem de 65,13 por cem mil nascidos vivos.

As afecções de placenta e cordão representaram importante papel nesse grupo, sendo o valor de seu coeficiente igual a 295,32 por 100.000 nascidos vivos.

A morte fetal de causa desconhecida ou a simples anotação de "nascido morto", sem qualquer outra especificação, ocorreu em 515 casos, sendo o coeficiente 208,34‰ nascidos vivos.

Toda a sorte de problemas relativos à mãe, relacionadas ou não com a gravidez: doenças crônicas dos aparelhos circulatório e gênito urinário da mãe (categoria 760) e outras afecções não relacionadas à gravidez (categoria 761), mais as toxemias da gravidez (categoria 762) e as afecções maternas ante e intra parto (categoria 763), foram representadas por coeficiente igual a 36,41 e 44,50‰ n.v. respectivamente.

Nas doenças e lesões do parto o coeficiente foi representado por 29,53‰ n.v.

Com relação às anomalias congênitas, vimos através dos dados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância que representaram 5,92% dos óbitos de menores de sete dias^{6º} com relação às perdas fetais, foram responsáveis por 2,03% de sua ocorrência.

Embora, a rigor, esses percentuais possam não ser grandes, o grupo das doenças englobado na 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças sob a epígrafe "Anomalias Congênitas" está a merecer acurada atenção de todos quantos se preocupam com o assunto. Incluem-se aí os fatores genéticos, as anormalidades cromossômicas e uma série de fatores ambientais intrauterinos, como por exemplo as infecções, que vão repercutir sobre o feto^{8º}.

Dado que o número de casos não foi muito grande - 122 - o estudo de cada anomalia, de per si, foi praticamente impossível de ser feito. Estudaram-se, portanto, as malformações como um todo, considerando-se importante distribuí-las somente segundo a idade da mãe e a duração da gestação.

TABELA 25 - PERDAS FETAIS POR ANOMALIAS CONGÊNITAS SEGUNDO O TIPO E IDADE DA MÃE

TIPO DE PERDAS IDADE DA MÃE	PRECOCES		INTERME DIÁRIAS		TARDIAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 20	-		-		7	6,31	7	5,74
20 a 24	-		1	11,11	29	26,13	30	24,59
25 a 29	-		3	33,33	31	27,92	34	27,87
30 a 34	1	50,00	3	33,33	15	13,51	19	15,57
35 a 39	1	50,00	2	22,23	15	13,51	18	14,75
40 a 44	-		-		6	5,41	6	4,92
45 a 49	-		-		2	1,80	2	1,64
IGNORADA	-		-		6	5,41	6	4,92
TOTAL	2	100,00	9	100,00	111	100,00	122	100,00

Procurando-se determinar o coeficiente de natimortalidade por anomalia congênita verifica-se que os menores valores estão nos grupos etários mais baixos, aumentando o risco com o aumentar da idade, conforme se vê na tabela 26.

TABELA 26 - COEFICIENTE DE NATIMORTALIDADE POR ANOMALIA CONGÊNITA SEGUNDO A IDADE DA MÃE

IDADE DA MÃE	Nº DE PERDAS FETAIS	Nº DE NASCIDOS VIVOS	COEFICIENTE (x 100.000n.v.)
- 20	7	19 858	35,25
20 a 24	29	76 802	37,76
25 a 29	31	75 193	41,23
30 a 34	15	42 841	35,01
35 a 39	15	21 079	71,16
40 a 44	6	6 981	85,95
45 a 49	2	1 220	163,93
IGNORADA	6	1 217	
TOTAL	111	247 191	44,90

4.4. ANÁLISE FORMAL DO ATESTADO

Pretendeu-se neste capítulo estudar o atestado do ponto de vista formal, medido segundo algumas variáveis.

Foram estudados neste item os aspectos mais importantes tais como sua distribuição segundo o tipo de atestado, entendendo-se, por este, se atestado comum, do Instituto Médico Legal ou do Serviço de Verificação de Óbitos, em que percentual ocorreram atestados gratuitos, de conformidade com o artigo 40 da Lei dos Registros Públicos, bem como o estudo dos erros encontrados no seu preenchimento.

Distribuídas as perdas fetais segundo o tipo de atestado, verificou-se que 70,49% eram de atestados comuns, 26,95% foram passados pelo Serviço de Verificação de Óbitos (sendo 12,30% da Escola Paulista de Medicina e 14,65% da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e 2,66% eram do Instituto Médico Legal. É importante notar que dada a característica desta última instituição (o Instituto Médico Legal é órgão da Secretaria da Segurança Pública) em só atender, para autópsia, casos enviados pela Polícia, esse percentual se constitui de casos de fetos e nascidos mortos encontrados abandonados, de nascidos mortos de partos domiciliar sem atenção médica, de abortos provocados e de casos de infanticídio.

Partindo do estudo das variáveis que o atestado do nascido morto contém, pôde-se chegar a uma série de conclusões e recomendações visando à sua melhoria.

Para os atestados "comuns", de perdas

ocorridas em hospital ou domicílio, mas passados por médicos, pode-se dizer que vários dados restaram inaproveitados, devido à ausência de resposta ou à forma inadequada através da qual foi prestada a informação. Alguns desses dados são, na realidade, destituídos de interesse, como é o caso, por exemplo, da duração do parto, podendo-se chegar mesmo a pensar na sua supressão do atestado. Outros, entretanto, pela sua importância maior, devem continuar a existir; é preciso, todavia, que as pessoas encarregadas do preenchimento do atestado sejam melhor preparadas e advertidas da importância desses dados e da maneira correta de como a anotação deve ser feita. Assim, no problema relativo à profissão do pai e da mãe, esclarecer o mais possível, qual a ocupação de cada um, não se contentando com expressões como "ajudante" ou "auxiliar".

A Conferência Internacional da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças, realizada em Genebra em 1965, endossou a opinião do Sub-Comitê da Classificação de Doenças, expressa em seu segundo relatório, de que o atestado médico da causa de morte fetal deve obedecer à mesma sequência de informações do atestado de ôbito comum. Essa sequência vai permitir ao médico externar opinião sobre a relação existente entre as afecções do feto e as afecções da mãe, o que é preferível ao seu registro separado⁶².

Já se disse, em outra parte deste trabalho, que os atestados de perdas fetais, para o registro da causa da morte, contavam apenas com duas linhas, deixando portanto, ao livre arbítrio do médico, seu preenchimento. Mais recentemente (1973), por entendimentos havidos entre a Faculdade de Saúde Pública, através de sua Disciplina de Estatística Vital e o Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado, foi alterado

o impresso do atestado do nascido morto, passando a causa da morte a apresentar, segundo o modelo internacional, as partes I (com as letras a,b,c) e II. Tem-se afirmado, em várias oportunidades, que a qualidade dos atestados é boa^{29,42,44,52}, mas o fato de estarem presentes todos os estados mórbidos, da mãe ou do feto, que contribuíram para a perda, torna mais factível qualquer estudo a eles relativo. De qualquer forma é necessário que as Faculdades de Medicina deem maior ênfase ao preenchimento dos atestados de óbito e de nascidos mortos, principalmente no que se refere ao problema da causa.

Para os atestados provenientes dos Serviços de Verificação de óbito e que representaram 26,95% do total, a qualidade da informação prestada foi ainda mais inferior. Para tentar sanar tal dificuldade, poder-se-ia pensar no encaminhamento dos corpos de nascidos mortos, acompanhados, na medida do possível, do resumo das fichas clínicas referentes ao atendimento materno, o que viria, sem dúvida, a diminuir a quantidade de informações ignoradas.

Para os atestados passados pelo Instituto Médico Legal, e que corresponderam a 2,66% do total de perdas estudadas, a recomendação é a de que comece a ser utilizado o modelo comum de atestado, a fim de que possa haver maior comparabilidade em estudos futuros.

É certo que, atendendo os atestados, eminentemente a uma finalidade jurídica⁷³ desconhecem os legisladores a importância de certos aspectos para estudos do ponto de vista médico estatístico.

Para atender a este objetivo, poder-se-ia pensar na inclusão, no atestado, das seguintes informações:

1º Peso ao nascer:

O peso ao nascer vem ganhando, nos últimos tempos, importância cada vez maior. É certo que o peso ao nascer está sempre relacionado à duração da gestação, mas, recentes pesquisas têm demonstrado que o estado nutricional da mãe afeta, sempre, o crescimento e o desenvolvimento do feto. Nos Estados Unidos, em 1949, por ocasião da revisão do modelo de certificado de nascimento, a informação relativa ao peso ao nascer foi introduzida no atestado, por se considerar seu conhecimento, de máxima importância. Outros países, e também alguns estados do Brasil, seguiram essa orientação, adotando já, em seus certificados de nascimento (e de óbito para menores de 1 ano), essa variável.

O conhecimento desse dado é de suma importância, porque, para avaliar a mortalidade por peso ao nascer, é preciso estabelecer os denominadores, isto é, nascidos vivos distribuídos segundo esse particular. A "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância" mostrou enorme percentual de crianças falecidas no período neo-natal, com baixo peso ao nascer⁶⁸. Baseado nisso, seria de grande interesse e importância que se conhecessem também os nascidos mortos, e também os nascidos vivos de acordo com esse item classificador.

2º Assistência pré-natal:

Segundo definição de Willson, 1971⁸¹, atenção pré-natal consiste em um programa de exame, avaliação, observação e tratamento e educação das mulheres grávidas, com o objetivo de que, na maioria dos casos, a gestação

ção, o parto e o nascimento sejam processos normais, isentos de perigo, quer para a mãe, quer para os filhos. É lícito, portanto, o pensamento segundo o qual a assistência pré-natal poderia, em alguma medida, evitar ou diminuir o número de nascidos mortos, pois, se antes da gravidez, ou mesmo no início desta, puder ser determinada a presença de qualquer fator que represente alto risco para a mulher ou para o produto da concepção, a maior vigilância, principalmente durante o primeiro trimestre da gestação, poderia servir de base para programas evitando que vidas viessem a ser perdidas.

Baseados em estudos desenvolvidos por vários autores^{32, 79}, considera-se importante que dados como este, portanto, passem a constar dos atestados, para que estudos possam ser feitos e medidas preventivas sejam tomadas.

3º Ordem do nascimento, idade da mãe

Estando incluídas no atestado do nascido morto variáveis tais como a ordem do nascimento, a idade da mãe e a incidência de gemelaridade e, havendo proposição de que passem a figurar também o peso ao nascer e a assistência pré-natal, a fim de que possam ser calculados os coeficientes respectivos, propõe-se a inclusão desses dados no registro do nascido vivo. A idade da mãe, informação considerada, como se disse, de suma importância, e sobre a qual, muito se tem discutido, não foi ainda incluída na última lei dos Registros Públicos²⁵. O governo da União, entretanto, em recente projeto enviado à Câmara dos Deputados, propoz sua inclusão, opinando que o conhecimento desse pormenor se constitui em valioso subsídio para a demografia e a saúde pública.

A ordem da filiação e o fato de ser a criança gêmea já fazem parte dos requisitos exigidos para o assento de nascimento. Recomenda-se às Repartições de Estatística que apurem esses dados, a fim de que deles se possa tirar algum proveito.

A pergunta "morreu antes ou depois do parto", que tão óbvia pode parecer à primeira vista, deve ser mantida, pois é somente através dela que podem ser detectados os casos de crianças registradas como nascidas mortas e que foram, a rigor nascidas vivas, que faleceram logo após o parto.

A fim de evitar erros deste tipo e visando ainda à diminuição do sub registro de nascimento de crianças que chegam precocemente a óbito, sugere-se a elaboração de um atestado para óbitos perinatais. As exigências de ordem jurídica não deixariam de ser atendidas:

1. tendo a criança nascido morta, será feito o assento, com a respectiva remissão ao óbito, e enviado à repartição de Estatística, seu registro, no mapa de nascidos mortos;
2. se a criança nasceu viva e morreu antes do sétimo dia, o atestado de óbito perinatal funcionará como atestado de óbito comum. O oficial do cartório deverá, entretanto, exigir, nestes casos, a apresentação do registro de nascimento, antes de proceder ao assento de óbito, tomando, em caso de falta, previamente, o registro do nascimento.

Às Repartições de Estatística caberá elaborar dados relativos à mortalidade perinatal e à mortalidade infantil, selecionando, como se disse anteriormente, as variáveis consideradas de real interesse.

O modelo do atestado para óbitos perinatais sugerido encontra-se no capítulo 8, referente às recomendações.

5. MORTALIDADE PERINATAL

Dado que existem muitos motivos para pensar que algumas mortes ocorridas na primeira semana de vida são inadvertida ou deliberadamente inscritas e contadas como perdas fetais tardias e dado ainda que os problemas que influem sobre a mortalidade fetal tardia se relacionam com frequência aos que causam a mortalidade, principalmente durante a primeira semana de vida, alguns autores sugeriram combinar os dados para obter uma taxa que medisse o risco de morrer durante o período vizinho ao parto, conhecido como período perinatal⁵⁶. Divergiam, entretanto, sobre qual devesse ser o tempo delimitado por esse período: parecia haver concordância em que o limite inferior fosse representado pela vigésima oitava semana de gestação, de modo a considerar que os nascidos mortos fossem um dos elementos desse coeficiente. Desacordo existia quanto à parte da mortalidade infantil que estaria aí incluída, isto é, se deveria englobar a mortalidade na primeira semana ou aquela relativa ao primeiro mês. Por considerar mais semelhante

tes as causas das perdas fetais de gestações de vinte e oito ou mais semanas de duração e as causas de morte das crianças nascidas vivas que chegam a óbito antes de completar o sétimo dia de vida, foi proposta pela Organização Mundial da Saúde a definição segundo a qual "mortalidade perinatal é o conjunto de óbitos fetais tardios e aqueles ocorridos na primeira parte do período neo-natal⁵⁹.

O coeficiente de mortalidade perinatal refere-se assim a ⁵⁶:

$$\frac{\text{óbitos fetais tardios} + \text{óbitos de crianças menores de 7 dias}}{\text{número de nascidos vivos}}$$

A idéia não é nova, pois cita Martins⁴⁹ que Pfaundler, já conceituava a mortalidade perinatal como o conjunto de óbitos de nascituros ocorridos pouco antes, durante e pouco depois do parto e refere que Peller desde 1923 havia sugerido a denominação de mortalidade perinatal para a soma dos óbitos de natimortos e óbitos durante a primeira semana pós natal.

O interesse pela mortalidade perinatal vem aumentando a cada dia. Em países mais desenvolvidos, onde as taxas de mortalidade infantil são baixas, estas se devem, principalmente aos óbitos ocorridos nos primeiros dias de vida, pois, ultrapassados os problemas referentes ao ataque do meio ambiente e aqueles nutricionais, resta todo o conjunto de causas ligadas a fatores congênitos e hereditários, além dos traumas relacionadas ao parto propriamente dito.

Em recente publicação, um comitê de peritos da Organização Mundial da Saúde⁵⁸, examinando problemas perinatais em países desenvolvidos e em desenvolvi

mento, enfatizou a necessidade de prover, o maior número possível de cuidados para a futura mãe, para o feto (no útero e durante o nascimento) e para os neonatos nos primeiros dias de vida⁵⁰.

O estado de saúde da mãe, antes e durante a gravidez, bem como os riscos do processo do parto, constituem importantes fatores determinantes do produto da concepção. Ainda que normais a gravidez e o parto, podem surgir numerosos e diversos perigos⁶⁸. Existe uma intrínseca relação entre a saúde da mãe e do feto ou da criança recém-nascida, razão pela qual a problemática da diminuição da mortalidade perinatal é mais difícil de ser enfrentada. Surge, assim, claramente, a dependência materno-fetal. A repercussão negativa da falta ou da má assistência pré-natal ou do parto, se faz sentir. Os dados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância mostraram que dos óbitos de menores de vinte e oito dias (1958), 1183 ocorreram na primeira semana, o que corresponde a 60,42%. A mortalidade neo natal, por sua vez, representou aproximadamente a metade da mortalidade infantil (51,69%)⁶⁸.

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade perinatal foram utilizados dados desta pesquisa, bem como os obtidos através da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, respectivamente para a obtenção do número de óbitos fetais tardios e de óbitos de crianças menores de sete dias. O coeficiente obtido foi igual a 42,5 por mil nascidos vivos, para todo o período de estudo.

O valor do coeficiente de mortalidade de perinatal do distrito de São Paulo está situado num ponto considerado intermediário entre as taxas de outros países do mundo que, para 1965 apresentavam variações entre 18,3 e 82,0 por mil "nascidos vivos"⁵⁵.

Em países desenvolvidos a mortalidade perinatal constitui presentemente um problema mais importante que a mortalidade depois da primeira semana de vida (muitos países europeus têm taxas de mortalidade menores que 10 por 1 000 nascidos vivos para o período de uma semana a um ano de vida⁵⁵).

Em países em desenvolvimento o risco de morrer no período perinatal é muitas vezes maior do que nos países desenvolvidos: taxas calculadas entre 40 e 80 por mil nascidos vivos⁸³.

6. IMPLICAÇÕES DE ORDEM JURÍDICA

6.1. PRELIMINARES

As perdas fetais apresentam reflexos no mundo jurídico. A conotação ou liame se estabelece com a personalidade. Esta surge com a denominação jurídica de "personalidade civil" que começa com o nascimento com vida. A lei põe a salvo, entretanto, desde a concepção, os direitos do nascituro. É o que fixa o artigo 4º do Código Civil Brasileiro¹⁰, sendo que ainda, em numerosos outros textos, faz o legislador referência àquêle que apenas foi concebido: arts. 353, 357 § único, 377, 458 e 1718 todos do Código Civil¹⁰; 877 e 878 do Código de Processo Civil¹² e 124 a 128 do Código Penal¹¹. Para que ocorra o nascimento, considerado, conforme se viu, como ponto de partida da personalidade, é necessário que seja positivada a separação da criança do corpo da mãe, pouco importando que essa separação decorra de uma operação natural ou artificial, ou que a

gravidez tenha ou não sido a trmo. No basta, entretanto, so o nascimento: necessria se torna a condio vida. preciso que o recm nascido d sinais inequvocos desta, sejam les quais forem, para que se lhe reconhea personalidade civil. Basta que viva um so instante, pois, ainda que efmera, a vida o torna sujeito de direitos, sendo capaz, portanto, de adquiri-los e transmiti-los. Se a criana nasce morta, isto no ocorre; ela no chega a adquirir personalidade e no recebe nem transmite direitos.

Afastou a lei civil brasileira os requisitos da viabilidade e forma humana exigidos por outros cdigos, como por exemplo o espanhol, que fixa um prazo de vinte e quatro horas para que o recm-nascido adquira personalidade, o cdigo portugus que taxativo sobre a semelhana humana e o regime suo, que dispensa de registro os produtos de concepo com menos de trinta centmetros⁵⁶.

Embora alguns autores^{38,78} ainda considerem a vitalidade como elemento indispensvel condio "vida", a maior parte da doutrina e jurisprudncia retm no ser ela mais necessria sua caracterizao. O direito vida, pela sua base tica indestrutvel, de natureza to profundamente unitrio e absoluto que todo e qualquer atentado ela ser incriminado. No faz o legislador distino alguma entre vida presente e efetiva e aquela futura, eventual ou potencial, tendo o produto da concepo, sempre, garantido, seu direito ela⁶⁴. Entre ns, desde que nasa com vida e ainda que, por precrias condies, venha a morrer logo aps, adquire personalidade. A forma humana tambm no exigida pela nossa legislao para que o indivduo seja sujeito de direitos. Perante o nosso cdigo, qualquer criatura que provenha de mulher, sejam quais forem as anomalias e deformidades que apresente, ser considerada humana. Dessa forma, todo ser dado luz por mu

lher, para os efeitos de direito, será homem⁸.

O homem assim entendido merece no ordenamento jurídico determinada e certa proteção. Nascido vivo que chega a óbito, tornar-se-á, evidentemente, cadáver. A lei não esclarece, entretanto, em nenhum momento, o que se deva entender por criança nascida morta, isto é, a partir de quando ou de que um feto começa a ser considerado "criança". A Organização Mundial da Saúde, através de seu "Sub-comitê para a definição de nascido morto e aborto" definiu o nascido morto como a perda fetal ocorrida antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, com gestação de vinte e oito ou mais semanas de duração⁵⁷. A legislação brasileira, todavia, não se refere a perdas fetais. Diz Serpa Lopes⁷² que a declaração deixa de ser obrigatória quando o produto da concepção consistir em um embrião mais ou menos informe e não suscetível de vida extra uterina, devendo, como tal, ser considerado um produto vindo à luz antes do sexto mês.

Preconiza o Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo que a declaração deva ser feita também para os casos de aborto. Para os países que consagraram em lei o critério cronológico da vitalidade, ao completar-se a vigésima oitava semana, abortamento será a interrupção da gestação antes desse limite. Na gestação de vinte e oito semanas tem o conceito, em média, mil gramas. Vários autores, porque muitos fetos de peso inferior a este viveram, para não aceitar a sobrevivência de abortos, reduziram o limite da idade gestacional para vinte e duas semanas, o que equivale, em geral, a pesos de 400 a 500 gramas. A orientação médica mais moderna, entretanto, tem sido no sentido de abandonar o critério de tempo, adotando em seu lugar definições ponderais⁶⁹. Diante dessas considerações, torna-se ne

cessário exame relativo à problemática da tutela jurídica do cadáver.

6.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A TUTELA JURÍDICA DO CADÁVER

Iniciada a vida intra-uterina no momento da concepção, ela se tornará vida, efetivamente considerada, após a completa separação da criança do corpo da mãe. O nascimento é considerado assim como o ponto de partida da personalidade: só passa a adquirir e a transmitir direitos aquêle que, depois de positivada a separação do corpo da mãe, apresentar sinais inequívocos de vida. São nesse aspecto entendidas quaisquer manifestações que apresente, tais como respiração, batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbelical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. Evidentemente, em qualquer momento após essa separação, e apresentando qualquer um desses sinais, estará positivada a aquisição da vida e, se vier a criança a morrer, será evidentemente considerada um cadáver. Discussões têm entretanto surgido, em vários ramos das ciências, visando a esclarecer se o natimorto, que não chegou a adquirir vida, assim considerada, poderia ser tido também como cadáver.

Do ponto de vista léxico, cadáver é definido em alguns de nossos dicionários como "corpo sem vida"²⁸, "corpo morto, defunto". Etimologicamente origina-se do latim "cadaver" e parece ser formado pelas três primeiras sílabas das palavras latinas caro -- data -- vermibus -- por exprimir a destinação última do corpo humano: carne dada aos vermes.

Leis de vários países têm tratado do assunto, não fornecendo nenhuma delas, entretanto, qualquer dado que possa levar à conceituação exata do que seja realmente um cadáver, de quando começa e quando termina sua existência. A questão tem sido extramamente debatida tanto do ponto de vista biológico, quanto daquele jurídico. Controverso, constitui ainda hoje, ponto de conflito entre as ciências, a doutrina e a jurisprudência. O advento da era dos transplantes dentro da medicina, trouxe novos conceitos e novos parâmetros ao velho e filosófico problema relativo à morte.

O cadáver constitui objeto do direito privado, por tradição, usos e costumes dos povos, sendo confiado aos parentes, que não podem, entretanto, usá-lo para qualquer fim de natureza patrimonial. Do ponto de vista penal, pela extinção da personalidade jurídica, que não perdura depois da morte, a tutela da pessoa se transforma em tutela do cadáver, das suas partes e de seus restos, conforme prescrevem os artigos 209 a 212 do Código Penal Brasileiro.

A tutela de cadáver entrou para o Código Penal Brasileiro dentro do título "Crimes contra o Sentimento Religioso e contra o Respeito aos Mortos"¹¹. Se bem que se considere muitas vezes que a colocação de um crime dentro de uma ou outra epígrafe não passe de um critério de classificação¹, o nosso legislador classificou como espécies do mesmo gênero os crimes contra o sentimento religioso e aqueles contra o respeito aos mortos, dada a incontestável afinidade entre uns e outros, pois a "ratio essendi" em ambos os casos é a mesma¹. Os artigos 209, 210, 211 e 212 do nosso Código Penal referem-se a incriminações diretas a tutelar o cadáver pelo sentimento religioso que comumente se tributa aos defuntos, sentimento profundo e difu

so na humanidade, sentimento que redundava em respeito, mesmo para os materialistas e agnósticos. O respeito existe sempre, seja piedade (não no sentido de comiseração) ou com paixão, mas segundo o significado do "pietas" latino, que vem a ser culto, veneração que merecem as entidades que transcendem a nossa existência, seja porque a dignidade da pessoa humana a acompanha ao túmulo.

Desde o Direito Romano, ao tempo dos imperadores, tutelava-se penalmente o respeito aos mortos. Existe um instinto, um afeto e um sentimento universal de veneração e piedade para com aqueles que já se foram e para com seus túmulos¹⁶ e seu desprezo ou seu ultrage repugnam a qualquer consciência humana.

É necessário precisar, desde logo, que quando se fala em cadáver, sem outra especificação, deve-se entender, sem dúvida, o cadáver humano, isto é, o corpo humano inanimado. Quando um indivíduo passa da vida à morte, não há qualquer dificuldade em dizer que ele se tornou um cadáver. Foi a partir dessa idéia que Binding na Alemanha surgiu com a sua fundamental teoria (Liszt, também na Alemanha e Civali na Itália), de que "cadáver é o corpo inanimado do homem que viveu"⁴⁰. Surgem a partir daí, e desde logo, várias questões que merecem mais apurado estudo. Em primeiro lugar, considerando cadáver como o corpo do homem que viveu, feto e natimorto escapam à tutela jurídica, pois truncada a vida do primeiro antes que ele viesse a nascer e vindo à luz o segundo já morto, não se pode, evidentemente, nem a um nem a outro, fazer referência como cadáveres. Diz-se que a lei tutela a sobrevivente personalidade dos mortos e esta não a tem o natimorto. O culto dos extintos, a quase religião que tem por objeto os passados tem significado enquanto se referem à vida que não existe mais, e portanto, a daquêle que tenha cessado de viver. Quanto ao feto e ao natimorto, não se poderia falar em vida ces

sada. O silogismo da corrente de Binding é o seguinte: "cadáver é o corpo do homem que viveu; natimorto não viveu, logo, não pode ser cadáver".

Essa teoria se afigura sumamente injusta pois se o que a lei costuma tutelar é o sentimento religioso e o respeito que os mortos merecem, não se pode ver razão no fato de que uma criança, que tenha nascido com vida e morrido logo após (neonato morto), seja digna de maior respeito do que outra que já tenha nascido sem vida (natimorto).

A lei tutela o sentimento de reverência dos vivos para com os mortos³⁷ e esta reverência merecem igualmente tanto o natimorto, quanto aquele que nasceu com vida e depois morreu.

Renomados autores² e a mais autorizada jurisprudência italiana⁴ estão orientados atualmente no sentido de que não é necessária a busca ou procura de uma vida precedente, afirmando que, atingindo o feto a maturação, já pode ser considerado cadáver.

Consideram, entretanto, distinto o caso do feto, a cujo respeito a doutrina elimina como objetivo material do crime de aborto, em razão de não poder ser tido como cadáver, já que não representa um indivíduo autôno e completo, mas somente uma parte do organismo materno²². Opinaram no mesmo sentido outros autores como Hungría³⁷ e Carvalho Santos²².

* Corte de Cassação Italiana, julgamentos de 12.1.1938, 30.9.1940 e 02.02.1942 (cf. *Giustizia Penale*, respectivamente 2:457, 1938 ; 2:803, 1941 ; 2:306, 1943

Parece oportuno lembrar que, embora não haja acôrdo na conceituação léxica, tem-se como certo que o produto da concepção, conhecido pelo termo genérico de conceito, é chamado embrião até aproximadamente a oitava semana de gestação; em tôrno dêsse tempo ele começa a ter a parência humana, iniciando-se então o período fetal, que vai até o fim da gestação. A partir do terceiro mês, ao embrião humano, cuja forma já está definida, começa-se a aplicar a designação de feto. O pescoço já percebido no segundo mês, torna-se agora mais nítido. A cabeça apresenta-se mais proporcionada ao tronco: formam-se as pálpebras que, soldadas temporariamente, ocultam os olhos. Atenua-se ainda mais a curvatura do corpo cujos membros são maiores e mais articulados, aparecendo as unhas. Os órgãos sexuais externos, que haviam começado a aparecer no mês anterior, iniciam sua diferenciação. Aos quatro meses o feto mede dezesseis centímetros e pesa aproximadamente cento e vinte gramas. A semelhança humana já é total⁶⁹.

Quanto ao problema da maturidade do feto, parece certo que por feto maturo se deva entender aquele que tenha atingido um limite mínimo de desenvolvimento intra-uterino, desenvolvimento êsse que lhe possa permitir uma vida autônoma. Esse limite tem sido determinado pela medicina em aproximadamente cento e oitenta dias. Do ponto de vista obstétrico, o limite inferior da viabilidade humana varia segundo os autores: consideram-no na vigésima oitava semana (Kerr et alii, Souza 1945, Barbosa, 1952), entre a vigésima sexta e a vigésima oitava semanas, (Taussig, 1936), quatrocentas gramas de pêso (Eastmann, 1956) referindo que muitos autores consideram êste pêso como sendo de 1000 gramas⁵¹.

Que razão existe, entretanto, para que o ordenamento jurídico tutele o feto maturo e deixe de tute

lar aquê^{le} imaturo? E como resolver o problema dentro da lei se ê^{le} não está resolvido dentro da própria medicina? Melhor doutrina parece ser aquela que retêm ser mais importante que a maturação, a semelhança humana que tem o feto. Na realidade, não se pode fazer depender da idade da gestação a subsistência dos crimes citados e, de acôrdo com as noções já vistas, antes mesmo dos cento e oitenta dias, ê^{le} já apresenta semelhança humana.

Na verdade, para uma concepção mais rigorosa do problema, cadáver é o corpo inanimado do homem que tenha vivido uma vida extra uterina e inclusa estaria, portanto, aquela do neonato, que tenha nascido vivo e depois morrido. Mas a ética e o sentimento humano, que no fundo têm ditado a norma jurídica sôbre êsse ponto, induzem a não esquecer o natimorto dessa noção.

Assim, é necessário alargar os limites da noção de cadáver e não fazê-la apenas uma questão de morfologia ou de fisiologia. O critério morfológico refere-se à época em que o embrião assume semelhança humana e ê^{le} é importante porque, mais do que a vida intra ou extra uterina, mais do que a vitalidade ou a maturidade, é esta semelhança humana que dá a definição que se procura. É esta, portanto, a despeito das críticas de Dall Ora²⁴, para quem não se pode considerar cadáver o natimorto uma vez que jamais esteve vivo, a orientação que deve ser seguida.

Aliás, a noção de forma humana não é estranha ao Direito: está implícita no próprio conceito de cadáver, que, segundo Maggiore, Florian e grande parte da doutrina alemã, continua a existir enquanto não se destroe a conexão entre as partes de seu corpo⁵.

Na prática, não se tem idéia de quais

os critérios que norteiam obstetras a fazer ou deixar de fazer, para o produto de concepção, o documento a ele relativo. Esse documento chamado " atestado de nascido morto", a rigor, deveria ser preenchido somente para os casos de produtos de gestações de vinte e oito ou mais semanas de duração. Não há de se esquecer aqui, entretanto, a norma preconizada pelo Departamento de Estatística do Estado de São Paulo, que se encontra na parte superior do formulário segundo a qual o mesmo deve ser efetuado também para as declarações de aborto. Esta medida seria de grande importância, pois iria fornecer uma medida mais exata a respeito de toda a mortalidade pre-natal.

Vários tópicos desta pesquisa fazem sentir a existência de uma sub-enumeração de perdas fetais. A rigor, não se poderia pensar em sub-registros de nascidos mortos, fato que viria a constituir crime previsto no Código Penal (ocultação ou destruição), mas ficou evidente que, quanto às perdas precoces e intermediárias, o registro é bastante deficiente.

6.3. EQUIVOCABILIDADE NOS REGISTROS DE NASCIDO VIVO E NASCIDO MORTO. SUA IMPORTÂNCIA NO DIREITO DAS SUCESSÕES.

Suposto o parto extremado, deve, necessariamente, o registro espelhar a realidade do nascimento: vivo ou morto.

Paradoxalmente, na prática, verificam-se por vezes, descuidos, aparentemente insignificantes, no preenchimento das declarações. Enganosa, todavia, é a

idêia da significância do detalhe. Para o produto de concepção que venha à luz sem apresentar quaisquer dos sinais descritos como representativos de vida (batimentos cardíacos, respiração, pulsações do cordão umbelical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária), deverá ser preenchido o formulário "declaração de nascido morto" e o registro ser feito segundo o art.89 da Lei dos registros¹³. Contrariamente, para aquele que, ainda que por breves momentos, apresente quaisquer desses sinais, deverá o médico fornecer uma declaração de óbito e em cartório, serem promovido registros de nascimento e de óbito.

Na realidade, para minimizar a situação de possíveis equívocos nesse setor, a Divisão de Estatística Demográfica do Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento - no caso do Estado de São Paulo-, mensalmente, ao receber os mapas relativos ao movimento dos cartórios, promove uma operação chamada crítica e que consiste na comparação dos atestados enviados, com os respectivos nomes e anotações feitos nos mapas. Com relação aos natimortos, concomitantemente a esta operação, analisa cada atestado com a finalidade de excluir desse conjunto todos aqueles que à pergunta "morreu antes ou depois do parto?" contiverem a resposta "após" ou "depois". O objetivo deste trabalho é simples: efetivamente, se a criança morreu depois do parto ela não será nascida morta, mas sim, nascida viva e morta logo após. Com esse cuidado, o Departamento de Estatística corrige os dados para São Paulo. Se a criança nasceu viva e morreu, ela deveria ser inscrita no mapa de nascimentos e no mapa de óbitos, o que é então, feito, pelo Departamento, após a referida operação.

Do ponto de vista estatístico, portanto, a correção é feita: embora aquela criança continue com seu atestado de nascido morto, estará inscrita agora (ape

sar de não constar o seu nome, mas apenas "recem-nascido de...") no mapa dos nascidos vivos (como um nascimento) e no mapa dos óbitos (como um falecimento).

Oficialmente todavia, nenhuma providência é tomada. Nos livros do Registro Civil continuará a inscrição "nascida morta", fato que poderá ter implicações várias dentro do Direito das Sucessões.

A hipótese de primípara que morra ao dar à luz filho concebido em casamento com comunhão de bens, possibilita o exame de várias situações:

- a. nascendo e continuando viva, a criança herdará à meação os bens maternos; ao pai caberá tão somente a metade dos bens do casal;
- b. nascendo morta e não tendo portanto, personalidade civil, não é sujeito de direitos; o montante dos bens do casal relativo ao cônjuge morto, ex-vi do art. 1603 do Código Civil,^{1º} observa a ordem de vocação hereditária*, sempre por classes, tendo cada uma prioridade sobre outra⁵³;
- c. nascendo viva e morrendo a seguir (vida, ainda que instantânea) herdará, como sujeito de direitos, os bens maternos, e com sua morte, os transmitirá a ascendente, sucessor legítimo de acordo com o dispositivo legal supra citado;
- d. na hipótese de comoriência, isto é, morte simultâ

* O art. 1603-Código Civil prevê a seguinte ordem para a sucessão legítima: I-descendentes; II-ascendentes; III-cônjuge sobrevivente; IV-colaterais e V-Estados, Distrito Federal ou União.

nea da mãe e filho - sem que seja possível aos médicos todos médico-legais a determinação de que evento se deu em primeiro lugar - difere a lei brasileira das disposições francesas e considera que a sucção de cada um deve ser regulada como se o comoriente jamais tivesse existido⁵³.

Como se vê, o imperfeito preenchimento de um atestado, pelo médico, poderá gerar conflitos, atue ele, com ou sem dolo (entendido como consciência e voluntariedade na ação).

O pai pode, por exemplo, ter interesse na herança e então não se afasta a hipótese de acordo com o médico para que seja feita a fraude no atestado; ou os avós maternos poderão ter esse interesse. De qualquer forma, dado que dentro do campo do Direito, gerará situações diversas, um ou outro preenchimento do atestado, é preciso que tudo seja feito com mais rigor.

Poder-se-á pensar que a situação descrita aqui é produto apenas da imaginação. Nos dois anos de pesquisa, entretanto, houve 139 casos registrados como nascidos mortos e que eram, a rigor, nascidos vivos.

Por outro lado, através da "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância", chegou-se à conclusão da existência dos casos inversos a este, isto é, de crianças que nasceram mortas e foram registradas como nascidas vivas. Este fato, de maneira análoga ao anterior, pode causar também distorções no campo do Direito.

6.4. O PROBLEMA DA FILIAÇÃO

Entende-se por filiação o laço que

une os filhos a seu pai e mãe, vale dizer, na expressão de Clovis "o vínculo que a geração cria"⁷.

Do ponto de vista jurídico, a filiação pode ser legítima ou ilegítima.

A filiação legítima é definida pelo próprio Código Civil (art.337)¹⁰, considerando filhos legítimos aqueles concebidos na constância do casamento, ainda que anulado ou mesmo nulo, se tiver sido contraído de boa fé. É legítimo, portanto, o filho que descende de pai e mãe legalmente unidos ao tempo da concepção. A filiação legítima tem, portanto, pressupostos próprios, a saber: matrimônio dos pais, concepção do filho durante o matrimônio, parto da mulher e o fato de ser filho do marido.

Sendo a legitimidade um estado da pessoa, ela não depende da vontade do interessado. Não podem, por isso, os pais, recusar ao filho sua condição de legítimo, como também não podem atribuir tal qualidade à aquele que não tenha, realmente, nascido da mulher apontada como sua mãe, durante o casamento desta com o homem apontado como seu pai²⁰. Uma falsa declaração de filiação poderá produzir uma filiação aparente, mas a qualquer tempo a fraude poderá ser desfeita por prova em contrário.

Filho legítimo não pode nunca, para fins de direito, ser confundido com o ilegítimo. Se se disse que legítimo é aquele oriundo de pais legalmente unidos, inversamente, ilegítima será a criança provinda de pais não casados. São assim ilegítimos, ou naturais "lato sensu", todos aqueles nascidos fora do casamento. São eles classificados em dois grupos distintos: o dos naturais e o dos espúrios. Naturais são aqueles cujos criadores estavam em condição de realizar matrimônio legal entre si, ao tempo da

concepção²⁰, podendo, portanto a qualquer momento ser reco
nhecidos. Contrariamente, espúrios são os que nascem de
pai e mãe, entre os quais, ao tempo da concepção ou do part
to, havia impedimento matrimonial derivado de parentesco ou
casamento anterior ainda não dissolvido⁹. Esta classe en
globa os filhos incestuosos e os adúlterinos, entendendo-
se, pelos primeiros aqueles cujos genitores, ao tempo da
concepção, tinham parentesco que os impossibilitava de se ca
sarem validamente, proibição essa não suscetível de dispen
sa. Os adúlterinos são aqueles cujo pai e mãe, ao tempo da
concepção ou do parto, se achavam ligados por matrimônio,
com terceira pessoa, exceção feita às pessoas legalmente
desquitadas, apesar do impedimento matrimonial ainda exis
tente (atualmente o reconhecimento de filhos ilegítimos es
tá regulado por lei especial).

Filiação legítima, como se viu, é de
finida como aquela originada por um casal legalmente unido.
Sua prova é, para efeitos de registro, feita pela certidão
de casamento dos pais, o que pode ser facilmente compre-
endido quando se pensa em registro em cartório, de um nasci-
do vivo. Com relação às perdas fetais o dado sôbre a filiaç
ção é obtido através do atestado de óbito que fornece, ele
próprio, a classificação da mesma em legítima e ilegítima. O
atestado pode, conforme tenha o evento ocorrido em hospital
ou domicílio, ser preenchido por uma das seguintes pessoas:
médico, funcionário do hospital ou funcionário do Instituto
Médico Legal. Nenhuma delas, entretanto, exigirá, a fim
de preencher corretamente esse quesito, a apresentação de
prova de ser a mulher casada. A resposta dada, nesse item,
no atestado ficará, então, sempre, na dependência da infor-
mação da família, se lhe for perguntado, ou no livre arbí-
trio da pessoa que preencher o atestado, podendo, então, o
correr uma das seguintes hipóteses:

- 1º - considera-se filho legítimo aquele oriundo de pais legalmente casados ficando a informação procurada, vinculada à resposta de pessoa da família pois, como se frisou, não se tem conhecimento de nenhum hospital que exija certidão de casamento dos pais, em internação para parto;
- 2º - considera-se filho legítimo, no caso de não haver consulta à família, aquele havido de pai e mãe cujos nomes constem de ficha hospitalar, tendo ambos os mesmos sobrenomes;
- 3º - a contrário senso, ilegítimo será o filho que tenha pai e mãe com sobrenome diferente ;
- 4º - ilegítimo será também aquele em cujo atestado ou ficha hospitalar constar somente o nome da mãe.

De qualquer forma, em todos os casos, a informação existente no atestado corre o risco de não ser juridicamente verdadeira.

Segundo os dados desta pesquisa em 17,89% dos casos houve ausência de resposta a esse quesito.

Do total de casos em que a informação era conhecida, a filiação legítima concorreu com 73,55% e a ilegítima com 26,45%.

Conforme se frizou, entretanto, não se pode afirmar que essa classificação esteja vinculada aos conceitos que o Direito estabelece para os tipos de filiação. É de se sugerir, portanto, uma substituição dos termos filiação "legítima" e "ilegítima" por "pais legalmente casados" e "pais não legalmente casados" (ver capítulo refe-

rente a Recomendações)

6.5. ABORTO PROVOCADO E SEGREDO PROFISSIONAL

O aborto provocado constitui na lei brasileira, crime contra a vida, previsto nos artigos 124 a 127 do Código Penal¹¹. Escapam à incriminação os casos em que não há outro meio, senão o abortamento, para salvar a vida da gestante e aquele consequente à gravidez resultante de estupro (art. 128¹¹).

É crime de ação pública, sendo submetido a julgamento pelo Tribunal do Juri, por se tratar de ato doloso contra a vida. Qualquer pessoa que tenha conhecimento de abortamento provocado pode, e a polícia deve dele dar ciência às autoridades competentes. O problema que surge é o relativo à colisão que entre si sofrem essa afirmação e o artigo 154, também do Código Penal¹¹, que assim determina:

Art. 154: Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena

O problema relativo ao segredo tem merecido na história, amplo amparo. Na Índia, Egito e Grécia, o segredo profissional tinha qualquer coisa de sagrado. A Idade Média comparou o médico ao sacerdote³⁵. A iniciativa de incriminar, de modo preciso e autônomo, a violação do se

greto, partiu do Código Penal francês de 1810. Na nossa legislação foi instituído para beneficiar o paciente, tanto do ponto de vista do direito de propriedade como daquele referente ao direito de respeito a outrem⁴⁷.

Assim, dados os precedentes históricos da figura do segredo profissional e a força legal do artigo de lei que o protege, toda vez que se tiver que emprender investigações e coligir provas sobre caso de abortamento provocado, esbarrar-se-á no invencível obstáculo representado pelo sigilo a que o médico, que tenha assistido ao aborto, está afeito.

No que diz respeito à guarda ou não desse segredo, divergem as opiniões dos autores, podendo, entretanto, ser agrupadas em três escolas:

- 1ª Escola absolutista: considera ser o segredo absoluto, não podendo o médico revelã-lo, quaisquer que sejam as situações da vida prática. Com relação ao aborto, Brouardel, defensor dessa teoria, somente considera poder o médico apontar o crime às autoridades competentes, quando dele tiver tido conhecimento por outra forma que não as confissões da gestante¹⁵. Outra justificativa que se poderia dar à guarda do segredo médico seria a de que, no caso de auto-aborto, por exemplo, a mulher, diante da hipótese de vir a ser processada, negligenciasse no sentido de procurar

socorro, ainda que necessário.

2º Escola abolicionista:

Preconizam seus defensores que, no caso do abortamento criminoso, "obrigar o médico a romper o segredo será o único meio para investir contra esse crime"⁷⁰.

3º Escola Intermediária; relativa ou eclética: aceita pela maioria dos autores, prevê que o segredo pode ser rompido se importar grave dano para terceiros, envolver a vida, lesar direito de outrem ou colocar em jogo respeitáveis interesses da coletividade. Sua revelação tem assim plena justificativa na ética profissional. Os defensores desta teoria, Favero²⁷ e Perraud-Charmentier⁶⁵ preconizam que será no Código de Ética, bem como nos princípios gerais do direito natural, que deverá o médico basear-se para solucionar os problemas desta natureza.

Os termos usados pela própria lei penal "revelar sem justa causa" parecem encerrar a chave do problema. Na realidade, quando o médico quebra o sigilo sem motivo maior, traiu a confiança nele depositada e deve responder pelo seu ato. A tutela penal do segredo existe, sendo violada a norma quando inobservada por parte de quem

tem a obrigação de fidelidade²³. Sempre, entretanto, que a revelação do segredo for em prol de um bem maior, deve ela ser realizada. O caráter ilícito do ato desaparece se a revelação foi necessária para salvaguardar um interesse superior⁷⁷.

Devido, entretanto, ao elevado número de abortamentos provocados realizados nas grandes cidades, exigir do médico que denuncie todos os casos de que tiver conhecimento, "seria fazer com que ele estivesse, quase que diariamente, batendo às portas da polícia"²⁷. Quando, porém, estiver diante de abortadores profissionais, deverá quebrar o segredo, pois o mal será muito menor do que a continuação daqueles crimes.

7. CONCLUSÕES

As conclusões referem-se à pesquisa feita no total de perdas fetais ocorridas no período compreendido entre 1º de junho de 1968 e 31 de maio de 1970 e cujo domicílio da mãe se localizasse no distrito de São Paulo.

1º: O registro das perdas fetais, feito por local de ocorrência, segundo determinação legal, não reflete o que está realmente ocorrendo em cada área. Subdistritos que apresentem concentração de hospitais - maternidade aí localizados, se revelam como os de mais alto coeficiente de nati-mortalidade do município;

2º: nas perdas precoces e intermediárias, a proporção de perdas declaradas como ilegítimas foi maior do que nas perdas tardias;

3º: quanto à cor, brancos atingiram o percentual de 66,99%, pardos de 22,82%, pretos de 9,59% e amarelos de 0,60%;

4º: quanto à naturalidade, pai e mãe provenientes da região leste (Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, Rio de Janeiro e Guanabara) representaram a maioria, aparecendo em seguida São Paulo (capital) e em terceiro lugar São Paulo (interior);

5º: as perdas fetais não puderam ser analisadas segundo a profissão dos pais. O preenchimento dos atestados, relativamente a esse item, foi falho, o que impediu qualquer conclusão a respeito;

6º: tendo em vista a razão de masculinidade entre os nascidos vivos, pode-se concluir que deve ser gerado um número muito maior de homens do que de mulheres, pois as perdas fetais do sexo masculino excederam as do sexo feminino, em qualquer que fosse o tempo de gestação considerado;

7º: a análise das perdas fetais segundo o tempo de gestação leva a supor a existência de uma sub-enumeração de perdas precoces e intermediárias;

8º: quanto à atenção médica ao evento, verificou-se que 85,96% das perdas ocorreram em hospitais, 13,08% em domicílio e 0,96% em outros locais;

9º: a quarta parte das perdas estudadas (25%) foi produto

de primeira gestação, 16,27% de segunda, 13,86% de terceira, 11,22% de quarta e assim sucessivamente, em percentuais menores para as demais gestações, chegando a existir um caso (0,02%) em que a perda estudada se constituiu na vigésima primeira gravidez da mulher; não pôde ser estudado o risco de perdas fetais segundo o número de gestações por se desconhecer essa distribuição entre os nascidos vivos;

10º: em 85,15% das perdas fetais ocorreu parto normal, 10,73% foram cesarianas, 2,32% requereram o uso de fórceps e em 1,80% verificou-se a ocorrência de outro tipo de parto;

11º: a qualidade da informação "duração do parto" não permitiu qualquer análise desse ponto de vista;

12º: as gestações múltiplas representaram 5,40% do total de perdas estudadas; 94,60% foram produto de gestações simples. Estudando o total de nascimento (vivos e mortos) verificou-se que a natimortalidade nas gravidezes simples ocorreu na proporção de 1,58%, enquanto que nas gravidezes múltiplas esse percentual aumentou para 7,66%, fato indicativo de que a gemelaridade representa fator de risco para o produto da concepção;

13º: o coeficiente de natimortalidade segundo a idade da mãe mostrou que existe maior risco no grupo etário de 40 a 44 anos (42,5 por mil nascidos vivos), seguido do grupo 35 a 39 anos (34,4 por mil nascidos vivos) e 30 a 34 anos (21,5 por mil nascidos vivos). Aparecem em quarto lugar as mulheres de menos de vinte anos (18,1 por mil nascidos vi

vos), ocupando posições privilegiadas - por representarem menor risco de vir a ter uma perda fetal - as mães de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos, respectivamente com coeficientes iguais a 14,0 e 15,2 pór mil nascidos vivos. O grupo 45 a 49 anos apresentou-se com coeficiente igual a 30,3%, n.v.

14º: nas perdas precoces, intermediárias ou tardias as doenças do feto, abrangendo as causas classificadas sob os números 774, 775, 776, 777 e 778 da Oitava Revisão da Classificação Internacional de Doenças, representaram a principal causa da perda (66,84%). Estudando de per si cada uma dessas causas, verificou-se que as anóxias (categoria 776) é que entraram com maior representação. Apareceram a seguir "afecções da placenta e cordão" (12,27%), "morte fetal de causa desconhecida" (11,89%), "interrupção da gravidez" (3,04%). Com, aproximadamente a mesma representação: "doenças e lesões da gravidez" (1,90%), "anomalias congênitas" (1,61%), "doenças da mãe não relacionadas com a gravidez" (1,45%) e "doenças e lesões do parto" (1,00%);

15º: o alto percentual verificado nas anóxias revela que a qualidade do atestado, relativamente a esse item, não é boa, dado que essa categoria não deve representar, senão em pequeno número, causa básica de morte. Constitui, geralmente, uma causa terminal, conseqüente a outra afecção, quer materna, quer fetal;

16º: o coeficiente de natimortalidade por anomalias congênitas mostrou que os menores valores estão nos grupos etários mais baixos, aumentando o risco com o aumentar da idade da mãe (35,25 ‰ n.v. para mulheres de menos de 20 anos até 163,93 ‰ n.v. para o grupo etário 45 a 49 anos);

17º: o estudo de atestados de nascidos mortos do ponto de vista formal, mostrou que os mesmos não são bem preenchi dos, levando, a análise de cada item, à proposição de vá rias modificações;

18º: o coeficiente de mortalidade perinatal corrigido foi igual a 42,5 ‰/oo nascidos vivos;

19º: a lei brasileira determina que deve ser promovido re gistro de nascimento, mesmo no caso de ter a criança nasci- do morta. O critério adotado pela medicina é o de que nas cido morto é o produto vindo à luz, morto, depois da vigê sima oitava semana de gestação;

20º: a norma do Departamento de Estatística da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo, segundo a qual deve haver registro também para o caso de aborto, não vem sendo seguida;

21º: a errônea classificação de nascidos vivos e nascidos mortos causa distorções nas estatísticas de saúde e no cam po jurídico é de grande importância principalmente no direi to das sucessões;

22º: a classificação fornecida pelo atestado segundo a qual a filiação é legítima ou ilegítima parece não estar vincula da aos rígidos princípios, estabelecidos no direito.

8. RECOMENDAÇÕES

Com base nas conclusões que se pude
ram tirar desta pesquisa e visando a um melhor aproveitamento
dos dados registrados - relativamente às perdas fetais-
foram elaboradas as seguintes recomendações:

1º : A apuração dos dados dos eventos vitais deve ser fei
ta sempre por local de residência e não de ocorrência;

2º : a informação relativa à duração do parto deve ser su
primida do atestado;

3º : devem ser incluídos no atestado do nascido morto dados
relativos ao peso ao nascer e assistência pré-natal;

4º : a fim de que esses dados possam ser melhor aproveitados, pleiteia-se a inclusão, no registro dos nascidos vivos de : peso ao nascer, assistência pré-natal, idade da mãe e ordem do nascimento;

5º : adoção do modelo internacional de causa da morte para o atestado de perdas fetais;

6º : substituição das expressões "filiação legítima" e "filiação ilegítima" por "pais legalmente casados" e "não legalmente casados";

7º : a fim de evitar classificações errôneas de nascidos vivos e nascidos mortos, propõe-se, para as perdas fetais tardias e óbitos de crianças menores de sete dias, a elaboração de atestado de óbito perinatal.(ANEXO-4)

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANTOLISEI, F. Diritto penale Milano, Giuffrè, 1960.
2. ——— Diritto penale: parte speciale 2. Milano, Giuffrè 1964.
3. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL (Fundação IBGE) Rio de Janeiro, 1973.
4. BEHRMAN, R. et alli. Fetal and neonatal mortality in white middle class infants. Am. J. Dis. Child., 121 : 486 - 489, 1971.
5. BENGIOA, F.B. Temas de derecho penal: 2. Montevideo, Centro de estudantes de notariato, 1962.
6. BERQUO, E. Estatística vital 5.^a ed. São Paulo, 1968.
7. BEVILAQUA, C. Filiação In SANTOS, J.M.C. Código Civil brasileiro interpretado. V:324 Rio, Freitas Bastos, 1958.
8. ——— Código Civil comentado 11.^a ed. São Paulo, Francisco Alves, 1969.
9. ——— Direito de família 11.^a ed. Rio, Francisco Alves, 1956.
10. BRASIL. Leis e decretos. Código Civil brasileiro: Lei 3071 de 1.1.1916 São Paulo, Saraiva, 1957.
11. BRASIL. Leis e decretos Código Penal brasileiro: decreto lei 2848 de 7.12.1940. São Paulo, Sugestões literárias, 1969.
12. BRASIL. Leis e decretos. Código de Processo Civil: Lei 5869 de 11.1.1973. Rio, Forense, 1973.

13. BRASIL. Leis e decretos. Registros Públicos: Decreto 4857 de 9.11.1939 São Paulo, Saraiva, 1961.
14. BRASIL. Leis e decretos. Re-organização dos Registros Públicos: Decreto lei 1000 de 21.10.1969 São Paulo, Saraiva, 1970.
15. BROUARDEL, L. Le Secret médical. Apud MAMMANA, C.Z. O aborto São Paulo, Letras ed., 1969.
16. BUONAMICI, G. Del delitto di violato sepolcro. Roma, 1973.
17. BUTLER e ALBERMAN Perinatal problems. Apud CARVALHEIRO, C.D.G. Estudos da mortalidade perinatal em Ribeirão Preto. (Tese de doutoramento) Ribeirão Preto, 1970.
18. BUTLER, N.R. e BONHAM, D.G. Perinatal mortality Edimburg and London, Livingstone, 1963.
19. CARVALHEIRO, C.D.G. Estudo da mortalidade perinatal. (Tese de doutoramento) Ribeirão Preto, 1970.
20. CARVALHO, F.P.B. Filho legítimo. In CARVALHO SANTOS, J.M. Repertório enciclopédico do Direito brasileiro. Rio, Borsoi, 1966 . 22: 336.
21. CARVALHO SANTOS, J.M. Código Civil Brasileiro interpretado: 6. Rio, Freitas Bastos, 1958.
22. ————. In ————. Repertório enciclopédico do Direito brasileiro:6 Rio, Borsoi, 1966.

23. CRESPI, A. La tutela penale del segreto. Palermo, Priulla, 1952.
24. DALL'ORA, A. Sulla nozione giuridico-penale di cadavere. Riv. Ital. Dir. Proc. penale. Milano, 2:312,1949.
25. DECRETO 6015, de 31.12.1973. Diário Oficial da União, 2 jan. 1974.
26. DEMOGRAPHIC YEARBOOK : 1969 (United Nations). New York, 1970.
27. FAVERO, F. Medicina legal. 7^a ed. São Paulo, Martins, 1962.
28. FIGUEIREDO, C. Dicionário da Língua Portuguesa. 10^a ed. Lisboa, Bertrand, 1969.
29. FONSECA, L.A.M. e LAURENTI, R. A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde pública, São Paulo, 8: 21-9, 1974.
30. FUNDAÇÃO IBGE. Censo Demográfico de São Paulo (Recenseamento Geral do Brasil, 1970) Rio de Janeiro, 1973.
31. GEDDA, L. Studio dei gemelli. Roma, Ed. Orizzonte medico 1951.
32. GORDON, J.E. La obstetricia tradicional en las regiones rurales. Bo1. Ofic. Sanit. Panamer., 59: 313-324, oct. 1965
33. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Departamento de Estatística. Movimento do Registro civil 1940 /1972. Divisão de Estatísticas Demográficas. Abril 1973.

34. GOYENA, J.I. Delitos de aborto, bigamia y de otras personas incapaces. Montevideo, A. Barreiro, s.d.
35. HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal: 6. Rio, Forense, 1958.
36. ————— Comentários ao Código Penal: 5. Rio, Forense, 1958.
37. ————— Comentários ao Código Penal: 8. Rio, Forense, 1958.
38. IMPALLOMENI, G.B. L'omicidio nel diritto penale. Torino, 1900.
39. INSTITUTO DE SAÚDE, São Paulo. Aspectos da assistência perinatal em São Paulo, Brasil. São Paulo, 1972 (publicação 16),
40. INTRONA, F. Sulla nozione di cadavere. Arch. Penale. 1: 281-9, 1954.
41. LAURENTI, R. A "Investigação Interamericana de Mortabilidade na Infância" em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ. São Paulo, 3:225-9, 1969.
42. ————— O atestado de óbito: a importância de seu preenchimento de maneira correta. Residência Médica. São Paulo, 2:6, março 1973.
43. ————— Causas de mortalidade infantil e em crianças de um a quatro anos em São Paulo. Rev. Saúde Públ. São Paulo, 4 (1) : 101-104, jun. 1970.
44. LAURENTI, R. e SILVEIRA, M.H. Causas múltiplas de morte. Rev. Saúde públ. São Paulo, 6 : 97-102, 1972.

45. LETTERS to the editor : Reporting of neonatal deaths.
Pediatrics, 47 (3): 628-9, 1971.
46. LEVY, M.S. et alii. O registro de nascimento e sua importância em planejamento materno-infantil. Rev. Saúde públ. 5:41-6, 1971.
47. MAMMANA, C.Z. O aborto. São Paulo, Letras ed., 1969.
48. MARKLE, G. Sex ratio at birth: values, variance and some determinants. Demography, II (1) : 131, fev.1974.
49. MARTINS, C.P. Mortalidade Perinatal. Pediatrics moderna, 3 (6): 79-92, 1968.
50. MENCHACA, F.J. Morbi-mortalidad feto-neonatal. Aspectos socio-culturales e economicos. Analisis de Sanidad, 2: 77, 1969.
51. MILANESI, M.L. O aborto provocado. São Paulo, Pioneira ed., 1967.
52. MILANESI, M.L. e LAURENTI, R. O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo. Estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da capital. Rev. Ass. méd. Brasil. 10: III-6, 1964.
53. MONTEIRO, W.B. Curso de Direito Civil. Direito das Sucessões. São Paulo, Saraiva, 1960.
54. MORRISON, S.L. e MORRIS, J.N. Social and biological factors in infant mortality. Arch. Dis. Child, 34:101-113, 1959.
55. MORTALIDAD y morbilidad perinatales. Cronica de la OMS. 25 (6) : 280-7, jun. 1971

56. NACIONES UNIDAS. Manual de metodos de Estatísticas vitales. New York, 1955. (Estudos metodologicos Serie F, nº 7).
57. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité d' Experts des Statistiques Sanitaires: Genève, 1950. Rapport Sur la deuxième session (Ser. Rapp. tech., 25).
58. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Expert committee on the prevencion of perinatal mortality and morbidity: geneve, 1969. (Tecn. Rep. Serv. nº 457) Genève, 1970. apud MENCHACA, F.J. op. Cit.
59. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Study group on perinatal mortality: Genebra, 1954 (Doc. MH/EUR/74.54) apud NACIONES UNIDAS. Manual de metodos de Estadísticas vitales, cit.
60. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Informe sobre el progreso de la Investigacion Interamericana de Mortalidad en la Niñez. Washington D.C., 1970
62. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e causas de óbito. 8ª revisão : 1965 Washington D.C., 1969 (Publ. Cient. 190)
63. PANNAIN, R. Diritto penale, parte speciale. Torino, UTET, 1959
64. PEDIO, T. La soppressione del neonato per causa di onore. Milano, Giuffrè, 1954.
65. PERRAUD, C. Le secret professionnel. Paris, 1926.
66. PUFFER, R.R. Fases iniciales de la Investigación Interamericana de la Mortalidad en la Niñez. Bol. Ofic.Sanit. Panamer. 16: 114-26, ago 1968.

67. PUFFER, R.R. e GRIFFITH, G.W. Patterns of urban mortality. Washington, PAHO, 1967.
68. PUFFER, R.R. e SERRANO, C. Características de la mortalidad en la niñez. OPS/OMS. Washington, 1973 (Publ. cient. 262).
69. REZENDE, J. Obstetricia. Rio, Guanabara - Koogan, 1969
70. SACADURA, C. O aborto criminoso e suas consequências. Lisboa, Imprensa Médica, 1937.
71. SAM SHAPIRO et alii. Infant, perinatal, maternal and childhood mortality in the United States. Cambridge, Mass., 1968.
72. SERPA LOPES, M.M. Tratado dos Registros públicos. 4.^a ed. Rio, Freitas Bastos, s.d.
73. SILVEIRA, M.H. e LAURENTI, R. Os eventos vitais: aspectos de seus registros e inter-relação da legislação vigente com as estatísticas de saúde. Rev. Saúde públ. São Paulo, 7 : 37-50, 1973.
74. SILVEIRA, M.H. e SOBOLL, M.L. Sub-registro de nascimento : aspectos educativos visando à sua diminuição. Rev. Saúde públ. São Paulo 7 : 151-60, 1973.
75. SKALAR, J. e BERKOV, B. The effects of legal abortion on legitimate and illegitimate birth rates: the California experience. Studies in Family Planning 4 (11) : 281-292, 1973 (Públ. The Population Council).
76. SULLIVAN, D et alii. Perinatal mortality. J. roy. Inst. publ. Hlth Higiene 26 (7) : 161 - 178, 1963.
77. THILO, E. La responsabilité professionnelle du médecin. Lausanne, F. Roth, 1936.

78. VANNINI, O. Delitti contro la vita e la incolumità individuale. Milano, Giuffrè, 1958.
79. VAUGHAN, M.B. Some social factors in perinatal mortality. Brit. J. Prev. Soc. Med. 22: 138-145, jul. 1968.
80. WARKANY, J. e KALTER, H. Congenital malformations. New Eng. J. Med. 265 : 993 - 1052, 1961 apud PUFFER, R.R. e SERRANO, C. Características de la mortalidad e la niñez. Washington D.C. OPS/OMS, 1973 (Publ. cient. 262).
81. WILLSON, J.R. et alii. Obstetrics and Gynecology. 4^a ed. St. Louis, Mosby Co., 1971 apud PUFFER, R.R. e SERRANO, C. Características de la mortalidad en la niñez. Washington D.C., OPS/OMS., 1973 (Publ. cient. 262).

ANEXOS

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

(Utilizar também para a declaração de aborto)

ATESTADO DE
NASCIDO MORTO

OBSERVAÇÕES: Lêr com atenção, a Nota constante do rodapé, antes de preencher este lado.

Dia e hora do nascimento.....
Sexo..... Filiação..... Côr.....
(Legítima ou ilegítima)
Duração da gestação..... semanas
Lugar onde ocorreu o parto ou aborto.....
(Declarar se ocorreu em hospital, casa de saúde, etc.)

NOME DO PAI (por extenso).....
Idade..... Profissão.....
Nacionalidade..... Naturalidade.....
(Cidade, Município, Estado ou País)

NOME DA MÃE (por extenso).....
Idade..... Profissão.....
Nacionalidade..... Naturalidade.....
Cidade, Município, Estado ou País
Residência.....

Número de gestações (incluindo a atual) :.....	Nascidos vivos :.....
Mortes Fetais . . . { menos de 28 semanas (abortos) :.....	Ainda vivos :.....
28 semanas ou mais (natimortos) :.....	

Morreu antes ou depois do parto ?.....
Parto espontâneo ?..... Duração..... Horas.....
Parto operatório ?.....
(Especificar)
Gravidez: Simples ?..... Dupla ?..... Triplíce ?.....

CAUSA DE MORTE		Intervalo aproxima- do entre o iní- cio do processo mórbido e o óbito
I		
Doença ou estado mórbido que pro- vocou diretamente o óbito (*)	a)..... provocado por ou consecutivo a	
Causas antecedentes	b)..... provocado por ou consecutivo a	
Estados mórbidos que, eventualmente levaram ao estado supra citado, indican- do-se em último lugar o estado mórbido inicial.	c).....	
II		
Outros estados mórbidos importantes tendo contribuído para o óbito, mas sem relação com a doença ou com o estado mórbido que o provocou.		

(*) Não se trata aqui do modo de morte, mas da doença, da lesão ou da complicação que determinou a morte.

Que exame complementar confirmou o diagnóstico ?

DADOS DE { Operação.....
Necrópsia.....

..... em de 19

Assinatura do médico.....
Nome do médico, por extenso.....
..... C. R. M. n.º.....

Residência..... Tel.....

Registrado sob n.º..... em de de 19

Cartório do Registo Civil de.....

O Oficial do Registo Civil.....

Cemitério em que vai ser sepultado.....

CONCEITO ATUAL DE NATI-MORTO E NATI-VIVO:

A)— Entende-se por nascido vivo o produto de concepção que, independente da duração da gravidez, depois expulso ou extraído completamente do corpo da mãe, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tais como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbelical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, quer tenha ou não sido cortado o cordão umbelical e esteja ou não desprendida a placenta.

B)— Entende-se por morte fetal a morte de um produto de concepção antes da expulsão ou extração do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer dos sinais descritos para o nascido vivo.

(VÊR A NOMENCLATURA INTERNACIONAL DE CAUSAS DE NATIMORTALIDADE)

Este atestado ficará arquivado no Cartório do Registo Civil

MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO

	LIMITE
MUNICÍPIO	—————
DISTRITO	-----
SUBDISTRITO	-----

I. DISTRITO DE SÃO PAULO (dividido em 48 subdistritos):

1. Sé
2. Liberdade
3. Penha
4. Nossa Senhora do Ó
5. Santa Ifigênia
6. Brás
7. Consolação
8. Santana
9. Vila Mariana
10. Belenzinho
11. Santa Cecília
12. Cambuci
13. Butantã
14. Lapa
15. Bom Retiro
16. Moóca
17. Bela Vista
18. Ipiranga
19. Perdizes
20. Jardim América
21. Saúde
22. Tucuruvi
23. Casa Verde
24. Indianópolis
25. Pari
26. Vila Prudente
27. Tatuapé
28. Jardim Paulista
29. Santo Amaro
30. Ibirapuera
31. Pirituba
32. Capela do Socorro
33. Alto da Moóca
34. Cerqueira Cesar
35. Barra Funda

- 36. Vila Maria
- 37. Aclimação
- 38. Vila Matilde
- 39. Vila Madalena
- 40. Brasilândia
- 41. Cangaíba
- 42. Jabaquara
- 43. Jaguara (ainda não instalado)
- 44. Limão
- 45. Pinheiros (ainda não instalado)
- 46. Vila Formosa
- 47. Vila Guilherme
- 48. Vila Nova Cachoeirinha

- II. Distrito de Ermelindo Matarazzo
- III. Distrito de Guaianazes
- IV. Distrito de Itaquera
- V. Distrito de Jaraguá
- VI. Distrito de Parelheiros
- VII. Distrito de Perus
- VIII. Distrito de São Miguel Paulista

CODIFICAÇÃO

		Nº de colunas	Nº da coluna
Nº do atestado	001 a ... (numerar os blocos mensalmente)	3	1.2.3
Dia do nascimento	01 a 31 dias - ignorado(ou caso de criança encontrada) 99	2	4 . 5
Mês	Janeiro = 01 Fevereiro = 02 Março = 03 Abril = 04 Maio = 05 Junho = 06 Julho = 07 Agosto = 08 Setembro = 09 Outubro = 10 Novembro = 11 Dezembro = 12 Ignorado = 99	2	6 . 7
Ano	1968 = 1 1969 = 2 1970 = 3 Ignorado = 9	1	8
Sexo	Masculino = 1 Feminino = 2 Ignorado = 9	1	9
Filiação	Legítima = 1 Ilegítima = 2 Ignorada = 9	1	10
Cor	Branca = 1 Preta = 2 Parda = 3 Amarela = 4 Ignorada = 9	1	11

(continua)

CODIFICAÇÃO

		Nº de colunas	Nº da coluna
Duração da gestação	Anotar o nº de semanas; fazendo as conversões: 1m =4 5m1/2=23 8m =34 2m =5 6m =26 6m1/2=36 3m =13 6m1/2=28 9m =39 4m =17 7m =30 9m106=40 5m =21 7m1/2=32	2	12 . 13
Local onde ocorreu o parto	Hospital - 1 Domicílio - 2 outro - 3 ignorado (ou criança en- contrada) 9	1	15
Pai	Conhecido(qdo há nome)= 1 Desconhecido (qdo não há nome)= 2	2	16 . 19
Idade	Escrever em anos Ignorada = 99 Não se aplica = 00 (quan- do col.15 = 2)	2	18 . 19
Naturalidade	São Paulo - Capital = 1 São Paulo - Interior= 2 Norte do Brasil = 3(A mazonas, Pará, Acre, Rô raima, Amapá, Rondonia) Norte do Brasil = 4 (Piauí, Ceará, Rio Gran de do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Ser gipe, F.de Noronha, Marã nhão) Leste do Brasil = 5 (Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, Rio de Ja neiro, Guanabara) Sul do Brasil = 6 (Sta.Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul)		

(continua)

Naturalidade	Centro-Oeste = 7 (Mato Grosso, Goiás e Brasília) País estrangeiro = 8 Ignorado = 9 Não se aplica = 0 quando col.15 = 2)	1	20
Mãe	Conhecida = 1 Desconhecida = 2	1	21
Idade	Escrever em anos Ignorada = 99 Não se aplica = 0 quando col.21 = 2)	2	22 . 23
Profissão	Ver tabela em anexo ignorada = 99 não se aplica = 00 (quando col.21 = 2)	2	24 . 25
Naturalidade	Código igual ao usado para o pai ignorada = 9 não se aplica = 0 (quando col.21 = 2)	1	26
Nº de gestações	Colocar o nº ...(01 a...) ignorado ou não preenchido, sem possibilidade de correção = 99	2	27 . 28
Menos de 28 semanas	Colocar o nº (01 a ...) nenhuma = 00 ignorado = 99	2	29 . 30
Nascidos vivos	Colocar o nº (01 a ...) nenhum = 00 ignorado = 99	2	31 . 32

		Nº de colunas	Nº da coluna
Ainda Vivos	Colocar o nº (01 a ...) nenhum = 00 ignorado = 99	2	33 . 34
Nascidos mortos	Colocar o nº (01 a ...) nenhum = 00 ignorado = 99	2	35 . 36
Morreu antes ou depois do parto	antes = 1 durante = 2 depois = 3 ignorado = 9	1	37
Tipo de parto	Espontâneo = 1 Fôrceps = 2 Cesariana = 3 Outro = 4 ignorado = 9	1	38
Duração --	(anotar sempre em horas) Ex.: menos ou 1 hora = 01 2 horas = 02 10 horas = 10 1 dia = 24 ignorado = 99	2	39 . 40
Gravidez	simples = 1 dupla = 2 tripla = 3 ignorado = 9	1	41
Causa de morte	De acôrdo com a Classifi- cação Internacional de Doenças	4	42.43.44.45
Data do registro	Dia: 01 a 31 Mês: 01 a 12 Ano: 1968 = 1 : 1969 = 2 1970 = 3	5	46 . 47 48 . 49 50

		Nº de colunas	Nº da coluna
Tipo de Atestado	Comum = 1 Verificação de óbitos EPM=2 Verificação de óbitos F.M.USP = 3 Instituto médico Legal= 4	1	51
Análise do atestado	Completo e correto = 1 Incompleto, com possibili- dade de correção (erro em IV) = 2 Incompleto, sem possibili- dade de correção = 3	1	52
Tipo de erro	Erro em I -(anotar o nº de erros) II - " " III - " " IV - " " V - " "	5	53 54 55 56 57
Local de residência	Anotar o nº do subdistri- to da residência da mãe 01 a 48 Outros distritos: E. Matarazzo = 51 Guaianases = 52 Itaquera = 53 Jaraguá = 54 Parelheiros = 55 Perus = 56 S.Miguel = 57 Outros municípios = 60 Ignorado = 99	2	58 . 59
Atestado gratuito	sim = 1 não = 0	1	60
Local de Registro	Anotar o nº do subdistri- to do registro 01 a 48 = c 58-59 51 a 60 = c	2	61 . 62

CÓDIGO DE PROFISSÕES

- 00 - não se aplica
- 01 - arquitetos, engenheiros, agrimensores
- 02 - químicos, físicos, geólogos e outros especialistas em ciências físicas
- 03 - biólogos, veterinários, agrônomos e especialistas afins
- 04 - médicos e dentistas
- 05 - enfermeiros e obstetizes
- 06 - especialistas e técnicos para-médicos não classificados sob outras epígrafes
- 07 - professores
- 08 - sacerdotes e membros de ordens religiosas
- 09 - juristas
- 10 - artistas, escritores e afins
- 11 - desenhistas e técnicos em ciências físicas e aplicadas não classificadas sob outras epígrafes
- 12 - trabalhadores profissionais técnicos e afins
- 13 - administradores e funcionários executivos da administração pública
- 14 - diretores, gerentes e proprietários administradores
- 15 - não tem profissão
- 16 - funcionários públicos não especificados
- 17 - industrial
- 20 - ajudantes contadores, caixas
- 21 - taquígrafos, mecanógrafos e escriturários
- 22 - empregados de escritório, outras
- 30 - comerciantes proprietários
- 31 - agentes de seguro, viagens, venda de serviços
- 32 - viajantes do comércio, representantes
- 33 - vendedores, comerciários
- 40 - agricultores e diretores de empresas agrícolas
- 41 - trabalhadores agrícolas não classificados sob outras epígrafes
- 42 - caçadores e afins
- 43 - pescadores e afins
- 44 - lenhadores e afins
- 50 - mineiros e trabalhadores em pedreiras
- 51 - poceiros e afins

- 88 - carregadores e estivadores
- 89 - operários e braçais não classificados
- 90 - bombeiros, policiais, guardas e vigias
- 91 - mordomos, cozinheiros, "empregadas"
- 92 - garçons, cantineiros e afins
- 93 - trabalhadores de serviços de imóveis, faxineiros, zeladores e afins (aplicação de sinteco)
- 94 - barbeiros, cabeleiros, técnicos de instituto de beleza e afins
- 95 - tintureiros, limpadores a seco e passadores
- 96 - atletas, esportistas e afins e trabalhadores de esporte
- 97 - fotógrafos e afins
- 98 - embalsamadores e empresários de pompas fúnebres
- 99 - ignorada

- 52 - prospectores de minerais
- 53 - braçais de minas, pedreiras e similares
- 60 - oficiais de convês, oficiais maquinistas e práticos da navegação
- 61 - marinheiros de convês e salas de máquinas (navegação), barqueiros
- 62 - pilotos de aviação, mecânicos navegantes e navegadores aéreos
- 63 - maquinistas e foguistas de locomotivas
- 64 - motoristas
- 65 - chefes de trens e guarda freios
- 66 - inspetores, vigias, despachantes e controladores de tráfego
- 67 - telefonistas, telegrafistas, manipuladores e afins de telecomunicações
- 68 - carteiros e mensageiros
- 69 - trabalhadores de transporte e comunicação não classificados em outra parte
- 70 - fiandeiros, tecedores e afins
- 71 - alfaiates, cortadores, peleteiros e afins
- 72 - cortadores de couro
- 73 - fundidores, laminadores, trefiladores, metalúrgicos
- 74 - mecânicos de precisão, relojoeiros, ourives e afins
- 75 - ferramenteiros, mecânicos, galvanizadores, soldadores
- 76 - eletrecistas, encanadores
- 77 - carpinteiros, armadores, marceneiros
- 78 - pintores de parede e empapeladores
- 79 - trabalhadores de pedra, tijolos e gesseiros - pedreiros
- 80 - caixista, tipógrafos, operadores de prensa de impressão, gravadores, encadernadores
- 81 - operadores e moldadores de vidro e argila
- 82 - empregados de moinho, padeiros, pasteleiros, cervejeiros, indústrias de alimentos e bebidas
- 83 - trabalhadores da química
- 84 - trabalhadores do tabaco
- 85 - artesão e trabalhadores de vários processos de fusão não classificados
- 86 - empacotadores, etiquetadores e afins
- 87 - operadores de máquinas estacionárias, equipe de escavação e elevação

ATESTADO DE MORTE PERINATAL

(Utilizar para nascidos mortos e óbitos de menores de sete dias)

DADOS DO FETO OU RECFM-NASCIDO: Data do nascimento Hora
Nome (somente para nascimentos com vida)

Duração da gestação:
- 20 semanas ☐ 20 a 27 sem ☐ 28 ou + sem ☐
Assistência pré-natal (nº de consultas):
nenhuma ☐ 1,2,3 ☐ 4,5,6 ☐ 7 e + ☐ Ign. ☐
Sexo: masc. ☐ fem. ☐ Ign. ☐
Filiação: pais casados legalmente ☐
 pais não legalmente casados ☐
 ignorada ☐

Peso ao nascer
Gravidez: única ☐ dupla ☐ tripla ou + ☐ Ign. ☐
Morreu antes ou depois do parto
antes ☐ durante ☐ depois ☐
Para nascimentos com vida, quanto tempo durou a
criança:
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
-24h 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias

DADOS DO PAI: Nome
Idade Naturalidade Ocupação

DADOS DA MÃE: Nome
Idade Naturalidade Ocupação
Residência Subdistrito Município
Nº de abortos (-28 semanas gestação)
Nº de gestações Nº de nascidos mortos (28 ou + semanas gestação)
Nº de nascidos vivos

DADOS DO PARTO
Ocorreu : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Hospital Domicílio P.S. Outro Ign.
Tipo: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Normal Forceps Cesária Outro Ign.

Se Hospital ou P.S. dar o nome
Atendido por: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Médico Parteira Curiosa Outro Ign.

I	CAUSA DE MORTE OU PERDA	Intervalo aproximado entre o início do processo mórbido e o óbito
Doença ou estado mórbido que provocou diretamente o óbito(*)	a) provocado por ou consecutivo a	
Causas antecedentes	b) provocado por ou consecutivo a	
Estados mórbidos que, eventualmente levaram ao estado supra citado, indicando-se um último lugar o estado mórbido inicial.	c)	
II		
Outros estados mórbidos importantes tendo contribuído para o óbito, mas sem relação com a doença ou com o estado mórbido que o provocou.		

(*) Não se trata aqui do modo de morte, mas da doença, da lesão ou da complicação que determinou a morte.

Que exame complementar confirmou o diagnóstico?

DADOS DE Operação
Necrópsia

Data em que ocorreu o óbito ou a perda Hora
Local (se ocorreu em hospital, dar o nome)
Nome do médico Assinatura CRM

DADOS DO REGISTRO CIVIL
Nº do Registro Data Cemitério
Cartório do Reg.Civil de Oficial

CONCEITO ATUAL DE NATI-MORTO E NATI-VIVO:
A)- Entende-se por nascido vivo o produto de concepção que, independente da duração da gravidez, depois expulso ou extraído completamente do corpo da mãe, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tais como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbelical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, quer tenha ou não sido cortado o cordão umbelical e esteja ou não desprendida a placenta.
B) - Entende-se por morta fetal a morte de um produto de concepção antes da expulsão ou extração do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer dos sinais descritos para o nascido vivo.

PERDAS FETAIS DO DISTRITO DE SÃO PAULO

Maria Helena P. de Mello Jorge Silveira

R E S U M O

Estudaram-se as perdas fetais ocorridas no distrito de São Paulo, no período de dois anos (1 de junho de 1968 a 31 de maio de 1970) e cuja residência da mãe se localizasse também no distrito de São Paulo.

O trabalho objetivou o estudo das mesmas segundo as variáveis fornecidas pelos atestados dos nascidos mortos, que se constituíram em seu material básico. O ponto de vista social foi focalizado através dos aspectos referentes à cor, filiação, naturalidade e profissão dos pais. Os itens relativos a sexo, duração da gestação, local onde ocorreu o evento, história obstétrica, idade da mãe e causa da perda constituíram o conjunto de dados para análise do ponto de vista médico-estatístico. Quanto ao problema da causa, é de se destacar que esta é a primeira vez que tal aspecto é analisado entre nós. Utilizando dados obtidos através da "Investigação Interamericana - de Mortalidade na Infância", foi possível obter o coeficiente corrigido de mortalidade perinatal. A pesquisa visou ainda ao estudo das implicações que as perdas fetais acarretam no campo jurídico.

Quanto aos resultados, devem ser destacados o problema do registro de perdas por local de ocorrência e não de residência, a maior proporção de ilegitimidade nas perdas fetais precoces e a maior proporção de pais naturais da região leste do Brasil. A razão de masculinidade se mostrou maior quanto menor fosse o tempo de gestação. Alguns dados permitiram inferir que existe uma sub-enumeração de perdas precoces e intermediárias. Verificou-se ainda que, aproximadamente, 86% das perdas ocorreram em hospitais, que a quarta parte dos casos estudados foi produto de primeira gestação e que em 85% das perdas o parto foi normal. Relativamente à idade da mãe, foi verificado que o risco de vir a ter uma perda - excetuando-se o grupo de mulheres de menos de vinte anos - aumenta com a idade materna.

Em face de erros e imperfeições quanto ao preenchimento do atestado e da ausência de alguns dados de grande interesse para a Saúde Pública, foi sugerida a adoção de novo modelo de atestado de óbitos perinatais.

FOETAL LOSS FOR THE DISTRICT OF SÃO PAULO
CITY OF SÃO PAULO, BRAZIL

Maria Helena P. de Mello Jorge Silveira

S U M M A R Y

Foetal loss of resident women of the district of São Paulo that occurred in this area, were studied for a two years period, from June 1st, 1968 to May 31st, 1970.

The objectives of this study were:

- analysis of the foetal mortality differentials according to the available information in the certificates of stillbirth;
- analysis of legal involvements pertinent to the foetal deaths.

The variables considered were:

- social: color, legitimacy, parents birth place and their occupation;
- medical-demographic: sex, length of pregnancy, birth-order, single or plural deliveries, age of mother, and cause of death.

Data available in the Inter American Investigation in Childhood permitted the calculation of the Perinatal Mortality rate.

The conclusions were:

- a larger proportion of illegitimacy observed among the early foetal deaths.

- the sex-ratio (x 1000 women) was higher in the early pregnancy's foetal loss;
- there is an under-registration of foetal loss occurred before 28 weeks of gestation;
- 86% of the foetal loss^b occurred in hospitals;
- 25% of the foetal loss^b occurred in women pregnant for the first time;
- 11% of the foetal loss^b were delivered - by Caesarean section;
- the risk of having a foetal loss increases with the increasing of the mother's age.

The recommendations were:

- the tabulation of the stillbirth certificate data should be done by local of residence instead of by occurrence;
- a new model of Perinatal death certificate was proposed in order to provide more complete data that are important from the point of view of Public Health.