



Universidade Federal da Grande Dourados
Hospital Universitário
Direção de Educação Superior
Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia



WILLIAN TADEU ISHII DE SOUZA

ESTUDO DA MORTALIDADE FETAL NO HU-UFGD/EBSERH NO ANO DE 2018

Dourados – MS

2021

WILLIAN TADEU ISHII DE SOUZA

ESTUDO DA MORTALIDADE FETAL NO HU-UFGD/EBSERH NO ANO DE 2018

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da UFGD.

Orientador: Prof. Me. Sidney Antonio Lagrosa Garcia.

Dourados – MS

2021

WILLIAN TADEU ISHII DE SOUZA

ESTUDO DA MORTALIDADE FETAL NO HU-UFGD/EBSERH NO ANO DE 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Sidney Antonio Lagrosa Garcia
Mestre em Ciências da Saúde

Esp. Antônio Albuquerque Maranhão
Especialista em Ginecologia e Obstetrícia

Esp. Gustavo Rafael Medina Boccia
Médico Ginecologista e Obstetra

Dourados-MS, 22 de outubro de 2021.

Dedico este trabalho aos meus queridos e amados pais, Sr. Tadeu Alvarenga de Souza e Sra. Jacira Suzuko Ishii de Souza, a quem agradeço as bases que deram para me tornar a pessoa que sou hoje. Vocês são meus exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela saúde e pela nobre missão a mim concedida de cuidar de pessoas. Agradeço, ainda, por me abençoar, tornando meus objetivos alcançados durante minha formação profissional.

Aos meus pais e às minhas irmãs, Juliany Ishii de Souza Moraes e Nayara Ishii de Souza Suzuke, pelo apoio imenso em minhas decisões, pelos conselhos sempre sábios e pela confiança depositada mim em toda minha jornada.

Ao Rafael Galan da Silva, por me incentivar nos momentos difíceis, por compreender a minha ausência em reuniões familiares durante os inúmeros e exaustivos plantões da residência médica e, principalmente, por sua presença em minha vida.

Ao meu querido Mestre, Dr. Sidney Antonio Lagrosa Garcia, que me acolheu com filho nesta residência e com sua paciência e altruísmo se tornou minha referência de profissionalismo, humanidade e sabedoria.

Aos meus prezados amigos, Dr. Antônio Albuquerque Maranhão e Dr. Gustavo Rafael Medina Boccia por tantas habilidades técnicas, conhecimentos e experiências a mim transmitidas nesta jornada da residência.

Às minhas colegas de turma, Claudineia Machado de Souza, Nathália Pires de Souza e Thais Barini de Campos Araújo pelos momentos de descontração, pelo crescimento em conjunto e por tornar essa residência mais leve.

Aos meus preceptores por todos os ensinamentos, orientações e correções que me serviram como direcionamentos nas diversas fases desta residência médica até sua conclusão. Vivenciar o dia a dia com vocês foi, indubitavelmente, uma experiência incrível que vou levar para o resto da minha vida.

Sou extremamente grato a todos.

The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.

Osler

Sir William

SOUZA, Willian Tadeu Ishii de. **Estudo da mortalidade fetal no HU-UFGD/EBSERH no ano de 2018**. 2021. 38 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021.

RESUMO

A mortalidade fetal é um problema de saúde pública importante em todo o mundo, constituindo um indicador sensíveis da qualidade de atenção em saúde de gestantes e seus conceitos. No entanto, devido aos múltiplos e divergentes critérios de classificação para definição e padronização das formas de registros dos óbitos fetais, estes muitas vezes são pouco valorizados. Embora o fardo seja incomensurável para as mulheres, famílias e sociedade, os natimortos permanecem um problema em grande parte invisível e não resolvido. Nos 20 anos desde 2000, estima-se que 48,2 milhões de natimortos ocorreram globalmente, com cerca de 2 milhões de mulheres e famílias tiveram natimortos em 2019 (UNICEF, 2020). A razão para esta disparidade de cuidados de saúde nas taxas de natimortos é multifatorial e objeto de pesquisas em andamento. Em nosso país, as taxas mais altas de natimortos persistem entre mulheres de baixa renda com assistência pré-natal inadequada; isso foi atribuído ao aumento de casos de hipertensão, descolamento prematuro da placenta e ruptura prematura das membranas. o presente trabalho tem por objetivo determinar a frequência de óbitos fetais em nascidos no HU-UFGD no ano de 2018, para que, posteriormente, se possa qualificar o gerenciamento desde o pré-natal até o parto, incluindo o acesso a cuidados obstétricos de emergência, prevenindo muitas dessas mortes.

Palavras-chave: 1 Mortalidade fetal. 2 Natimortalidade. 3 Fatores de risco. 4 Taxa de mortalidade fetal. 5 Etiologia.

SOUZA, Willian Tadeu Ishii de. **Study of fetal mortality in the HU-UFGD/EBSERH in the year 2018.** 2021. 36 p Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021.

ABSTRACT

Fetal mortality is an important public health problem worldwide, constituting a sensitive indicator of the quality of health care for pregnant women and their fetuses. However, due to the multiple and divergent classification criteria for defining and standardizing the forms of registration of fetal deaths, these are often undervalued. While the burden is immeasurable for women, families and society, stillbirths remain a largely invisible and unresolved problem. In the 20 years since 2000, an estimated 48.2 million stillbirths have occurred globally, with about 2 million women and families having stillborns in 2019 (UNICEF, 2020). The reason for this health care disparity in stillbirth rates is multifactorial and the subject of ongoing research. In our country, the highest rates of stillbirths persist among low-income women with inadequate prenatal care; this has been attributed to increased cases of hypertension, placental abruption, and premature rupture of membranes. The present work aims to determine the frequency of fetal deaths in babies born at the HU-UFGD in 2018, so that, later, it is possible to qualify the management from prenatal care to delivery, including access to emergency obstetric care, preventing many of these deaths.

Keywords: 1 Fetal mortality. 2 Stillbirth. 3 Risk factors. 4 Fetal mortality rate. 5 Etiology.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número total de partos vaginal e cesariana no HU-UFGD em 2018	16
Gráfico 2	Número de partos ocorridos no HU-UFGD no ano de 2018	17
Gráfico 3	Comparativo de coeficientes de mortalidade neonatal e fetal no ano de 2018 entre Brasil, região Centro-Oeste e Mato Grosso do Sul	17
Gráfico 4	Distribuição por idade materno de acordo com a faixa etária	19
Gráfico 5	Distribuição por cor/raça materna	19
Gráfico 6	Distribuição por estado civil das mães avaliadas	20
Gráfico 7	Distribuição por nível de escolaridade materna	20
Gráfico 8	Distribuição por profissão materna	20
Gráfico 9	Distribuição por número de gestações	21
Gráfico 10	Distribuição das patologias maternas e fatores de riscos das mulheres avaliadas	21
Gráfico 11	Acometimento das Síndromes Hipertensivas	22
Gráfico 12	Quanto ao tratamento da sífilis na gestação das mulheres avaliadas	22
Gráfico 13	Distribuição dos fatores de risco uteroplacentários	23
Gráfico 14	Distribuição por fatores de riscos fetais	23
Gráfico 15	Caracterização quanto a realização do pré-natal	24
Gráfico 16	Momento do óbito fetal em relação à internação	24
Gráfico 17	Caracterização do local do óbito fetal	25

Gráfico 18	Frequência das mulheres que passaram no PAGO com vida	25
Gráfico 19	Idade gestacional no diagnóstico do óbito fetal	26
Gráfico 20	Distribuição da via de parto das mulheres avaliadas	26
Gráfico 21	Distribuição do sexo do natimorto	27
Gráfico 22	Distribuição dos dados do peso do natimorto ao nascer	27
Gráfico 23	Comparativo entre o peso dos natimortos no HU-UFGD, Mato Grosso do Sul e Brasil	28
Gráfico 24	Descrição das malformações identificadas	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da cidade de origem das pacientes	18
Tabela 2	Descrição da causa do óbito de acordo com a declaração de Óbito	29
Tabela 3	Descrição das causas antecedentes associadas ao óbito fetal de acordo com a declaração de óbito	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	CASUÍSTICA	E 14
	MÉTODOS	
2.1.1	CRITÉRIOS	DE 15
	INCLUSÃO	
2.1.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	15
3	RESULTADOS	16
4	DISCUSSÃO	30
5	CONCLUSÃO	34
6	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade fetal, assim como a e a materna, constitui indicadores sensíveis da qualidade de atenção em saúde pública em todas as regiões e países do mundo. São flagrantes as documentações da dimensão destes óbitos em países em desenvolvimento, com baixa qualidade de vida e com recursos escassos em saúde.

Os investimentos em saúde pública, seja por decisões políticas, seja em suprimentos tecnológicos de equipamentos, capacitação de recursos humanos, decisões adotadas também por instituições não governamentais, mostraram resultados na redução de mortalidade infantil e maternas; porém na natimortalidade essa diminuição se mostrou mais lenta (CARLO, TRAVERS, 2016).

Tal redução nos coeficientes de mortalidade infantil, entretanto, é mais evidente no componente da mortalidade pós-neonatal, componente este, principal responsável por esta redução observada. A mortalidade fetal, no entanto, constitui também, um ativo componente dos índices de mortalidade (ABRASCO, 2018).

Uma vez que a mortalidade fetal é um dos componentes que menor resposta obteve em redução, em todo o mundo, o estudo epidemiológico de suas características torna-se essencial para buscar, baseado em evidências, suas possíveis causas e formas possíveis de atuação.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), óbito fetal é a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez e várias são as ações e procedimentos que podem ser adotados para sua prevenção. Condutas obstétricas, como o bloqueio de trabalho de parto prematuro, uso de corticosteroide e uso de sulfato de magnésio contribuem para esta meta (BAYOU, BERHAN, 2012).

Resta, no entanto, que se pesquisem causas de óbitos fetais. Estes, por características próprias, apresentam limitações para estudos. Seja por razões de dificuldade de coleta de dados epidemiológicos, seja por razões psicossociais de coleta de informações da gestante atingida por este fato.

O estudo epidemiológico dos óbitos fetais se mostra fundamental na busca de fatores causais ou a eles associados, com meta de, identificando-os, se procure formas de tratamentos possíveis para preveni-los.

Pesquisar as causas de óbitos fetais, bem como buscar correlações de causa-efeito, além de comparar os dados dessa investigação a dados estatísticos nacionais, se faz de suma importância, uma vez que, poder-se-á obter informações a respeito da qualidade dos serviços prestado ao binômio mãe-filho durante o pré-natal, dos aspectos socioeconômico e cultural em que o mesmo está inserido e da adequabilidade das ações prestadas *ante* e *post mortem* fetal às pacientes assistidas no HU-UFGD/EBSERH no ano de 2018, cujos fetos evoluíram com óbito intraútero, através do levantamento das frequências e condições em que ocorreram.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A taxa de mortalidade perinatal é tida como um dos indicadores do estado de saúde de uma determinada sociedade. Tem etiologia multifatorial e depende da qualidade da assistência à saúde da gestante e de seu bebê (BAYOU, BERHAN, 2012). Globalmente, 2,4 milhões de crianças morreram no primeiro mês de vida em 2019. Ocorrem aproximadamente 7000 mortes de recém-nascidos todos os dias, o que representa 47% de todas as mortes de crianças com menos de 5 anos, contra 40% em 1990 (WHO, 2020).

O avanço da medicina fez progressos substanciais na sobrevivência infantil desde 1990. O número de mortes neonatais diminuiu globalmente de 5,0 milhões em 1990 para 2,4 milhões em 2019 (SILVA et al., 2019).

A redução dos casos de mortes perinatais evitáveis está no topo da agenda internacional de saúde pública. Diversos países com alta taxa de mortalidade apresentam declarações de nascimento limitadas ou inexistente e os registros médicos indicam que as mortes perinatais incluindo os óbitos fetais, muitas vezes não são registradas (YIRGU, MOLLA, GEBREMARIAM, 2016).

Diante disso, o primeiro passo para lidar com a alta mortalidade perinatal é capturar e classificar de forma precisa as causas das mortes em todos os cenários (SILVA et al., 2019). As revisões de óbitos perinatais devem incluir a classificação da causa da morte, para que possamos aumentar a compreensão de por que os fetos e recém-nascidos morrem e quais ações se podemos tomar para reduzir as mortes evitáveis (SILVA et al., 2019; YIRGU, MOLLA, GEBREMARIAM, 2016). Os dados obtidos refletirão o nível de saúde da gestante e de seus bebês, bem como a qualidade do atendimento prestado (NORMAN et al., 2018).

A taxa de mortalidade perinatal também é um dos melhores indicadores da condição socioeconômica de uma comunidade, região ou país. Conforme o padrão de vida de uma região melhora, a taxa de mortalidade perinatal tende a cair. Além disso, comunidades com alta taxa de mortalidade perinatal também demonstram alta taxa de mortalidade materna, pois ambas refletem condições de vida precárias e serviços de saúde inadequados (SALEEM et al., 2018).

As principais causas de óbitos fetais e morte neonatal precoce são muito semelhantes e, portanto, devem ser consideradas em conjunto (NORMAN et al., 2018; SALEEM et al., 2018). As mortes perinatais de causas primárias, ou seja,

associadas à patologia clínica de base (obstétrica) durante a gravidez ou o parto que resultou ou foi relacionada ao óbito fetal ou a morte neonatal precoce (YIRGU, MOLLA, GEBREMARIAM, 2016), são o foco dos protocolos de manejo que visam reduzir a mortalidade em tal população, geralmente buscando prevenir ou tratar adequadamente essas causas (BAJRACHARYA et al., 2019).

A maioria dos fatores que contribuem para a mortalidade perinatal está relacionada aos serviços de saúde. Estudos demonstram que serviços de assistência pré-natais, parto e puerpério subótimos estão fortemente associados a resultados adversos da gravidez (KORTEWEG et al., 2006). Idade da mãe, nível sociocultural e econômico também constituem outros fatores frequentemente associados à mortalidade perinatal (SCHMIEGELOW et al., 2012).

Em regiões onde as gestantes têm acesso a serviços de saúde de qualidade, malformações congênitas, prematuridade e restrição de crescimento intrauterino são as principais causas de morte perinatal (SCHMIEGELOW et al., 2012). Em contrapartida, em locais onde há baixa cobertura de serviços de saúde, as principais causas são anóxia, malformações congênitas e infecções perinatais (RICHARDUS et al., 2018).

2.1 METODOLOGIA, MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, transversal e descritivo baseado na revisão de prontuários físicos e digitais arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e no Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI), de pacientes internadas no HU-UFGD.

A casuística da pesquisa constituiu-se de casos de óbitos fetais com peso ao nascer maior ou igual a 500g no HU-UFGD/EBSERH, no ano de 2018. A escolha deste período se deve à documentação dos registros de parto contemplarem dados maternos e perinatais, tanto de prontuários médicos, quanto de bancos de dados da Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal, completos.

Para isso foram utilizados os dados de partos ocorridos no ano de 2018 de 01/01/2018 a 31/12/2018.

A – Total de partos no ano de 2018

B – Total de partos de nascidos vivos e de natimortos

D – Número de mortes neonatais precoces, tardios e pós-neonatais

C – Total de partos de natimortos com peso maior ou igual a 500g

E – Estudo da epidemiologia e da causa (se possível, destes óbitos)

F – Conclusões e recomendações possíveis para redução destes óbitos

Os dados foram colhidos através do documento de coleta de dados e inseridos em planilha eletrônica tipo Excel para tratamentos estatísticos necessários.

Atendendo aos preceitos éticos, o presente trabalho submeteu-se à Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE) e na Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFGD.

A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados Medline, Lilacs, Pubmed, SciELO, entre outras, usando, como termos de busca: “mortalidade fetal, “fatores de risco”, “índice de mortalidade fetal, “causas”.

Não foi preciso a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a coleta de dados, tendo em vista que o mesmo utilizou somente dados obtidos a partir do estudo de material já coletado e/ou de investigação de prontuários com as informações referentes às pacientes.

2.1.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os natimortos no ano de 2018 com peso maior ou igual a 500g no HU-UFGD/EBSERH, sem distinção de etnia ou de patologia materna, ou da causa detectada do óbito.

2.1.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

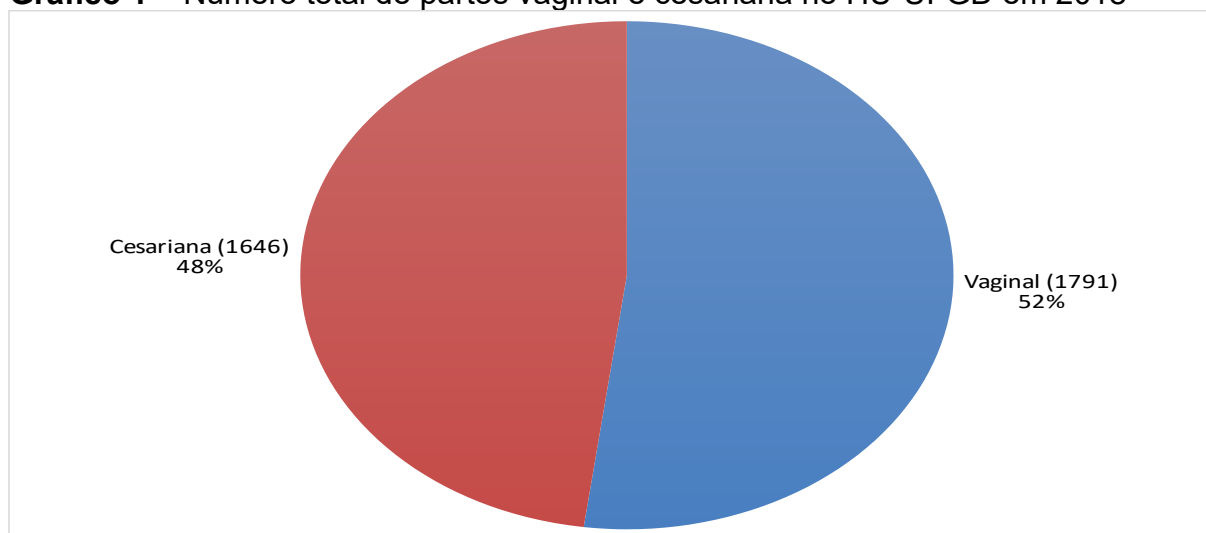
Foram excluídos os RN no ano de 2018 nascidos vivos.

3 RESULTADOS

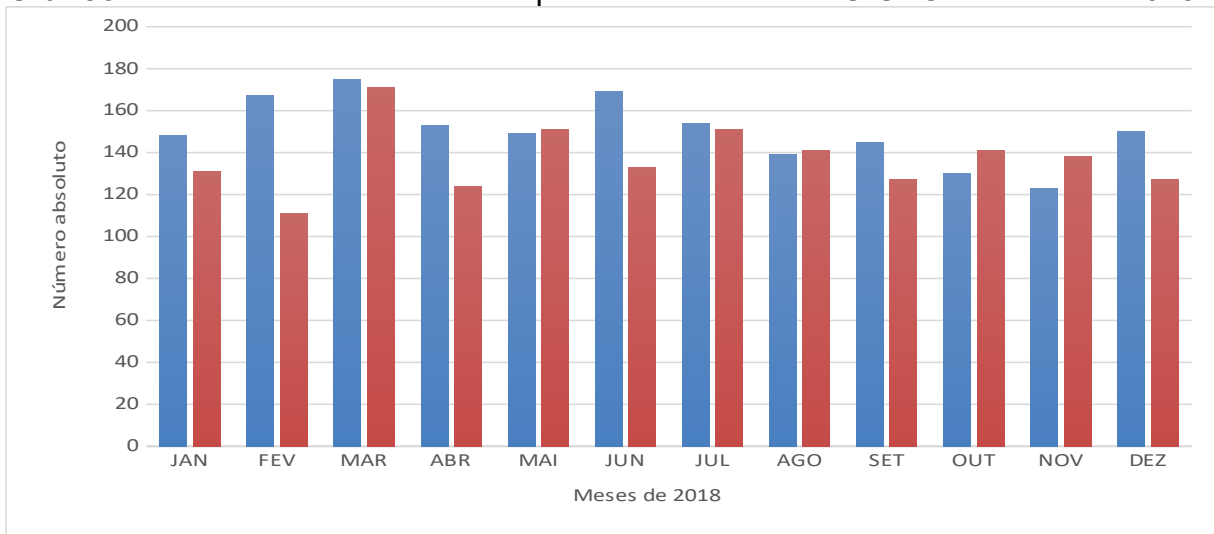
No ano de 2018, foram realizados 3437 partos no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), dos quais 1.791 (52%) ocorreram por via vaginal e 1.646 (48%), por cesariana (Gráfico 1), distribuídos no decorrer desse ano, conforme o Gráfico 2. Desse total, aproximadamente 0,84%, correspondem aos natimortos com peso maior ou igual 500 gramas, com 29 ocorrências, configurando um coeficiente de natimortalidade (CMF) de 8,43 casos a cada mil nascimentos no HU-UFGD. Os nascidos vivos representaram o total de 3408 indivíduos.

Ao analisar o coeficiente de mortalidade fetal em uma comparação entre Brasil, região Centro Oeste (CO) e Mato Grosso do Sul (MS), observa-se que no ano de 2018, o coeficiente de mortalidade fetal no HU-UFGD (CMF=8,43) esteve abaixo dados apresentados no Brasil (CMF=10,3), na região CO (CMF=9,54) e, também, no estado do MS (CMF=9,57) no mesmo ano. O comparativo está demonstrado no Gráfico 3, amostra por mil habitantes (N/mil).

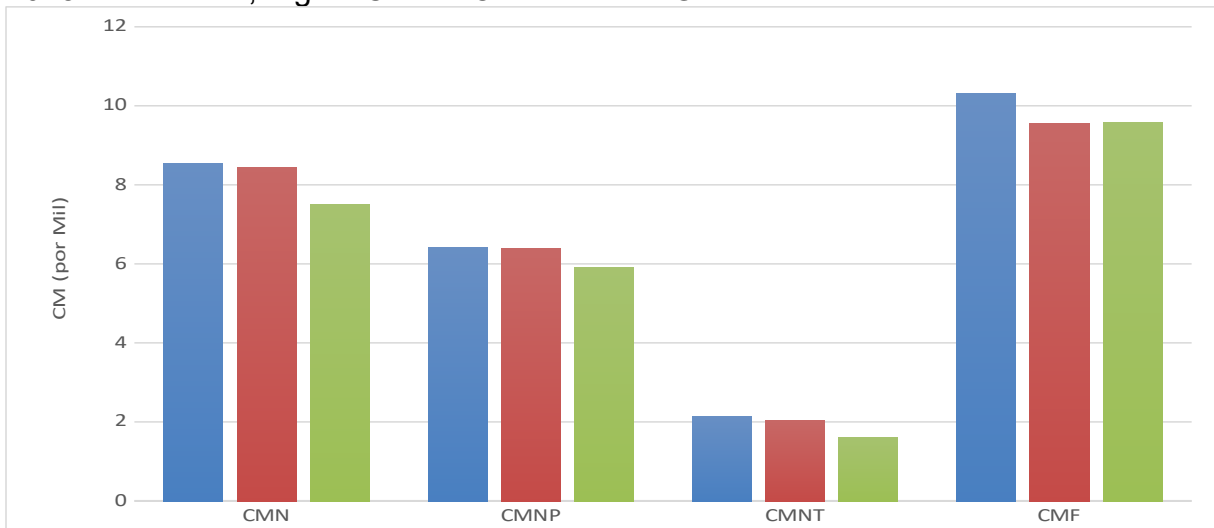
Gráfico 1 – Número total de partos vaginal e cesariana no HU-UFGD em 2018



Fonte: Prontuários médicos de 2018

Gráfico 2 – Descritivo do número de partos ocorridos no HU-UFGD no ano de 2018

Fonte: Prontuários médicos de 2018

Gráfico 3 – Comparativo de coeficientes de mortalidade neonatal e fetal no ano de 2018 entre Brasil, região Centro-Oeste e Mato Grosso do Sul

Fonte: Datasus Tabnet-n/Mil

Legenda: CMN (Coeficiente de Mortalidade Neonatal), CMNP (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce), CMNT (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia), CMF (Coeficiente de Mortalidade Fetal), CO (Centro-Oeste), MS (Mato Grosso do Sul).

O HU-UFGD, juntamente com sua Unidade da Mulher e da Criança (UMC), constitui-se referência regional na linha de atendimento materno-infantil, prestando assistência à saúde de uma população distribuída por 34 municípios estimada em 820 mil habitantes, incluindo população indígena e de fronteira (BRASIL, 2021).

Dessa forma, os municípios que referenciaram pacientes, as quais se enquadram no presente estudo, ao HU-UFGD, foram Aral Moreira, Caarapó,

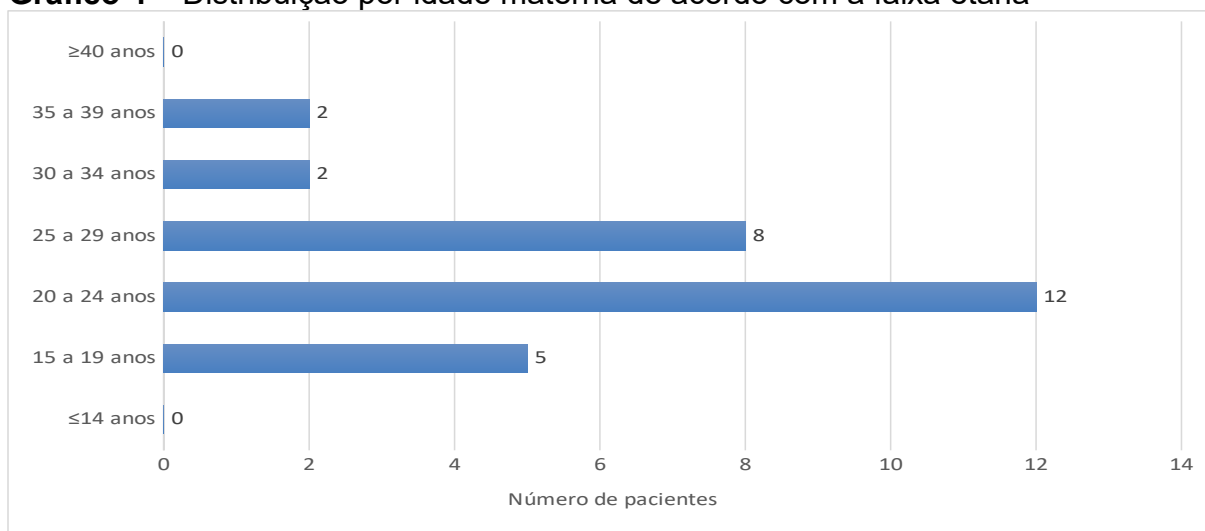
Deodópolis, Eldorado, Glória de Dourados, Jateí, Laguna Carapã e Ponta Porã, representando juntos, nove (n=9) pacientes no total. O município de Dourados foi responsável pelo maior número de casos (n=20) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da cidade de origem das pacientes

CIDADE	N	%
Aral Moreira	1	3.45
Caarapó	1	3,45
Deodópolis	2	6.89
Dourados	20	68.96
Eldorado	1	3.45
Glória de Dourados	1	3.45
Jateí	1	3.45
Laguna Carapã	1	3.45
Ponta Porã	1	3.45

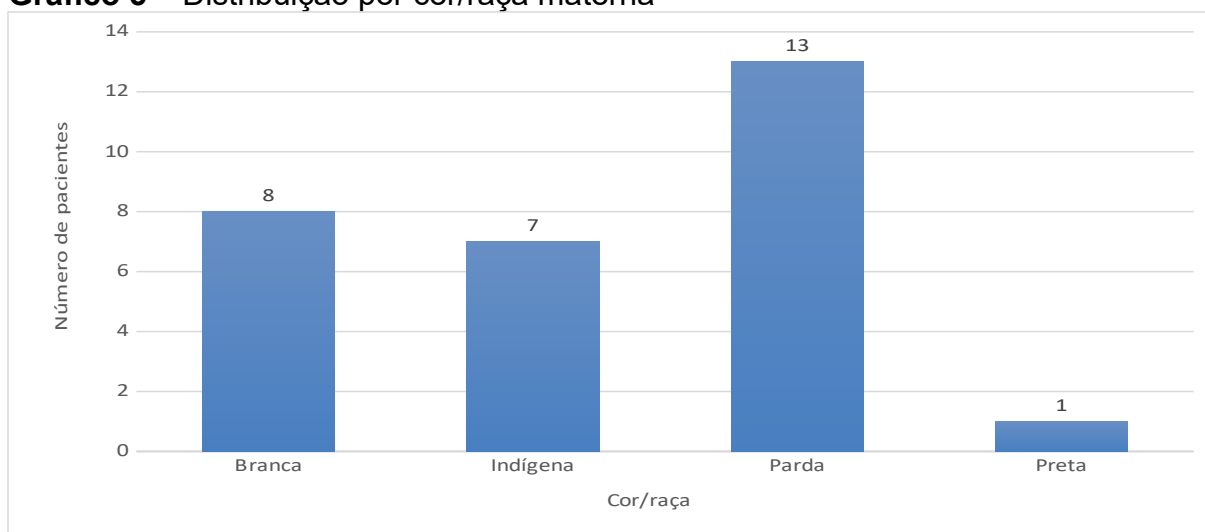
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Em relação a idade das pacientes, cuja gestação evoluiu com óbito do conceito, a média de idade materna foi de $24,20 \pm 5,54$ anos. Observa-se que a idade materna mais prevalente esteve na faixa etária entre 20-24 anos (n=12), seguido de mulheres com idade entre 25-29 anos (n=8), destacando assim, um perfil mais jovem das pacientes avaliadas (Gráfico 4).

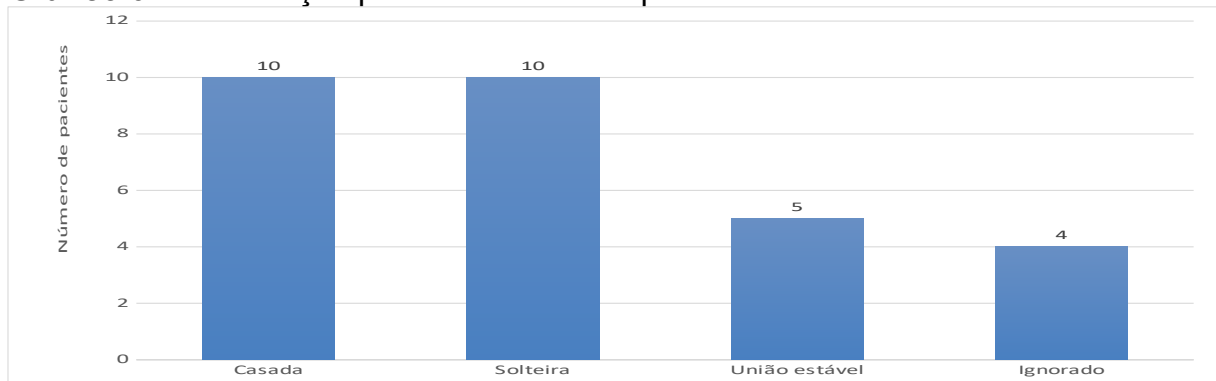
Gráfico 4 – Distribuição por idade materna de acordo com a faixa etária

Fonte: Prontuários médicos de 2018

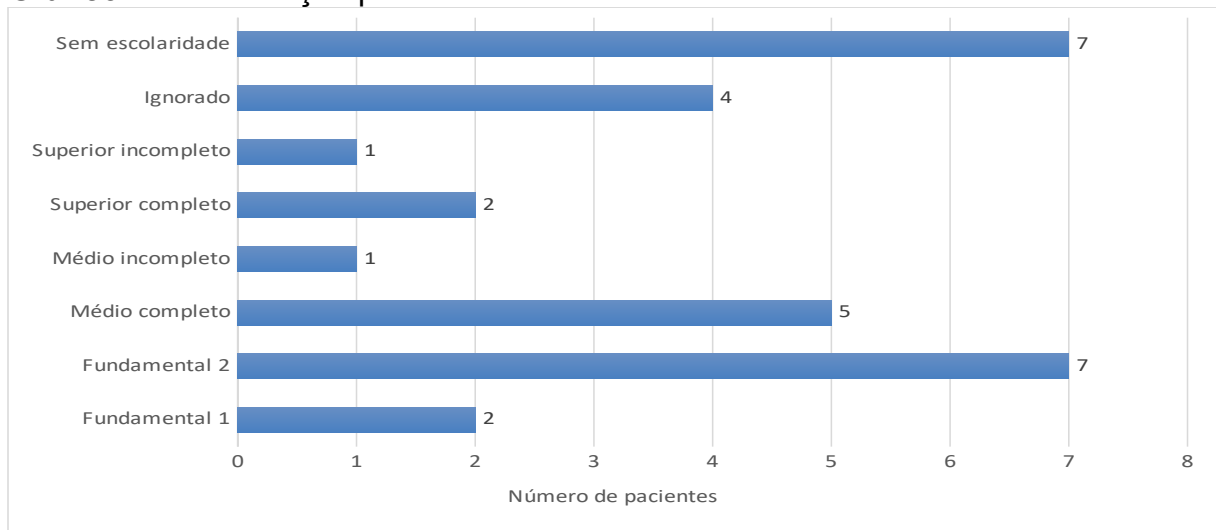
A cor/raça declarada mais prevalente foi a parda (n=13), seguidos da branca (n=8), indígena (n=7) e preta (n=1) (Gráfico 5). Quanto ao estado civil, ocorreu uma distribuição homogênea das mulheres casadas (n=10) e solteira (n=10) (Gráfico 6). Ao observar a escolaridade materna, destaca-se que as mulheres sem escolaridade (n=7) e as com fundamental II completo (n=7) foram as mais prevalentes (Gráfico 7). Referente a profissão materna, a maioria (n=16) referiu ser do lar, seis trabalhavam fora de casa (n=6) e duas eram estudantes (n=2) (Gráfico 8).

Gráfico 5 – Distribuição por cor/raça materna

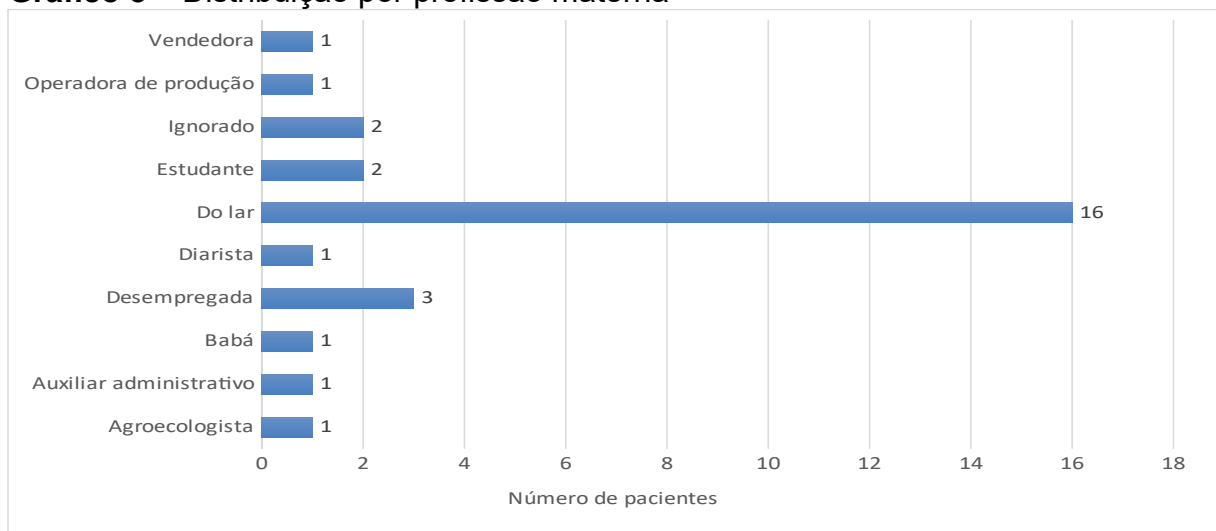
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Gráfico 6 – Distribuição por estado civil das pacientes avaliadas

Fonte: Prontuários médicos de 2018

Gráfico 7 – Distribuição por nível de escolaridade materna

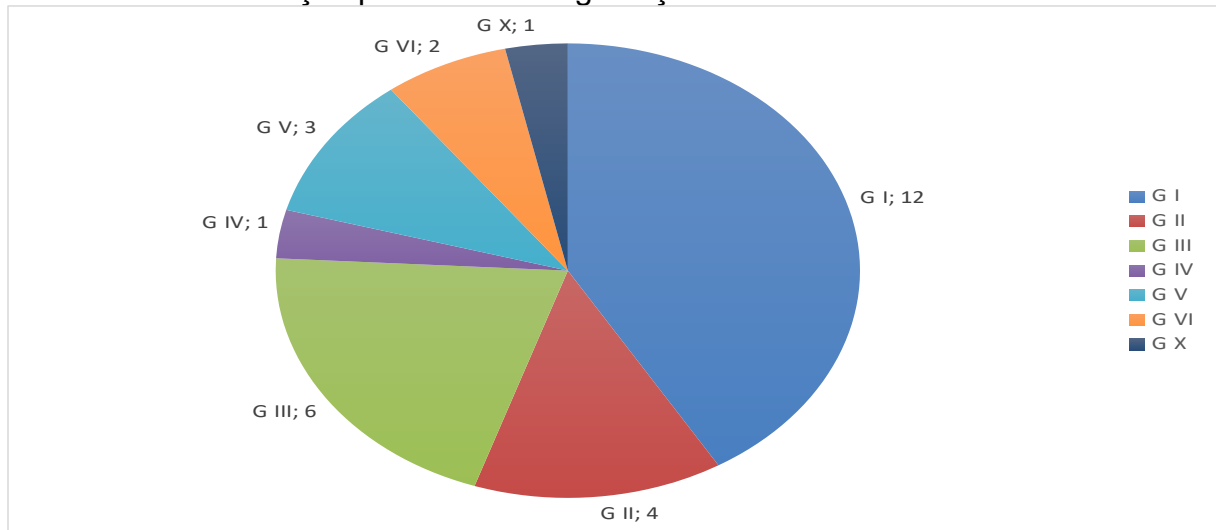
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Gráfico 8 – Distribuição por profissão materna

Fonte: Prontuários médicos de 2018

Dados do histórico obstétrico das pacientes apontaram que doze mulheres (n=12) apresentavam uma gestação, sendo este dado o mais prevalente referente a esta variável (Gráfico 9), quatro apresentavam duas gestações (n=4), seis apresentavam três gestações (n=6) e sete, quatro ou mais gestações no total (n=7).

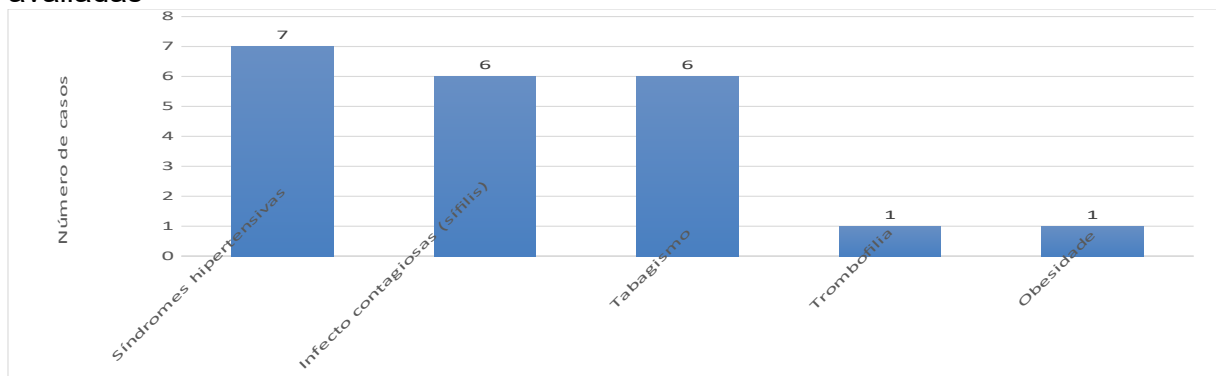
Gráfico 9 – Distribuição por número de gestações



Fonte: Prontuários médicos de 2018

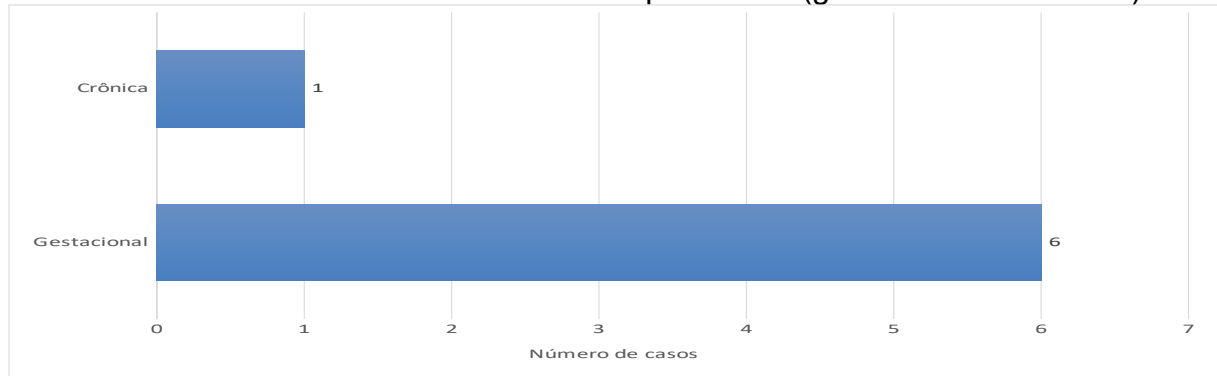
Ao analisar as patologias maternas e fatores de risco identificados, destacam-se as síndromes hipertensivas como mais prevalentes (n=7), seguidas de doenças infectocontagiosas (sífilis) na gestação (n=6). O Tabagismo (n=6), trombofilia (n=1) e obesidade (n=1) também estavam presentes (Gráfico 10). Dentre as síndromes hipertensivas, aquelas de caráter gestacional representaram um total de seis casos (n=6), já a hipertensão arterial crônica, apenas um caso (n=1) (Gráfico 11).

Gráfico 10 – Distribuição por patologias maternas e fatores de riscos das mulheres avaliadas



Fonte: Prontuários médicos de 2018

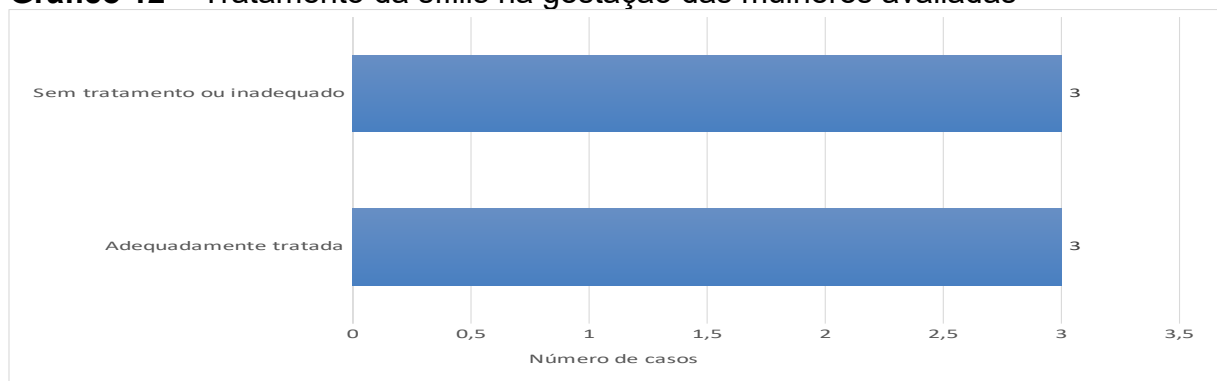
Gráfico 11 – Acometimento da Síndrome Hipertensiva (gestacional ou crônica)



Fonte: Prontuários médicos de 2018

Outro dado frequentemente observado neste estudo foi a presença de sífilis na gestação. Seis pacientes tinham diagnóstico de sífilis naquela gestação (n=6), destas, três haviam realizado o tratamento de forma adequada, as demais não haviam realizado tratamento ou foram consideradas inadequadamente tratadas (Gráfico 12).

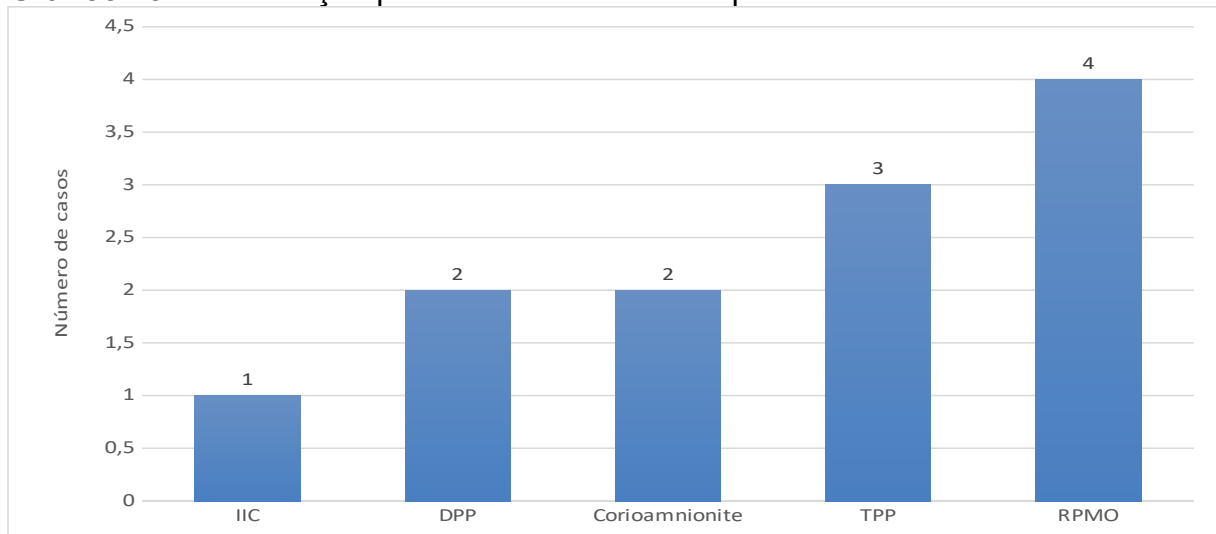
Gráfico 12 – Tratamento da sífilis na gestação das mulheres avaliadas



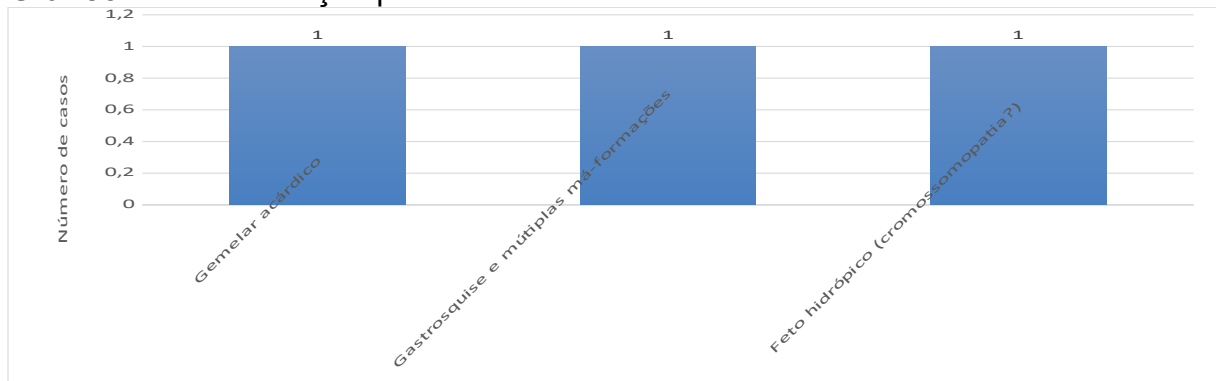
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Quanto aos fatores de risco uteroplacentários, quatro mulheres apresentaram ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), seguido de trabalho de parto prematuro (TPP) (n=3), corioamnionite (n=2), descolamento prematuro de placenta (DPP) (n=2) e insuficiência istmo cervical (IIC) (n=1) (Gráfico 13). Os fatores de riscos fetais identificados e adequadamente relatados em prontuários foram basicamente as malformações fetais, tais como: gemelar acárdio

(n=1), gastrosquise com múltiplas malformações associadas (n=1), feto hidrópico (n=1) (Gráfico 14).

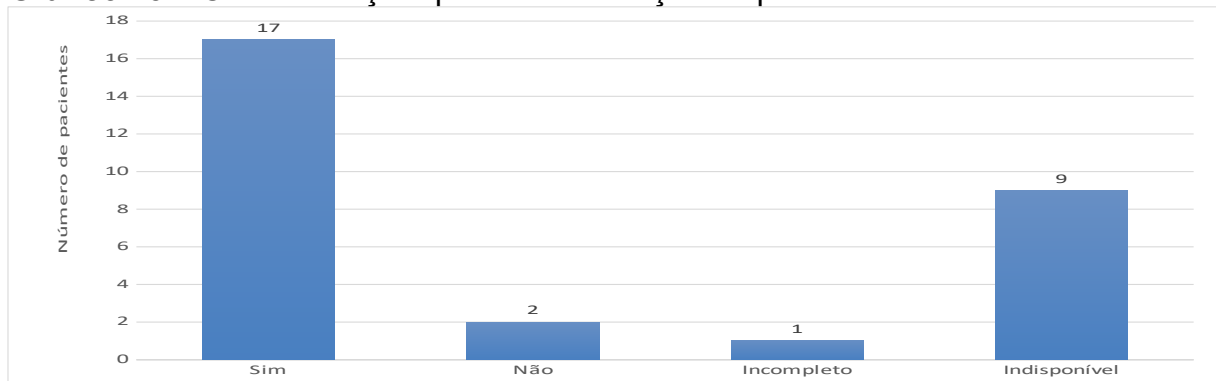
Gráfico 13 – Distribuição por fatores de risco uteroplacentários

Fonte: Prontuários médicos de 2018

Gráfico 14 – Distribuição por fatores de riscos fetais

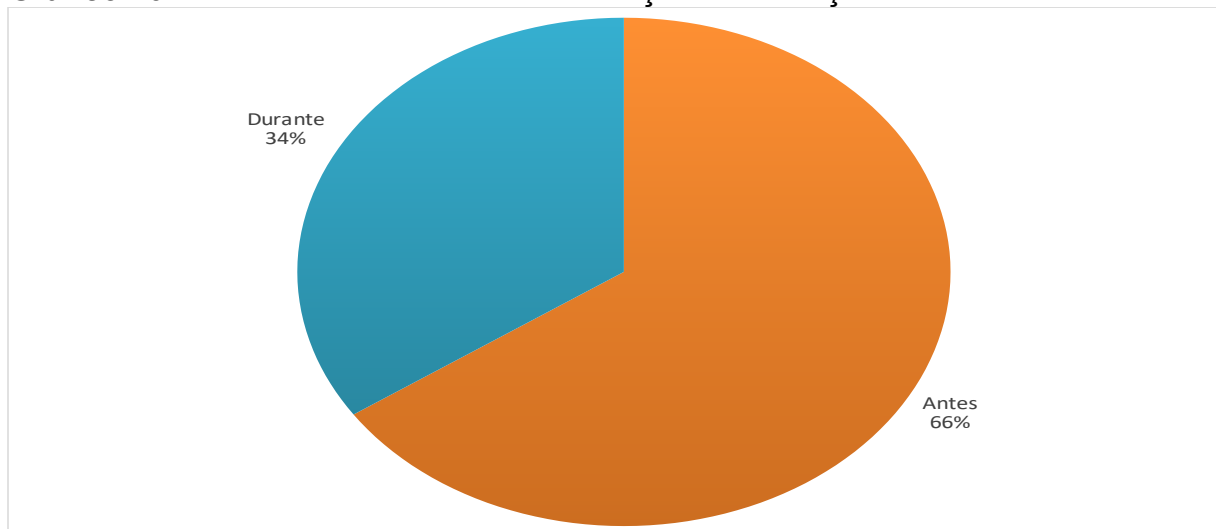
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Informações referentes à realização de consultas pré-natais apontaram que 18 mulheres o fizeram, no entanto, uma paciente realizou de forma incompleta. Duas pacientes não participaram de nenhuma consulta pré-natal. Em 9 prontuários tal dado não estava disponível (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Caracterização quanto a realização do pré-natal

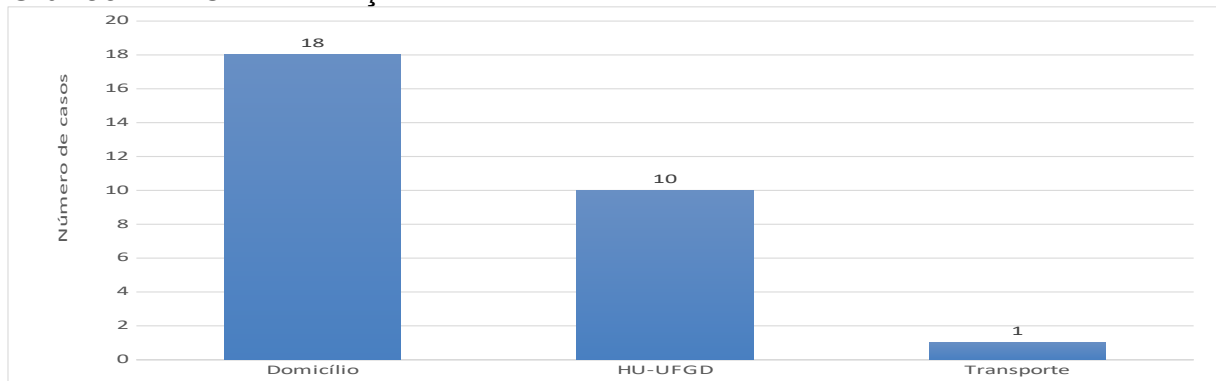
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Ao analisar o momento do óbito em relação a internação, observa-se que 19 mulheres apresentaram óbito fetal antes da internação e 10 mulheres durante o período de internação (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Momento do óbito fetal em relação à internação

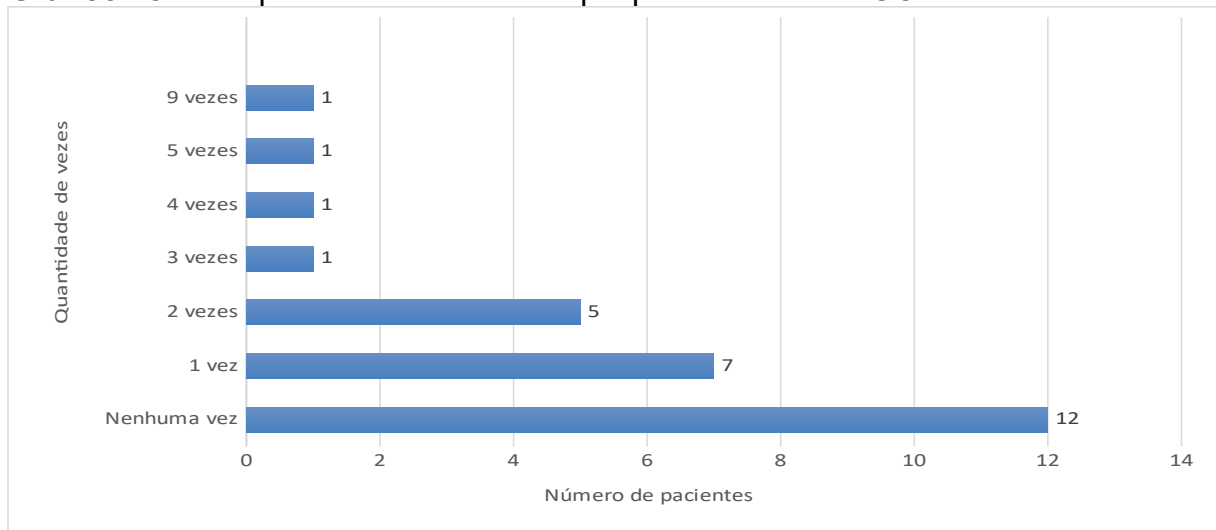
Fonte: Prontuários médicos de 2018

O local do óbito mais prevalente foi no domicílio (n=18). Um óbito fetal ocorreu durante o transporte ao HU-UFGD (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Caracterização do local do óbito fetal

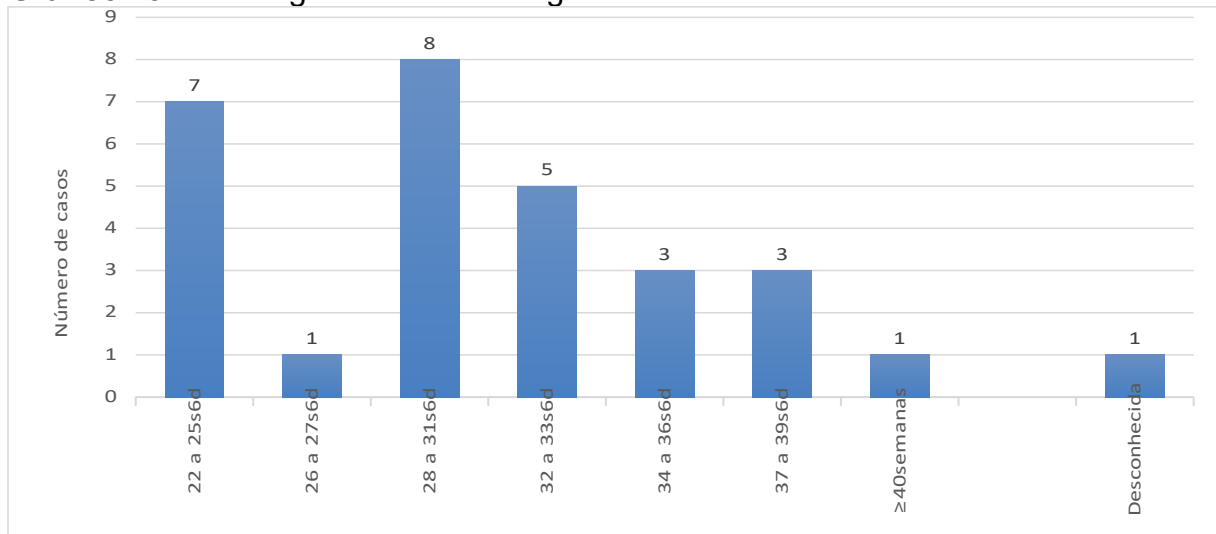
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Em relação às consultas no Ponto Atendimento Ginecológico e Obstétrico do HU-UFGD (PAGO/HU-UFGD), doze pacientes (n=12) não havia passado nenhuma vez, enquanto 17, já havia consultado uma ou mais vezes em diferentes estágios da gestação (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Frequência das mulheres que passaram no PAGO com vida fetal

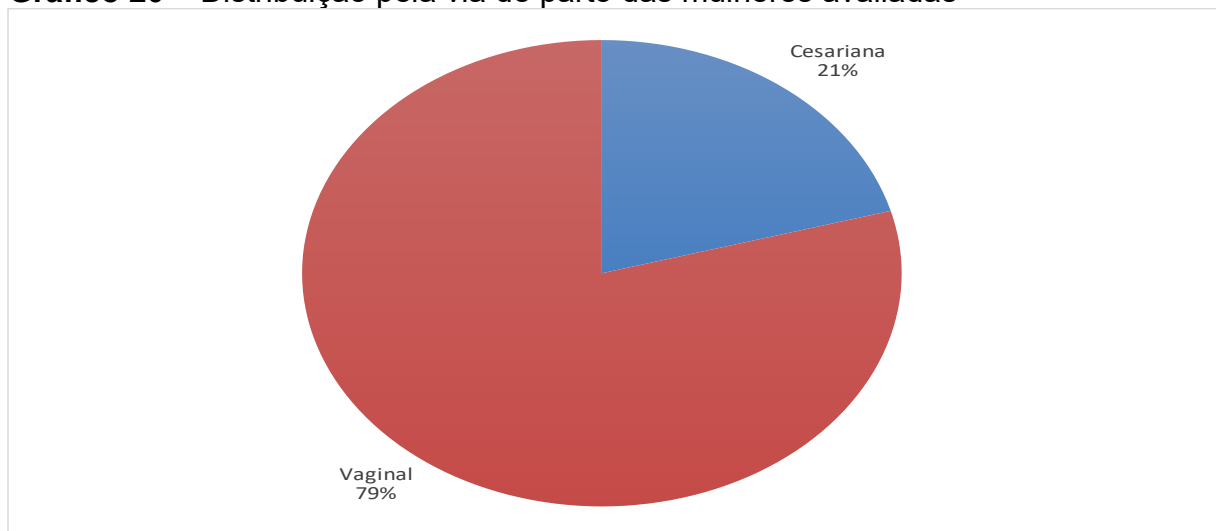
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Com relação à idade gestacional (IG) no momento do óbito fetal, os intervalos de IG mais prevalentes foram de 28 a 31s6d (n=8) e de 22 a 25s6d (n=7). Um natimorto possuía a IG desconhecida (Gráfico 19).

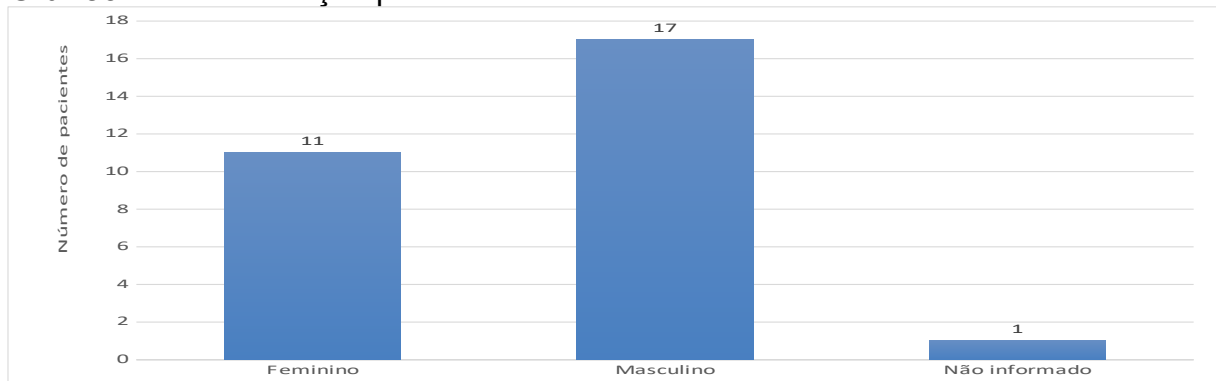
Gráfico 19 – Idade gestacional no diagnóstico do óbito fetal

Fonte: Prontuários médicos de 2018

A via de parto mais frequente foi a vaginal (n=23), representando um percentual de 79%. O sexo masculino foi o mais prevalente dentre os natimortos (n=17), para 11 do sexo feminino. Um dos natimortos não teve o sexo caracterizado em prontuário (Gráficos 20 e 21).

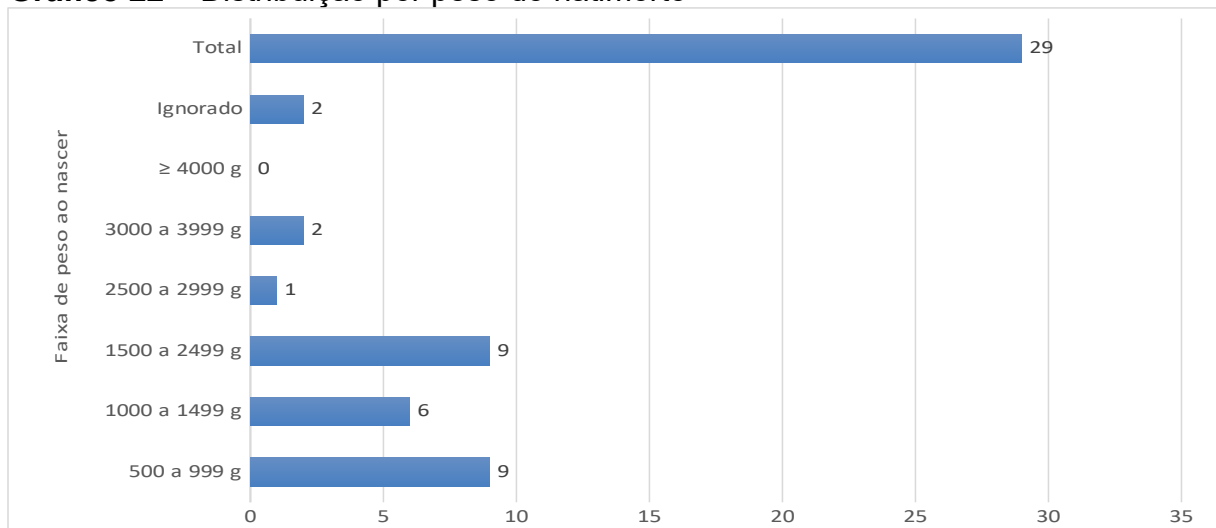
Gráfico 20 – Distribuição pela via de parto das mulheres avaliadas

Fonte: Prontuários médicos de 2018

Gráfico 21 – Distribuição por sexo do natimorto

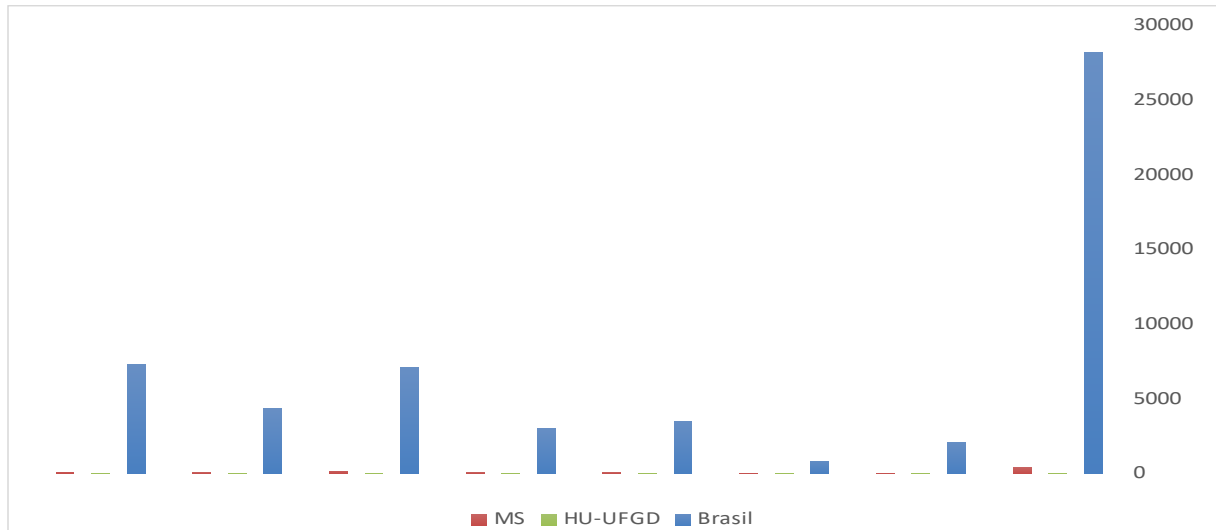
Fonte: Prontuários médicos de 2018

Quanto ao peso do natimorto no HU-UFGD, foi possível observar que os pesos entre 1.500 a 2.499 g (n=9) e 500 a 999g (n=2) foram os mais prevalentes (Gráfico 22). Ao comparar o registro do peso de natimortos no HU-UFGD com os dados do MS e do Brasil de 2018, constatou-se que tanto no HU-UFGD como no MS e no Brasil, as faixas de peso mais prevalentes foram também aquela compreendidas entre 500 e 999g e 1.500 e 2.499g, o que corrobora com os achados deste estudo. Os dados estão descritos no Gráfico 23 o qual incluem informações obtidas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Gráfico 22 – Distribuição por peso do natimorto

Fonte: Prontuários médicos de 2018

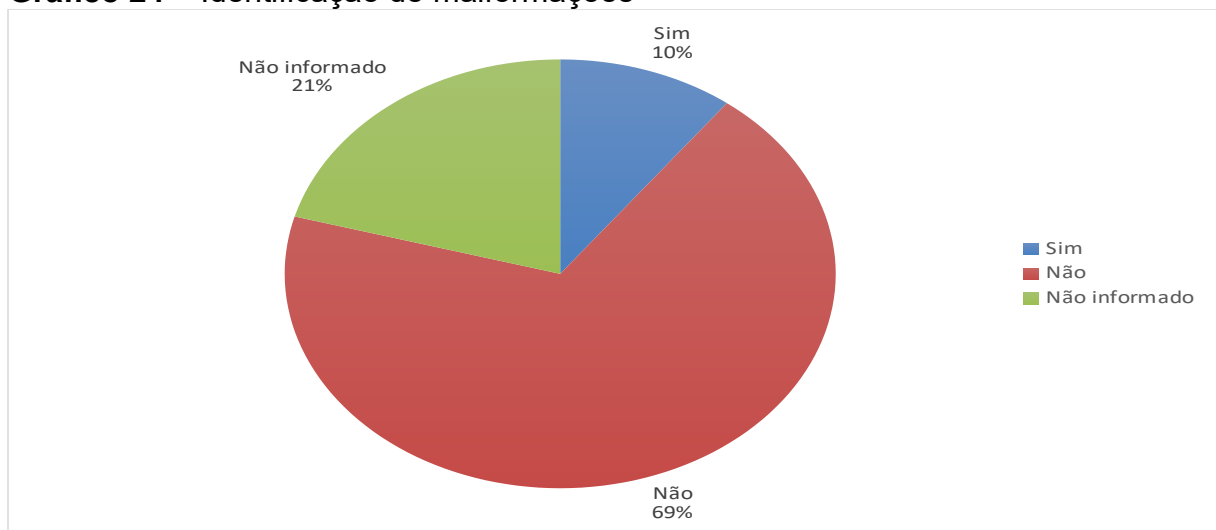
Gráfico 23 – Comparativo entre o peso dos natimortos no HU-UFGD, Mato Grosso do Sul e Brasil



Fonte: Prontuários médicos de 2018, Datasus Tabnet 2018

Dentre as malformações descritas e identificadas, houve em três casos sendo um gemelar acárdico, um feto com gastrosquise e outras malformações associadas com tórax, membros e cordão umbilical curtos e um feto com hidrópico cuja hipótese diagnóstica seria cromossopatia, estando estes, dentro dos 10% da amostra estudada (Gráfico 24).

Gráfico 24 – Identificação de malformações



Fonte: Prontuários médicos de 2018

A morte fetal de causa não especificada (n=14), foi o laudo mais recorrente como “causa do óbito” de acordo com as declarações de óbitos (DO) emitidas. Foram relatadas também anoxia fetal (n=5), prematuridade extrema (n=2),

descolamento prematuro de placenta (n=2), insuficiência respiratória (n=1) e corioamnionite (n=1) (Tabela 2). Já como “causas antecedentes”, o trabalho de parto prematuro esteve presente em três casos (n=3), seguidos de pré-eclâmpsia (n=2), hipertensão gestacional (n=2) e sífilis não especificada (n=2) (Tabela 3).

Uma ressalva a se fazer é que algumas dessas DO não seguiram a padronização da Classificação Internacional de Doença (CID), apresentando a descrição livre das doenças ou estado mórbido que causou ou estavam associados ao óbito fetal pelos médicos que as emitiram.

Tabela 2 – Descrição da causa do óbito de acordo com a declaração de óbito

CAUSA ÓBITO	n
Morte Fetal de causa não especificada	15
Anóxia fetal intraútero	5
Prematuridade extrema	2
Descolamento prematuro de placenta	2
Outras causas mal definidas	1
Insuficiência respiratória	1
Não emitida DO	1
DO não encontrada em prontuário	1

Fonte: Prontuários médicos de 2018

Tabela 3 – Descrição das causas antecedentes associadas ao óbito fetal de acordo com a declaração de óbito

CAUSAS ANTECEDENTES ASSOCIADAS	n
Trabalho de parto prematuro	3
Hipertensão gestacional	2
Pré-eclâmpsia materna	2
Sífilis não especificada	2
Prolapso de cordão	1
Pré-eclâmpsia grave	1
Tabagismo	1
Hipoplasia pulmonar	1
Morte Fetal de causa não especificada	1

Fonte: Prontuários médicos de 2018

4 DISCUSSÃO

O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), juntamente com sua Unidade da Mulher e da Criança (UMC), situado no município de Dourados-MS, constitui-se referência regional na de linha de atendimento materno-infantil, prestando assistência à saúde de uma população distribuída por 34 municípios estimada em 820 mil habitantes, incluindo população indígena e de fronteira (BRASIL, 2021). Dessa forma, de acordo com os dados obtidos no presente estudo, os municípios que referenciaram pacientes, ao HU-UFGD, foram Aral Moreira, Caarapó, Deodápolis, Eldorado, Glória de Dourados, Jateí, Laguna Carapã e Ponta Porã, representando juntos um total de nove pacientes, enquanto o município de Dourados, em si, foi responsável pelo maior número de casos, somando vinte pacientes cujo conceito evoluiu com óbito intraútero.

A mortalidade perinatal é um indicador de saúde amplamente utilizado quando o objetivo é avaliar a qualidade de vida de uma população, uma vez que reflete diretamente a qualidade da assistência prestada à mulher no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, sendo o coeficiente de natimortalidade ou coeficiente de mortalidade fetal (CMF) o indicador mais importante ao se analisar as condições de saúde a saúde materna (DE LORENZI, et al. 2001). Obtém-se tal coeficiente através da divisão do número natimortos pelo total de nascimentos, multiplicado por mil.

Ao analisar o coeficiente de mortalidade fetal em uma comparação entre dados Brasil, região Centro Oeste (CO) e Mato Grosso do Sul (MS), observa-se que no ano de 2018, o coeficiente de mortalidade fetal no HU-UFGD (CMF=8,43) esteve abaixo dados apresentados no Brasil (CMF=10,3), na região CO (CMF=9,54) e, também, no estado do MS (CMF=9,57). Para se ter uma dimensão desses resultados, no ano de 2016 o CMF global era de 13,1 – o menor foi na Finlândia (1,11 por 1.000 nascimentos) e o maior no Sudão do Sul (43,4 por 1.000 nascimentos) (BARROS et al., 2018).

Características maternas como idade materna avançada, obesidade, nuliparidade, raça negra, antecedentes de perdas fetais, baixas condições socioeconômicas e escolaridade, gestação múltipla e pós-datismo estão associadas ao aumento do risco para óbito fetal ainda que não apresentem mecanismo causal direto conhecido (ZUGAIB, 2016).

A idade materna é considerada um importante fator de risco para natimortalidade (FRETTS, 2010). Idades avançadas (maior ou igual 35 anos) configura um fator de risco independente, ainda que sejam mais prováveis comorbidades associadas como hipertensão, diabetes, gestação múltipla, aborto anterior, e descolamento de placenta em tal faixa etária (FRETTS, 2005).

No presente estudo, observou-se que a taxa de natimortalidade em pacientes com idade avançada foi de cerca de 5,3 a cada mil, enquanto em idades na faixa entre 16 e 24 anos, essa taxa foi de 9,2 a cada mil. Vale ressaltar que diante da casuística não foi possível realizar adaptações para considerar o fator idade materna de forma isolada.

O Ministério da Saúde recomenda a utilização da escolaridade materna para analisar a mortalidade fetal e infantil como indicador da condição socioeconômica das famílias (BRASIL, 2009).

O nível de escolaridade materna também foi avaliado no presente estudo. Dos dados obtidos das Declarações de Óbitos (DO), constatou-se um número significativamente elevado de pacientes declaradas como “sem escolaridade”, representando aproximadamente 24% da amostra. Percentual, este, muito desproporcional à taxa de analfabetismo do Mato Grosso do Sul que no ano de 2018 foi de 5%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2018). Para elucidar tal informação, seria necessária uma investigação mais aprofundada, afastando-se possíveis inconformidades ou equívocos no preenchimento das DO. Apenas duas pacientes foram declaradas terem “nível superior completo”.

Conforme estatísticas mundiais, mulheres da raça negra apresentam riscos aumentado para natimortalidade (FRETTS, 2010), fato demonstrado neste estudo quando consideradas em conjunto pacientes da cor parda e preta. Mulheres indígenas das etnias Guarani e Kaiowá, também foram representativas, denotando uma importante característica regional.

Entre as patologias maternas, as síndromes hipertensivas foram significativamente representativas, fazendo-se presentes em cerca de 24% das pacientes estudadas. De acordo com a literatura, aproximadamente 10 a 16% das gestações evoluem com complicações decorrentes das síndromes hipertensivas, sendo esta, a principal causa de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal em todo o mundo (WATERSTONE, BEWLEY, WOLFE, 2001; ALLEN et al., 2004).

Mulheres portadoras de qualquer distúrbio hipertensivo, gestacional ou crônico, estão submetidas a risco expressivamente maior de natimortalidade em comparação com mulheres com gravidez normotensa (ALLEN et al., 2004).

O *diabetes mellitus* não controlado é outra condição que eleva substancialmente o risco de óbito fetal (ZUGAIB, 2016), no entanto, em nossa casuística não foi constatado em nenhum caso avaliado.

Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG (2020), as infecções estão associadas a cerca de 10 a 20% de natimortos em países desenvolvidos e estima-se que este percentual seja ainda maior em países em desenvolvimento. Neste estudo, chamou a atenção a ocorrência de sífilis em seis gestantes, das quais três haviam realizado o tratamento adequado durante o pré-natal, uma foi considerada inadequadamente tratada, pois recebera apenas duas doses de da terapêutica com penicilina benzatina, e duas pacientes tiveram o diagnóstico na internação já com o feto em óbito. Corioamnionite ocorreu em três pacientes, tendo estas recebido antibioticoterapia durante a internação.

Cerca de 15 a 25% das perdas fetais estão relacionadas a distúrbios de origem anexial (placenta, membranas ou cordão umbilical), tendo descolamento prematuro de placenta (DPP) como causa isolada mais frequente para natimortalidade, representando 5 a 10% de todos os casos de óbito fetal (ZUGAIB, 2016). Foram identificados, no HU-UFGD, dois casos de DPP, ou seja, 6,8%, cursando com natimorto no ano 2018.

A ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), acomete aproximadamente 8 a 10% das gestações (CRIZÓSTOMO et al., 2018). Em nosso estudo, foram encontrados 4 casos de RPMO que junto a outros fatores de risco estavam correlacionados ao óbito fetal.

O uso de álcool, drogas ilícitas e o tabagismo exercem efeitos adversos durante a gestação, o quais são piores quando utilizados simultaneamente. O tabagismo é um importante fator de risco para natimortalidade que pode ser modificado com a cessação do uso (FRETTS, 2010). Neste estudo, foram identificadas quatro mulheres que alegaram fazer uso de cigarros durante a gestação.

Causas de óbito de etiologia fetal representam cerca de 25 a 40% do total de casos (ZUGAIB, 2016). Malformações estruturais graves, as quais foram descritas em prontuários do HU-UFGD, estavam presentes em três fetos,

representando 10% da amostra estudada, sendo um gemelar acárdico, um feto com gastrosquise e outras malformações associadas (tórax, membros e cordão umbilical curtos) e um feto hidrópico – caracterizado em ultrassonografia prévia ao parto e cuja hipótese diagnóstica seria cromossopatia.

Uma revisão sistemática e meta-análise publicada pela revista BMC Medicine em 2014, observou-se que o sexo masculino é um fator de risco para natimortalidade. A pesquisa avaliou mais de 30 milhões de nascimentos em todo o mundo e constatou que fetos do sexo masculino possui um risco de aproximadamente 10% maior para natimortalidade em comparação com fetos do sexo feminino, contudo as causas que justificam esse percentual ainda são desconhecidas (MONDAL et al., 2014).

Com relação à idade gestacional (IG) no momento do óbito fetal, foi observado que a grande maioria dos óbitos ocorreram antes do termo, tendo significativa contribuição estatística os óbitos ocorridos limite da viabilidade.

Muitas pacientes já haviam consultado no PAGO com feto vivo ao menos uma vez em algum momento da gestação. Para parte delas, foi realizada a internação no HU-UFGD naquela ocasião. Destas, os óbitos fetais ocorridos no HU-UFGD estavam em geral relacionados intercorrências obstétricas como RPMO, IIC e TPP ou a circunstâncias de urgência e emergência como DPP e síndrome hipertensiva materna com manifestação de gravidade.

A via de parto após um óbito fetal depende algumas variáveis como idade gestacional, história obstétrica materna (por exemplo, histerotomia anterior) e da preferência da mesma e, embora muitas pacientes desejem que o parto ocorra de forma mais breve possível, não há necessidade de que ele seja imediato (ACOG, 2020). Dentre as pacientes deste estudo, a via vaginal foi mais prevalente. Quando indicada a cesariana, levou-se em consideração a urgência/emergência do evento. A única cesariana eletiva teve como indicação iteratividade.

Ao analisar as Declarações de Óbitos emitidas houve maior recorrência da “morte fetal de causa não especificada”, o que corrobora com estudos realizados sobre as dificuldades de identificação das causas desse evento (MENEZZI et al., 2016; CUNHA, 2015; LIMA et al., 2017). A maioria dos óbitos fetais não tem investigadas suas causas e, mesmo quando a investigação acontece, existe certa dificuldade em classificá-las, já que existem mais de 30 sistemas com tal finalidade

e, frequentemente, o óbito não está associado a uma única etiologia, mas sim ao resultado de múltiplos (VIEIRA et al., 2012).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo utilizou uma casuística relevante, ainda que restrita a um curto período, a qual possibilitou gerar dados a respeito do perfil das pacientes cujas gestações evoluíram com óbito fetal em 2018 e receberam atendimento no HU-UFGD. Desta forma, ajudou a entender o perfil das pacientes e circunstâncias relacionadas ao óbito de seus conceitos.

Observou-se que causas de óbitos fetais muitas vezes não são claras. Os fatores de risco levantados como patologias maternas, fetais e anexiais (placenta, membranas ovulares e âmnio), hábitos de vida maternos, nível de instrução, frequência consultas de pré-natal, dentre outras variáveis, permitiram inferir etiologias plausíveis.

No entanto, como limitação deste trabalho, pode-se apontar a escassez de dados do pré-natal que poderiam contribuir com maiores informações para subsidiar processos de planejamento, gestão e implementação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, bem como para a proteção da saúde materna, fetal e neonatal.

6 REFERÊNCIAS

1. ABRASCO. **O principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinia/o-principal-componente-da-mortalidade-infantil-e-o-neonatal-precoce-indicando-uma-relacao-estreita-com-atencao-gestacao-ao-parto-e-ao-nascimento/36933/>>. Acesso em 15 jan. 2021.
- 2 ALLEN VM, JOSEPH KS, MURPHY KE, MAGEE LA, OHLSSON A. The effect of hypertensive disorders in pregnancy on small for gestational age and stillbirth: a population based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 4, n. 17, p. 1-8, 2004.
- 3 ACOG. Stillbirth treatment Consensus on obstetric care no. 10. **Obstetrics and Gynecology**, v. 135, n. 3, p. 110-132, 2020.
- 4 BAJRACHARYA M, SHERPA AT, DHAKAL A, BHANDARI S, TULADHAR H, MAHARJAN M. Review of perinatal mortality in a tertiary hospital: the way forward to address the SDG health goal 3. **Medical Journal of Shree Birendra Hospital**, v. 18, n. 1, p. 69-74, 2019.
- 5 BARROS OS, AQUINO EC. SOUZA MR. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 12, p. 1-10, 2019.
- 6 BAYOU G, BERHAN Y. Perinatal mortality and associated risk factors: a case control study. **Ethiop J Health Sci.**, v. 22, n. 3 p. 153-162, 2012.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da População Negra.** Brasília, DF: MS; 2016.
- 8 BRASIL. **Dados.** Disponível em: <<https://dados.gov.br/organization/hospital-universitario-da-universidade-federal-da-grande-dourados-hu-ufgd>>.
- 9 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Brasília, 2009.
- 10 CARLO WA, TRAVERS CP. Mortalidade materna e neonatal: hora de agir. **J. Pediatr.**, v. 92, n. 6, 2016.
- 11 CRIZÓSTOMO SD, LIRA JAC, RIBEIRO JF, LIMA LC, SOUSA R. et al. Perfil do óbito de natimortos com enfoque nos determinantes maternos. **Rev Pre Infec e Saúde**, v. 4, n. 7, p. 152-157, 2018.
- 12 CUNHA AA, NASCIMENTO MI. Natimorto: uma revisão dos sistemas de classificação. **Femina**, v. 43, n. 3, p. 125-134, 2015.
- 13 FRETTS RC. Etiology and prevention of stillbirth. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 193, p. 1923-1935, 2005.
- 14 FRETTS RC. Etiology and prevention of stillbirth. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 53, p. 588-596, 2010.
- 15 KORTEWEG FJ, GORDIJJN SJ, TIMMER A, et al. The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter-rater agreement. **BJOG**, v. 113, n. 93, p. 154-159, 2006.
- 16 LIMA JK, CHAVES CS, GOMES EO, LIMA MA et al. Análise da situação em saúde: a mortalidade fetal na 10ª região de saúde do CEARÁ. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 30-37, 2017.
- 17 DE LORENZI DRS, TANAKA ACD, BOZZETTI MC, RIBAS FE, WEISSHEIMER L. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 141-146, 2001.

- 18 MENEZZI, AME, FIQUEIREDO ID, LIMA EWB, ALMEIDA JC, MARQUES FKS et al. Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. **O Mundo da Saúde**, v. 40, n. 2, p. 208-212, 2016.
- 19 MONDAL D, GALLOWAY TS, BAILEY TC, MATHEWS F. Elevated risk of stillbirth in males: systematic review and meta-analysis of more than 30 million births. **Bio Med Central**, v. 12, n. 220, p. 1-11, 2014.
- 20 NORMAN JE, HEAZELL AEP, RODRIGUEZ A, et al. Awareness of fetal movements and care package to reduce fetal mortality (AFFIRM): a stepped wedge, cluster-randomised trial. **Lancet**, v. 392, p. 629, 2018.
- 21 RICHARDUS JH, RICHARDUS JH, GRAAFMANS WC, VERLOOVE-VANHORICK SP, MACKENBACH JP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. **Med Care**, v. 36, n. 1, p. 54-66, 2018.
- 22 SALEEM S, TIKMANI SS, MCCLURE EM, et al. Trends and determinants of stillbirth in developing countries: results from the Global Network's Population-Based Birth Registry. **Reprod. Health**, v. 15, n. 100, p. 26-36, 2018.
- 23 SCHMIEGELOW C, MINJA D, OESTERHOLT M, PEHRSON C. Associated factors and causes of perinatal mortality in northeastern Tanzania. **Acta Obstetricia Et Gynecol**, v. 91, n. 9, p. 1061-1068, 2012.
- 24 SILVA AC, MIGOTO MT, SOUZA SJP, TOMIN LL. Indicadores de mortalidade perinatal, infantil e materna Regional de Saúde do Estado do Paraná. **Rev. Gestão e Saúde**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2019.
- 25 VIEIRA MSM, SIEBERT EC, CEGLIO WQGW, ALMEIDA MH, BATISTA, TS, FREITAS PF. Dificuldades para a identificação da causa do óbito fetal: como resolver? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 39, n. 9, p. 403-408, 2012.
- 26 WATERSTONE M, BEWLEY S, WOLFE C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: a case-control study. **BMJ**, v. 322, p. 1089-1093, 2001.
- 27 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Newborns: improving survival and well-being.** 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>>. Acesso em: 23 Jan. 2021.
- 28 YIRGU R, MOLLA M, SIBLEY L, GEBREMARIAM A. Perinatal Mortality Magnitude, Determinants and Causes in West Gojam: Population-Based Nested Case-Control Study. **Journal pone**, p. 1-11, 2016.
- 29 ZUGAIB M, FRANCISCO RPV, CANÇADO SJB. Zugaib Obstetrícia. 3a ed. Barueri (SP): Manole; 2016