

**Perfil epidemiológico das malformações fetais das regiões 29 e 30 da 16ª Coordenadoria  
Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul**

**Epidemiological profile of fetal malformations of regions 29 and 30 of the 16th Regional  
Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul**

**Perfil epidemiológico de malformaciones fetales de las regiones 29 y 30 de la 16ª  
Coordinación Regional de Salud del Estado de Rio Grande do Sul**

Recebido: 31/01/2020 | Revisado: 11/02/2020 | Aceito: 23/02/2020 | Publicado: 20/04/2020

**Letícia Petuco**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8881-9277>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: [lpetuco@gmail.com](mailto:lpetuco@gmail.com)

**Paula Michele Lohmann**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8429-9155>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: [paulalohmann@univates.br](mailto:paulalohmann@univates.br)

**Camila Marchese**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7132-4323>

Universidade do Vale do Taquari, Brasil

E-mail: [paulalohmann@univates.br](mailto:paulalohmann@univates.br)

**Resumo**

O período da gestação é marcado por grandes transformações. É uma vivência intensa, de sentimentos contrastantes e dúvidas. Com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados no pré-natal, parto e ao recém-nascido, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha. Todavia, alguns eventos inesperados podem ocorrer, como o óbito fetal. O objetivo deste estudo foi traçar um perfil dos fatores sociodemográficos das mães cujas gestações evoluíram para óbitos fetais devido a malformações congênitas, caracterizar as condições das gestações e analisar as gestações que evoluíram para óbitos fetais devido a malformações congênitas. Trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo com abordagem quali-quantitativa, onde foram utilizadas informações das Fichas de Investigação de óbitos fetais do Comitê de Mortalidade Fetal e Infantil, analisando o período de 2014 a 2018. Os principais resultados foram que a maioria das mães possuem idade maior de 35 anos, de raça branca, possuem

ensino fundamental, residem com o pai da criança ou companheiro, possuem trabalho remunerado, residem em área urbana, não fazem uso de fumo, álcool ou outras drogas, fizeram uso de algum tipo de medicamento durante a gestação e não apresentavam nenhuma doença crônica ou outras. Sobre as variáveis da gestação, observou-se que maioria dos óbitos fetais por malformação ocorreu na primeira gestação destas mulheres, não tiveram abortos anteriores, a gestação que evoluiu para óbito fetal por malformação foi uma gestação planejada, iniciaram o pré-natal com sete semanas, tiveram sete consultas de pré-natal, não apresentaram nenhuma doença adquirida na gestação investigada e escolherem o setor público para a realização do acompanhamento de pré-natal. Quanto ao feto, observou-se que a maioria era do sexo masculino, sendo classificados como óbitos não evitáveis, apenas quatro casos como evitáveis e o tipo de malformação congênita, tem-se a cardíaca como a mais evidente nos casos analisados. Com os resultados, espera-se tornar visível a atual situação de mortalidade fetal da região e a partir daí traçar estratégias de prevenção e evitabilidade desses óbitos, diminuindo assim seus índices.

**Palavras-chave:** Mortalidade fetal; Malformação; Congênita.

### **Abstract**

The gestation period is marked by major changes. It is an intense experience, with contrasting feelings and doubts. In order to improve the quality of care in prenatal care, childbirth and the newborn, the Ministry of Health established the Rede Cegonha. However, some unexpected events can occur, such as fetal death. The objective of this study was to outline a profile of the sociodemographic factors of mothers whose pregnancies evolved to fetal deaths due to congenital malformations, to characterize the conditions of pregnancies and to analyze pregnancies that evolved to fetal deaths due to congenital malformations. This is a cross-sectional, exploratory, descriptive study with a qualitative and quantitative approach, using information from the Fetal and Infant Mortality Committee Investigation Forms, analyzing the period from 2014 to 2018. The main results were that most of the mothers are over 35 years old, white, have elementary education, live with the child's father or partner, have paid work, live in an urban area, do not use tobacco, alcohol or other drugs, have used any type of medication during pregnancy and did not have any chronic or other diseases. Regarding pregnancy variables, it was observed that most fetal deaths from malformation occurred in the first pregnancy of these women, had no previous abortions, the pregnancy that evolved to fetal death from malformation was a planned pregnancy, started prenatal care at seven weeks, had seven prenatal consultations, did not present any disease acquired during the investigated

pregnancy and chose the public sector to carry out prenatal care. As for the fetus, it was observed that the majority were male, being classified as non-preventable deaths, only four cases as preventable and the type of congenital malformation, cardiac was the most evident in the cases analyzed. With the results, it is expected to make visible the current situation of fetal mortality in the region and from there to outline strategies for the prevention and avoidability of these deaths, thus reducing their rates.

**Keywords:** Fetal mortality; Malformation; Congenital.

### **Resumen**

El período de gestación está marcado por cambios importantes. Es una experiencia intensa, con sentimientos y dudas contrastantes. Con el fin de mejorar la calidad de la atención en la atención prenatal, el parto y el recién nacido, el Ministerio de Salud estableció la Rede Cegonha. Sin embargo, pueden ocurrir algunos eventos inesperados, como la muerte fetal. El objetivo de este estudio fue describir un perfil de los factores sociodemográficos de las madres cuyos embarazos evolucionaron a muertes fetales debido a malformaciones congénitas, caracterizar las condiciones de los embarazos y analizar los embarazos que evolucionaron a muertes fetales debido a malformaciones congénitas. Este es un estudio descriptivo, transversal, exploratorio, con un enfoque cualitativo y cuantitativo, que utiliza información de los formularios de investigación del Comité de Mortalidad Fetal e Infantil, analizando el período de 2014 a 2018. Los principales resultados fueron los que de las madres tienen más de 35 años, son blancas, tienen educación primaria, viven con el padre o la pareja del niño, tienen trabajo remunerado, viven en un área urbana, no usan tabaco, alcohol u otras drogas, han usado tipo de medicamento durante el embarazo y no tuvo ninguna enfermedad crónica u otra. Con respecto a las variables del embarazo, se observó que la mayoría de las muertes fetales por malformación ocurrieron en el primer embarazo de estas mujeres, no tuvieron abortos previos, el embarazo que evolucionó a muerte fetal por malformación fue un embarazo planificado, comenzó la atención prenatal a las siete semanas, tuvo siete consultas prenatales, no presentó ninguna enfermedad adquirida durante el embarazo investigado y eligió el sector público para llevar a cabo la atención prenatal. En cuanto al feto, se observó que la mayoría eran varones, clasificándose como muertes no prevenibles, solo cuatro casos como prevenibles y el tipo de malformación congénita, el cardíaco fue el más evidente en los casos analizados. Con los resultados, se espera hacer visible la situación actual de mortalidad fetal en la región y, a partir de ahí, esbozar estrategias para la prevención y evitación de estas muertes, reduciendo así sus tasas.

**Palabras clave:** Mortalidad fetal; Malformación; Congénito.

## 1. Introdução

O período da gestação é marcado por grandes transformações, tanto para a mulher, como para seu parceiro e família. É uma vivência intensa, que por vezes provoca sentimentos contrastantes, além da ansiedade e das inúmeras dúvidas. Tais sentimentos são indiferentes ao fato de ter planejado a gestação ou não (Brasil, 2018).

Com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados no pré-natal, parto e ao recém-nascido (RN), reduzir as taxas de morbimortalidade materno-infantil e qualificar as Redes de Atenção Materno Infantil no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha, que tem como objetivo formar a estrutura dos cuidados materno-infantis no território nacional, além de propor uma série de mudanças que implicam diretamente no parto e nascimento, na articulação da rede, na qualificação das equipes de atenção primária, entre outros (Brasil, 2012).

Todavia, eventos inesperados podem acontecer, na gestação ou no momento do parto, acarretando em danos, muitas vezes irreversíveis. Segundo o MS, óbito fetal/natimorto se caracteriza pela morte do conceito antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, indiferente do tempo da gestação, com peso ao nascer a partir de 500g e/ou 22 semanas de idade gestacional (Brasil, 2009).

A classificação dos óbitos fetais pode ser feita em quatro categorias, sendo elas: fetal, placentária, materna e não explicada. Em relação a categoria fetal, se tem 25 a 40% dos óbitos e envolve anomalias cromossômicas, anomalias não cromossômicas, hidropisias não imunes e infecções. Sobre a categoria placentária, esta representa 25 a 35% dos casos e inclui rotura prematura das membranas ovulares, descolamento prematuro da placenta, hemorragia fetomaterna, acidentes do cordão, insuficiência placentária, asfixia intraparto, placenta prévia, transfusão gemelo-gemelar e corioamnionite. Todavia, as causas maternas correspondem 5 a 10% dos casos e abarcam diabetes, alterações hipertensivas, obesidade, idade maior que 35 anos, doenças da tireoide, doenças renais, síndrome de anticorpos antifosfolipídeos, trombofilias, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, infecção e sepses, trabalho de parto prematuro, distúrbios do trabalho de parto, rotura uterina e gravidez prolongada. Em relação a categoria dos não explicados os dados revelam 15 a 35% dos casos (Carrera, Carbonelli, & Fabre, 2007).

A mortalidade fetal tem sido utilizada como indicador para avaliar a assistência

obstétrica e neonatal, bem como a utilização dos serviços de saúde, a fim de colocar em foco o problema e identificar ações de prevenção para a diminuição dos índices. Estes óbitos, em sua maioria, são considerados evitáveis (Brasil, 2009). A Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010, define que óbitos fetais, assim como infantis, devem ser obrigatoriamente investigados por profissionais da vigilância em saúde e da assistência à saúde com o intuito de contribuir para medidas de prevenção (Brasil, 2010).

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) trazem que, em 2016, o número de óbitos fetais em todo o país era de 30.210 casos, sendo que a região Norte apresenta 3.400 casos, a região Nordeste 10.041 casos, a Sudeste 11.397 casos, a Sul com 3.171 casos e a Centro-Oeste 2.201 casos. Entre as regiões do país, alguns estados se destacam por apresentar os maiores índices de suas regiões, são eles: Pará (1.522 casos), Bahia (2.930 casos), São Paulo (5.458 casos), Rio Grande do Sul (1.244 casos) e Goiás (851 casos). Tais dados reafirmam mais uma vez as diferenças existentes entre os estados do Brasil, por causas sociais, epidemiológicas, culturais, de renda, cobertura da assistência no pré-natal e nascimento, entre outras (Brasil, 2019).

De acordo com estudo realizado pelo MS em 2012, é possível observar que do ano de 2000 a 2011, os índices de mortalidade infantil apresentaram queda significativa, passando de 26,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos, em 2000, para 15,3 por mil nascidos vivos, em 2011, o que representa uma redução de 41,5%. Porém, tal estudo traz dados passíveis de reflexão pois revela que, em 2011, 25% dos óbitos infantis ocorreram nas primeiras 24 horas de vida e, quando se considera os nascimentos antes das 37 semanas de gestação, este índice sobe para 65% dos óbitos. Outro dado que merece ser olhado é sobre as principais causas de óbito em 2011; o estudo traz que 20% estão relacionadas a malformações congênitas, seguidas de prematuridade (18,5%), infecções perinatais (12,2%), asfixia/hipóxia (10,4%), fatores maternos relacionados à gravidez (9,2%) e infecções da criança (8,2%) (Brasil, 2012).

Estudo semelhante ao mencionado no parágrafo anterior foi realizado no ano de 2016 pelo MS, porém, mais assuntos que estavam em foco naquele ano foram contemplados. Os dados mostram que as malformações congênitas lideram o segundo lugar no índice, correspondendo a 22% dos óbitos infantis no Brasil. Também se destaca os índices de mortalidade nas primeiras 24 horas de vida, onde os fatores maternos correspondem a 69% dos óbitos e as malformações congênitas 22%. Ao analisar os períodos neonatais precoces e neonatais tardios, se tem a significativa presença de fatores maternos e perinatais, o que responde por 70% e 62% dos óbitos e, em seguida, as malformações congênitas, com 19% e 23% dos óbitos. Já no período pós-neonatal, as malformações congênitas (27%) (Brasil,

2017).

Ainda neste estudo, ressalta-se o aumento do número de casos de sífilis em gestantes adolescentes, evoluindo de 2,1 para 10,3 casos a cada mil nascidos vivos. Quanto a sífilis congênita em menores de 1 ano, também se destaca um número significativo, de 1,7 para 6,1 casos por mil nascidos vivos, sendo destacado pelo autor como uma das taxas mais elevadas de mortalidade em crianças menores de 1 ano entre mães adolescentes. Revela que em 2013, o índice geral de mortalidade por sífilis congênita foi de 5,5 casos a cada 100 mil nascidos vivos, todavia, entre as mães adolescentes, este número cresceu para 9,5 casos por 100 mil nascidos vivos. Neste estudo também surgem dados em relação a microcefalia, onde no período de 2000 a 2014, foram registrados 2.464 nascidos vivos com microcefalia no Brasil; já em 2015 este número aumentou nove vezes (Brasil, 2017).

Considerando estas informações, o objetivo da pesquisa foi traçar um perfil dos fatores sociodemográficos das mães cujas gestações evoluíram para óbitos fetais devido a malformações congênitas, caracterizar as condições das gestações e analisar as gestações que evoluíram para óbitos fetais devido a malformações congênitas.

## **2. Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal de natureza quantitativa. Para Pereira, Shitsuka, Parreira e Shitsuka (2018), quanto aos métodos quantitativos, realiza-se a coleta de dados quantitativos ou numéricos, sendo que neste tipo de estudo são gerados conjuntos ou massas de dados que podem ser analisados por meio de porcentagens, estatísticas e probabilidades e métodos numéricos.

A população pesquisada foram mulheres, cujas gestações evoluíram para óbito fetal por malformações congênitas residentes nas regiões 29 e 30 da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. Esta regional abarca 37 municípios com uma estimativa de 325.412 mil habitantes e está sediada no município de Lajeado.

Foram utilizadas informações das Fichas de Investigação de óbitos fetais e infantis da regional de saúde, analisando um período de cinco anos, de 2014 a 2018. Para a coleta dos dados, a pesquisadora utilizou um instrumento que continha as seguintes informações: idade, escolaridade, ocupação, área de residência, hábitos de vida e doenças maternas; infecções; assistência no pré-natal; complicações na gestação; idade gestacional; entre outras informações, tanto os dados secundários como os dados das fichas de investigação.

Os dados foram analisados por meio de tabelas, estatísticas descritivas e pelos testes

estatísticos: Teste de Associação Exato de Fisher e Teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e o software utilizado para esta análise foi o SPSS, versão 22.0.

Em conformidade com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (Brasil, 2016), a pesquisa respeita os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com dados de sistemas de informação e demais documentos. Inicialmente foi enviada carta de anuência solicitando permissão ao coordenador da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde a fim de acessar as Fichas de Investigação do Comitê de Mortalidade Infantil, bem como a pesquisadora assinou o termo de utilização de dados.

### 3. Resultados

O estudo foi composto por 148 fichas de investigação, do período de 2014 a 2018, sendo que, destas, 26 foram incluídas no estudo, pois apresentavam óbito fetal por malformação.

Dos 26 casos, 16 (61,5%) eram da região 29, que contempla os municípios de Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro e Vespasiano Corrêa, e 10 casos (38,5%) da região 30, na qual estão inseridos os municípios de Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia e Westfália. Os anos de maior ocorrência foram 2017 e 2018, conforme pode se observar na Tabela 1:

**Tabela 1.** Região e período do estudo.

Variável	Resposta	Casos	
		n	%
Região	29	16	61,5
	30	10	38,5
Ano	2014	2	7,7
	2015	4	15,4
	2016	6	23,1
	2017	7	26,9
	2018	7	26,9

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Quanto ao perfil das gestantes, pode-se observar na Tabela 2 que possuem idade maior de 35 anos (42,3%), raça branca (73,1%), ensino fundamental (46,2%), residem com o pai da criança ou companheiro (92,3%), possuem trabalho remunerado (65,4%), residem em área urbana (84,6%), não fazem uso de fumo, álcool ou outras drogas (73,1%), fizeram uso de algum tipo de medicamento durante a gestação (57,7%) e não apresentavam nenhuma doença crônica ou outras (57,7%).

**Tabela 2.** Perfil das gestantes.

Variável	Resposta	Casos	
		n	%
Faixa etária (anos)	< 25	7	26,9
	25 - 35	8	30,8
	> 35	11	42,3
Raça	Branca	19	73,1
	Preta	2	7,7
	Não consta	5	19,2
Escolaridade	Ensino Fundamental	12	46,2
	Ensino Médio	6	23,1
	Ensino Superior	8	30,8
Reside com pai da criança ou companheiro	Não	2	7,7
	Sim	24	92,3
Possui trabalho remunerado	Não	4	15,4
	Sim	17	65,4
	Não informado	5	19,2
Local de residência	Rural	4	15,4
	Urbano	22	84,6
Uso de fumo, álcool, outras drogas	Não	19	73,1
	Sim	2	7,6
	Não consta	5	19,2
Uso de medicamento	Não	7	26,9
	Sim	15	57,7
	Não informado	4	15,4
Doença crônica ou outras	Não	15	57,7
	Sim	7	26,9
	Não informado	4	15,4

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Quanto aos dados gestacionais, observa-se que a maioria dos óbitos fetais por malformação ocorreu na primeira gestação destas mulheres, sendo 13 casos (50%). Também se observa que estas mulheres não tiveram abortos anteriores (92,3%); das gestantes que não eram primigestas, em 22 casos (84,6%) não tiveram intercorrências na gestação anterior; dos



26 casos, em 13 deles (50%) a gestação que evoluiu para óbito fetal por malformação foi planejada, e 11 (42,3%) não foi planejada. Em relação a idade gestacional em que estas mulheres iniciaram o pré natal, pode-se observar que 5 casos (19,2%) iniciaram o pré-natal com 7 semanas, 6 casos (23,1%) tiveram 7 consultas de pré natal, 14 gestantes (53,8%) não apresentaram nenhuma doença adquirida na gestação investigada e 14 mulheres (53,8%) escolherem o setor público para a realização do acompanhamento de pré natal, conforme Tabela 3.

**Tabela 3.** Descrição das variáveis relacionadas à gestação.

Variável	Resposta	Casos		
		n	%	
Nº de gestações	1	13	50,0	
	2	7	26,9	
	3	4	15,4	
	4	2	7,7	
Nº Abortos	0	24	92,3	
	1	1	3,8	
	2	1	3,8	
Intercorrência na(s) gestação anterior	Não	22	84,6	
	Sim	4	15,4	
Gestação atual planejada	Não	11	42,3	
	Sim	13	50,0	
	Não informado	2	7,7	
Idade gestacional em que iniciou pré-natal	5	4	15,4	
	7	5	19,2	
	8	3	11,5	
	9	4	15,4	
	10	4	15,4	
	11	1	3,8	
	12	2	7,7	
	13	1	3,8	
	Nº de consultas de pré-natal realizadas	3	1	3,8
		4	1	3,8
5		3	11,5	
6		3	11,5	
7		6	23,1	
8		4	15,4	
9		2	7,7	
10		1	3,8	
13		1	3,8	
15		1	3,8	
Doença adquirida na gestação investigada	Não	14	53,8	
	Sim	7	26,9	
	Não informado	5	19,2	
Local de realização do pré-natal	Privado	10	38,5	
	Público	14	53,8	
	Público + Privado	1	3,8	
	Não realizou pré-natal	1	3,8	

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Sobre a descrição das variáveis relacionadas ao feto, observa-se, de acordo com a Tabela 4, que a maioria era do sexo masculino, 15 casos (57,7%), 18 casos (69,2%) foram classificados como não evitáveis e quatro casos (15,4%) como evitáveis.

**Tabela 4.** Descrição das variáveis relacionadas ao feto

Variável	Resposta	Casos	
		n	%
Sexo	Feminino	10	38,5
	Masculino	15	57,7
	Não consta	1	3,8
Óbito evitável ou não evitável	Evitável	4	15,4
	Não evitável	18	69,2
	Inconclusivo	1	3,8
	Não consta	3	11,5

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Em relação ao tipo de malformação congênita, tem-se a malformação cardíaca como a mais evidente nos casos analisados, sendo 7,7%, conforme Tabela 5.

**Tabela 5.** Tipo de malformação congênita.

Malformação congênita	Casos	
	n	%
Agenesia unilateral do rim	1	3,8
Cardiopatía (defeito septal atrioventricular total tipo A de Rastelli; insuficiência leve de valva atrioventricular direita; trissomia do 21	2	7,7
Defeito do septo e atrioventricular	1	3,8
Face sindrômica	1	3,8
Gastrosquise	1	3,8
Hemorragia craniana fetal de causa desconhecida	1	3,8
Hidrocefalia	1	3,8
Hipóxia intraútero; hidropsia fetal; trissomia do 21	1	3,8
Holoprosencefalia semi-lobar	1	3,8
Lábio leporino + fenda palatina e síndrome de Wolf	1	3,8
Malformação cardíaca	2	7,7
Malformação cardíaca e cerebral	1	3,8
Malformação cardíaca grave, cardiomegalia, oligodramio, hidropsia fetal	1	3,8
Malformação da face; órbita por sífilis congênita	1	3,8
Malformação não especificada do coração, malformação congênita não especificada do sistema nervoso	1	3,8
Malformação nas mãos e síndrome de Down	1	3,8
Malformações congênitas múltiplas, não classificadas em outra parte	1	3,8
Onfalocele	1	3,8
Outras deformidades congênitas do PE. Outras deformidades congênitas do crânio, face e mandíbula. Malformações congênitas não específicas. Ausência congênita e hipoplasia de artéria umbilical não evitável	1	3,8
Parada cardíaca; prematuridade extrema; espinha bífida; hidrocefalia	1	3,8
Pentalogia de Cantrel	1	3,8
Síndrome de Down	2	7,7
Tetrassomia 13	1	3,8
Total	26	100,0

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

**Tabela 6.** Medidas Descritivas das variáveis quantitativas de estudo.

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	26	18,00	47,00	31,27	8,56
Nº de gestações	26	1,00	4,00	1,81	0,98
Nº Abortos	26	0,00	2,00	0,12	0,43
Idade gestacional início pré-natal	24	5,00	13,00	8,46	2,30
Nº de consultas pré-natal	23	3,00	15,00	7,39	2,68
Peso (kg)	26	0,105	4,489	1,464	1,023

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

**Tabela 7.** Comparações com a variável Óbito (evitável ou não).

Variável	Resposta	Óbito				p
		Evitável		Não evitável		
		n	%	n	%	
Faixa etária (anos)	< 25	2	50,0	4	22,2	0,638 <sup>NS</sup>
	25 - 35	1	25,0	6	33,3	
	> 35	1	25,0	8	44,4	
Nº de gestações	1	2	50,0	8	44,4	0,336 <sup>NS</sup>
	2	2	50,0	4	22,2	
	3 ou >	-	-	6	33,3	
Intercorrência na(s) gestação anterior	Não	4	100,0	14	77,8	0,554 <sup>NS</sup>
	Sim	-	-	4	22,2	
Gestação atual planejada	Não	2	50,0	8	47,1	1,000 <sup>NS</sup>
	Sim	2	50,0	9	52,9	
Idade gestacional em que iniciou pré-natal	< 10	3	100,0	11	61,1	0,521 <sup>NS</sup>
	10 ou >	-	-	7	38,9	
Doença crônica ou outras	Não	3	75,0	11	68,8	1,000 <sup>NS</sup>
	Sim	1	25,0	5	31,3	
Uso de medicamento	Não	2	50,0	5	33,3	0,603 <sup>NS</sup>
	Sim	2	50,0	10	66,7	
Doença adquirida na gestação investigada	Não	3	75,0	9	64,3	1,000 <sup>NS</sup>
	Sim	1	25,0	5	35,7	
Uso de fumo, álcool, outras drogas	Não	3	75,0	13	92,9	0,405 <sup>NS</sup>
	Sim	1	25,0	1	7,1	
Faixa de Peso do feto (kg)	< 1	3	75,0	7	38,9	0,478 <sup>NS</sup>
	1 - 2	-	-	4	22,2	
	> 2	1	25,0	7	38,9	
Raça	Branca	3	100,0	13	86,7	1,000 <sup>NS</sup>
	Preta	-	-	2	13,3	
Nº de consultas de pré-natal realizadas	Até 6	1	33,3	6	35,3	1,000 <sup>NS</sup>
	7 - 8	2	66,7	7	41,2	
	> 8	-	-	4	23,5	

NS – Não significativo

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Através dos resultados do teste de Associação Exato de Fisher verifica-se que nenhuma das variáveis acima está significativamente associada ao óbito evitável ou não evitável.

**Tabela 8.** Comparações com a variável Óbito (evitável ou não).

Variável	Óbito	n	Média	Desvio Padrão	p
Idade	Evitável	4	27,25	9,60	0,386 <sup>NS</sup>
	Não evitável	18	32,33	8,66	
Nº de gestações	Evitável	4	1,50	0,58	0,538 <sup>NS</sup>
	Não evitável	18	2,00	1,08	
Nº Abortos	Evitável	4	0,00	0,00	0,774 <sup>NS</sup>
	Não evitável	18	0,17	0,51	
Idade gestacional início pré-natal	Evitável	3	7,00	2,00	0,221 <sup>NS</sup>
	Não evitável	18	8,72	2,19	
Nº de consultas pré-natal	Evitável	3	6,33	2,08	0,616 <sup>NS</sup>
	Não evitável	17	7,59	2,96	
Peso (kg)	Evitável	4	1,135	0,997	0,484 <sup>NS</sup>
	Não evitável	18	1,600	1,111	

NS – Não significativo

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Por meio dos resultados do teste não-paramétrico Mann Whitney, verifica-se que não existe diferença significativa para os valores das variáveis acima quando comparadas entre os óbitos evitável ou não evitável.

#### 4. Discussão

Através da análise dos dados, foi possível traçar um perfil sociodemográfico das mães cujas gestações evoluíram para óbito fetal. Os dados mostram que são mulheres acima de 35 anos, de raça branca, com ensino fundamental, residindo com o pai da criança ou companheiro, possuem trabalho remunerado, residem em área urbana, não fizeram uso de álcool, cigarro ou outras drogas durante a gestação, fizeram uso de algum tipo de medicamento ao longo da gestação e não apresentavam nenhuma doença crônica ou outra.

A idade materna acima de 35 anos é um fator evidente nos dias atuais, devido a inserção cada vez mais intensa da mulher no mercado de trabalho, a maternidade acaba sendo deixada para mais tarde. Este fenômeno também se evidenciou no estudo de Gravena, Sass, Marcon e Pelloso (2012), no município de Sarandi/PR, onde analisaram 1.255 fichas de

mulheres que tiveram parto no Hospital Metropolitano de Sarandi/PR, e destas, 89,0% tinham entre 20 e 34 anos, sendo que a média da idade das mulheres em estudo variou de 20 a 46 anos.

Em relação a raça, no presente estudo se evidenciou o número de mulheres que se autodeclararam brancas. O mesmo ocorreu no estudo de Andrade (2014), realizado no Ambulatório de Malformação Fetal do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG) do ano de 2009 a 2013, com 74 pacientes atendidos neste hospital, mostrando que a maior porcentagem de malformações fetais foi em bebês cujas mães se autodeclararam brancas, 67,57% (n=50). A escolaridade evidenciada foi que a maioria das gestantes apresentava ensino fundamental, bem como o fato de possuir trabalho remunerado, da mesma forma que o constatado no estudo de Rezende e Souza (2012), realizado no Centro de Atendimento à Mulher de um município do Mato Grosso do Sul, com a participação de 110 gestantes, ao trazer que 43,64% possuíam nível fundamental e 82% possuíam trabalho remunerado.

Segundo o MS, a principal meta do acompanhamento de pré-natal é garantir que a gestação se desenvolva bem. A assistência precoce de cuidados no pré-natal é o principal indicador da qualidade dos cuidados maternos (Brasil, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que o número adequado de consultas deveria ser igual ou superior a seis, o que vem de encontro com o achado através do presente estudo, onde foi constatado que as mulheres iniciaram o pré-natal em torno das 7 semanas e tiveram 7 consultas de pré-natal realizadas, optando pelo acompanhamento na rede pública.

O mesmo foi evidenciado pelo estudo de Santos et al. (2016), em que analisaram informações da Declaração de Nascidos vivos (DNV), Declaração de Óbito (DO) e fichas de investigação de óbito do Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI), arquivadas no Núcleo de informação sobre Mortalidade (NIM) da Secretaria de Saúde Municipal de uma cidade do interior do Paraná, no período de 2000 a 2013, onde as mulheres passaram por mais de sete consultas e 80% utilizaram o serviço público para realização do pré-natal.

## **5. Considerações Finais**

O período da gestação é marcado por intensas transformações e expectativas em relação à chegada do bebê. Em alguns casos, esta espera dá lugar ao sentimento de impotência, quando, por algum motivo, ocorre o óbito fetal.

O MS tem utilizado a mortalidade fetal como indicador para avaliar a assistência obstétrica e neonatal, bem como a utilização dos serviços de saúde, com o intuito de colocar em foco o problema e identificar ações de prevenção para a diminuição dos índices. Estes óbitos, em sua maioria, são considerados evitáveis.

Encontrou-se que a maioria das mães possuem idade maior de 35 anos, de raça branca, possuem ensino fundamental, residem com o pai da criança ou companheiro, possuem trabalho remunerado, residem em área urbana, não fazem uso de fumo, álcool ou outras drogas, fizeram uso de algum tipo de medicamento durante a gestação e não apresentavam nenhuma doença crônica ou outras. Sobre as variáveis da gestação, observou-se que maioria dos óbitos fetais por malformação ocorreu na primeira gestação destas mulheres, não tiveram abortos anteriores, a gestação foi planejada, iniciaram o pré-natal com sete semanas, tiveram sete consultas de pré-natal, não apresentaram nenhuma doença adquirida na gestação investigada e escolherem o setor público para a realização do acompanhamento de pré-natal. Quanto ao feto, observou-se que a maioria era do sexo masculino, sendo classificados como óbitos não evitáveis, apenas quatro casos como evitáveis e o tipo de malformação congênita, tem-se a cardíaca como a mais evidente nos casos analisados.

A mortalidade fetal, em sua maioria dos casos pode ser evitada mantendo um acompanhamento sistemático, e de qualidade, do pré-natal, fornecendo orientações de mudanças de hábitos de vida e cuidados na gestação. No caso das malformações congênicas, pouco se consegue prevenir. Neste estudo, apenas quatro casos foram classificados como evitáveis. A prevenção destes óbitos deve ser o foco do profissional de saúde na assistência de pré-natal, garantindo uma gestação tranquila e a diminuição dos índices de mortalidade fetal.

## Referências

Andrade, M. N. (2014). *Perfil Sociodemográfico e sentimentos vividos por gestantes com malformação fetal*. 77 f. Dissertação de Mestrado, Ciências da Saúde, Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Brasil. (2009). 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*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.



Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010*. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072\\_11\\_01\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html). Acesso em: 27 set. 2019.

Brasil. (2012). 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.

Brasil. (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Caderneta da Gestante*. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistemas de Nascidos Vivos (SINASC). Recuperado em 30 de abril de 2019, em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>

Carrera, J. M., Carbonelli, X., & Fabre, E. (2007). *Recommendations and guidelines for perinatal medicine*. Barcelona: Matres Mundi.

Gravena, A. A. F, Sass, A., Marcon, S. S., & Pelloso, S. M. (2012). Resultados perinatais em gestações tardias. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (1), 15-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a02.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. 3. ed. Santa Maria (RS): UFSM, NTE. Disponível em: <[https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 25 out. 2019.

Rezende, C. L., & Souza, J. C. (2012). Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo inFormação*, 16, 16, 45-69.

Santos, E. P., Ferrari, R. A. P, Bertolozzi, M. R., Cardelli, A. A. M., Godoy, C. B., & Genovesi, F. F. (2016). Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. *Rev Esc Enferm USP*, 50 (3), 390-398.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Letícia Petuco – 50%

Paula Michele Lohmann – 25%

Camila Marchese – 25%