

MORTALIDADE FETAL: PERFIL DOS PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS

FETAL MORTALITY: PROFILE OF KEY RELATED FACTORS

RAFAELA MOURA DE OLIVEIRA¹, RAFAELA PAULA MARCIANO², PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA³, WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁴

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil das principais causas de óbitos fetais em um hospital público. Métodos: Trata-se de um estudo ecológico retrospectivo. A amostra foi constituída por partos com óbito fetal realizados no Hospital e Maternidade Dona Íris, em Goiânia – GO, ocorridos no período de junho de 2014 a junho de 2018. Resultados: Foram 188 óbitos fetais, sendo todos os partos assistidos por médicos obstetras. As principais características maternas foram: 44% primigestas, 84% sem abortos prévios, 84% com membrana íntegra, 77% com bolsa rota e, 84% não tiveram intercorrências na gestação. Das que tiveram intercorrências (16%), a principal causa foi a Hipertensão (63%). Durante o parto, 69% utilizou anestesia, sendo a raqui-anestesia mais utilizada (80%). Destas gestantes, 57% apresentavam fatores de riscos, sendo os principais: hipertensão, sífilis e infecção urinária. Os óbitos fetais tinham como principais características: feto do sexo feminino (53%), pré-termo (79%), nascido de parto normal (78%), líquido amniótico claro (47%), de apresentação cefálica (71%), com peso menor de 2500 gramas (79%), sem tentativa de reanimação (95%), óbito constatado antes do parto (84%), fetos encaminhados para necropsia (84%) e sem diagnóstico prévio (53%). Dos fetos que apresentaram diagnósticos, os principais foram: maceração, hidrocefalia e malformações. Conclusão: A taxa de mortalidade fetal da unidade é de 9,02 a cada 1000 nascidos, representando 0.9% como o coeficiente de mortalidade fetal. Os principais fatores de riscos foram: hipertensão, sífilis e infecção urinária. Os principais diagnósticos fetais foram: maceração, hidrocefalia e malformações.

DESCRITORES: ÓBITO FETAL; NOTIFICAÇÃO; MORTALIDADE FETAL.

ABSTRACT

Objectives: To describe the profile of the main causes of fetal deaths in a public hospital. Methods: This is a retrospective ecological study. The sample consisted of all those born in the Hospital and Maternity Dona Iris, Goiânia – GO, from June 2014 to June 2018. Results: 188 fetal deaths were found, and obstetricians performed all deliveries. The main maternal characteristics presented were: 44% primigesta, 84% without previous abortions, 84% with membrane integrated, 77% with broken bag, and 84% had no intercurrentence during pregnancy. Among those who had complications (16%), the main cause was hypertension. Sixty nine used anesthesia during labor, with spinal anesthesia being the most used (80%). Among the pregnant women, 57% presented risk factors, the main ones being hypertension, syphilis and urinary infection. The main fetal deaths characteristics found were: female fetuses (53%), preterm (79%), normal births (78%), clear amniotic fluid (47%), cephalic presentation (71%), weight less than 2,500 grams (79%), no attempt at resuscitation (95%), death before delivery (84%), fetuses referred for necropsy (84%) and no previous diagnosis (53%). Of the fetuses that presented diagnoses the main ones were: maceration, hydrocephalus and malformations. Conclusion: The fetal mortality rate of the unit is 9.02 per 1000 births, representing 0.9%, as the coefficient of neonatal mortality. Among the pregnant women, those who presented risk factors were: hypertension, syphilis and urinary tract infection. Of the fetuses that presented diagnoses the main ones were: maceration, hydrocephalus and malformations.

KEYWORDS: FETAL DEATH; NOTIFICATION; FETAL MORTALITY.

1 - Médica, pediatra.

2 - Psicóloga, Doutoranda em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

3 - Analista de Sistemas Doutoranda em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

4 - Médico, Professor Adjunto na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

INTRODUÇÃO

Dados do Ministério da Saúde indicam que em 2016 a taxa de mortalidade na infância, crianças entre 0 e 5 anos registrou piora, indo de 14,3 para 14,9 por 1.000 nascidos vivos, uma alta de 4,19%¹.

A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução. A mortalidade perinatal – óbitos fetais e neonatais precoces com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional – tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis².

A mortalidade fetal precoce está relacionada aos abortos em idades gestacionais compreendidas entre a concepção e a 20ª semana, quando o concepto tem peso aproximado de 500g. A mortalidade fetal intermediária ocorre entre a 20ª e a 28ª semana de gestação, período em que os pesos fetais variam de 500g a 1.000g. A mortalidade fetal tardia é a que ocorre entre a 28ª semana, quando o feto pesa em torno de 1.000g, e o parto. Dentre os 192 países membros da Organização Mundial de Saúde que apresentam população superior a 300.000 habitantes, a taxa de mortalidade fetal estimada é de 24/1.000 nascidos vivos (NV), o que representa 3.328 milhões de fetos mortos.³

A mortalidade fetal resulta de uma articulação complexa entre fatores biológicos, condições sociais e da atenção ofertada pelos serviços de saúde⁴. O óbito nesse período reflete as condições socioeconômicas, reprodutivas, bem como as relacionadas com a qualidade da assistência pré-natal, durante o parto e com o recém-nascido, demonstrando lacunas na organização da rede de saúde⁵.

Diante disto, o objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil das principais causas de óbitos fetais numa unidade de saúde pública do município de Goiânia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico retrospectivo. A amostra foi constituída por todos os nascidos no hospital e maternidade Dona Íris ocorrida no período de junho de 2014 a junho de 2018.

As variáveis foram extraídas a partir das Fichas de Investigação do Óbito Infantil – Serviço de Saúde Hospitalar do Ministério da Saúde (Anexo 1), que foram notificados ao Ministério da Saúde.

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade neonatal, seguiu-se o padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde e dividiu-se o número de óbitos pelo número total de nascidos vivos e multiplicou-se o resultado por mil.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Dona Íris (Anexo 2).

RESULTADOS

O período analisado foi de junho de 2014 a junho de 2018 com um total de 20.852 nascidos. Ocorreram 188 óbitos fetais, todos os partos (100%) foram realizados por médicos obstetras. A taxa de mortalidade fetal da unidade é de 9,02 a cada 1000 nascidos, representando 0,9% como o coeficiente de mortalidade fetal.

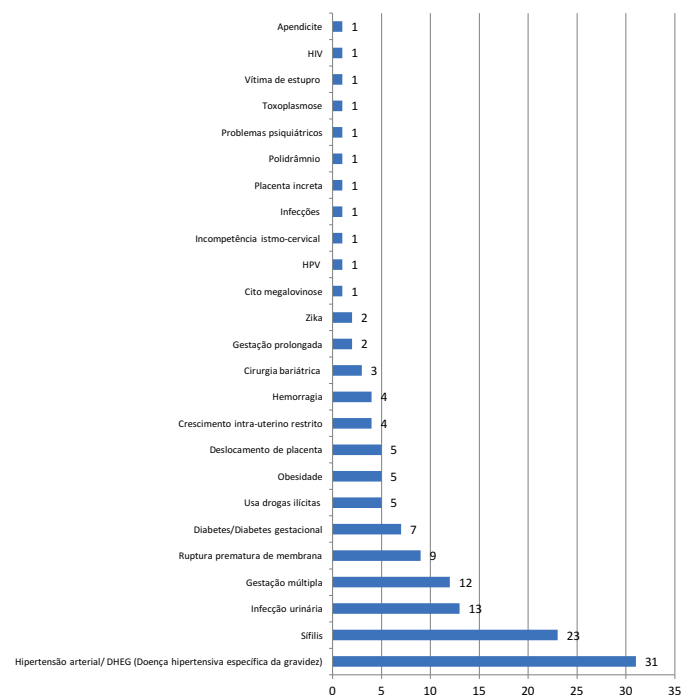


Figura 1 – Distribuição dos principais fatores de risco na gestação que resultaram em óbitos fetais notificados no HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2014-2017. (N=108)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

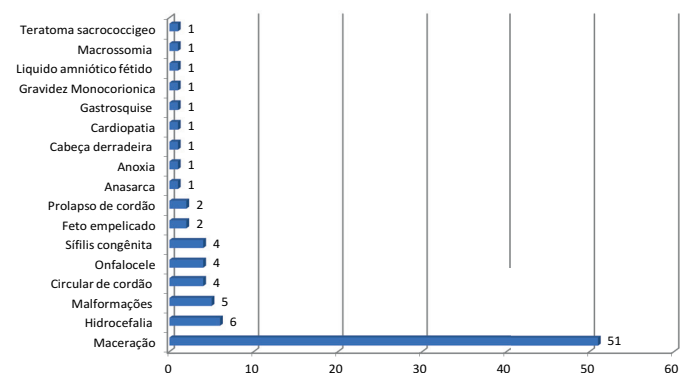


Figura 2 – Distribuição dos principais diagnósticos encontrados nos óbitos fetais notificados no HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2014-2017. (N=108)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 1 – Distribuição das características maternas, da gestação e do parto de óbitos fetais no HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2014-2017. (N=188)

	Número de pacientes (N=188)	
	N	%
NÚMERO DE GESTAÇÕES		
1	82	44
2-3	72	38
<4	34	18
NÚMERO DE ABORTO		
0	157	84
1	28	15
<2	3	1
MEDICAÇÃO NA GRAVIDEZ		
Não	128	68
Sim	60	32
MEDICAMENTOS UTILIZADOS		
Ansiolítico	2	3
Anti-hipertensivo	28	47
Antibióticos	20	34
Antiespasmódico	1	1.5
Corticoide	6	10
Insulina	2	3
Misoprostol	1	1.5
INTERCORRÊNCIA NA GESTAÇÃO		
Sim	30	16
Não	158	84
INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO		
Hipertensão	19	63
Hemorragia	6	20
Cabeça derradeira	2	8
Obesidade	1	3
Gemelar	1	3
Hipertrofia uterina	1	3
MEMBRANA AMINIÓTICA		
Íntegra	159	84
Rota	29	16
BOLSA ROTA		
Sim	144	77
Não	44	23
ANESTESIA NO PARTO		
Sim	59	69
Não	129	31
TIPO DE ANESTESIA		
Peridural	12	20
Raquianestesia	47	80
DINÂMICA UTERINA		
Sim	177	94
Não	11	6
OUTROS MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR		
Sim	160	85
Não	28	15
FATORES DE RISCO NA GESTAÇÃO		
Sim	108	57
Não	80	43

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade fetal da unidade é de 9,02 a cada 1000 nascidos, representando 0.9%, como o coeficiente de mortalidade fetal. Vieira⁶ revela que a natimortalidade

Tabela 2 – Distribuição das características fetais e do parto de óbitos fetais no HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2014-2017. (N=188)

	Número de pacientes (N=188)	
	N	%
SEXO		
Feminino	100	53
Masculino	82	43
Ignorado	6	4
IDADE GESTACIONAL		
Pré-termo (< 36 semanas)	149	79
A termo (37 a 41 semanas)	39	21
Pós-termo (> 42 semanas)	0	0
TIPO DE PARTO		
Cesárea	41	22
Normal	147	78
LÍQUIDO AMINIÓTICO		
Claro	88	47
Com Mecônio	72	38
Fétido	5	3
Sanguinolento	23	12
APRESENTAÇÃO		
Anômala	4	2
Cefálica	133	71
Pélvica	51	27
FAIXA DE PESO (EM GRAMAS)		
<2.500	149	79
>2.501	39	21
TENTATIVA DE REANIMAÇÃO		
Sim	9	5
Não	179	95
ÓBITO		
Durante o trabalho de parto	27	14
Macerado	4	2
Antes do parto	157	84
ENCAMINHADO PARA NECROPSIA		
Sim	157	84
Não	31	16
PROBLEMAS COM O FETO		
Sim	88	47
Não	100	53

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

compreende, mundialmente, mais de 2,6 milhões de óbitos por ano, com taxas que variam de padrões tão baixos quanto 2,0/1000 nascidos (N), em alguns países de alta renda, a taxas tão altas quanto 40,0/1000N, em países da África Subsaariana, deixando clara sua relação com as condições de acesso à assistência obstétrica de boa qualidade. No Brasil, essa taxa está em 10/1000, ficando próximo aos dados da pesquisa.

As principais características maternas apresentadas foram: primigesta 82 (44%), sem abortos prévios 159 (84%), com membrana íntegra 159 (84%), com bolsa rota 144 (77%), e que não tiveram intercorrência na gestação 159 (84%). No que diz respeito ao número de gestações das pacientes com morte fetal, houve predomínio do evento nas primigestas (40,74%) também nos estudos de Nurtan, Mattar e Camano⁷. Estudos de

Menezzi⁸ também não encontraram intercorrência na gestação na maioria dos casos (69,2%) de óbito fetal.

Neste estudo, encontrou-se ainda que 128 (68%) das gestantes não utilizaram medicamentos na gravidez e, quando utilizou, os principais medicamentos foram os anti-hipertensivos 28 (47%). Deve-se destacar que o uso de medicamentos na gestação pode implicar ação potencialmente danosa não apenas para a mulher, mas também para o conceito. A maioria dos fármacos administrados às mulheres grávidas atravessa a barreira placentária e expõe o embrião em desenvolvimento a seus efeitos farmacológicos⁹.

Das que tiveram intercorrências 30 (16%), a principal intercorrência foi a Hipertensão 19 (63%). Aquino e Cecatt¹⁰ estudaram 122 gestantes com óbito fetal e também encontraram a hipertensão arterial com o principal fator, alertando que é necessária a detecção precoce através de programas de assistência pré-natal, oferecidos em quantidade e qualidade suficientes para a população, sobretudo a de baixa renda, pois trata-se de uma causa evitável corroborando com estudos mais recentes realizados por Fonseca e Coutinho¹¹ que também encontraram a síndrome hipertensiva como principal intercorrência de óbitos fetais. Henrique et al.,¹² revelam que gestantes hipertensas crônicas podem apresentar pré-eclâmpsia sobreposta, restrição do crescimento fetal, prematuridade, cesárea, descolamento prematuro da placenta e óbito fetal.

Destas gestantes, 108 (57%) apresentavam fatores de riscos, sendo os principais: hipertensão (31), sífilis (23) infecção urinária (13). A hipertensão é uma causa conhecida relacionada ao óbito fetal, porém a sífilis como a segunda causa foi um ponto importante nesta pesquisa. A sífilis materna constitui uma importante causa potencialmente evitável de óbito fetal, na presença de infecção recente não tratada. Estima-se que 25% das gestações terminem em aborto tardio ou óbito fetal¹³.

Realizou anestesia no parto 69%, sendo a raquianestesia 80% a mais utilizada. Foram oferecidos outros métodos de alívio da dor 160 (85%), sendo que 177 (94%) apresentavam dinâmica uterina. Rocha¹⁴ revela que deve haver uma conduta de respeito às decisões da mulher, considerando suas particularidades, através de um processo ativo ou expectante do trabalho de parto, lembrando que a orientação deve caminhar em consonância com as práticas assistenciais, através da livre escolha na posição de parto, aceitação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, escolha do nome do bebê, ver e pegar seu bebê no colo, escolha da roupinha para vestir o bebê assim que nascer, aceitar ou não a investigação do óbito, a inibição da lactação, e toda a diversidade de decisões envolvidas neste acontecimento.

Já as principais características fetais encontradas nestes óbitos foram: feto do sexo feminino 100 (53%), pré-termo (<

36 semanas) 149 (79%), nascido de parto normal 147 (78%), líquido amniótico claro 88 (47%), de apresentação cefálica 133 (71%), com peso menor de 2500 gramas 149 (79%). Silva et al.,¹⁵ apresentam um perfil de maior prevalência do sexo masculino, com peso fetal entre 500 a 1499 gramas e IG de 28 a 36 semanas. Observa-se uma maior prevalência em óbitos fetais com baixo peso e prematuros, porém em 39 óbitos, os fetos pesavam mais que 2500 gramas. O peso ao nascer é um dos principais indicadores que interfere na saúde e sobrevivência infantil¹⁶.

Este estudo mostrou que 179 (95%) dos nascidos não foram submetidos a tentativa de reanimação, 188 (100%) dos partos foram assistidos por obstetra; o óbito foi constatado antes do parto 157 (84%), 157 (84%) foram encaminhados para necropsia e 100 (53%) sem diagnóstico prévio. Dos fetos que apresentaram diagnósticos, os principais foram: maceração (61), hidrocefalia (6) e malformações (5). Nurdan, Mattar e Camano⁷ também encontraram uma maior ocorrência de óbito fetal no período anteparto. Schupp¹⁷ analisando 236 fetos (57,8%), encontrou algum grau de maceração e de forma intensa em 20 casos, inviabilizando qualquer conclusão do exame anátomo-patológico.

Noronha et al.,¹⁸ afirmam que os estudos de necropsia têm grande valor na identificação das entidades nosológicas para que sejam traçados programas de prevenção das causas evitáveis de óbitos fetais que acometem a população atendida em determinado centro médico.

Segundo Schupp¹⁷ o óbito fetal é uma das complicações mais temidas da gestação e pode ter consequências clínicas, obstétricas e emocionais muito importantes. A qualidade de preenchimento da declaração de óbito fetal nos estudos de Barbeiro et al.,¹⁹ demonstrou ser deficiente, tanto na completude de variáveis, principalmente sociodemográficas, como na definição de causa básica. Já Barreto et al.,²⁰ dizem que houve melhora na qualidade do preenchimento, mas persiste incompletude na declaração de óbito neonatal, demonstrando a necessidade de investimento na qualidade dos sistemas de informação.

Menezzi et al.,⁸ afirmaram que o incentivo para o registro adequado da informação e o contínuo retorno e avaliação das informações produzidas pelos serviços de saúde impacta diretamente na melhora e na compreensão da ocorrência dos óbitos fetais e, conseqüentemente, no controle e prevenção dos eventos considerados evitáveis. Barbeiro et al.,¹⁹ revelam que a qualidade na informação sobre os óbitos fetais, permitindo estudos epidemiológicos de maior validade interna, e os investimentos nos comitês de investigação, devem ser priorizados para que o óbito fetal ganhe visibilidade e possa ter um enfrentamento mais efetivo.

CONCLUSÃO

A hipertensão já é uma causa conhecida relacionada ao óbito fetal, porém a sífilis como a segunda causa foi um ponto importante nesta pesquisa.

A taxa de mortalidade fetal da unidade é de 9,02 a cada 1000 nascidos, representando 0.9%, como o coeficiente de mortalidade neonatal.

As principais características maternas apresentadas foram: primigesta, sem abortos prévios, não utilizaram medicamentos na gravidez e, quando utilizou, os principais medicamentos foram os anti-hipertensivos, sem intercorrência na gestação, membrana íntegra e com bolsa rota com dinâmica uterina. Das que tiveram intercorrências, a principal foi a hipertensão. Realizou anestesia no parto, sendo a raqui-anestesia mais utilizada, e foram oferecidos outros métodos de alívio da dor. Destas gestantes, as que apresentavam fatores de riscos, os principais foram: hipertensão, sífilis e infecção urinária.

Já as principais características fetais encontradas nestes óbitos foram: feminino, pré-termo (< 36 semanas), parto normal, líquido amniótico claro de apresentação cefálica, com peso menor que 2500 gramas, sem tentativa de reanimação, assistindo pelo obstetra, com óbito constatado antes do parto e sendo encaminhados para necropsia e sem diagnóstico. Dos fetos que apresentaram diagnósticos, os principais foram: maceração, hidrocefalia e malformações.

REFERÊNCIAS

1. Cymbaluk F. Mortalidade de crianças no Brasil aumentou após 15 anos de queda no índice. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/05/26/corte-bolsa-familia-investimento-saude-mortalidade-infantil-estudo.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 25.07.2018.
2. 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. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Klein F, Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Bosco DSD, Henke CN, Rombaldi RL, Madi SRC. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. Revista da AMRIGS, 2012;56(1): 11-16.
4. Silva APM, Gois RP. Fatores relacionados ao óbito hospitalar neonatal. RevMed UFC, 2016;56(2):16-20.
5. Brasil TB, Pinto FJM, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ, Camelo IM, Maia AMPC. Fatores associados à mortalidade neonatal com ênfase no componente da atenção hospitalar ao recém-nascido. Arq Catarin Med, 2018;47(2):70-86.
6. Vieira MSM. Natimortalidade no Brasil e Revisão Sistemática sobre os Sistemas de Classificação Utilizados para o Esclarecimento das Causas do Óbito Fetal. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Florianópolis, 2017.
7. Nurdan N, Mattar R, Camano L. Óbito fetal em microrregião de Minas Gerais: causas e fatores associados. Rev Bras Ginecol Obstet, 2003;25(2):113-107.
8. Menezzi AMED, Figueiredo ID, Lima EWB, Almeida JC, Marques FKS, Oliveira CF, Barreto NAP, Pinho L. Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. O Mundo da Saúde, 2016; 40(2): 208-12.
9. Ribeiro AS, Silva MV, Guerra PG, Saick KW, Uliana MP, Loss R. Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. Infarma Ciências farmacêuticas, 2013; 25(1):62-7.
10. Aquino MMA, Cecatt JG. Epidemiologia do óbito fetal em população de baixa renda. RBGO, 1998; 20(2):71-75.

11. Fonseca SC, Coutinho ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo de caso-controle. Cad Saude Publica, 2010; 26(2):240-52.
12. Henrique AJ, Borrozzino NB, Gabrielloni MC, Barbieri M, Schirmer J. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm, 2012;65(6):1000-10.
13. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet, 2012; 34(2):56-62.
14. Rocha L. Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal: um desafio para equipe de enfermagem. 2016. 170 p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
15. Silva RMM, Mazotti BR, Zilly A, Ferreira H, Caldeira S. Análise da incidência de óbitos fetais entre municípios da nona regional de saúde do Paraná. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 2016;37(1):33-42.
16. Victora CG, Barros FC, Tomasi E, Menezes AM, Horta BL, Weiderpass E, Cesar JA, Costa JSD, Olinto MT, Halpern R, Garcia MDM, Vaughan JP. Tendências e diferenciais na saúde materno-infantil: delineamento e metodologia das coortes de 1982 e 1993 de mães e crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul. Cad Saude Pública, 1996;12(1): 7-14.
17. Schupp TR. Óbito fetal em um hospital universitário: um estudo exploratório. São Paulo, 2001. 119 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.
18. Noronha L, Martins VDM, Nones RB, Sepulcri RP, Carvalho DF, Sampaio GA, Kasting G, Serapião MJ, Bleggi-Torres LF. Mortalidade intra-uterina e perinatal: análise comparativa de 3.904 necropsias do Hospital de Clínicas de Curitiba no período de 1960 a 1995. Jornal de Pediatria, 2000;76(3): 213-21.
19. Barbeiro FMS, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira MSS, Silva FP, Ventura PM, Quadros JL. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Pública, 2015;1(49):22.
20. Barreto IC, Vieira MG, Teixeira GP, Fonseca SC. Morte neonatal: incompletude das estatísticas vitais. Rev Bras Pesq Saúde, 2017;19(2):64-72, 2017.