

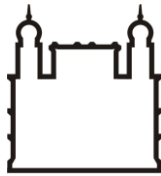


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ANÁLISE DESCRITIVA DA NATIMORTALIDADE NO INSTITUTO
NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA, ENTRE 2009 E 2018**

Autora: Clara dos Santos Leal Costa

**Rio de Janeiro
Fevereiro de 2024**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ANÁLISE DESCRITIVA DA NATIMORTALIDADE NO INSTITUTO
NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA, ENTRE 2009 E 2018**

Autora: Clara dos Santos Leal Costa

TCR apresentado à Comissão de Residência Médica como parte dos requisitos para obtenção do certificado de conclusão do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Dr. Marcos Augusto Bastos Dias
Co-orientador: Dr. Guilherme Ribeiro Ramires de Jesus

**Rio de Janeiro
Fevereiro de 2024**

Ficha catalográfica

CIP - Catalogação na Publicação

Costa, Clara dos Santos Leal.

ANÁLISE DESCRITIVA DA NATIMORTALIDADE NO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA, ENTRE 2009 E 2018 / Clara dos Santos Leal Costa.

- Rio de Janeiro, 2024.

27 f.; il.

Monografia (Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2024.

Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias.

Co-orientador: Guilherme Ribeiro Ramires De Jesus.

Bibliografia: f. 25-27

1. Mortalidade fetal. 2. Natimorto. 3. Mortalidade perinatal. 4. Causas de morte. 5. Assistência pré-natal. I. Título.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas	12
Tabela 2 - Antecedentes obstétricos.....	14
Tabela 3 - Dados da gestação atual.....	15
Tabela 4 - Características do feto	16
Tabela 5 - Investigação do óbito	17
Tabela 6 - Causa básica segundo capítulo da CID-10.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados com a Saúde, 10ª edição

CMV - Citomegalovírus

DM - *Diabetes mellitus*

DMG - *Diabetes mellitus* gestacional

DO - Declaração de óbito

GJ - Glicemia de jejum

HAC - Hipertensão arterial crônica

HAG- Hipertensão gestacional

IFF - Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira

IgM - Imunoglobulina M

IgG - Imunoglobulina G

IG - Idade gestacional

IMC - Índice de massa corporal

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Pré eclâmpsia

REDCap - Research Electronic Data Capture

SAF - Síndrome do anticorpo antifosfolípido

SIM - Sistema de Informação em Mortalidade

SINASC - Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

TOTG - Teste oral de tolerância à glicose

TSH - Hormônio tireotrófico

RESUMO

A natimortalidade representa um evento de grande importância em saúde pelos impactos diversos para o sistema de saúde e famílias. Expressa pela razão entre óbitos fetais e total de nascimentos, é um indicador crucial para avaliar a qualidade da assistência obstétrica e está associada a diversos fatores, como baixo nível socioeconômico e iniquidades sociais. Por ser prevenível em sua maioria, a natimortalidade é considerada um evento sentinela. Os objetivos deste estudo são descrever os casos de óbitos fetais e as características das gestações correspondentes no IFF, entre 2009 e 2018. No período do estudo, foram registrados 781 natimortos no IFF, dos quais 385 casos foram analisados. Quanto às características sociodemográficas maternas, houve predomínio de mulheres com idade entre 18 e 35 anos; pretas e pardas; procedentes do município do Rio de Janeiro; com sobrepeso e obesidade; e com escolaridade de 9 a 12 anos de estudo. Quanto aos antecedentes obstétricos, a maioria das mulheres era primigesta; dentre as mulheres com gestações anteriores, a maioria tinha antecedente de parto vaginal, não possuía cesárea prévia nem história de perda gestacional ou de malformações fetais. Quanto aos dados da gestação índice, a maioria era de feto único, com início do pré-natal após as 21 semanas, com menos de 7 consultas de pré-natal; a maioria dos partos foi induzido e por via vaginal, sendo o diagnóstico do óbito fetal realizado majoritariamente antes do início do trabalho de parto. Dentre os natimortos, houve predomínio do sexo feminino, com idade gestacional média de 30 semanas, peso ao nascer médio de 1608g. A investigação dos casos contou com realização de necrópsia e histopatológico da placenta em sua maioria. A maior parte das causas básicas dos óbitos pertenciam ao CAPÍTULO XVII da CID-10 (Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas).

Palavras-chave (DeCS): mortalidade fetal; natimorto; mortalidade perinatal; causas de morte; assistência pré-natal.

ABSTRACT

Stillbirth represents a significant event in health due to its diverse impacts on the healthcare system and families. Expressed by the ratio of fetal deaths to total births, it is a crucial indicator for assessing the quality of obstetric care and is associated with various factors, such as low socioeconomic status and social inequities. Because it is largely preventable, stillbirth is considered a sentinel event. The objectives of this study are to describe stillbirth cases and the characteristics of corresponding pregnancies at the IFF between 2009 and 2018. During the study period, 781 stillbirths were recorded at the IFF, of which 385 cases were analyzed. Regarding maternal sociodemographic characteristics, there was a predominance of women aged between 18 and 35 years; of Black and Brown race/ethnicity; from the municipality of Rio de Janeiro; with overweight and obesity; and with 9 to 12 years of education. Regarding obstetric antecedents, the majority of women were primiparous; among women with previous pregnancies, most had a history of vaginal delivery, no previous cesarean section, or a history of gestational loss or fetal malformations. Regarding index pregnancy data, the majority were singletons, with prenatal care initiated after 21 weeks, with fewer than 7 prenatal visits; the majority of deliveries were induced and vaginal, with fetal death diagnosis predominantly made before the onset of labor. Among stillbirths, there was a predominance of females, with a mean gestational age of 30 weeks, and a mean birth weight of 1608g. Investigation of cases involved necropsy and placental histopathology in the majority. The majority of the underlying causes of death belonged to Chapter XVII of the ICD-10 (Congenital malformations, deformities, and chromosomal abnormalities).

Keywords: Fetal Mortality; Stillbirth; Perinatal Mortality; Cause of Death; Prenatal Care.

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	7
2.	Objetivos.....	9
	2.1. Objetivos gerais.....	9
	2.2. Objetivos específicos.....	9
3.	Métodos.....	9
4.	Resultados.....	11
5.	Discussão.....	20
6.	Principais limitações.....	21
7.	Conclusão.....	22
8.	Referências bibliográficas.....	24

1. Introdução

A ocorrência de um óbito fetal é um evento que possui alta relevância em saúde, não somente por ser, na maior parte das vezes, evitável, como por possuir impactos consideráveis tanto para os sistemas de saúde quanto para famílias, especialmente para mulheres.

Estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 2,6 milhões de óbitos fetais no mundo, dentre os quais 98% em países com renda baixa ou média. A metade de todas as mortes (aproximadamente 1,3 milhões) ocorre durante o trabalho de parto e muitas decorrem de condições evitáveis, tais como infecções maternas (especialmente sífilis e malária), doenças não transmissíveis e complicações obstétricas. ¹

A definição de óbito fetal consiste na morte de um feto no ambiente intrauterino antes ou durante o parto, com variação entre diferentes lugares do mundo em relação à idade gestacional que a diferencia de um aborto. Este limite mínimo é definido como a partir de 28 semanas completas de gestação, segundo a OMS² (para fins de comparação mundial), enquanto o MS estabelece como parâmetros para classificação de óbito fetal um mínimo de 22 semanas completas de idade gestacional e/ou 500 gramas de peso ao nascer ³. Idealmente, se recomenda dar preferência ao critério da idade gestacional, porém sua acurácia depende da disponibilidade de métodos confiáveis para uma adequada datação da gestação, o que não é a realidade em diversos locais do mundo. Desta forma, o critério peso entra para tornar essa classificação mais específica, embora se saiba que isoladamente não seja fidedigno para predizer a idade gestacional, já que pode sofrer influência de diversos fatores ¹.

A mortalidade fetal ou natimortalidade consiste na razão do total de óbitos fetais e do total de nascimentos ³, e é um dos indicadores mais apropriados para a avaliação da qualidade da assistência obstétrica^{1,2}. O monitoramento da natimortalidade é uma ação importante para sistemas de saúde, sendo ferramenta para construção de políticas públicas e institucionais que permitam sua redução. Possui associação com fatores múltiplos, como por exemplo baixo nível socioeconômico e doenças que acarretem maior morbidade materna¹. É também muito influenciada por iniquidades sociais, sendo encontradas taxas de natimortalidade altamente distintas no entre o vasto e diverso território brasileiro.

Em 2014, a OMS desenvolveu um documento intitulado “Every newborn action plan”, no qual foram estabelecidas metas para redução da mortalidade infantil e perinatal mundialmente. Dentre estas metas estava a de reduzir a natimortalidade para até 10 óbitos fetais a cada 1000 nascimentos até 2035, em todos os países do mundo, com esforços para redução de iniquidades regionais⁴. Segundo dados do SIM e do SINASC, o Brasil apresentou uma taxa de natimortalidade de 10,5 por 1000 nascimentos no ano de 2022, com diferenças marcantes entre regiões, estados, municípios e até mesmo bairros de uma mesma cidade. Isso aponta para a associação entre a natimortalidade e as disparidades sociais no território brasileiro^{5,6}. Relevante lembrar que são frequentes os episódios de subnotificação, que podem diminuir artificialmente esta taxa.

Por ser em sua maioria um evento evitável a natimortalidade é considerada um evento sentinela e seu monitoramento deve motivar a investigação sistemática e análise minuciosa das circunstâncias envolvendo

o óbito. É importante que os serviços e instituições que prestam assistência obstétrica se dediquem a este assunto de modo a dar visibilidade à natimortalidade local, com análise de fatores etiológicos e associados¹.

2. Objetivos:

2.1. Objetivos gerais:

Este trabalho tem como objetivo descrever os casos de óbitos fetais e as características de suas respectivas gestações, ocorridos no IFF, no período de 2009 a 2018.

2.2. Objetivos específicos:

Descrever os casos de óbitos fetais ocorridos no IFF quanto às características sociodemográficas e clínicas maternas;

Descrever os casos de óbitos fetais ocorridos no IFF quanto às características da assistência pré-natal e ao parto.

Descrever as causas de óbito fetal segundo as causas identificadas na DO emitidas.

3. Métodos

Este trabalho de conclusão de residência é parte de um estudo multicêntrico retrospectivo nacional denominado “Óbito fetal no Brasil: um estudo multicêntrico sobre prevalência, causas e condições associadas”, que inclui os óbitos fetais no período de 2009 a 2018.

A população do estudo foram os fetos natimortos de 2009 a 2018 na maternidade do IFF, e suas respectivas mães, com análise de dados maternos correlatos da assistência pré-natal e ao parto. Os critérios de

inclusão de natimortos foram: fetos nascidos na maternidade do IFF com 22 ou mais semanas de gestação (determinada pelo melhor método disponível, seja a data da última menstruação ou resultado de ultrassonografia mais precoce possível, com visualização de embrião tópico com batimentos cardioembrionários identificáveis).

As variáveis estudadas foram:

- Características sociodemográficas maternas: idade, etnia, IMC e escolaridade.
- Antecedentes obstétricos maternos: paridade; antecedente de partos vaginais; antecedente de cesarianas; antecedente de abortamentos; e se havia antecedente de natimortalidade.
- Dados da gestação que teve como desfecho o óbito fetal analisados: número de fetos, IG de início do pré-natal e número de consultas, exames realizados no pré-natal, comorbidades maternas, forma de início do trabalho de parto e via de parto.
- Características do feto natimorto: sexo, IG, peso, percentil de peso e momento do óbito em relação ao parto.
- Dados sobre a investigação do óbito fetal: oferta e realização de necrópsia do natimorto; realização de exames complementares (sorologia para sífilis, sorologia para rubéola, sorologia para citomegalovírus, sorologia para toxoplasmose, hemograma, tipagem sanguínea, pesquisa do fator Rh, urinocultura, cariótipo fetal, histopatológico da placenta).
- Causa básica do óbito fetal registrada na declaração de óbito do natimorto, conforme capítulo do CID-10.

Quanto aos procedimentos operacionais, para o estudo retrospectivo dos óbitos fetais com mais de 22 semanas ocorridos no período de 01/01/2009 a 31/12/2018, os casos foram identificados nos livros de registros de parto e de óbito do IFF, com cruzamento para evitar inclusão de casos duplicados. Houve solicitação de todos os prontuários no arquivo médico do hospital e no arquivo externo, onde se encontram prontuários sem movimentação nos últimos cinco anos. As informações foram coletadas dos prontuários e dos livros e planilhas de óbito de acordo com o instrumento de pesquisa, na plataforma REDCap. Após a coleta, foi gerado um banco de dados, no qual foi realizada análise estatística dos dados com cálculo de valores de frequência para cada variável categórica, e de valores mínimos, máximos, média e mediana no caso de variáveis contínuas. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

4. Resultados

No período de 2009 a 2018, foram registrados 781 natimortos no IFF. Destes, foram excluídos 396 óbitos por não preencherem os critérios de inclusão ou por impossibilidade de acesso aos prontuários, totalizando 385 casos efetivamente analisados.

A tabela 1 descreve as variáveis socioeconômicas das mães dos natimortos.

Quanto à idade materna, houve predominância da faixa etária de 18 e 35 anos (35,0%). A média de idade foi de 27,5 anos, e a mediana 27 anos, com variação de 13 a 48 anos, com destaque para três casos ocorrendo no

limite inferior e um caso no limite superior das faixas etárias. Em um dos casos, a idade materna não foi informada.

Quanto à etnia, se observa predomínio da raça/cor preta e parda, representando 61,2% das mães dos natimortos, versus 37,8% de brancas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas

		n (376)	%
Idade	Até 18 anos	30	8,0%
	De 18 a 35 anos	282	75,0%
	Mais de 35 anos	63	16,8%
	Não informado	1	0,3%
Etnia	Branças	142	37,8%
	Pretas e Pardas	230	61,2%
	Ignorado	4	1,1%
Procedência (município)	Rio de Janeiro	207	55,1%
	Outros	169	44,9%
IMC (kg/m ²)	Menos de 18,5	4	1,1%
	De 18,5 a 25,0	98	26,1%
	De 25,0 a 30,0	96	25,5%
	De 30,0 a 35,0	49	13,0%
	De 35,0 a 40,0	18	4,8%
	Maior que 40,0	6	1,6%
	Não informado	106	28,2%
Escolaridade em anos de estudo	Nenhuma	1	0,3%
	Até 9 anos	76	20,3%
	De 9 a 12 anos	174	46,4%
	Mais de 12 anos	28	7,5%
	Ignorado	96	25,6%

Em relação à procedência das mães dos natimortos, 55,0% residia no município do Rio de Janeiro, enquanto que 44,9% era proveniente de outras

localidades; destas, três mulheres eram de outros estados (duas de Minas Gerais e uma de São Paulo).

O IMC das mães dos natimortos variou entre 17,1 e 43,9, com média de 27,2 e mediana de 26,8. A maioria das mães tinha IMC na faixa de 18,5 a 25,0 (26,1%), seguindo-se de IMC entre 25,0 a 30,0 (25,5%). Em 28,2% dos casos não havia informações sobre peso e/ou estatura registradas.

Em relação à escolaridade, se observa predomínio de mães com a 12 anos de estudo (46,4%), com uma parcela significativa dos casos com esta informação ignorada (25,6%).

A tabela 2 descreve os antecedentes obstétricos das mães dos natimortos. Houve predomínio de primigestas (42,6%), de mulheres com parto vaginal anterior (67,0%) e sem cesáreas prévias (75,3%). A história de perda gestacional com menos de 22 semanas ocorreu em 26,1% dos casos, sendo que três (0,8%) das mães de natimortos tinham três ou mais abortos prévios. Já a história de natimortalidade anterior foi observada em 8,0% dos casos. O antecedente de gestação com feto e/ou recém-nascido com alguma anomalia congênita e de PE foi registrado, respectivamente, em 0,2% e 0,3% das mães de natimortos.

Tabela 2 - Antecedentes obstétricos

		n (376)	%
Gestações	Uma	160	42,6%
	Duas	91	24,2%
	Três ou mais	125	33,2%
Parto vaginal	Nenhum	123	32,7%
	Um ou mais	252	67,0%
Cesariana	Nenhuma	283	75,3%
	Uma ou mais	93	24,7%
	Duas ou mais	20	5,3%
Abortamentos	Um ou mais	98	26,1%
	Três ou mais	3	0,8%
	Sem aborto prévio	277	73,7%
	Sem informação	1	0,3%
História de natimorto anterior	Sim	30	8,0%
	Não	346	92,0%
História de anomalia congênita anterior	Sim	2	0,5%
	Não	374	99,5%
História de PE anterior	Sim	3	0,8%
	Não	373	99,2%

A tabela 3 apresenta os dados das gestações índices. A maioria das gestações foi de apenas um feto (93,1%). Quanto aos dados referentes ao pré-natal, a maioria foi iniciado com IG entre 21 e 28 semanas (24,9%) e teve menos de sete consultas (65,2%). Há registro que durante o acompanhamento pré-natal, 77,4% das mães dos natimortos realizaram pesquisa de sífilis, 71,5% pesquisa de toxoplasmose, 72,6% rastreio para DMG, 75,5% hemograma, 71,5% exame de urina tipo 1 e 76,6% pesquisa do fator Rh. Em relação às comorbidades maternas, as mais frequentes foram DMG (11,2%) e HAG (11,2%). A grande maioria dos trabalhos de parto (71,8%) ocorreu através de indução. Sobre a via de parto, 82,7% foram parto vaginal, com uma proporção de cesarianas intraparto e fora de trabalho de parto de 4,3 e 12,5%, respectivamente.

Tabela 3 – Dados da gestação atual

		n (376)	%
Número de Fetos	Um	350	93,1%
	Dois ou mais	26	6,9%
IG de início do pré natal	Antes de 14 semanas	44	11,8%
	De 14 a 20 semanas	71	19,0%
	De 21 a 28 semanas	93	24,9%
	Acima de 28 semanas	61	16,3%
	Ignorado	30	8,0%
	Em branco	75	20,1%
Número de consultas de pré natal	Nenhuma	2	0,5%
	Menos de sete	245	65,2%
	Sete ou mais	38	10,1%
	Ignorado	91	24,2%
Exames no pré-natal	Sífilis	291	77,4%
	Toxoplasmose	269	71,5%
	GJ ou TOTG	273	72,6%
	Hemograma	284	75,5%
	Urina 1	269	71,5%
	Fator Rh	288	76,6%
Comorbidades	DM I ou II	8	2,1%
	DMG	42	11,2%
	HAC	22	5,9%
	PE	32	8,5%
	HAG	42	11,2%
	Hipotireoidismo	3	0,8%
	Sífilis	26	6,9%
	Aloimunização Rh	4	1,1%
	Início do TP	Espontâneo	59
Induzido		270	71,8%
Ausente		44	11,7%
Ignorado		3	0,8%
Via de parto	Parto vaginal	311	82,7%
	Cesariana fora de trabalho de parto	47	12,5%
	Cesariana intraparto	16	4,3%

A tabela 4 apresenta as características do feto natimorto. Quanto ao sexo, houve predomínio do feminino (48,9%). A análise da idade gestacional em que o óbito fetal foi constatado, mostrou valores variando de 22 a 41 semanas completas, com média e mediana de 30 semanas. A maioria dos

óbitos fetais foi considerada tardia (com mais de 28 semanas), com 12,5% tendo ocorrido a termo. Quanto ao peso ao nascer, observou-se variação de 200 a 5160 g, com média de 1608,4g e mediana de 1190g. A distribuição de fetos quanto ao peso ao nascer mostrou predomínio de peso ao nascer entre 500 a 1000g (28,2%). Quanto ao momento do óbito fetal, 69,1% ocorreram anteparto, 25,0% intraparto, e em 5,9% esta informação não estava registrada.

Tabela 4 - Características do feto

		n (376)	%
Sexo	Feminino	184	48,9%
	Masculino	145	38,6%
	Indeterminado	35	9,3%
	Ignorado	12	3,2%
	Em branco	1	0,3%
IG	Antes de 28 semanas	121	32,2%
	De 28 31 semanas	99	26,3%
	De 32 a 36 semanas	109	29,0%
	A partir de 37 semanas	47	12,5%
Peso ao nascer	Menos de 500g	38	10,1%
	De 500 a 1000g	106	28,2%
	De 1001 a 1500g	89	23,7%
	De 1501 a 2000g	58	15,4%
	De 2001 a 2500g	39	10,4%
	Acima de 2500g	43	11,4%
	Ignorado	3	0,8%
Momento do óbito	Anteparto	260	69,1%
	Intraparto	94	25,0%
	Não consta	22	5,9%

Tabela 5 - Investigação do óbito

		n (376)	%
Necrópsia oferecida	Sim	318	84,6%
	Não	6	1,6%
	Não consta	52	13,8%
Necrópsia realizada	Sim	267	84,0%
	Não	22	6,9%
	Não Consta	29	9,1%
Histopatológico de placenta	Sim	319	84,8%
	Não	57	15,2%
Exames de investigação do óbito	Sífilis	300	79,8%
	GJ	64	17,0%
	Pesquisa de SAF	3	0,8%
	Bacterioscopia	68	18,1%
	Radiografia do natimorto	5	1,3%
	Citogenética	80	21,3%
	Rubéola IgG	40	10,6%
	Rubéola IgM	39	10,4%
	CMV IgG	42	11,2%
	CMV IgM	42	11,2%
	Toxoplasmose IgG	110	29,3%
	Toxoplasmose IgM	111	29,5%
	Hemograma	226	60,1%
	Proteína C reativa	43	11,4%
	Tipo sanguíneo	194	51,6%
	Fator Rh	201	53,5%
	Urinocultura	67	17,8%
	TSH	2	0,5%
	Coombs indireto	12	3,2%

A possibilidade de realização de necrópsia do natimorto para a investigação do óbito foi ofertada para 84,6% das mães e destas, 84% concordaram com a realização da mesma. Em relação à realização de outros exames, observou-se uma proporção de 79,8% com sorologia de sífilis, 17,0% com GJ, 10,6% com sorologia para rubéola, 11,2% com sorologia para citomegalovírus, 29,5% com sorologia para toxoplasmose, 60,1% com hemograma, 51,6% com tipagem sanguínea, 53,5% com pesquisa do fator Rh, 17,8% com urinocultura. O cariótipo fetal foi realizado em 19,9% dos casos e o histopatológico da placenta em 97,6%.

Tabela 6 – Causa básica segundo capítulo da CID-10

	n (376)	%
Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	3,2%
Capítulo II: Neoplasmas (tumores)	1	0,3%
Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0,3%
Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério	19	5,1%
Capítulo XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal	88	23,4%
Capítulo XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	250	66,5%
Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1	0,3%

A análise das causas básicas registradas nas DOo dos natimortos revelou maior proporção dos óbitos classificados como CAPÍTULO XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (66,5%), seguindo-se do CAPÍTULO XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal (23,4%), CAPÍTULO XV: Gravidez, parto e puerpério (5,1%) e do CAPÍTULO I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,2%); destes últimos, todos corresponderam à sífilis na gestação acometendo o feto.

5. Discussão

A natimortalidade reflete a qualidade da atenção obstétrica prestada às mulheres, e se constitui como evento majoritariamente evitável, associado a piores condições socioeconômicas e de acesso à saúde. Os resultados deste estudo evidenciam maior frequência de óbitos fetais entre mulheres com baixo nível de escolaridade e entre pretas e pardas, características reconhecidas como determinantes sociais de iniquidades em saúde⁷.

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil” ratificam as iniquidades raciais: mulheres pretas e pardas possuem risco aumentado em relação às brancas de terem uma assistência obstétrica de pior qualidade, tanto durante o pré-

natal quanto no parto e pós-parto⁸. Dados do MS ratificam as disparidades raciais na assistência pré-natal: a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal foi de 69,8% para mulheres negras e de 84,9% para brancas⁹. Tais disparidades podem estar associadas com a alta proporção de mulheres com menos de sete consultas de pré-natal encontrada no estudo, um indicador de qualidade dessa assistência e que se relaciona com uma maior proporção de eventos maternos e perinatais adversos¹⁰.

Além disso, é relevante afirmar que o diagnóstico de malformações fetais depende da disponibilidade de exames complementares (principalmente ultrassonografias, que não fazem parte da rotina de pré-natal de risco habitual estabelecida pelo MS¹¹), e da qualidade técnica da execução destes exames. Isso poderia explicar o atraso na identificação de malformações fetais na população geral. Soma-se a isto a demora nos trâmites dos sistemas de regulação para que as pacientes cheguem até unidades de referência para dar início ao pré-natal. Todos estes fatores devem ser considerados e poderiam justificar a alta proporção de gestantes com menos de sete consultas de pré-natal, e com início tardio do mesmo, observadas no estudo.

Embora sejam minoria, chama atenção a frequência de casos de natimortalidade entre adolescentes, com três casos entre meninas de 13 anos. Outros estudos mostram associação entre extremos da idade materna (adolescentes e acima de 35 anos) com maior frequência de natimortalidade¹.

Fetos do sexo masculino apresentam um risco de óbito fetal cerca de 10% maior que fetos do sexo feminino, provavelmente devido a alterações genéticas ligadas ao cromossomo X, à maior associação com prematuridade

e com restrição de crescimento¹. No entanto, foi encontrada uma maior proporção de fetos do sexo feminino no estudo.

A maioria dos óbitos fetais no estudo foi classificado como tardio (acima de 28 semanas de IG), com constatação mais frequente em momento anteparto. Aqui, vale ressaltar a relevante ocorrência de casos de interrupção judicial por demanda materna devido a malformações fetais graves, situação comum no IFF por ser uma referência estadual para estes casos. Nesse contexto de um hospital de referência, a realização de feticídio antecedendo o nascimento é uma prática relativamente frequente, o que poderia justificar esta proporção maior de óbitos anteparto. No entanto, este dado não estava disponível para análise.

A taxa de parto vaginal foi de 82,7%, com uma taxa de cesariana de 16,8% nos nascimentos de natimortos. Este valor se aproxima dos 15% de taxa de cesariana estabelecidos pela OMS, acima do qual há importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal em gestações futuras¹.

A padronização de sistemas de classificação das causas de óbitos fetais, de modo a permitir sua análise comparativa entre diferentes países e regiões do mundo, ainda é um desafio. As malformações fetais, no entanto, são mais facilmente identificadas e reportadas. Mundialmente, a proporção de óbitos fetais decorrentes de malformações fetais é variável, não costumando ultrapassar 10%¹ e nem representando a principal causa de natimortalidade ao redor do mundo. Podem estar associadas a fatores hereditários, ambientais, maternos e desconhecidos¹². No estudo, encontrou-se uma proporção superior a 60,0% de óbitos fetais com causa básica classificada no

CAPÍTULO XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias

cromossômicas da CID-10. Esse viés é explicado pelo fato do IFF ser um centro de referência para gestações de alto risco fetal, concentrando casos raros de fetos com doenças congênitas diversas.

Apesar disso, uma proporção considerável das causas básicas foi classificada como CAPÍTULO I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias da CID-10; todas foram classificadas como sífilis congênita, resultado da transmissão vertical da sífilis acometendo a gestante. Até 50% das gestações em mulheres com sífilis não tratada terão desfechos perinatais adversos, dentre eles morte in útero; cerca de 11% dos casos de sífilis gestacional não tratada irão evoluir para óbito fetal a termo¹³. Os piores desfechos associados à sífilis ocorrem em mulheres que não foram testadas durante a gestação¹³.

A investigação dos óbitos fetais é etapa fundamental para o entendimento etiológico. Os principais componentes desta avaliação são a história clínica e obstétrica materna, histologia placentária, autópsia fetal e exames genéticos¹⁴. Os resultados do estudo mostraram elevada proporção de realização de exame histopatológico da placenta e de necrópsia fetal, e uma proporção razoável de realização de cariótipo fetal, provavelmente pelo perfil de alto risco fetal do IFF.

6. Principais limitações

O uso de dados secundários constitui um fator limitante, em virtude das lacunas existentes na completude dos registros. Ressalta-se aqui o fato do modelo de prontuário utilizado no IFF ser físico, cujo armazenamento ocorre em arquivo interno e externo ao hospital. Sendo assim, por questões logísticas, uma proporção considerável de prontuários não estava disponível,

levando à sua exclusão da análise e à redução do volume da amostra. Outro fator limitante é o cálculo da idade gestacional em situações em que o feto pode pesar menos que 500g por patologias próprias ou maternas o que não torna possível definir o caso como de um natimorto, levando a uma subnotificação.

Outro fator limitante do estudo está na escassez de dados relativos aos aspectos psicológicos da mãe dos natimortos.

7. Conclusão

A natimortalidade constitui um evento relevante em saúde, com alto potencial de evitabilidade. O conhecimento aprofundado das características dos casos de óbitos fetais que ocorrem em uma instituição permite análise situacional, que por sua vez possibilita a identificação de pontos positivos e de fragilidade na assistência obstétrica, e a construção de protocolos assistenciais locais que busquem melhorias da qualidade do serviço.

O contexto singular do IFF, no qual a maioria dos óbitos fetais foi decorrente de malformações fetais, suscita a reflexão da importância de ações relacionadas ao planejamento reprodutivo. Estas ações vão desde a ampla oferta de métodos contraceptivos eficazes para prevenção de gestações indesejadas, avaliação pré-concepcional para que se possa avaliar e pensar em estratégias para prevenir doenças e condições que possam aumentar o risco de morbidades fetais, até a garantia de acesso à interrupção da gestação prevista em lei. Até 2012, a interrupção de gestações com fetos acometidos por anencefalia dependia de alvará judicial, atualmente dispensado, informação que ainda não é de domínio de toda a população. Cabe aos

profissionais de saúde que prestam assistência a mulheres difundir estas e outras informações, baseadas em evidências científicas e na legislação vigente, para garantir o acesso aos direitos das mulheres.

Mais estudos são necessários para entendimento mais profundo dos fatores associados à natimortalidade e para alertar as autoridades sobre a magnitude e potencial de evitabilidade deste evento. Cabe ressaltar a importância de estudos que avaliem aspectos relativos à saúde mental e o das mães e das famílias acometidas para que se dê mais visibilidade ao luto perinatal.

8. Referências bibliográficas:

1. FRØEN JF, LAWN JE, HEAZELL AEP, FLENADY V, BERNIS L, KINNEY MV, BLENCOWE H, LEISHER SH. Ending preventable stillbirths - An Executive Summary for The Lancet's Series. **The Lancet**. 2016.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report 2023. Geneva: **World Health Organization**; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2009. 96 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1613-0
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. 2014. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: **World Health Organization**.
5. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado em 15/02/2024 às 00h18.
6. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>. Acessado em 15/02/2024 às 00h18.
7. SOLAR, O; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice). **World Health Organization**. 2010

8. LEAL MC, GAMA SGN, PEREIRA ANP, PACHECO VE, CARMO CN, SANTOS RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup 1:e00078816.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do **Ministério da Saúde**, 2017. 44 p. ISBN 978-85-334-2515-6.
10. LEAL MC, PEREIRA ANP, VIELLAS EF, DOMINGYES RMSM, GAMA SGN. 8. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev Saude Publica**. 2020;54:8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) ISBN 978-85-334-2043-4.
12. MENDES, IC; JESUINO, RSA; PINHEIRO, DS; REBELO, ACS. Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis: uma revisão. **Rev Med Minas Gerais** 2018; 28: e-1977.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção

da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2022. 224 p. : il.

14. PAGE, J. M., & SILVER, R. M. (2018). Evaluation of stillbirth. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, 30(2), 130-135. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000441>.