

# CAUSAS E FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO FETAL

## CAUSES AND FACTORS ASSOCIATED TO FETAL DEATH

José Guilherme Cecatti<sup>1</sup>  
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino<sup>2</sup>

### RESUMO

*A despeito de todo o avanço tecnológico existente, a morte fetal não é uma entidade rara. Nos países em desenvolvimento, suas causas mais freqüentes continuam sendo passíveis de controle ou tratamento. Os autores fazem uma revisão quanto à conceituação de morte fetal e sua classificação, incidência e altas cifras nos países em desenvolvimento. Descrevem a epidemiologia da morte fetal anteparto, com abordagem atualizada dos fatores associados. Finalmente, reiteram a necessidade da investigação efetiva da causa da morte, propondo atenção especial durante o pré-natal na busca e eliminação ou atenuação dos fatores associados identificados, além da necessidade de seguimento e tratamento das condições patológicas que podem ocasioná-la.*

**Unitermos:** morte fetal, gravidez, cuidado pré-natal.

### ABSTRACT

*Fetal death is not a rare occurrence despite all modern technological knowledge. The most frequent causes of fetal death continue to be possibly controlled or treated in developing countries. The authors review in this article the concept of fetal death and its classification, incidence and high rates reached in developing countries. They describe the epidemiology of antepartum fetal death with a more modern approach of considering the associated factors. Finally, they reinforce the need of investigating the real cause of fetal death and propose special attention during prenatal care in searching and eliminating or attenuating the associated factors identified. They also emphasize the need for follow-up and treatment of the pathological conditions that may cause it.*

**Keywords:** fetal mortality, pregnancy, prenatal care

### INTRODUÇÃO

Apesar de todos os avanços registrados na Medicina nas últimas décadas, e em especial na Obstetrícia e Neonatologia, as intervenções implementadas durante a gestação com o objetivo de evitar ou diminuir a mortalidade fetal têm tido relativamente pouco êxito, sobretudo em países em desenvolvimento. A morte do

feto ainda dentro do útero materno representa o insucesso do processo gestacional, seja para a mulher, seja para o profissional de saúde encarregado de sua vigilância.

A morte fetal, além de acarretar à gestante ônus psicológico, pode, algumas vezes, determinar importantes complicações decorrentes de hemorragia, coagulopatia e infecção<sup>33,35</sup>. Quando ocorre a retenção do feto morto, existe a possibilidade de desencadeamento de quadro de coagulação intravascular disseminada em decorrência da liberação de produtos tromboplásticos fetais na circulação materna, ou por ativação do sistema

<sup>(1)</sup> Doutor, Professor Assistente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Caixa Postal 6030, 13081-970, Campinas, SP.

<sup>(2)</sup> Mestre, Médica do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo.

de fibrinólise. Neste caso, o problema tende a se manifestar após a retenção do produto conceptual por período superior a cinco semanas e, mesmo assim, em apenas 1 a 2% dos casos. Embora com frequência não muito comum, a possibilidade existe, o que implica na importância de reconhecê-lo<sup>10</sup>.

### CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

Para a maioria dos autores, óbito fetal corresponde à morte antes de sua completa expulsão ou extração a partir de 20 semanas completas de gestação<sup>31</sup>. Alguns autores, entretanto, relatam morte fetal somente em períodos gestacionais mais avançados<sup>17</sup>, ou utilizam critérios que incluem o peso ou o comprimento do feto<sup>15</sup>.

No Brasil, tem-se usado o critério que estabelece como limite as vinte semanas<sup>22,24,27</sup>. LAURENTI<sup>19</sup> classifica a morte fetal em precoce, quando a idade gestacional é inferior a 20 semanas; intermediária, quando a idade gestacional é de 20 a 27 semanas completas; e tardia, quando a idade é de 28 ou mais semanas. Há ainda aqueles que classificam a morte em precoce, quando ocorre entre 20 e 28 semanas, e tardio, a partir de 28 semanas completas<sup>11</sup>.

As mortes fetais também são classificadas, conforme a época de acontecimento, em anteparto e intraparto. Alguns estudos sobre a morte fetal, como o de WERE<sup>40</sup>, incluem em sua casuística as mortes que ocorreram no período intraparto, enquanto que a maioria dos estudos, principalmente quando se referem às causas e fatores de risco para o óbito, exclui a morte fetal intraparto.

### Morte fetal e morte perinatal

A mortalidade perinatal é um indicador de saúde importante para a avaliação do ciclo grávido-puerperal, bem como para a saúde global de uma população. Não havia até pouco tempo, entretanto, uniformidade na definição de sua taxa. A Organização Mundial de Saúde, em 1972, conceituou morte perinatal como a soma dos óbitos intra-uterinos (mortalidade fetal) e neonatais até sete dias, de conceitos com mais de 28 semanas de idade gestacional ou com peso a partir de 1kg. Já o Comitê Perinatal da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, em 1982, definiu-a como a soma das mortes intra-uterinas de conceitos com mais de 22 semanas de idade gestacional ou com peso a partir de 500g, e neonatais até quatro semanas. A partir da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, o período perinatal começa quando se completa a 22ª

semana de gestação e termina quando completados sete dias do nascimento.

A partir daí, a Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia chegaram a um consenso sobre o indicador da mortalidade perinatal, que é medida pela soma das perdas fetais tardias a partir de 22ª semanas com as mortes neonatais até sete dias, dividida pela soma das perdas fetais tardias com o número de nascidos vivos. Verifica-se, então, que ficam prejudicadas as comparações com estudos anteriores a este consenso, que computavam somente as perdas fetais a partir da 28ª semana ou 1kg de peso. Ademais, a inclusão das perdas fetais a partir da 22ª semana ou 500g torna mais completa a informação<sup>3</sup>.

Assim, ao se analisar estudos sobre morte fetal, deve-se verificar qual a classificação utilizada, se inclui as mortes fetais intraparto e, ainda, qual a definição da taxa de mortalidade perinatal, justamente para evitar comparações indevidas.

### Incidência

De acordo com o *National Center for Health Statistics*<sup>29</sup>, a taxa de mortalidade fetal geral nos Estados Unidos da América do Norte é de 7,5/1000 nascimentos, o que corresponde aproximadamente à metade da mortalidade perinatal. Na Suécia, a taxa de mortalidade perinatal, em 1988, foi de 6,5/1000 nascimentos, sendo que 56% dessa cifra referia-se à mortalidade fetal<sup>39</sup>. Já em países em desenvolvimento, a mortalidade perinatal é várias vezes maior que a de países desenvolvidos<sup>1,13,25</sup>.

O resultado de estudo retrospectivo realizado em hospital do Quênia estimou, por exemplo, uma taxa de mortalidade fetal de 30,5/1000 nascimentos<sup>40</sup>. Outro estudo retrospectivo, realizado em um hospital universitário chileno, no período de janeiro de 1993 a maio de 1994, encontrou taxa de mortalidade fetal de 14/1000 nascimentos<sup>13</sup>. No Brasil, um estudo analisou todos os nascimentos ocorridos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de fevereiro de 1983 a janeiro de 1988, e estimou uma taxa de mortalidade fetal de 18,5/1000 nascimentos<sup>26</sup>.

Nos últimos anos tem sido observado um decréscimo significativo dos índices de mortalidade fetal intraparto e mortalidade neonatal, graças a avanços em cuidados no trabalho de parto e neonatais. Porém, não se verifica redução comparável na mortalidade fetal anteparto<sup>2</sup>. Os dados do *Scottish Perinatal Mortality Survey* e *Scottish Stillbirth and Neonatal Death Reports* ilustram o contraste das mudanças nos índices de mortalidade anteparto, intraparto e neonatal precoce:

comparando-se o período de 1977 a 1981 com o de 1982 a 1985, verifica-se que os índices de mortalidade intraparto e neonatal precoce caíram mais de 30%, enquanto o índice de mortalidade anteparto caiu apenas 6%<sup>14</sup>.

Um estudo brasileiro avaliou retrospectivamente 437 gestantes com diagnóstico de morte fetal, que tiveram seus partos realizados em um hospital universitário, no período de 1978 a 1982, e concluiu sobre a efetividade do pré-natal em reduzir as cifras de mortalidade fetal de 32,7/1000 para 9,4/1000<sup>11</sup>, sem ajuste para outros possíveis fatores de confundimento.

### ***Causas e fatores associados***

Quando a morte fetal ocorre é importante identificar sua causa, por duas razões: em primeiro lugar, porque os pais têm o direito de ter conhecimento de como e porquê os fetos morreram e, em segundo, porque a causa da morte pode, muitas vezes, ser relevante para uma gravidez futura. Entretanto, mesmo com a utilização de protocolos detalhados de investigação da causa da morte, nem sempre isto é possível. Uma proporção variável entre 12 a 50% dos casos não têm a causa da morte determinada<sup>2,39</sup>.

### ***Fatores maternos***

Dentre as causas determinadas da morte fetal, destacam-se os distúrbios hipertensivos que se associam a uma elevada morbidade e letalidade perinatal. No Brasil foram encontrados índices de 7,1% e 4,2% de natimortalidade e neomortalidade, respectivamente, em gestantes com hipertensão arterial crônica<sup>4</sup>. Em 1989, outro estudo brasileiro correlacionou a mortalidade perinatal com os estados hipertensivos, mostrando estarem os maiores índices entre as mulheres hipertensas crônicas com pré-eclâmpsia associada e nas eclâmpticas: 400/1000 e 250/1000, respectivamente<sup>37</sup>. Esta é, provavelmente, a causa da morte fetal mais prevalente na população brasileira, resultante tanto de situações de sofrimento fetal crônico, com insuficiência placentária e retardo do crescimento intra-uterino, como de sofrimento fetal agudo por descolamento prematuro de placenta (DPP).

Entre as causas conhecidas aparecem também as infecções. Quanto às bacterianas, destacam-se a sífilis, a corioamnionite grave e a listeriose. Em estudo realizado em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, a sífilis foi responsável por 12,6% de todas as mortes fetais ocorridas, o que confirmou a importância da qualidade do pré-natal para o controle dessa doença e determinou a incorporação de uma avaliação trimestral da sorologia

para sífilis na rotina pré-natal da instituição<sup>12</sup>. Nos Estados Unidos, em 1988, demonstrou-se a associação de uma epidemia de listeriose com a morte fetal<sup>20</sup>.

Na ocorrência de uma infecção ascendente através do canal de parto, a inflamação inicia-se nas membranas fetais e se espalha através do espaço entre o âmnion e o córion, podendo alcançar a cavidade amniótica e a placenta, atingindo, então, o feto, o que pode resultar em pneumonia congênita e/ou funiculite. Quando isto ocorre, a infiltração leucocitária também é de origem fetal, nas paredes dos vasos da placa corial e umbilicais e no tecido intersticial pulmonar. Na presença de vasculites na placa corial, pode-se dizer que o feto reagiu contra a infecção e que estava vivo quando infectado<sup>28</sup>.

Na epidemiologia da morte fetal citam-se também infecções parasitárias, incluindo a Doença de Chagas, a toxoplasmose e a malária. Entre as infecções virais destacam-se a citomegalovirose e a infecção pelo herpes vírus tipo II<sup>5</sup>. Suspeita-se também que as infecções pelo vírus da *influenza* associam-se à morte fetal. No entanto, estudos epidemiológicos maiores são necessários para confirmar tal associação<sup>36</sup>.

Outros fatores maternos importantes são as endocrinopatias, principalmente as disfunções tireoidianas e diabetes<sup>23</sup>, sendo este o que mais se relaciona com a morte fetal. Porém, nas últimas décadas, com o controle metabólico mais adequado do diabetes durante a gestação, juntamente com a monitorização do feto e cuidados intensivos ao recém-nascido, tem ocorrido uma queda acentuada da mortalidade perinatal devida ao diabetes.

Em decorrência de um controle inadequado do diabetes na fase pré-gestacional e nas primeiras semanas de gestação, há também perdas fetais por malformações em mulheres diabéticas, destacando-se as anomalias esqueléticas (principalmente as relacionadas com a chamada regressão caudal), cardíacas e renais, que também podem ser reduzidas com o controle adequado do metabolismo naqueles períodos<sup>6,30</sup>. Nos últimos anos, a natimortalidade na mulher diabética tem-se associado principalmente às malformações congênitas e à hipóxia, sobretudo nas regiões com menos recursos, onde praticamente inexistem programas de rastreamento e controle do diabetes durante a gestação no âmbito populacional.

A isoimunização ao fator Rh também pode determinar morte fetal, assim como as hemorragias feto-maternas, independentemente do tipo sanguíneo. Estima-se que estes casos podem corresponder a 15% dos casos não diagnosticados<sup>18</sup>. Na eritroblastose, a anemia com *déficit* de transporte de oxigênio e a

hidropisia, nos casos extremos, acompanham-se de proliferação de focos eritroblásticos que, juntamente com outras alterações, diminuem a permeabilidade placentária, podendo ocasionar a morte fetal por anóxia anêmica<sup>10</sup>.

Quanto ao uso de medicamentos pela gestante, há relatos de que os dicumarínicos atravessam facilmente a barreira placentária e podem, ao causarem hemorragia fetal, determinar seu falecimento<sup>10</sup>. TEJANI<sup>38</sup> relatou a perda de 14 entre 46 fetos de mães cardíacas com prótese valvar, que recebiam anticoagulante por via oral, sendo cinco deles natimortos.

As principais drogas ilícitas utilizadas por gestantes no Brasil são a cocaína e seus derivados voláteis (*crack*), a maconha e a anfetamina. Nas gestantes viciadas em cocaína, a maior incidência de natimortos deve-se aos efeitos da droga sobre a circulação útero-placentária<sup>32</sup>, principalmente de mortes conseqüentes à ocorrência de descolamento prematuro de placenta, mais freqüente entre as mulheres usuárias dessas substâncias. Essa é uma causa pouco lembrada. Todo caso de descolamento prematuro de placenta na ausência de hipertensão arterial associada, deveria ser exaustivamente investigado quanto ao hábito materno de uso dessas drogas.

A gestação prolongada também pode ser causa de morte fetal devido à insuficiência placentária. Um estudo realizado na Suécia, no período de 1983 a 1989, verificou que a proporção de casos com idade gestacional de 42 semanas ou mais, entre as mortes fetais, era o dobro do observado no grupo controle<sup>39</sup>. Afortunadamente esta é uma causa cuja freqüência tem diminuído ultimamente em decorrência da vigilância mais estreita que se faz à gestante a partir de completado o termo e até o parto.

Alterações uterinas, como hipoplasia, útero bicorno ou septado, presença de miomas submucosos e intramurais de grande proporção, embora menos freqüentes, podem também se relacionar à morte fetal, geralmente decorrente do desencadeamento de um trabalho de parto prematuro ou por inadequação do sítio placentário, com conseqüente insuficiência placentária<sup>23</sup>.

A associação entre a presença de anticorpos anticoagulante lúpico e anticardiolipina com a morte fetal já foi determinada, não somente em mulheres com doenças auto-imunes diagnosticadas<sup>8,34</sup>, mas principalmente relacionada com a morte fetal de repetição. A atenção para esse fator é relativamente recente e dificultada, em algumas situações, pela restrição à realização destes exames na maioria dos serviços. Sugere-se que mulheres com história de abortamento espontâneo ou morte fetal de repetição

possam se beneficiar com a pesquisa de anticorpos antifosfolípidos circulantes, particularmente o anticardiolipina<sup>8</sup>.

Os anticorpos antifosfolípidos são imunoglobulinas que reagem contra fosfolípidos de membrana carregados negativamente. Além dos eventos trombóticos, a ocorrência do sofrimento fetal também foi associada ao anticorpo anticardiolipina em gestantes lúpicas, com sugestão de que ele reagiria com antígenos placentários, inibindo o crescimento da placenta e o transporte de nutrientes<sup>21</sup>. Os níveis de anticorpos anticardiolipina em gestantes sem evidência clínica de lúpus eritematoso sistêmico ou outras doenças auto-imunes, que evoluíram para morte fetal, foram significativamente mais altos do que em mulheres que tiveram pelo menos um filho nascido vivo saudável e a termo<sup>7</sup>.

### *Fatores fetais e anxiais*

As anomalias congênitas, estruturais ou cromossômicas incluem-se entre as principais causas de morte fetal. Um estudo caso-controle americano demonstrou que, quando estão presentes anomalias congênitas, há um aumento de cinco vezes no risco de ocorrer morte fetal. Este mesmo estudo relatou, dentre as anomalias congênitas que resultaram em morte fetal, 30% de anomalias cromossômicas e 87% de anomalias estruturais. Destas, as anomalias do Sistema Nervoso Central foram mais freqüentes (48%), enquanto que anomalias gastrintestinais e cardíacas representaram, cada uma, 9% dos casos<sup>9</sup>. Em Porto Alegre foram estudadas as malformações congênitas em natimortos que são em torno de três vezes mais freqüentes do que em nativivos<sup>26</sup>.

Dentre as causas anxiais de morte fetal, as principais são o descolamento prematuro de placenta, a placenta prévia e as funiculopatias. No estudo de WALLEES et al.<sup>39</sup> as complicações do cordão umbilical responderam por 18% das mortes fetais e o descolamento prematuro de placenta por 44% do obituário.

Entre as funiculopatias, cita-se ainda na literatura médica uma alteração rara, a constrição do cordão umbilical, como causa de morte fetal. A ausência localizada da geléia de Warthon, com conseqüente estreitamento do cordão, e o espessamento das paredes vasculares, resultam em comprometimento do suprimento sanguíneo para o feto, que acarreta anóxia e morte<sup>16</sup>.

### **PROPOSIÇÕES**

Esta revisão mostrou que as causas mais prevalentes de morte fetal, principalmente em países



em desenvolvimento, continuam sendo a hipertensão arterial e as infecções, que são processos passíveis de controle e/ou tratamento: a identificação e tratamento precoces de sífilis, diabetes, anemia e hipertensão podem reduzir os índices de morte fetal anteparto.

Os programas de prevenção primária, principalmente quanto à assistência pré-natal, devem enfatizar a necessidade do seguimento e tratamento de condições patológicas que podem ocasionar a morte fetal. A assistência pré-natal adequada é a arma mais viável e de menor custo para diminuir a incidência do obituário fetal. No entanto, se a morte fetal ocorre, deve-se tentar identificar da melhor maneira possível a sua causa, seja para eliminá-la ou para orientar a mulher sobre o prognóstico de uma futura gestação.

De acordo com a literatura médica, pode-se inferir que as causas e fatores associados à morte fetal são muitos, o que dificulta o diagnóstico de sua etiologia. Além disto, é necessário estudar a importância relativa das diferentes causas em diferentes populações. Para diagnosticar a causa é necessário o estabelecimento de um extenso protocolo, incluindo os exames laboratoriais necessários, exame radiológico de todo esqueleto fetal, necropsia completa, histopatológico da placenta, avaliação da presença de anticorpos antifosfolípidos no soro materno, bacterioscopia e cultura de colo uterino, membranas placentárias e orofaringe do natimorto e o estudo citogenético do concepto, através da biópsia placentária e/ou de fragmento de pele.

Evidentemente estas recomendações não podem ser integralmente seguidas na condução de todos os casos detectados. Há dificuldades restritivas de ordem estrutural e financeira que impedem sua implementação, sobretudo no âmbito público e em regiões menos desenvolvidas. Entretanto, esta deve ser uma preocupação dos obstetras e dos administradores em saúde pública, com o intuito de solucionar o problema do drama pessoal de cada gestante que passa por uma experiência semelhante, e também de favorecer uma abordagem concreta para a redução da mortalidade perinatal, reduzindo a ocorrência de seu componente de mortes fetais tardios.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADEWUNMI, O.A., DAWODU, A.H., MARINHO, A.O. Perinatal mortality surveys in an African Teaching Hospital: II The influence of clinico-pathologic and other factors on perinatal deaths. *East Afr Med J*, Nairobi, v.61, p.778-786, 1984.
2. AHLENIUS, I., FLOBERG, J., THOMASSEN, P. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. *Acta Obstet Gynecol Scand*, Copenhagen, v.74, n.2, p.109-117, 1995.
3. ARKADER, J., VASCONCELLOS, M. Mortalidade perinatal: a necessidade de padronização de conceitos. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.371, 1996.
4. ATALLAH, A.N. et al. Estudo randomizado controlado duplo cego do uso da nifedipina versus hidralazina no tratamento da crise hipertensiva na gestação. In: JORNADA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 28., 1986, Curitiba. *Anais...*, Curitiba, 1986. p.110.
5. BERNIRSCHKE, K., ROBB, J.A. Infectious causes of fetal death. *Clin Obstet Gynecol*, Philadelphia, v.30, p.284-293, 1987.
6. BERTINI-OLIVEIRA, A.M., CAMANO, L., DELASCIO, D. *Diabetes e gravidez*. São Paulo: Sarvier, 1988. 104p.
7. BOCCIOLONE, L. et al. Anthiphospholipid antibodies and risk of intrauterine late fetal death. *Acta Obstet Gynecol Scand*, Copenhagen, v.73, n.5, p.389-392, 1994.
8. BRANCH, D.W. et al. Obstetric complications associated with the lupus anticoagulant. *N Engl J Med*, Boston, v.313, n.21, p.1322-1326, 1985.
9. COPPER, R.L. et al. Risk factors for fetal death in white, black and hispanic women. *Obstet Gynecol*, New York, v.84, n.4, Part 1, p.490-495, 1994.
10. DELLA NINA, M., PEIXOTO, S. Óbito intra-uterino. In: PEIXOTO, S. (ed) *Pré-natal*. São Paulo : Manole, 1981. p.773-87.
11. DUARTE, G. et al. Feto morto I. Aspectos conceituais e etiopatogênicos (Análise de 437 casos). *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.115-118, 1985.
12. DUARTE, G. et al. Sífilis e gravidez: ainda um problema. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.75-78, 1987.
13. GOMEZ, G. et al. Incidencia y causas de obito fetal en el Hospital Regional Universitario Jose Maria Cabral y Baez, Santiago, R.D. *Acta Med Domin*, v.17, p.15-17, 1995.
14. GRANT, A., ELBOURNE, D. Fetal movement counting to assess fetal well-being. In: CHALMERS, I. *Effective care in pregnancy and childbirth*. London : Oxford University Press, 1989. p.440-454.

15. GRUENBERGER, W., GERSTNER, G.J. The causes of antepartum fetal death: a clinico-pathological study. *Clin Exp Obst Gyn*, Padova, v.7, n.4, p.210-214, 1980.
16. HALLAK, M. et al. Constriction of the umbilical cord leading to fetal death. A report of three cases. *J Reprod Med*, Chicago, v.39, n.7, p.561-565, 1994.
17. HOVATTA, O. et al. Causes of stillbirth: a clinico pathological study of 243 patients. *Br J Obstet Gynaecol*, Oxford, v.90, n.8, p.691-696, 1983.
18. LAUBE, D.W., SCHAUBERGER, C.W. Fetomaternal bleeding as a cause for unexplained fetal death. *Obstet Gynecol*, New York, v.60, p.649-651, 1982.
19. LAURENTI, R. Definições e recomendações. In: CLASSIFICAÇÃO internacional de doenças. São Paulo : Ministério da Saúde, 1975. p.803-809.
20. LINNAN, M.J. Epidemic listeriosis associated with Mexican - style cheese. *N Engl J Med*, Boston, v.319, p.823-829, 1988.
21. LOCKSHIN, M.D. et al. Antibody to cardiolipin as a predictor of fetal distress or death in pregnant patients with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*, Boston, v.313, n.3, p.152-156, 1985.
22. MARIANINETO, C. et al. Uso do misoprostol para indução do parto de feto morto. *Rev Paul Med*, São Paulo, v.105, n.6, p.325-328, 1987.
23. MARIANI NETO, C. Óbito fetal. In: NEME, B. *Obstetrícia Básica*. São Paulo: Sarvier, 1994. p.382-386.
24. MATHIAS, L. et al. Cesárea com feto morto. *J Bras Ginecol*, Rio de Janeiro, v.93, n.3, p.173-176, 1983.
25. MATI, J.K.G. et al. The Nairobi birth survey IV: early perinatal mortality rate. *J Obstet Gynaec E Cent Afr*, v.2, p.129, 1983.
26. MELO, L.L. et al. Natimortalidade e malformações congênitas em natimortos: estudo de frequência, fatores de risco e padrão de defeitos congênitos em uma população de Porto Alegre. *Rev AMRIGS*, Porto Alegre, v.33, p.21-26, 1989.
27. MONTENEGRO, C.A.B. et al. Indução do parto com feto morto pela administração transcervical de prostaglandina. *J Bras Ginecol*, Rio de Janeiro, v.91, n.3, p.213-216, 1981.
28. MOYO, S.R. et al. Stillbirths and intrauterine infection, histologic chorioamnionitis and microbiological findings. *Int J Gynaecol Obstet*, Limerick, v.54, p.115-123, 1996.
29. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Vital Statistics of the United States*, 1988. Washington DC : US Government Printing Office, 1991. 50p. (Managerial Guidelines, v.2).
30. PEREIRA, B.G., FAÚNDES, A. Características pré-gestacionais de gestantes diabéticas atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP. *Rev Ginecol Obstet*, São Paulo, v.6, p.29-35, 1995.
31. PETITTI, D. B. The epidemiology of fetal death. *Clin Obstet Gynecol*, Philadelphia, v.30, p.253-258, 1987.
32. PORTO, A.G.M. Ação de drogas ilícitas sobre o conceito. Terapêutica em medicina fetal. *Femina*, Rio de Janeiro, v.22, n.6-9, p.433, 1994.
33. PRITCHARD, J.A., RATNOFF, O.D. Studies of fibrinogen and other hemostatic factors in women with intrauterine death and delayed delivery. *Surg Gynecol Obstet*, Chicago, v.101, p.467-477, 1955.
34. SCOTT, J. R. Immunologic aspects of recurrent abortion and fetal deaths. *Obstet Gynecol*, New York, v.70, n.4, p.645, 1987.
35. SILVA, H.F. et al. Estudo da coagulação sanguínea materna no óbito fetal. *Ginecol Obstet Bras*, São Paulo, v.7, p.399-403, 1984.
36. STANWELL-SMITH, R. et al. Possible association of influenza A with fetal loss: investigation of a cluster of spontaneous abortions and stillbirths. *Commun Dis Rep CDR Rev*, London, v.4, p.28-32, 1994.
37. TABORDA, W.C. *Morbidade e mortalidade perinatais dos estados hipertensivos na gestação*. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) - Escola Paulista de Medicina, 1989.
38. TEJANI, N. Anticoagulant therapy with cardiac valve prothesis during pregnancy. *Obstet Gynecol*, New York, v.42, p.785-792, 1973.
39. WALLEES, B. et al. Maternal health care program and markers for late fetal death. *Acta Obstet Gynecol Scand*, Copenhagen, v.73, n.10, p.773-778, 1994.
40. WERE, E. O. Stillbirths at Eldoret District Hospital: a retrospective study. *East Afr Med J*, Nairobi, v.71, n.9, p.607-610, 1994.

Recebido para publicação em 16 de fevereiro e aceito em 8 de setembro de 1998