

# NATIMORTO EM GESTAÇÃO A TERMO: UM RELATO DE CASO

## STILLBIRTH IN FULL-TERM PREGNANCY: A CASE REPORT

Yokoya dos Santos, A. N.<sup>1</sup>, Campos, A. G. H.<sup>2</sup>, Frederick, A. D. A.<sup>3</sup>, Vicentini, G. E.<sup>4</sup>

<sup>1,2,3</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Centro de Ciências da Saúde. Francisco Beltrão, PR – Brasil. Discente do Curso de Medicina.

<sup>4</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Centro de Ciências da Saúde. Francisco Beltrão, PR – Brasil. Docente do Curso de Medicina.

**Autor correspondente:** Geraldo Emílio Vicentini

**Contato:** E-mail: vicentinige@gmail.com

Histórico | Submissão: 10/05/2025; Revisões: 12/08/2025; Aprovação: 14/08/2025.

### Resumo

O natimorto é caracterizado pela morte do conceito no útero ou durante o parto, sendo considerado a termo quando a gestação ultrapassa 37 semanas e, frequentemente, é associado a condições obstétricas, fetais e maternas. Nesse caso, uma paciente com 38 semanas e 5 dias de gestação apresentou redução na percepção dos movimentos fetais e contrações uterinas, sendo, assim, encaminhada ao hospital de referência, onde foi constatado o óbito fetal pela ausência de batimentos cardíacos, optando-se pela realização de cesárea. A paciente evoluiu com alteração de humor e passou pelo processo de luto, necessitando de manejo medicamentoso e acompanhamento psiquiátrico. O diagnóstico de óbito fetal é realizado por exame clínico e confirmado por exames de imagem. Ademais, a investigação da causa do natimorto é obrigatória e responsabilidade do hospital de referência. A comorbidade mais evidente que possivelmente contribuiu para o caso foi a obesidade grau 3.

**Palavras-chave:** complicações na gravidez, gravidez de alto risco, mortalidade fetal, óbito fetal.

### Abstract

Stillbirth is characterized by the death of the conceptus inside the uterus or during childbirth, being considered a stillbirth at term when the gestation is more than 37 weeks and is usually associated with obstetric, fetal and maternal conditions. A patient with gestational age of 38 weeks and 5 days had a change in the perception of fetal movements and uterine contractions, was referred to the reference hospital where fetal death was found due to the absence of heartbeat, being performed cesarean section. Patient evolved with mood alteration, underwent the mourning process, requiring drug and psychiatric management. The diagnosis of fetal death can be done through clinical examination and confirmed by image exams. Investigation of the cause of the stillbirth is mandatory and necessary by the Reference Hospital. The most obvious comorbidity that may have contributed was grade 3 of obesity.

**Keywords:** pregnancy complications, pregnancy high-risk, fetal death, fetal mortality.

## Introdução

O termo "natimorto" é amplamente utilizado para descrever a morte fetal intrauterina e se refere ao óbito do conceito dentro do útero materno após 24 semanas de gestação ou quando a idade gestacional é incerta, com pelo menos 500 gramas de peso corporal. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), morte fetal é definida como o óbito do feto antes de sua completa expulsão, independentemente da duração da gravidez, sendo o termo "natimorto" empregado apenas para óbitos fetais em gestações com pelo menos 28 semanas<sup>1</sup>. Já o Centro Nacional de Estatísticas de Saúde dos Estados Unidos define natimorto como a morte ou perda fetal após 20 semanas de gestação, ocorrendo antes ou durante o parto, e o classifica em natimorto precoce (20 a 27 semanas completas), tardio (28 a 36 semanas completas) e a termo ( $\geq 37$  semanas completas)<sup>2</sup>.

A prevalência de natimortos no Brasil, segundo o DATASUS, em 2019, foi de 10,2 a cada 1.000 nascimentos, enquanto no Estado do Paraná, esse índice foi de 7,39 para o mesmo período. O município de Francisco Beltrão, localizado no estado do Paraná, registrou, no ano de 2019, um total de nove (9) casos de natimorto, sendo que quatro (4) desses ocorreram em gestações com idade entre 22 e 27 semanas, e um (1) caso com mais de 37 semanas<sup>3</sup>.

Estudos demonstram que os maiores índices de natimortalidade são registrados em países de baixa renda e em desenvolvimento. Na maioria desses

países, observa-se uma escassez de dados sobre natimortos ou, em alguns casos, a inexistência dessas informações<sup>4</sup>.

Assim, os potenciais fatores de risco associados aos natimortos incluem, portanto, fatores demográficos, ambientais, nutricionais e de estilo de vida, além de infecções maternas e doenças não transmissíveis. Ademais, fatores fetais, como o menor tamanho para a idade gestacional, são prevalentes em países em desenvolvimento<sup>5</sup>.

Dessa forma, indica-se que em países de baixa e média renda, os fatores que se relacionam ao natimorto envolvem, entre outros, a pobreza, a falta de instrução, a idade materna (acima de 35 ou abaixo de 20 anos), a paridade (1 ou  $\geq 5$ ), a falta de assistência pré-natal, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o histórico de natimorto em gestações anteriores. No que diz respeito às causas mais frequentemente registradas de natimorto, observam-se fatores maternos (8–50%), como sífilis, HIV, malária e diabetes. Além disso, outras causas envolvem anomalias congênitas dos natimortos, fatores placentários, asfixia, trauma durante o parto, problemas umbilicais e fatores amnióticos e uterinos. No entanto, é importante ressaltar que, em alguns países, mais da metade dos casos de natimorto permanece sem causas definidas<sup>6</sup>.

Assim, o presente estudo teve como objetivo apresentar um relato de caso sobre a ocorrência de natimorto em gestação a termo com possível causa associada à obesidade.

## Métodos

Esta pesquisa é de natureza descritiva, com coleta de dados do prontuário da paciente. A participação foi realizada de maneira voluntária, depois de devida autorização da instituição através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este relato de caso foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Unioeste, e foi aprovado sob o CAAE 55852121.0.0000.0107.

## Resultados

Paciente feminina de 34 anos, branca, dona de casa, casada, com ensino médio completo, residia com o esposo e o filho no município de Francisco Beltrão, Paraná, Brasil. Estava em sua segunda gestação, que, segundo o histórico obstétrico, foi planejada. Na primeira gestação, ocorrida há quatro anos, o parto foi por cesárea, sem histórico de abortos. A paciente apresentava obesidade mórbida e realizava acompanhamento em pré-natal de alto risco. A cesárea estava agendada para 39 semanas e 1 dia de gestação. No entanto, em consulta de rotina na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, com 38 semanas e 5 dias de gestação, a paciente relatou uma alteração na percepção dos movimentos fetais, afirmando não sentir o bebê se mexer há dois dias, embora estivesse sentindo contrações uterinas. Durante o atendimento, foram realizadas diversas tentativas de verificação dos batimentos cardíacos fetais (BCF) por diferentes profissionais da unidade,

durante cerca de 20 a 30 minutos; contudo, constatou-se apenas a presença de pulsação do cordão umbilical no quadrante inferior direito. Diante disso, a gestante foi encaminhada ao Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Alberto Pecóits para avaliação e conduta do médico obstetra de plantão.

Segundo o prontuário, a paciente negava outras comorbidades ou cirurgias prévias, exceto uma cesárea, e relatava esquema vacinal atualizado. Seu IMC era de 43,1 kg/m<sup>2</sup>, com peso de 97 kg e altura de 1,50 m. No histórico medicamentoso durante a gestação, constava o uso diário de 2 comprimidos de sulfato ferroso de 40 mg, 2 comprimidos de vitamina C de 500 mg, além de 1 comprimido de ácido acetilsalicílico de 100 mg até a 36<sup>a</sup> semana.

Na ultrassonografia transvaginal do primeiro trimestre, observou-se feto único com idade gestacional (IG) de 11 semanas e 6 dias, batimentos cardíacos fetais (BCF) a 161 bpm, e Índice de Líquido Amniótico (ILA) anecoico e proporcional. A decídua era homogênea, sem sinais de descolamento, e o colo uterino encontrava-se fechado. Na ultrassonografia do segundo trimestre, constatou-se um feto do sexo masculino, em posição longitudinal cefálica, com dorso à direita, peso de 516 gramas, BCF de 151 bpm, e ILA de 15,8 cm, correspondendo a IG entre 22 e 23 semanas. A terceira e a quarta ultrassonografias, ambas realizadas no terceiro trimestre e no mesmo dia, foram solicitadas por diferentes médicos. A ultrassonografia Doppler, realizada pela manhã, revelou rim esquerdo fetal em posição pélvica, perfil biofísico fetal (PBF)

com nota 8 de 8, ILA de 12,79 cm, placenta em posição anterolateral esquerda, peso fetal de 2555 gramas (percentil 35) e dopplerfluxometria dentro da normalidade, recomendando-se ultrassonografia do aparelho urinário neonatal. Na última ultrassonografia, observou-se cordão umbilical com uma volta cervical, oligodramnia (ILA de 4,23 cm, percentil 5), placenta anterolateral grau I, peso fetal de 2337 gramas (percentil 15) e comprimento femoral no percentil 5.

Além disso, exames laboratoriais foram realizados em três momentos distintos ao longo da gestação. No primeiro trimestre, os resultados incluíram tipagem sanguínea O positivo; glicemia de jejum de 82,4 mg/dL; sorologias negativas para hepatite B, HIV e sífilis; imunidade para hepatite B (anti-HBs positivo); exame parcial de urina e urocultura negativas; hemoglobina de 11,6 g/dL; hematócrito de 35,8%; plaquetas de 169.000/mm<sup>3</sup>; parasitológico de fezes negativo; hormônio tireoestimulante (TSH) de 0,22 mU/L; anticorpo IgG para toxoplasmose reagente e IgM negativo. No segundo trimestre, a glicemia de jejum foi de 71,2 mg/dL; hemoglobina de 11,3 g/dL; hematócrito de 34%; leucócitos de 8.600/mm<sup>3</sup>; plaquetas de 153.000/mm<sup>3</sup>; sorologias para HIV e sífilis permaneceram negativas; parcial de urina com corpos cetônicos; urocultura negativa; TSH de 0,67 mU/L; e anticorpo IgG para toxoplasmose reagente, com IgM negativo. Nos exames do terceiro trimestre, os resultados mostraram hemoglobina de 11,7 g/dL; hematócrito de 35,5%; leucócitos de 9.400/mm<sup>3</sup>; plaquetas de 141.000/mm<sup>3</sup>; glicemia de

jejum de 81,6 mg/dL; sorologias negativas para HIV e sífilis; anticorpo IgG para toxoplasmose reagente e IgM negativo; parcial de urina e urocultura negativas; TSH de 0,83 mU/L.

Em dado momento, a paciente deu entrada no Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Alberto Pecóits apresentando contrações a cada 20 minutos, associadas à perda de líquido amniótico. Na admissão, os sinais vitais mostraram pressão arterial de 134/82 mmHg, frequência cardíaca de 96 batimentos por minuto, temperatura de 36,5°C, saturação periférica de oxigênio a 100% e escala de coma de Glasgow 15. Após realização de testes rápidos, todos com resultados negativos, foi realizada ultrassonografia que confirmou feto único, morto, em posição longitudinal cefálica, dorso à direita, com ausência de atividade e movimentos fetais, peso estimado de 2971 g (percentil 15) e ILA de 13,37 cm. A placenta estava em posição anterolateral esquerda, grau I, e a idade gestacional estimada pela biometria fetal era de 35 semanas e 6 dias. Diante deste quadro, foi indicada cesariana, realizada no dia seguinte, com confirmação de óbito fetal às 10h50. O feto apresentava peso de 2546 g (percentil 3) e presença de mecônio espesso. A causa do óbito, registrada na Declaração de Óbito conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), foi classificada como morte fetal não especificada (P95). A paciente permaneceu internada por três dias sem intercorrências, como febre ou hipertensão, e recebeu alta com orientações pós-operatórias e prescrição

de cabergolina 0,5 mg, 2 comprimidos ao dia.

Após a cesárea, foi realizado exame anatomopatológico da placenta, que apresentou dimensões de 13 cm x 12 cm x 3,5 cm e peso de 345 g, com morfologia dentro dos limites de normalidade e superfície materna de aspecto carnosos. O cordão umbilical media 38 cm, com espessura variável de 2 cm, possuía três vasos sem sinais de trombose e geleia de coloração pardacenta. O exame também identificou âmnio nodoso, depósitos fibrinóides intervilosos moderados e membranas dentro dos limites normais, concluindo-se que a placenta era completa, com características de terceiro trimestre, cordão com 2 artérias e 1 veia.

Após a alta, a paciente retornou à unidade básica de saúde, relatando alterações de humor, como irritabilidade, ansiedade excessiva, insônia, crises de choro e isolamento social. O exame clínico indicou transtorno de humor misto (depressivo e ansioso) associado ao processo de luto. Foi prescrita amitriptilina 25 mg ao deitar-se, realizado encaminhamento ao setor de psiquiatria com estratificação de risco em saúde mental (31 pontos) e agendado retorno em um mês.

## Discussão

A determinação da causa do óbito fetal é fundamental para compreender os fatores envolvidos e avaliar o risco de recorrência. Assim, a morte perinatal exige uma investigação diagnóstica completa, que inicialmente deve considerar as circunstâncias do caso, detalhes sobre a

história materna, antecedentes obstétricos e informações sobre a gravidez atual<sup>7</sup>.

O diagnóstico do óbito fetal baseia-se em sinais clínicos como a suspensão dos movimentos fetais percebidos pela mãe, estagnação ou redução do ganho de peso materno e diminuição da altura uterina. A confirmação intrauterina da morte ocorre pela ausência de batimentos cardíacos detectáveis por métodos de ausculta ou monitoramento cardíaco fetal eletrônico. Entretanto, a ultrassonografia em tempo real é o padrão-ouro, já que permite um diagnóstico precoce e preciso, viabilizando a visualização direta do coração fetal e constatando a ausência de atividade cardíaca, aórtica e de movimentos fetais<sup>8</sup>. No caso relatado, a paciente apresentou sinais de suspensão dos movimentos fetais e ausência de batimentos cardíacos, confirmados por cardiocotografia e ultrassonografia, consolidando o diagnóstico de óbito fetal.

Dessa forma, o manejo do óbito fetal é iniciado com a definição da modalidade de parto, após o diagnóstico. A indução do parto vaginal, geralmente realizada com misoprostol e ocitocina, é a via preferencial<sup>9</sup>. No entanto, para evitar o trabalho de parto, algumas pacientes podem optar pela cesárea, que em certas situações é considerada a opção mais segura, como nos casos de falha na indução do parto vaginal, feto em posição transversal, presença de placenta acreta ou increta, placenta prévia com idade gestacional acima de 24 semanas e gestação avançada (mais de 28 semanas) com cesárea prévia<sup>10-11</sup>. Para a paciente

deste relato, a cesariana foi o método escolhido para o parto.

Na abordagem médica do óbito fetal, é fundamental considerar o cuidado com o processo de luto dos pais. Isso é especialmente relevante, pois a gravidez, por si só, já representa um período de transição marcado por instabilidade emocional<sup>12</sup>. Assim, tratamento, aconselhamento e suporte profissional são componentes que influenciam positivamente os genitores, pois o impacto psicológico, físico, financeiro e social do óbito fetal é significativo, afetando as relações interpessoais, as futuras gestações e a parentalidade. No caso relatado, a paciente apresentou alteração de humor misto após o evento, demonstrando a necessidade de apoio psicológico para amenizar o sofrimento materno e familiar.

Já a avaliação do feto é individualizada, considerando-se as características clínicas de cada caso. Atualmente, a autópsia fetal, análise placentária e avaliação citogenética são recomendadas para todos os casos de natimortos. Contudo, em situações em que os genitores preferem alternativas menos invasivas, podem-se adotar métodos como exames post-mortem minimamente invasivos, ressonância magnética post-mortem e avaliação externa ou por meio de fotos<sup>13</sup>. Outros dados relevantes do feto incluem peso, altura, circunferência craniana, características faciais e anatômicas, de pescoço, tronco e pele, bem como informações sobre a inserção do cordão umbilical e o sexo. No histórico materno e obstétrico, são relevantes fatores como idade dos pais, número de gestações e

partos prévios, doenças como hipertensão, diabetes, histórico de hipercoagulabilidade, doenças autoimunes, genéticas (materna e paterna), câncer, infecções (Zika, citomegalovírus, toxoplasmose, sífilis, malária), além de antecedentes de abortos e natimortos. Quanto ao histórico do pré-natal atual, deve-se observar episódios de sangramento uterinos anormais, traumas, tratamentos de fertilidade, exposição a drogas ou radiação, ganho de peso, histórico e quantidade de infecções, infecções sexualmente transmissíveis (IST), doença hipertensiva, pré-eclâmpsia, diabetes, anemia durante a gestação, presença de anomalias fetais e restrição de crescimento intrauterino. Além disso, é importante considerar o histórico vacinal, aspectos sociais (emprego, violência, viagens) e os testes laboratoriais realizados durante a gestação<sup>14</sup>.

Além disso, diversos fatores etiológicos estão associados ao óbito fetal, incluindo diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas, idade gestacional superior a 38 semanas, polidrâmnio, oligodrâmnio, início tardio do pré-natal, gestações múltiplas, síndrome antifosfolípide materna e colestase intra-hepática<sup>14</sup>. No entanto, em muitos casos, mesmo após investigações detalhadas, a causa do óbito fetal permanece indefinida<sup>15</sup>. As dificuldades para uma identificação clara das causas incluem a falta de estudos específicos, ausência de investigações completas e os custos elevados envolvidos, além da grande carga emocional do evento. Ainda assim, a investigação etiológica é essencial, pois

permite o planejamento de intervenções preventivas em futuras gestações e, nos casos em que a causa é esporádica e sem explicação clara, ajuda os pais a processarem a perda e obterem confiança para tentar uma nova gravidez<sup>16</sup>.

No caso descrito, o hospital de referência realizou um exame anatomopatológico da placenta, mas o laudo não apresentou alterações que justificassem o óbito. No entanto, fatores de risco identificados junto à paciente incluíram obesidade, níveis de hemoglobina próximos ao limite da anemia durante a gestação e achados ultrassonográficos sugestivos, como oligodramnia com ILA no percentil 5, placenta anterolateral grau I, peso fetal no percentil 15 e comprimento femoral no percentil 5, além do perfil biofísico fetal incompatível com a idade gestacional apontada pela primeira ultrassonografia.

Alterações observadas no pré-natal, como anemia materna, obesidade e comprometimento no desenvolvimento fetal, foram associadas na literatura e em outros relatos de caso ao risco de óbito fetal. A baixa concentração de hemoglobina materna, por exemplo, foi associada ao baixo peso ao nascer, partos pré-termos, fetos pequenos para a idade gestacional, natimortos e maior mortalidade perinatal e neonatal<sup>17</sup>. A paciente manteve níveis de hemoglobina nos limítrofes a anemia ao longo da gestação (11,6 g/dL no primeiro trimestre, 11,3 g/dL no segundo trimestre e 11,7 g/dL no terceiro trimestre), e foi tratada com sulfato ferroso e vitamina C durante o pré-natal.

Além disso, a obesidade materna, com índice de massa corporal (IMC) igual

ou superior a 30, também é consistentemente associada ao aumento do risco de óbito fetal<sup>18</sup>. A literatura aponta que gestantes com IMC de 20 kg/m<sup>2</sup> têm um risco de natimorto de 40 em 10.000, enquanto o risco aumenta para 48 em 10.000 em gestantes com IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> e para 59 em 10.000 com IMC de 30 kg/m<sup>2</sup><sup>15</sup>. Esse aumento do risco de natimortalidade em gestantes obesas tem sido documentado em estudos realizados tanto no Brasil quanto em outros países em desenvolvimento<sup>4</sup>.

Estudos também indicam que 40% dos fetos com baixo peso para a idade gestacional e restrição de crescimento intrauterino evoluem para o óbito, mesmo com detecção e acompanhamento pré-natal adequados, o que destaca as limitações das intervenções preventivas, ainda que ocorram os cuidados necessários e avaliação contínua<sup>19</sup>.

## Conclusão

Considera-se que o óbito fetal é um evento que exige uma investigação criteriosa para compreender suas causas e planejar intervenções que possam reduzir riscos em futuras gestações. No caso relatado, fatores como obesidade materna, anemia gestacional e restrição de crescimento intrauterino foram identificados como condições de risco, no entanto, mesmo com o acompanhamento pré-natal adequado e as intervenções realizadas, o desfecho não pôde ser evitado. Essa situação evidencia as limitações das estratégias atuais e indica a necessidade de avanços no diagnóstico, manejo clínico e individualização do cuidado em cada gestação.

Assim, fica claro a necessidade da promoção de estudos voltados para ampliar o conhecimento sobre os fatores associados ao óbito fetal, fundamental para aprimorar as práticas de cuidado pré-natal e reduzir a ocorrência desses casos.

## Declarações e licença

### Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

### Financiamento

Não há financiamento para reportar.

## Referências

1. Joseph KS, Kinniburgh B, Hutcheon JA, Mehrabadi A, Dahlgren L, Basso M, et al. Rationalizing definitions and procedures for optimizing clinical care and public health in fetal death and stillbirth. *Obstet Gynecol.* abril de 2015;125(4):784–8.
2. CDC. What is Stillbirth? | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado 6 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/stillbirth/facts.html>
3. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS [Internet]. 2022 [citado 8 de setembro de 2021]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
4. Carvalho TS, Pellanda LC, Doyle P. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. *Jornal de Pediatria [Internet]*. 1º de março de 2018 [citado 6 de fevereiro de 2023];94(2):200–6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716302789>
5. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet.* 6 de fevereiro de 2016;387(10018):587–603.
6. Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BJOG.* setembro de 2014;121 Suppl 4:141–53.
7. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AEP, Downe S, et al. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]*. 19 de janeiro de 2016 [citado 6 de fevereiro de 2023];16(1):9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>.
8. Tavares Da Silva F, Gonik B, McMillan M, Keech C, Dellicour S, Bhange S, et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine.* 1º de dezembro de 2016;34(49):6057–68.
9. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2011.

10. BUINOIU NF, STOICA SI, MAT C, PANAITESCU A, PELTECU G, GICA N. Mode of Delivery in Stillbirth. *Maedica (Bucur)* [Internet]. junho de 2017 [citado 6 de fevereiro de 2023];12(2):101–5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5649029/>.
11. Perritt JB, Burke A, Edelman AB. Interruption of nonviable pregnancies of 24–28 weeks' gestation using medical methods: release date June 2013 SFP guideline #20133. *Contraception*. setembro de 2013;88(3):341–9.
12. Silva CAM, Rodrigues GOF, Barbosa KMG. Acolhimento às gestantes no acompanhamento pré-natal na atenção primária à saúde. *Espac. Saúde*. 2024v25.e1024 Doi10.22421/1517-7130/es.2024v25.e1024
13. Nijkamp JW, Sebire NJ, Bouman K, Korteweg FJ, Erwich JJHM, Gordijn SJ. Perinatal death investigations: What is current practice? *Semin Fetal Neonatal Med*. junho de 2017;22(3):167–75.
14. Maslovich M, Burke L. Intrauterine Fetal Demise - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [citado 6 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557533/>.
15. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 16 de abril de 2014;311(15):1536–46.
16. Man J, Hutchinson JC, Heazell AE, Ashworth M, Levine S, Sebire NJ. Stillbirth and intrauterine fetal death: factors affecting determination of cause of death at autopsy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. novembro de 2016;48(5):566–73.
17. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. agosto de 2019;1450(1):47–68.
18. Mecacci F, Serena C, Avagliano L, Cozzolino M, Baroni E, Rambaldi MP, et al. Stillbirths at Term: Case Control Study of Risk Factors, Growth Status and Placental Histology. *PLoS One*. 2016;11(12):e0166514.
19. Ego A, Monier I, Skaare K, Zeitlin J. Antenatal detection of fetal growth restriction and risk of stillbirth: population-based case-control study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. maio de 2020;55(5):613–20.