

MAYRA MORAES BARROS MORAES BARROS
SILVA

*Graduanda do sexto ano do Curso de Medicina do Centro
Universitário Lusíada - UNILUS, Santos - SP, Brasil.*

ISABELLA SHUI GUEMATSU SHI GUEMATSU

*Graduanda do quinto ano do Curso de Medicina do
Centro Universitário Lusíada - UNILUS, Santos - SP,
Brasil.*

DAYNAH MIRANDA MACHADO MIRANDA MACHADO
PÓVOA

*Residente (R3) de ginecologia e obstetrícia do
Hospital Guiherme Álvaro em 2016, Santos - SP,
Brasil.*

ANDRÉ IKEDA IKEDA

*Graduando do quinto ano do Curso de Medicina do
Centro Universitário Lusíada - UNILUS, Santos - SP,
Brasil.*

LEONARDO SIMIONI SIMIONI FERRARO

*Graduando do quinto ano do Curso de Medicina do
Centro Universitário Lusíada - UNILUS, Santos - SP,
Brasil.*

IURI MARTINS DURANT MARTINS DURANT DE
SOUZA

*Graduando do quinto ano do Curso de Medicina do
Centro Universitário Lusíada - UNILUS, Santos - SP,
Brasil.*

MATHEUS CELEGATTO CELEGATTO HERNANDES

*Graduando do quinto ano do Curso de Medicina do
Centro Universitário Lusíada - UNILUS, Santos - SP,
Brasil.*

FRANCISCO LÁZARO PEREIRA PEREIRA DE
SOUZA

*Professor Doutor, do Curso de Medicina do Centro
Universitário Lusíada - UNILUS, Santos - SP, Brasil.*

*Recebido em junho de 2017.
Aprovado em novembro de 2017.*

FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO FETAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

RESUMO

OBJETIVO: Determinar os fatores associados ao óbito fetal em Hospital de referência. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional longitudinal retrospectivo do tipo caso controle. Foram analisadas mulheres com diagnóstico de óbito fetal de abril/2015 a novembro/2016 atendidas em Hospital de referência, sendo 30 casos e 30 controles. Parte das variáveis analisadas foi: utilização de serviço de saúde, planejamento familiar, antecedentes obstétricos, morbidade materna, tabagismo, status nutricional, fatores obstétricos e anomalias fetais. **RESULTADOS:** Algumas das variáveis que apresentaram associação com óbito fetal foram: idade, número de consultas e acessibilidade ao pré-natal, anormalidades do líquido amniótico, internação prévia, doença clínica associada, síndromes hipertensivas e anomalias fetais. **CONCLUSÃO:** Alguns dos fatores que se mostraram associados ao óbito fetal foram semelhantes aos encontrados na literatura e outros eram pouco valorizados ou pesquisados.

Palavras-Chave: Óbito Fetal, Natalidade.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE FETAL DEATH IN A HIGH-RISK MANAGEMENT REFERENCE HOSPITAL

ABSTRACT

PURPOSE: To determine the factors associated with fetal death in a reference hospital. **METHODS:** This was a retrospective longitudinal observational study of the control case type. We analyzed women with a diagnosis of fetal death from April/2015 to November/2016, attended at a referral hospital, 30 cases and 30 controls. Part of the variables analyzed was: health service utilization, family planning, obstetric history, maternal morbidity, smoking, nutritional status, obstetric factors and fetal anomalies. **RESULTS:** Some of the variables that showed association with fetal death were: age, number of visits and prenatal accessibility, amniotic fluid abnormalities, previous hospitalization, associated clinical disease, hypertensive syndromes and fetal anomalies. **CONCLUSION:** Some of the factors that were associated with fetal death were similar to those found in the literature and others were poorly valued or researched.

Keywords: Fetal Death, Stillbirth.

INTRODUÇÃO

A morte fetal é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquela que ocorre antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do organismo materno, independentemente do tempo gestacional. Pode ser classificada como precoce (inferior a 20ª semana de gestação), intermediária (entre 20ª e 28ª semana) e tardia (após a 28ª semana)¹ e outro método de divisão é dada pela época do acontecimento, sendo anteparto ou intraparto. Tais classificações são de grande importância, tendo em vista que demonstram grandes diferenças quanto à sua etiologia, complicações maternas e assistência obstétrica^{2,3}.

Um dos principais indicadores de qualidade de assistência prestada à gestante é a taxa de mortalidade perinatal, que relaciona o número total de óbitos fetais e neonatais precoces com o número de nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais)⁴ sendo considerado um indicador sensível para análise da assistência prestada ao feto e à mãe⁵.

A taxa de natimortalidade mundial foi de 18,5 por 1000 nascimentos em 2015, em comparação com 24,7 natimortos, em 2000. Embora esses valores tenham diminuído, a taxa média anual (1,9%) - figura 1- reduziu muito mais lentamente do que a de mortalidade materna (3,0%) e de mortalidade neonatal (4,5%). A maioria dos 2,6 milhões de natimortos, anualmente, ocorrem em países com renda média ou baixa (98%), três quartos dos quais pertencem à África Subsaariana e ao Sudeste Asiático. Cerca de 60% ocorrem em áreas rurais e mais da metade em zonas de conflito, afetando as famílias menos atendidas pelo sistema de saúde, sendo que metade das mortes ocorrem durante o parto e acontecem principalmente em fetos a termo cuja expectativa era de sobrevida⁶.

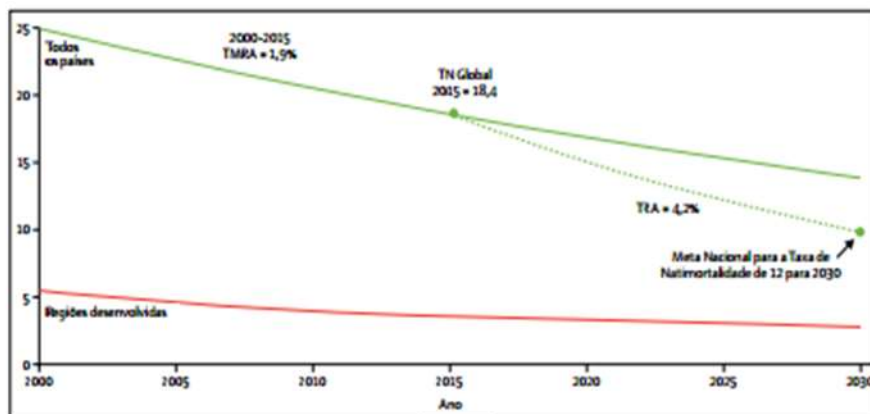


Figura 1: Progresso global em direção à meta do Plano de Ação Every Newborn, para acabar com a natimortalidade evitável até 2030⁷. TMRA=Taxa Média de Redução Anual. TN= Taxa de Natimortalidade.

Já nos EUA, de acordo com o National Vital Statistics Reports, a taxa de mortalidade fetal foi de 5,93 em 2013, o que demonstra uma discrepância entre os valores do indicador em relação aos países subdesenvolvidos, determinado pela qualidade da assistência à saúde da gestante⁷.

Na literatura mundial, vários fatores de risco para o óbito fetal têm sido descritos. Sua etiologia é multifatorial, com fatores inter-relacionados¹⁰.

No Brasil, esse número atingiu 10,97 em 2010. Analisando as regiões Norte e Nordeste, observa-se que estas possuem as maiores taxas de mortalidade fetal, enquanto a região Sul apresenta a menor, 9,2 óbitos fetais/1.000⁸.

De acordo com os últimos dados do DATASUS, em 2014 foram registrados um total de 32.145 casos de óbitos fetais, dos quais 5587 ocorreram no estado de São Paulo e 268 na Baixada Santista, sendo 47 especificamente na cidade de Santos⁸.

Esse tema é de especial importância local, considerando que a região da Baixada Santista possui os maiores índices de mortalidade infantil do Estado de São Paulo⁹.

Alguns dos fatores de risco destacaram-se em estudos brasileiros e internacionais, sendo eles: síndromes hipertensivas; diabetes mellitus; idade materna superior a 35 anos; gemelidade; doenças não transmissíveis; nutrição; perdas fetais anteriores; nuliparidade; tabagismo; infecções maternas; anomalias cromossômicas fetais; ausência ou má qualidade da assistência pré-natal e precário acompanhamento intraparto¹¹.

Quanto aos aspectos psicológicos presentes diante da perda fetal, sentimentos como a culpa são mencionados, geralmente acompanhados da necessidade de entender as causas da perda fetal ocorrida. Desse fato decorre a importância de identificar suas causas para o planejamento de uma gravidez futura e amenizar o período de luto do casal¹².

Difícilmente é possível identificar o fator causal relacionado ao óbito fetal. Porém, alguns deles podem ser prevenidos e tratados. Alguns trabalhos dão a falsa impressão de que tais fatores agem de maneira isolada e independente no desencadeamento da morte, mas na realidade, há uma correlação entre eles^{11,13}.

Há uma forte desatenção às mortes que ocorrem antes do nascimento, apesar da mortalidade fetal ser influenciada pelas mesmas circunstâncias e etiologias que a mortalidade neonatal precoce¹⁴. Segundo o Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal do Ministério da Saúde “são poucos os estudos e análises disponíveis na literatura e estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por ações dos serviços de saúde e qualidade da informação”. Os estudos publicados buscam contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais¹⁵.

OBJETIVO

Analisar a frequência de óbito fetal atendidos em um hospital de referência para gravidez de alto risco, comparando com os casos normais e associação destes óbitos com variáveis socioeconômicas, utilização de serviço de saúde (número de consultas; acesso ao pré-natal), planejamento familiar, tabagismo, os antecedentes obstétricos e pessoais, o status nutricional e os fatores clínicos obstétricos (idade gestacional na admissão, síndromes hipertensivas, anormalidades do líquido amniótico), anomalias fetais/cromossômicas.

Além disso, analisar a adequação da comunicação do evento óbito fetal por parte da equipe médica, segundo a ótica da gestante.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional longitudinal retrospectivo do tipo caso-control e no qual foram analisadas população de mulheres atendidas em Hospital de referência em gestação de alto risco com diagnóstico de óbito fetal no período de abril de 2015 a novembro de 2016.

A amostra de casos foi obtida a partir de pesquisa no Livro de registro de nascimentos do Hospital Gui Herme Álvaro em Santos SP, foram selecionadas as puérperas na enfermaria com casos de óbito fetal, e no grupo controle, puérperas que deram à luz a recém-nascido vivo na mesma data na proporção de 1:1, para coleta de dados em uma ficha pré-estabelecida.

Nesta pesquisa foram realizadas 63 análises de casos e controles. Os grupos foram compostos por 33 puérperas nos casos, das quais 3 foram descartadas devido à incompatibilidade de dados e 30 puérperas no controle, tendo como critério de elegibilidade comuns o parto assistido na maternidade do Hospital Gui lherme Álvaro no período determinado.

Os critérios de inclusão para os casos foram:

- a) Idade gestacional acima de 22 semanas
- b) Peso maior ou igual a 500g.

Os critérios de inclusão para os controles foram:

- c) Nascidos vivos
- d) No termo
- e) Parto na mesma data do grupo de estudo

Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram:

- a) Incapacidade física ou mental da paciente que impossibilitasse a entrevista
- b) Gestantes que tenham passado por procedimentos obstétricos invasivos como amniocentese, cordocentese, biópsia de vilos coriônicas devido risco aumentado de perda fetal durante o procedimento.
- c) Gestação gemelar

Foram analisadas em prontuário e no questionário estruturado específico (ANEXO 1) variáveis maternas e fetais, como: estado civil, grau de escolaridade, idade, pré-natal (acessibilidade e número de consultas), uso de álcool e/ou outras drogas na gestação, planejamento familiar, antecedentes obstétricos, antecedentes pessoais (diabetes, asma, cardiopatia, doença falciforme), status nutricional (índice de massa corpórea), fatores clínicos/obstétricos (diagnóstico de infecção pré-natal, diabetes mellitus gestacional, síndrome hipertensiva, pressão arterial na admissão, ruptura de membranas ovulares, sangramento vaginal, internação prévia, anormalidades do Líquido amniótico, anomalias fetais) e dados do parto (diagnóstico do óbito em relação ao parto, idade gestacional, indução, via de parto, Líquido amniótico meconial).

ASPECTOS ÉTICOS

As pacientes foram esclarecidas sobre a pesquisa com uma linguagem simples e clara e assinaram um termo de consentimento para a participação do estudo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa do Hospital Gui lherme Álvaro.

ASPECTOS ESTATÍSTICOS

O passo inicial da análise estatística dos dados foi a descrição das variáveis do banco, feita com o objetivo de se obter indicações sobre o comportamento dos eventos de interesse, bem como enriquecer as conclusões da pesquisa. Nesse sentido, construíram-se tabelas de contingência para a distribuição conjunta entre a resposta (ocorrência de óbito ou não) e cada uma das demais variáveis de interesse. Do ponto de vista inferencial, inicialmente aplicou-se o teste exato de Fisher para estudar a possibilidade de associação entre as variáveis do estudo. Em seguida, calcularam-se razões de chances para quantificar eventuais associações obtidas.

RESULTADOS

A análise multivariada foi realizada para determinação dos fatores associados à mortalidade. Encontrou-se associação significativa entre óbito fetal e idade materna, a chance de óbito fetal em mulheres nos extremos de faixa etária é 3,41 vezes a chance de óbito em mulheres na idade entre 18 e 35 anos (OR: 3,41 IC95% 1,04-12,72). A ausência de pré-natal e/ou número de consultas menor que cinco, foram identificados como fatores de risco significativos ($p=0,002$). Além do pré-natal inadequado, 40% dos casos relataram difícil acesso, demonstrando uma razão de chances de 4,14 vezes maior de ocorrência do evento desfavorável (OR: 4,14 IC: 95% 1,20-17,36). Em relação aos hábitos maternos: tabagismo (definido pelo consumo de cigarros durante a gravidez, conforme informação materna), consumo de álcool e uso de drogas, não se verificou associação entre as variáveis (tabela 1). Nos casos de Gestação Não Planejada, 83,3% dos casos de óbito fetal entrevistadas relataram não terem se programado para a gestação e 73,3% dos controles. Embora ambos os grupos de estudo obtiveram taxas altas, não demonstraram significância estatística (tabela 2).

Tabela 1

Variável	Óbito Fetal : 30	Nativos : 30	Valor p	ODDS RATIO	IC 95%
Idade					
Extremo de idade	12 (41,4%)	5 (16,7%)	0,047	3,41	1,040-12,72
18 a 35	17 (58,6%)	25 (83,3%)			
Gestação Planejada					
Sim	5 (16,7%)	8 (26,7%)	0,532	1,78	0,506-6,874
Não	25 (83,3%)	22 (73,3%)			
Número de consulta de pré-natal					
0	0 (0%)	1 (3,3%)	0,002	--	
1 a 5	15 (50%)	3 (10%)			
6 ou mais	15 (50%)	26 (86,7%)			
Acesso Fácil ao pré-natal					
Sim	18 (60%)	26 (86,7%)	0,039	4,14	1,204-17,361
Não	12 (40%)	4 (13,3%)			
Drogas/Tabagismo					
Sim	2 (6,7%)	2 (6,7%)	1		
Não	28 (93,3%)	28 (93,3%)			

Tabela 2

Variável	Óbito Fetal (30)	Nativos (30)	Valor p	ODDS RATIO	IC 95%
Grau de escolaridade			0,286	1,97	0,679-5,702
Ensino médio completo	14 (50%)	20 (66,7%)			
Ensino médio incompleto	14 (50%)	10 (33,3%)			
Estado Civil			0,781	0,74	0,237-2,241
Casada/Amasiada	19 (67,9%)	17 (60,7%)			
Solteira	9 (32,1%)	11 (39,3%)			
Gestação Planejada			0,532	1,78	0,237-2,241
Sim	5 (16,7%)	8 (26,7%)			
Não	25 (83,3%)	22 (73,3%)			
Violência doméstica					
Sim	3 (10%)	0 (0%)	0,237	--	
Não	27 (90%)	30 (100%)			

Dos 30 casos analisados, 50% apresentaram doença clínica associada como anemia falciforme, asma, diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, sendo 4 casos com associação de mais de uma comorbidade, destes três diabéticas e hipertensas e um caso de hipertensão arterial sistêmica associado a anemia falciforme, demonstrando forte associação entre estas comorbidades e a morte fetal ($p=0,015$). As Síndromes Hipertensivas estavam presentes em 53,3% dos óbitos fetais, e 10% nos controles nas quais foram avaliadas a história pregressa da doença e o desenvolvimento durante gestação ($p=0,001$). Entre os parâmetros avaliados, houve relevância a PAD (pressão arterial diastólica) maior que 100mmHg na admissão da gestante, sendo presente em 23,3% das do caso ($p=0,003$). Também pode-se observar a presença de Diabetes mellitus Gestacional em 16,7% e diabetes clínico em 13,3%, com razão de chance 3,03 vezes maior de ocorrência do evento desfavorável, não havendo, contudo, alcançado significância estatística. A variável anormalidades do Líquido amniótico esteve presente em 30% dos natimortos, à custa dos casos de oligoâmnio presente em 20% deles, e apenas 3,3% nos vivos ($p=0,019$). Uma das principais variáveis que resultaram em óbito fetal no nosso estudo foi a presença de anomalia fetal / cromossopatia em 33,33% do número total de casos. Dentre elas, alterações no SNC (13,3%), sistema cardiovascular (10%), osteomuscular (6,7%) e a hidropisia fetal (3,3%) com forte associação à natimortalidade ($p=0,001$). Analisando o histórico de internação prévia da paciente durante a gestação, observamos uma razão de chances de 10,75 vezes maior de ocorrer óbito fetal, com significância estatística. (OR: 10,75 IC95% 1,77-283) (tabela 3).

Comparando-se os casos e os controles, não se encontrou associação significativa entre óbito fetal e grau de escolaridade, situação conjugal, violência doméstica, estado nutricional, antecedente obstétrico desfavorável, infecção pré-natal, síndromes hemorrágicas, acidentes funiculares, peso fetal ao nascer e Líquido meconial no parto.

Tabela 3

Variável	Óbito Fetal (30)	Nativivos (30)	Valor p	ODDS RATIO	IC 95%
IMC			0,647		
Eutrófica	8 (26,7%)	11 (36,7%)			
Sobrepeso	8 (26,7%)	8 (26,7%)		1,36	0,346-5,442
Obesidade	14 (46,7%)	11 (36,7%)		1,72	0,510-6,027
Doença Clínica Associada			0,015	--	
Nenhuma	15 (50%)	24 (80%)			
1	11 (36,7%)	6 (20%)			
2 ou mais	4 (13,3%)	0 (0%)			
Síndrome Hipertensiva			0,001	--	
HAC	3 (10%)	1 (3,3%)			
Hipertensão Gestacional	3 (10%)	2 (6,7%)			
Pré-eclampsia	4 (13,3%)	0 (0%)			
PE grave ou Eclampsia	6 (20%)	0 (0%)			
Não	14 (46,7%)	27 (90%)			
PAD maior que 100mmhg			0,003	--	
Sim	7 (23,3%)	2 (6,7%)			
Não	23 (76,7%)	28 (93,3%)			
DM			0,189		
DM 1 ou 2	4 (13,3%)	1 (3,3%)		3,03	0,562-25,420
DMG	5 (16,7%)	2 (6,7%)		4,27	0,579-131,62
Não	21 (70%)	27 (90%)			
Internação prévia			0,012	10,75	1,775-283,147
Sim	9 (30%)	1 (3,3%)			
Não	21 (70%)	29 (96,7)			

DISCUSSÃO

No período de estudo, considerando-se a morte fetal em relação ao parto, 80% foram diagnosticados anteparto e 20% durante o trabalho de parto. A importância deste dado revela a assistência obstétrica do serviço às mulheres durante a internação. Na literatura, em torno de 70% a 90% das mortes fetais ocorrem antes do início do trabalho de parto¹⁰, de acordo com o Stillbirth collaborative research writing group, que averigou natimortos de 59 centros terciários entre 2006 e 2008, destes 83% ocorreram anteparto. Embora esse número possa estar sendo superestimado devido aos casos de indução de feto vivo sem prognóstico de sobrevivência. Estas taxas são superiores às retratadas por outros autores, mas é relevante considerar que nem sempre é fácil estabelecer o exato momento em que se deu a perda fetal¹⁷. Em 30% das pacientes com óbito fetal entrevistadas foram internadas previamente nesta gestação, mostrando que possivelmente já havia algum distúrbio instalado em tratamento ou em investigação diagnóstica, levando a considerar se haveria a possibilidade de intervenções precoces, tanto a nível de pré-natal quanto atendimento hospitalar com o intuito de evitar o desfecho desfavorável.

Analisando o diagnóstico do óbito em relação a idade gestacional, mais de 46% ocorreram após a 34^a. semana de gestação e 33,33% com peso ao nascer acima de 2000g, ou seja, fetos considerados viáveis e com alta chance de sobrevivência do ponto de vista neonatal.

A via de parto foi 70% vaginal e 30% cesariana, trabalho de parto espontâneo em 25% dos casos. Comparando com estudo de 2004 no mesmo serviço de Obstetrícia, observam-se valores correspondentes que foi de 33,55% cesarianas¹⁹. Consideramos que algumas causas do óbito tardio e/ou intraparto podem ser também as indicações de cesarianas como cesárea anterior, sofrimento fetal agudo, óbito intraparto e descolamento prematuro da placenta.

Diante do óbito fetal anteparto, pode-se adotar uma conduta expectante, visto que 80% entrarão em trabalho de parto dentro de três semanas, contudo a indução tem sido a conduta mais utilizada. Destas, 18 pacientes foram submetidas a indução ao trabalho de parto, 66,66% com Misoprostol e 33,33% utilizando balão extra-amniótico, com sucesso de indução em 83,33% dos casos.

O intervalo entre o diagnóstico do óbito e o parto foi menor que dois dias em 63,33% dos casos, entre três a sete dias em 33,33% dos casos e maior que sete dias em 3,33, mostrando um ótimo índice de resolubilidade do serviço, diminuindo o tempo de internação, custos hospitalares e a ansiedade materna, visto que o estresse materno se agrava quando há intervalo de mais de 24h entre o diagnóstico e início da indução¹⁸.

Em relação a notícia do óbito, 46,66% das pacientes relataram que foram informadas pelo platonista obstetra; 33,33% pelo ultrassonografista; 20% pelo pediatra. Todas as pacientes relatam terem recebido a notícia da maneira correta e de forma humana, 10% não consideraram o local adequado e 33,33% não consideraram ter recebido a notícia preservando a privacidade, se referindo a presença de outros membros da equipe assistencial, além do médico que lhe deu a notícia.

Das variáveis que apresentaram associação com óbito fetal estão: idade materna, número de consulta de pré-natal, acessibilidade ao pré-natal, anormalidades do líquido amniótico, internação prévia, doença clínica associada, síndromes hipertensivas, pressão arterial diastólica na admissão, anomalias fetais/cromossopatias.

Considerando as variáveis que persistiram associadas ao óbito na análise multivariada, constatamos que o fator mais fortemente associado ao óbito foi a presença de malformações/cromossopatias com 33,33%, bem acima dos valores encontrados em outros estudos nacionais, que foi de 8,2%. NOS EUA, de acordo com o Stillbirth collaborative research network writing group 2011 foi de 14%. Em um estudo na mesma maternidade de 2004 mostrou uma taxa de 23,22%¹⁹. É relevante considerar que as taxas acima da média se atribui ao serviço de medicina fetal do HGA (Hospital Gui Herme Álvaro) onde pacientes do sistema suplementar de saúde também são encaminhadas para avaliação. Esse aumento de 2004 para 2016 pode ser atribuído a melhora da investigação diagnóstica com avaliações ultrassonográficas e procedimentos como pesquisa de cariótipo fetal. Em consonância com a literatura, encontrou-se que as malformações do sistema nervoso central foram as principais causas de óbitos entre os fetos, seguidas das causas cardiovasculares e osteomusculares.

Atualmente, as gestações após 35 anos são denominadas gestações tardias. Na última década, o número de primigestas com mais de 30 anos dobrou e houve aumento de 80% dos casos para as com mais de 40 anos. No ano 2000, aproximadamente 10% de todos os nascimentos ocorreram em mulheres com 35 anos ou mais²⁰. Diversas explicações são propostas para o aumento do risco de nascidos mortos com a idade, incluindo a maior frequência de malformações e doenças associadas (em especial hipertensão e diabetes). No entanto, vale destacar que mesmo quando esses fatores são controlados, a idade persiste independentemente relacionada ao óbito fetal.

Os aspectos psicossociais são índices que demonstram a vulnerabilidade social de uma determinada população, sendo importante compreender além dos fatores biológicos clássicos, o contexto social e ambiental neste processo. O objetivo do pré-natal consiste em uma assistência a mulher durante o período gravídico e puerperal desde o início da

gravidez, o nascimento e bem-estar da mãe, promovendo uma assistência qualificada em um serviço de fácil acesso e que integre todos os níveis de atenção: promoção e assistência da saúde da puérpera e do recém-nascido, desde a unidade básica até o atendimento hospitalar. No Brasil, o número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS vem aumentando. Este valor passou de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2004, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas nas regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores percentuais dentre as cinco regiões do país (28,7% e 36,5%, respectivamente)²¹. Quanto a análise quantitativa das consultas, os casos obtiveram menor número que os controles. Obviamente deve-se considerar que gestantes com óbito fetal em idades gestacionais mais precoces consequentemente realizaram menos consultas de pré-natal do que aquelas do controle, por terem o período normal de gestação interrompido do que mães que levaram a gestação a termo, e até que ponto isso influenciaria nesse resultado. Quanto a análise qualitativa, 40% dos casos relataram alguma deficiência, seja para marcação de primeira consulta, remarcações, acesso a exames e seus resultados, ou demora para encaminhamento ao centro terciário²². Neste estudo, 78,3% de todas as entrevistadas relataram gestação não planejada - número alto comparando com os países desenvolvidos como os EUA que está em torno de 56%²³. - aumentando, assim, o número de morte fetal, complicações de doenças clínicas, mortalidade materna, gastos com saúde e depressão pós parto. O número de gestações não planejadas foi considerado alto em ambos os grupos, não apresentando relevância estatística. Um trabalho do Fundo de população das Nações Unidas de 2013, mostrou que o planejamento reprodutivo é um dos investimentos mais custo-efetivos que um país pode fazer em seu futuro. Cada dólar gasto em planejamento familiar, pode economizar até 6 dólares dos gastos com saúde, possibilitando investimento na atenção básica e outros serviços de saúde²³.

Em relação ao estado nutricional apenas 26,7% das pacientes estavam eutróficas no momento da internação, 26,66% tinham sobrepeso e 46,7% eram obesas. De acordo com ACOG (Colégio americano de ginecologia e obstetrícia), o IMC acima de 30 é considerado fator de risco independente para morte fetal¹⁷, apesar de neste estudo não ter apresentado relevância estatística.

A doença hipertensiva acomete 6 a 8% das gestações, contribuindo para o aumento da ocorrência de partos pré-termo, natimortos, mortalidade e morbidade neonatal. Os dados do Ministério da Saúde mostram a hipertensão na gestação como a maior causa de morte materna e perinatal. Esses dados alarmantes mostram a importância do conhecimento desta patologia tanto para obstetras como neonatologistas. A hipertensão arterial crônica (HAC) é uma doença de gravidade variável sobre as repercussões no resultado perinatal, com índices de complicações que variam de 1 a 5% de todas as gestações. Dentre as síndromes hipertensivas gestacionais, especial atenção deve ser dada à pré-eclâmpsia que ocorre de forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica, pois estão ligados aos piores resultados maternos e perinatais²⁴. Vários fatores estão envolvidos no pior prognóstico perinatal, como a época da instalação, principalmente a pré-eclâmpsia, que quanto mais precoce mais grave. Em um estudo incluindo 334 gestantes complicadas por síndromes hipertensivas, no Hospital São Paulo - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, no período de 1º de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2002 demonstrou que em relação aos natimortos, observa-se a tendência de que com o percentual crescente à elevação da proteínaúria, chegando a 21,2% quando de 2g ou mais; e de óbitos neonatais, com 10,6%. Estes dados contribuíram para elevados coeficientes de natimortalidade e mortalidade neonatal²⁵.

Neste estudo as síndromes hipertensivas estão presentes em 53,3% casos, sendo superior ao estudo do Hospital Geral de Caxias do Sul realizado no período de março de 1998 a maio de 2004 que foi de 24,6%²⁶. Esta variável se mostrou fortemente associada aos óbitos com nível descritivo inferior a 0,001. Assim, à semelhança da literatura, os

resultados confirmam que as síndromes hipertensivas na gestação, independentemente da sua gravidade, se associam a piores resultados perinatais. A elevação dos níveis pressóricos são marcadores importantes da intensidade do vasoespasm nos diversos órgãos, provavelmente decorrente do dano endotelial levando para nutrição inadequada e da hipóxia. Daí ser imperiosa a monitoração rigorosa²⁷. Porém são poucos os estudos que correlacionam os níveis pressóricos e a mortalidade fetal, constatou-se que níveis de pressão arterial diastólica acima de 100mmHg está relacionado à piores desfechos perinatais. O descolamento prematuro de placenta esteve presente em 13,33% dos casos, sendo 75% associado a hipertensão arterial elevada na admissão.

Mulheres com diabetes na gravidez, seja diabetes mellitus pré-gestacional (Tipo 1 ou Tipo 2), ou diabetes gestacional, têm um risco aumentado de resultados adversos da gravidez, incluindo o trabalho de parto prematuro e aumento da taxa de mortalidade fetal. O controle adequado da glicemia antes e durante a gravidez é crucial para melhorar os resultados fetais e perinatais uma vez que são encontradas complicações como macrosomia fetal, óbito fetal, defeitos cardíacos, insuficiência respiratória e malformações congênitas²⁸⁻³⁰. Historicamente, a introdução da insulina na terapêutica da gestante diabética foi um marco na qualidade da assistência a essas mulheres pois os dados sobre diabetes e gestação anteriores à utilização clínica da insulina são sombrios, com relato de cerca de 30% de mortalidade materna durante a gestação e 50% de óbitos perinatais. Após a introdução da insulina no controle da doença, diminuíram significativamente suas complicações perinatais, com grande impacto principalmente na taxa de óbitos fetais²⁸. Neste estudo, observa-se 30% dos casos de óbitos fetais em gestantes com diabetes pré-gestacional ou gestacional e uma razão de chances 3,03 maior de ocorrência de eventos desfavoráveis no grupo caso em relação ao controle. Todavia, o nível de significância encontrado ($p=0,189$) não nos permite realizar a associação entre diabetes e óbito fetal nesse presente estudo diferentemente de outros trabalhos científicos na literatura³¹. De acordo com o aumento da prevalência de diabetes gestacional em todo mundo e suas potenciais complicações previamente citadas há forte recomendação da tentativa de manutenção da normoglicêmica durante a gestação^{32,33}. Anormalidades do líquido amniótico, principalmente o oligoâmnio, mostrou forte associação com óbito, contudo se trata de um fator que não corrobora isoladamente para o evento, sendo relacionado às síndromes hipertensivas, rotura das membranas ovulares e restrição de crescimento fetal.

O tabagismo na gestação acarreta sérios prejuízos uma vez que há maior risco de prematuridade e baixo peso ao nascer no terceiro trimestre, e este risco aumenta proporcionalmente ao número de cigarros fumados. O uso do cigarro durante a gestação associa-se a maior risco de intercorrências maternas³⁵. Apesar dessas complicações, neste estudo somente 6,7% dos óbitos fetais ocorreram em gestante que referiram ser tabagistas. Observa-se uma razão de chances igual a 1, fato que não demonstra diferença do evento entre o grupo caso e controle.

Na tentativa de diminuir os fatores de risco, os índices de óbitos fetais e auxiliar no planejamento de uma futura gestação, é necessário assistência pré-natal adequada, um planejamento familiar eficaz e a identificação mais precisa da causa das mortes fetais. Para diagnosticar a causa é necessário o estabelecimento de um protocolo que inclui exames laboratoriais, necropsia completa, histopatológico da placenta, avaliação da presença de anticorpos anti-fosfolípidos e estudo citogenético do conceito³⁶. Acredita-se haver um desconhecimento sobre a taxa subestimada de óbito fetal, agravada pela desarticulação das informações da rede de atenção à saúde da mulher e que esta pode prejudicar ou mesmo inviabilizar ações que possam modificar esse quadro a nível local, como por exemplo, as unidades de atenção básica que desconhecem seus próprios índices.

Obter o conhecimento das vivências das mulheres em relação à perda fetal deve ser importante às equipes de saúde para que possam ir além das questões médicas. São poucas as evidências sobre intervenções no sofrimento materno após a morte fetal, mas é crescente na literatura científica internacional o reconhecimento da importância dos cuidados psicológicos a respeito dos conflitos ocorridos neste período, principalmente no tratamento da depressão.

Com estes dados, evidencia-se que alguns dos fatores que se mostraram associados ao óbito fetal foram semelhantes ao encontrado na literatura e outros identificados neste estudo eram pouco valorizados ou pesquisados.

Este trabalho demonstra a associação multifatorial da etiologia do óbito fetal, já amplamente reconhecidos pela literatura. Pesquisas como esta, podem representar uma importante ferramenta de enfrentamento dos desfavoráveis índices perinatais regionais. Esta situação se realça de especial interesse quando se considera que a região da baixada santista, polariada pela cidade de Santos 4º IDH (índice de desenvolvimento humano) do país, localizada no estado mais desenvolvido economicamente. Almeja-se que por ventura, investigações sobre esta temática possam embasar a adoção de políticas públicas com o objetivo de erradicar ou atenuar as taxas deste infortúnio obstétrico, o óbito fetal.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os fatores associados ao óbito fetal em ordem crescente de relevância foram: idade materna menor que 18 e acima de 35 anos, número de consultas do pré-natal menor que seis, anormalidades do líquido amniótico, dificuldade no acesso ao pré-natal, doença clínica associada, internação prévia, PAD maior que 100 mmHg na admissão, síndromes hipertensivas e anomalias fetais/cromossômicas. Outras variáveis como diabetes gestacional, IMC, grau de escolaridade e violência doméstica apesar de demonstrarem tendência, após análise estatística criteriosa, não demonstraram relevância estatística. Pode-se concluir que o estudo se apresenta de caráter preliminar, mostrando ainda a necessidade de continuidade de estudos como este.

REFERÊNCIAS

- 1- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 2000.
- 2- AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora de; CECATTI, José Guilherme; MARIANI NETO, Coríntio. Risk factors associated to fetal death. Sao Paulo Medical Journal, v. 116, n. 6, p. 1852-1857, 1998.
- 3- ZLATNIK, Frank J. Management of fetal death. Clinical obstetrics and gynecology, v. 29, n. 2, p. 220-229, 1986.
- 4- BARBEIRO, F. M. S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Pública, v. 49, n. 22, p. 1-13, 2015.
- 5- Ministério da saúde. Secretaria de política de saúde. área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada. Brasília: ministério da saúde; 2001
- 6- THE LANCET, Pelo fim da natalidade evitável, Pg. 4, 2016
- 7- MACDORMAN, M. F.; GREGORY, E. C. Fetal and perinatal mortality: United States, 2013. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, v. 64, n. 8, p. 1-24, 2015.

- 8- BOING, Antonio Fernando; REIBNITZ, Calvino; D'ORSI, Eleonora. Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/77>, 2010.
- 9- WALDVOGEL, Bernadette Cunha et al. Base unificada de nascimentos e óbitos no estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 5-18, 2008.
- 10- LAMMER, Edward J. et al. Classification and analysis of fetal deaths in Massachusetts. *Jama*, v. 261, n. 12, p. 1757-1762, 1989.
- 11- NURDAN, B.; MATTAR, Rosiane; CAMARGO, L. Óbito fetal em microrregião de Minas Gerais: causas e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 25, n. 2, 2003.
- 12- - DEFEY, Denise et al. Duelo por un niño que muere antes de nacer: vivencias de los padres y del equipo de salud. In: CLAP. *Publicación Científica*. Clap, 1985.
- 13- WALLE, Bengt et al. Maternal health care program and markers for late fetal death. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, v. 73, n. 10, p. 773-778, 1994.
- 14- LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elizabeth; DO CARMO LEAL, Maria. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002.
- 15- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2009.
- 16- AHLENIUS, Inger; FLOBERG, Jan; THOMASSEN, Peter. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, v. 74, n. 2, p. 109-117, 1995.
- 17- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et al. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, v. 122, n. 5, p. 1122, 2013.
- 18- CUNNINGHAM, F. Gary et al. *Obstetrica de Williams*. McGraw Hill Brasil, 2016.
- 19- DE TOLEDO, Sérgio Floriano et al. O papel do obstetra na prevenção dos óbitos perinatais. *Femina*, v. 35, n. 03, p. 167-174, 2007.
- 20- - SAUER, Mark V.; PAULSON, Richard J.; LOBO, Rogerio A. Pregnancy: Oocyte donation to women of advanced reproductive age: pregnancy results and obstetrical outcomes in patients 45 years and older. *Human Reproduction*, v. 11, n. 11, p. 2540-2543, 1996.
- 21- _____. Cobertura de consultas de pré-natal. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/ivroi/db/Com2007/Com_F06.pdf. Acesso em 2/2/2017
- 22- FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 292-298, jun., 2008.
- 23- HUYNH, Lynn et al. Systematic literature review of the costs of pregnancy in the US. *Pharmacoeconomics*, v. 31, n. 11, p. 1005-1030, 2013.
- 24- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS et al. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics*, v. 114, n. Supplement 2, p. iv-iv, 2004.

- 25- COELHO, Tarcísio Mota et al. PROTEÍNURIA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO: PROGNÓSTICO MATERNO E PERINATAL. *Rev Assoc Med Bras*, v. 50, n. 2, p. 207-13, 2004.
- 26- DE JESUS KLEIN, Cecília et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. *Revista da AMRIGS*, v. 56, n. 1, p. 11-16, 2012.
- 27- BARRON, William M. *Lindheimer. Medical disorders during pregnancy*. 1991.
- 28- MAGANHA, Carlos Alberto et al. Tratamento do diabetes melito gestacional. *Revista da associação médica brasileira*, v. 49, n. 3, p. 330-4, 2003.
- 29- O'SULLIVAN, John B. et al. Gestational diabetes and perinatal mortality rate. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 116, n. 7, p. 901, 1973.
- 30- PEDERSEN, Jørgen. *The pregnant diabetic and her newborn: problems and management*. Munksgaard, 1977.
- 31- KULSHRESTHA, Vidushi; AGARWAL, Nutan. Third Trimester foetal complications in pregnancy with diabetes. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, v. 66, n. 9 Suppl 1, p. S81, 2016.
- 32- MOHSIN, Fauzia et al. Neonatal management of pregnancy complicated by diabetes. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, v. 66, n. 9 Suppl 1, p. S81-4, 2016.
- 33- VITORATOS, N. et al. Perinatal mortality in diabetic pregnancy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1205, n. 1, p. 94-98, 2010.
- 34- ROCHA, Rebeca Silveira et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.
- 35- FREIRE, Karina; PADILHA, Patrícia de Carvalho; SAUNDERS, Cláudia. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev bras ginecol obstet*, p. 335-341, 2009.
- 36- HUANG, Diana Y. et al. Determinants of unexplained antepartum fetal deaths. *Obstetrics & Gynecology*, v. 95, n. 2, p. 215-221, 2000.