

Relação do perfil obstétrico com óbito fetal em um hospital de referência na cidade do Recife

Relation of the obstetric profile and fetal death in a reference hospital in the city of Recife

DOI:10.34119/bjhrv5n2-031

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 10/03/2022

Leylla Lays Alves e Silva

Enfermeira Obstetra

Instituição: Secretaria de Saúde do Recife

Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Recife – PE - CEP: 50.070-902

E-mail: leyllalaysas@gmail.com

Luiziane Souza Vasconcelos de Lima

Mestre em Saúde da criança e do adolescente

Instituição: Maternidade Professor Arnaldo Marques

Endereço: Av. Dois Rios, s/n, Ibura, Recife – PE – CEP: 51.230-000

E-mail: luiziane.lima@gmail.com

Ingred Pereira Cirino

Mestre em Ciências e Saúde

Instituição: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Endereço: Rua Cícero Duarte, 905, bairro Junco, Picos - PI, CEP: 64.607-670

E-mail: ingredcirino@gmail.com

Delmilena Maria Ferreira de Aquino

Mestre em Hebiatria

Instituição: Hospital da Mulher do Recife

Endereço: Av. Recife, 5629 - Estância, Recife - PE, CEP: 50.110-727

E-mail: delmilena_@hotmail.com

Eugênio Barbosa de Melo Júnior

Doutorando em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Endereço: Bloco SG 12, Ininga, Teresina – PI, CEP: 64.049-550 (Campus Universitário

Ministro Petrônio Portella)

E-mail: eugeniobmj@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar a relação do perfil obstétrico com o óbito fetal em um hospital de referência na cidade do Recife. Método: estudo retrospectivo, descritivo, com corte transversal e abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência para gestação de alto risco no Recife-PE. A população foi composta por todos os casos de óbitos fetais ocorridos no hospital no período de março a setembro de 2020. A amostra foi composta de 60 prontuários. O levantamento de dados foi feito por meio da análise dos prontuários eletrônicos, utilizando-se

de um formulário adaptado com as variáveis do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 4.574.328. Resultados: foram avaliados 60 prontuários de mulheres que tiveram casos de óbito fetal. Em relação ao perfil obstétrico, 85,5% realizaram pré-natal e apenas 21,6% realizaram ≥ 6 consultas. No tocante da relação do perfil obstétrico com o óbito fetal, mostrou-se estatisticamente significativa apenas o hipotireoidismo ($p=0,01$). Entretanto, 20% das mulheres tiveram diabetes, 58,3% tiveram hipertensão e 13,3% pré-eclâmpsia que podem ter influenciado também para os óbitos fetais. Conclusão: a execução de pesquisas semelhantes, com amostras mais significativas, poderá traçar um perfil mais apurado sobre a real situação da assistência pré-natal, condições de vida e saúde das gestantes, bem como das causas de óbitos fetais no Brasil.

Palavras-chave: gravidez, morte fetal, natimorto.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship between the obstetric profile and fetal death in a reference hospital in the city of Recife. Method: a retrospective, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in a reference hospital for high-risk pregnancy in Recife-PE. The population consisted of all cases of fetal death that occurred in the hospital from March to September 2020. The sample consisted of 60 medical records. Data collection was carried out through the analysis of electronic medical records, using a form adapted with the study variables. The project was approved by the Research Ethics Committee, under opinion no. 4,574,328. Results: 60 medical records of women who had cases of fetal death were evaluated. Regarding the obstetric profile, 85.5% had prenatal care and only 21.6% had attended ≥ 6 consultations. Regarding the relationship between obstetric profile and fetal death, only hypothyroidism was statistically significant ($p=0.01$). However, 20% of women had diabetes, 58.3% had hypertension and 13.3% had pre-eclampsia, which may also have influenced fetal deaths. Conclusion: the execution of similar researches, with more significant samples, can draw a more accurate profile on the real situation of prenatal care, living conditions and health of pregnant women, as well as the causes of fetal deaths in Brazil.

Keywords: pregnancy, fetal death, stillborn.

1 INTRODUÇÃO

O óbito fetal (OF) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, pois, o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar qualquer outro sinal de vida indica o óbito (BRASIL, 2006; WHO, 2016).

No entanto, somente quando o óbito ocorre a partir da vigésima semana gestacional é que o feto receberá declaração de óbito e fará parte do cálculo do coeficiente de natimortalidade. Calcula-se que ocorram anualmente cerca de 2,6 milhões de OF, entre os quais 98% ocorrem em países de baixa e média renda (BERNIS et al., 2016).

No Brasil, apenas em 1983, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que considera a mulher como sujeito ativo em um contexto social, englobando a assistência nas alterações clínico-ginecológicas; no controle do pré-natal, parto e puerpério; nas doenças sexualmente transmissíveis; no câncer cérvico-uterino e mamário; na concepção e contracepção, desde a adolescência até a terceira idade (GBD, 2016; ASSIS, 2013).

No que se refere ao OF, os estudos ainda são escassos, quando comparados àqueles que tratam da mortalidade infantil como um todo. Apesar de a vigilância e prevenção do óbito infantil e fetal ser um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, os programas e políticas de saúde ainda focam, em sua maioria, no óbito infantil. Assim, as estratégias implantadas pelo MS, como a Rede Cegonha, ainda há uma curva crescente de casos em algumas regiões brasileiras. Além disso, a subnotificação e a escassez de protocolos para avaliação das causas do óbito, por exemplo, ainda comprometem a visibilidade da real complexidade do problema no país, gerando números subestimados (GIRALDI et al., 2019; SCHRADER, 2017).

Nesse cenário, a promoção da saúde e a identificação dos riscos durante a assistência pré-natal não pode prever as complicações do parto que possam ocorrer durante esse período, contudo, poderão favorecer o prognóstico materno e fetal, pois o risco de OF é aumentado, na presença de fatores de risco associados à gestação, tais como: idade materna superior a 35 anos, consumo de álcool e outras drogas, gravidez múltipla, nuliparidade, obesidade e tabagismo (FIDELES et al., 2022). Por isso, faz-se necessário refletir sobre a gestação e a importância do cuidado profissional, detectando qualquer problema que implicará na necessidade de atenção especializada, com exame e/ou avaliação e seguimentos adicionais e, se necessário, referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo, com isso, minimizaria as probabilidades de mortalidade fetal (RAYBURN, 2015).

Com isso, destaca-se a importância de compreender o histórico do pré-natal e do parto das mulheres que tiveram OF como uma oportunidade de refletir sobre possíveis fragilidades na assistência obstétrica, e assim, nortear para a melhoria da assistência e a prevenção desses óbitos. Desta forma, o estudo teve como objetivo analisar a relação do perfil obstétrico com o OF em um hospital de referência na cidade do Recife-PE.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com corte transversal e abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em um hospital de referência para gestação de alto risco na

cidade do Recife, que atende mulheres por demanda espontânea, bem como por meio da central de regulação de leitos.

A população foi composta por todos os casos de OF ocorridos no hospital no período de março a setembro de 2020. A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2021. O qual se utilizou de um instrumento de coleta, estruturado pela pesquisadora, que foi formulado através das informações fornecidas pelo prontuário eletrônico das mulheres que foram admitidas na instituição. O prontuário forneceu informações relacionadas ao perfil obstétrico e as causas de OF, as quais serviram de base para a construção das variáveis do estudo presente. Para tanto, foram incluídos os prontuários com todos os dados preenchidos corretamente, excluindo os que possuíam dados incompletos para preenchimento do formulário. Dessa forma, totalizaram 60 prontuários como amostra final do estudo.

Os dados foram organizados e processados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Para a análise univariada, foi utilizado o cálculo de frequências absolutas e relativas, além das medidas de tendência central (média e/ou mediana) e de dispersão (desvio padrão e/ou intervalo interquartil). Foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para avaliar a normalidade de distribuição das variáveis quantitativas em relação às suas médias.

Para a análise bivariada, foi aplicado o teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson, cuja finalidade foi verificar a relação dos OF e o perfil obstétrico das mulheres. Foi utilizado o $p < 0,05$ como valor de referência para a significância estatística. Os resultados obtidos foram expostos em forma de tabelas, sendo posteriormente feita a discussão com base na literatura pertinente.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade Pernambucana de Saúde, sendo aprovado sob o parecer nº 4.574.328, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Com base na avaliação dos 60 prontuários, realizaram-se análises descritiva e/ou analítica das variáveis, tais resultados foram descritos a seguir. No que se refere ao perfil obstétrico, à tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis obstétricas da amostra analisada. Chama-se atenção, que cerca de 85% das mulheres realizaram pré-natal, independentemente da quantidade de consultas.

Tabela 1 – Perfil obstétrico das mulheres segundo as variáveis obstétricas.

Variáveis	N	%
1. Fez pré-natal		
Sim	51	85,0
Não	09	15,0
2. Quantidade de consultas		
01 a 05	16	26,7
06 ou mais	13	21,6
Não fez PN	09	15,0
Não sabe	22	36,7
3. Quantidade de gestações		
01	21	35,0
02 a 05	34	56,7
06 a 09	05	8,3
4. Quantidade de abortos		
00	45	75,0
01	11	18,3
02	03	5,0
03	01	1,7
5. Idade gestacional atual		
		35,6 [†] ± 11,1
22 a 29 semanas	12	20,0
30 a 39 semanas	41	68,3
40 a 41 semanas	05	8,3
Não sabe	02	3,3
6. Tipo de parto		
Normal	50	83,3
Cesáreo	10	16,7

FONTE: dados da pesquisa. [†]Média

Em relação à tabela 2, que aborda os problemas apresentados pelas mulheres durante a gestação, os problemas mais identificados foram à hipertensão, internamento e uso de medicamentos, apresentando percentuais de 58,3%, 46,7% e 36,7%, respectivamente.

Acerca dos problemas apresentados durante a gestação conforme mostrado na tabela 2, nenhuma mulher informou ter passado por ameaça de abortamento. Entretanto, 5,0% das mulheres apresentaram histórico de trabalho de parto prematuro.

Sobre as variáveis obstétricas, percebeu-se que houve mais de um problema apresentado durante a gestação e mais de uma causa de internamento dessa gestante, como média de 2,06 e 2,0 respectivamente.

Tabela 2 – Problemas apresentados pelas mulheres durante a gestação.

Variáveis	N	%
Ameaça de abortamento	-	-
Trabalho de Parto Prematuro	03	5,0
Consumo de Álcool	04	6,7
Tabagismo	05	8,3
Uso de Outras Drogas	08	13,3
Diabetes	12	20,0
Hipertensão	35	58,3
Pré-eclâmpsia	08	13,3
Vulvovaginite	03	5,0
Infecção do trato urinário (ITU)	13	21,7
Uso de medicamentos	22	36,7
Doença Infectocontagiosa	08	13,3
Internamento	28	46,7
Hipotireoidismo	01	1,7
Obesidade	01	1,7
Não informado	06	10,0

FONTE: dados da pesquisa.

Dentre os problemas apresentados, também merece destaque os internamentos, sendo causados principalmente por Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) não audíveis (16,7%), elevação da pressão arterial (15,0%) e dor em baixo ventre (13,3%).

Ao analisar a relação do perfil obstétrico com o OF, pode-se observar que houve relação estatisticamente significativa do hipotireoidismo com o OF ($p=0,01$). Os dados são evidenciados na tabela, a seguir:

Tabela 3 – Relação do perfil obstétrico com o óbito fetal.

	Relação com óbito fetal	
	p valor [†]	
Variáveis obstétricas		
Realização de pré-natal		0,493
Quantidade de consultas de pré-natal		0,680
Quantidade de gestações		0,644
Quantidade de abortos		0,456
Idade gestacional		0,383
Trabalho de parto pré-maturo		0,591
Consumo de álcool		0,110
Tabagismo		0,355
Uso de outras drogas		0,542
Diabetes		0,392
Hipertensão		0,828
Pré-eclâmpsia		0,649
Vulvovaginite		0,769
ITU		0,642
Uso de medicamentos		0,982
Doença infectocontagiosa		0,273
Internamento		0,258
Hipotireoidismo		0,010
Obesidade		0,466
Escotomas		0,601
Epigastralgia		0,601
Redução/Ausência da Movimentação Fetal		0,117
Sangramento		0,831
Dor em Baixo Ventre		0,965
BCF não audível		0,267
PE grave		0,466
Indução de TP		0,601
Crise convulsiva		0,601
RPMO		0,466
Hiperglicemia		0,466
Queda da própria altura		0,601
Obesidade		0,466
Bradycardia Fetal		0,466
Hipertireoidismo		0,601
Epilepsia		0,601
TP ativo		0,601
Tipo de parto		0,487

FONTE: dados da pesquisa.
[†]Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson.

4 DISCUSSÃO

No que concerne ao perfil obstétrico das mulheres desse estudo, 48,3% realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal. E apenas 21,6% das mulheres realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza que toda gestante deve fazer, ao menos,

seis consultas de pré-natal e estas devem ser iniciadas ainda no primeiro trimestre (BRASIL, 2012). Tais recomendações não foram visualizadas nos achados dessa pesquisa, conforme já apresentado.

O pré-natal se configura como um conjunto de ações que tem, ao mesmo tempo, caráter diagnóstico, preventivo e curativo, cujo objetivo maior é assegurar a saúde e o bem-estar gestacional, visando o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto negativo à saúde materna, em toda sua complexidade (BRASIL, 2012b).

O estudo caso-controle de Fonseca (2010) investigou os determinantes da mortalidade fetal em uma população usuária dos serviços públicos de uma região do Rio de Janeiro, e considerou o pré-natal adequado como um fator protetor de mortalidade fetal, enquanto violência doméstica, morbidade na gravidez e crescimento fetal restrito aumentaram o risco. O pré-natal se mostrou importante estratégia de redução do risco nesta população.

Apesar do aumento expressivo da cobertura pré-natal nos últimos anos, chegando a atingir percentuais próximos a 100% em muitas cidades brasileiras, algumas pesquisas apontam o baixo nível de adequação do atendimento, destacando exame físico ineficiente e não realização de exames essenciais para evitar prematuridade e outras complicações fetais e maternas (NUNES et al., 2016; TOMASI et al., 2017; WHO, 2018).

Têm-se identificado falhas que interferem na qualidade do pré-natal e na sua efetividade, tais como baixa cobertura, início tardio, distribuição inadequada das consultas ou em número insuficiente, realização incompleta dos procedimentos preconizados e carência de informações sobre a maternidade de referência para o parto (VIELLAS et al., 2014; COSTA et al., 2021).

Nessa mesma perspectiva, o sobrepeso, o aumento da glicemia que devem ser monitorados no pré-natal, e quando presentes podem aumentar a incidência de pré-eclâmpsia na gravidez, e a chance de desenvolver diabetes e a tolerância diminuída a carboidratos após a gravidez (BRASIL, 2012b). Cerca de 20% das mulheres do estudo presente tiveram diabetes na gestação.

E mesmo com esse percentual, o estudo presente não mostrou relação da diabetes gestacional com OF. Diferente de outro estudo publicado em 2017, que traz as normalidades genéticas e as morbidades maternas, como a hipertensão, patologias placentárias e a diabetes como fatores associados ao OF (MOURA, 2017).

A diabetes pode ocasionar alguns desfechos desfavoráveis, como malformações congênitas e macrosomia fetal, além de complicações neonatais, como hipoglicemia pós-parto, hiperbilirrubinemia e síndrome de angústia respiratória. Dessa forma, realizar o manejo e

controle adequados da glicemia durante a gestação é de suma importância para prevenir complicações para a gestante e o conceito (ABI-ABIB, 2014).

O principal problema apresentado pelas mulheres durante a gestação foi decorrente da elevação da pressão arterial (58,3%). Nesse contexto clínico, destaca-se a necessidade de um maior monitoramento do binômio gestante-conceito, de forma a minimizar os riscos de morbimortalidade, uma vez que a hipertensão arterial durante a gestação é, muitas vezes, consequência da pré-eclâmpsia, distúrbio responsável grandes números de mortes maternas e fetais por ano, em todo o mundo (CORTINHAS et al., 2019; ARRUDA; FREITAS; MACIEL, 2021).

A internação em casos de SHEG (Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação) se faz necessário e, para a diminuição de agravos, os cuidados de enfermagem se tornam essenciais, tais como: a aferição dos níveis pressóricos quatro vezes ao dia, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo; repouso no leito nesta mesma posição; medição diária de peso; avaliação cotidiana da proteinúria; controle da diurese nas 24 horas; orientações para verificação materna diária dos movimentos fetais; e observação pelos profissionais de saúde dos sinais e sintomas clínicos da SHEG (AGUIAR et al., 2010; SOARES et al., 2021).

Uma das consequências da SHEG é o risco de trabalho de parto prematuro, o qual representou 5% dos problemas apresentados pelas mulheres do estudo presente. A internação é necessária e o papel do enfermeiro será justamente desenvolver um plano de cuidados que envolva o bem-estar da mãe e do bebê, para que se prolongue a gestação até o amadurecimento dos sistemas do feto (DUARTE; FREIRE; OLIVEIRA, 2015).

Os OF são frutos das morbidades maternas, bem como das falhas na assistência pré-natal e no parto, sendo, até pouco tempo, considerados “invisíveis”, devido à baixa atenção dada por pesquisadores e gestores. Entretanto, devido ao fato de suas causas serem consequentes de causas, também, maternas, faz-se necessário um olhar mais minucioso, visando identificar as necessidades e planejar intervenções específicas na atenção pré-natal e do parto (LANSKY, 2013; LAWN et al., 2016; FERREIRA et al., 2019).

Algumas outras condições identificadas nesse estudo, como a diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia e ITU também podem estar relacionados com os OF. Esses achados corroboram com o estudo de Couto et al.(2020) que trouxe em seus resultados que as patologias/fatores de risco durante a gravidez e que foram associados aos OF: hipertensão arterial/SHEG (33,1%), hemorragia/ descolamento prematuro de placenta/placenta prévia (31,1%), infecção urinária (20,1%), trabalho de parto prematuro (18%), oligodramnio (17,3%), doenças sexualmente transmissíveis (16,5%) e diabetes gestacional (6,8%).

A partir desse cenário, a caracterização dos fatores associados à ocorrência do OF, aliado ao conhecimento do seu perfil em determinado local, proporcionam a criação ou readequação de protocolos que objetivam o seu controle e que sejam adaptados ao contexto local (SCHRADER, 2017).

O estudo Nascer no Brasil, pesquisa nacional sobre parto e nascimento avaliou, entre outros tópicos, dados da estrutura de uma amostra de maternidades no Brasil, cujos resultados encontrados retratam grandes inadequações da estrutura hospitalar que podem interferir na qualidade do processo de assistência ao parto e ao nascimento, com potencial para elevar a ocorrência de resultados desfavoráveis (BITTENCOURT et al., 2014).

Os resultados desta pesquisa mostraram a relação do hipotireoidismo com o OF ($p=0,01$). Entretanto, esse achado não representa a única condição relevante, que tem como consequência o OF. A partir desses dados, pode-se correlacionar com a literatura no tocante que durante a gestação, os níveis dos hormônios tireoidianos (T3 e T4) diminuem, o que pode acarretar complicações obstétricas, como: hipertensão materna, pré-eclâmpsia, deslocamento prematuro da placenta, aborto espontâneo, anemia, hemorragia pós-parto, disfunção cardíaca ventricular e OF (NAZARPOUR et al., 2015).

A partir do exposto, considera-se que a vigilância do OF apresenta deficiências e dificuldades operacionais, como dificuldade de preenchimento das Declarações de Óbito, mas contribui de sobremaneira no processo investigativo na qualificação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Faz-se necessário, o desenvolvimento do pensamento crítico sobre o papel da vigilância do óbito e a importância de informações completas, fidedignas e oportunas para o planejamento das ações de melhoria na qualidade do cuidado integrado da assistência ao pré-natal e parto, a fim de prevenir novas mortes e reduzir a natimortalidade (MARIA; ARAÚJO, 2017; SILVA et al., 2020).

Diante dessas informações, destacamos e reforçamos a importância de uma assistência pré-natal e intraparto de alta qualidade, educação continuada dos médicos e da equipe multiprofissional e investimentos nos comitês de investigação de OF para reduzir suas taxas no Brasil (BARROS et al., 2019).

5 CONCLUSÃO

Os resultados constantes neste estudo determinam que o objetivo proposto fosse alcançado, uma vez que permitiram analisar a relação do perfil obstétrico com o OF, na instituição hospitalar. Observou-se que a relação do perfil obstétrico com o OF só se mostrou

estatisticamente significativa com o hipotireoidismo ($p=0,01$). Embora, a diabetes, hipertensão e pré-eclâmpsia tenham uma possível correlação com os OF dessa pesquisa.

Como limitações desse estudo, pode-se destacar pequena quantidade de prontuários analisados. Entretanto, sua relevância se destaca pelo fato de apresentar, nos resultados, dados importantes e preocupantes, acerca perfil obstétrico da amostra, uma vez que foi possível perceber lacunas na assistência pré-natal. Assim, a execução de pesquisas semelhantes, com amostras mais significativas podem corroborar com os resultados analisados.

Da mesma forma, coletar dados em outras instituições, servirá como comparativo entre diferentes instituições de saúde (públicas e privadas), bem como traçar um perfil mais apurado sobre a real situação da assistência pré-natal, condições de vida e saúde das gestantes, bem como das causas de OF no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABI-ABIB, R. C. et al. Diabetes na gestação. *Revista HUPE*, v. 13, n. 3, p. 40-47, 2014.
- ARRUDA, M. B.; FREITAS, M. E. J.; MACIEL, C. C. C. The importance of prenatal care in the detection and follow-up of 4 important diseases that affect the pregnancy-puerperium cycle. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 5, p. 20442-20448, 2021.
- ASSIS, H. M. Mortalidade fetal: um estudo para os óbitos evitáveis ocorridos no Município de Belo Horizonte, 2008-2010 Tese (Doutorado em Demografia). 88 f. 2013. Universidade Federal de Minas Gerais - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Belo Horizonte, 2013.
- AGUIAR, M. I. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. *Rev Rene Fortaleza*. v.11, n.4, p.66-75. 2010.
- BARROS, P. D. S., et al. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.53, p.1-10, 2019.
- BERNIS, L. et al. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet*, v. 13, n. 387, p. 703-716, 2016.
- BITTENCOURT, S. D. D. A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, S208- S219. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Em que situações emitir a DO. In: Declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília; 2006. v. 1. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.
- CORTINHAS, A. B. B. et al. Pré-eclâmpsia e mortalidade materna. *Revista Caderno de Medicina*. v.2, n.1, p. 63-73. 2019.
- COSTA, A. C. C. et al. Estado nutricional de gestantes de alto risco em uma maternidade pública e sua relação com desfechos materno-fetais. *Para Res Med J*. v.5, e.02, 2021.
- COUTO, M. B. F. et al. Análise dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência. *Research, Society and Development*. v.9, n.10, e6979108599, 2020.
- DUARTE, M. M.; FREIRE, E. E.; OLIVEIRA, J. F. Assistência de Enfermagem à gestante em trabalho de parto prematuro. *Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. v. 3, n.1, Ano E, 2015.
- FERREIRA, A. et al. Evitabilidade do óbito infantil e fetal: interlocução entre comitê e atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm*, v. 24, e56649, 2019.

FIDELES, A. A. D. et al. Preventable causes of fetal death at the Santa Casa de Misericórdia in Juiz de Fora, MG - Brazil, in the period from 2017 to 2019. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 1, p. 1518-1535, 2022.

FONSECA, S. C; COUTINHO E. S. F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública*. v.26, n.2. 2010.

GIRALDI, L. M. et al. Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. *J. Bras. Patol. Med. Lab*, v. 55, n. 1, p. 85-98, 2019.

GLOBAL BURDEN DISEASE (GBD). Mortality Collaborators. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, v. 390, n. 10100, p. 1084-150, 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31833-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31833-0)> Acesso em: 31.07.2020

LANSKY, S. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis. In: BITTENCOURT, S. et al. *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 1. p. 123-133.

LAWN, J. E. et al. Stillbirths; rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*, v. 387, p. 587-603, 2016.

MARIA, L. F. B. S., & ARAÚJO, T. V. B. D. Um olhar sobre a vigilância dos óbitos fetais do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, em 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3415-3428, 2017.

MOURA, B. L. A. Gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo: desfechos de uma coorte de dados secundários. Dissertação (Doutorado) - Universidade de São Paulo, 2017.

NAZARPOUR, S. et al. Thyroid dysfunction and pregnancy outcomes. *Iran J Reprod Med*, v. 13, n. 7, p 387-396, 2015.

NUNES, J. et al. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

RAYBURN, W. F; JOLLEY, J. A; SIMPSON, L. L. Advances in ultrasound imaging for congenital malformations during early gestation. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, v. 103, n. 4, p. 260-8, 2015.

SCHRADER, G. Perfil epidemiológico e evitabilidade dos óbitos fetais de mulheres residentes em um município da região Sul do Brasil. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade do Sul de Santa Catarina, 2017.

SILVA, L. S. M. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico dos óbitos fetais de gestantes residentes em um município do estado do Maranhão. *REAS/EJCH*. v.45, e.3113, 2020.

SOARES, L.G. et al. Fatores associados à síndrome hipertensiva da gestação: análise múltipla em modelos hierarquizados. *R. pesq.: cuid. fundam. Online*, v.13, p. 626-633, 2021.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica*, v. 33, n. 3, 2017.

VIELLAS, E. F, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*, v.30, (Supl. 1), S85-S100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: WHO; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf;jsessionid=FD2A52D828C5D2345C38358E555517CF?sequence=1>. Acesso em: 02 jul. 2021.