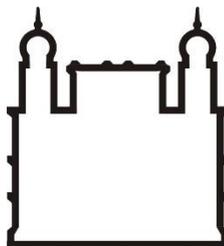


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A NATIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM
ESTUDO DOS FATORES RELACIONADOS AOS ÓBITOS FETAIS COM
PESO MAIOR OU IGUAL A 2.500g.**

Geiza Martins Barros

**Rio de Janeiro
Março de 2022**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A NATIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM
ESTUDO DOS FATORES RELACIONADOS AOS ÓBITOS FETAIS COM
PESO MAIOR OU IGUAL A 2.500g.**

Geiza Martins Barros

Tese apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadores: Dr. Marcos Augusto Bastos Dias
& Dra. Valéria Saraceni.

**Rio de Janeiro
Março de 2022**

CIP - Catalogação na Publicação

BARROS, GEIZA MARTINS.

A natimortalidade no Município do Rio de Janeiro: um estudo dos fatores relacionados aos óbitos fetais com peso maior ou igual a 2.500g. / GEIZA MARTINS BARROS. - Rio de Janeiro, 2022.

130 f.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2022.

Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias .

Co-orientadora: Valeria Saraceni.

Bibliografia: f. 108-113

1. natimorto. 2. peso fetal. 3. cuidado pré-natal. 4. atenção a saúde. 5. complicações na gravidez. I. Título.

Dedicatória

A todas as mulheres e seus filhos vivos e mortos

Aos meus avós, pais e irmãos

*Ao Jorge Barros que esteve comigo por muitos anos, compartilhando muitos dos
momentos que me fizeram chegar aqui*

*Ao Marcos Dias, por me orientar desde o mestrado com muita dedicação e
compromisso*

A Valeria Saraceni pela dedicação, apoio e orientação neste estudo

Ao Professor Saint Clair pelo apoio e ensinamentos desde o mestrado

*Aos colegas e professores do Doutorado por compartilharem comigo dos anos mais
felizes da minha vida*

*Aos amigos e vizinhos que me auxiliaram nos momentos que necessitei de maior
suporte emocional.*

Agradecimentos

A Deus pela vida e possibilidade de evolução
A toda a minha família pelo suporte ilimitado, em especial, a minha mãe (Dona Luiza),
por ser o meu exemplo de mulher determinada, trabalhadora e honesta
Aos meus orientadores por compartilharem seus saberes com muita responsabilidade e
carinho
Aos professores que possibilitaram aprendizagem consciente e transformadora
Aos amigos e colegas sempre presentes e amáveis
A Superintendência de Vigilância em Saúde da SMS/RJ pela cessão do banco de dados
para a realização desta tese.

“O sonho

*Sonhe com aquilo que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passaram por suas vidas”.*

Clarice Lispector.

RESUMO

A natimortalidade atinge de forma indiscriminada todos os países, causando grande sofrimento às famílias, sendo uma tragédia que chega a 2,6 milhões de natimortos por ano no mundo. Trata-se, majoritariamente, de mortes evitáveis por melhorias na atenção a saúde durante a gestação e parto. **Objetivo geral:** Analisar a natimortalidade de fetos com peso maior ou igual a 2.500g no município do Rio de Janeiro (MRJ) de 2015 a 2019. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa utilizando as bases de dados do Sistema de Informação da Vigilância dos Óbitos Infantis e Fetais (SISINF) desenvolvido na Superintendência de Vigilância em Saúde da SMS/RJ e em uso desde 2015. **Resultados:** No período estudado foram identificados 873 natimortos com mães, majoritariamente, jovens (20-35 anos), com poucos anos de estudo, que viviam com companheiros, eram não brancas, moradoras das áreas mais pobres da cidade. Fizeram os pré-natais nos serviços públicos, tinham início e número de consultas adequados, foram classificadas como de risco habitual, fizeram os exames de primeiro trimestre e ignorados os de terceiro. Na história obstétrica não tinham precedentes desfavoráveis (abortos/natimortos/cesarianas) ao desenvolvimento saudável da gestação do natimorto. No recorte de 326 natimortos intra-hospitalar dos anos de 2018 e 2019, 78% foram classificados como evitáveis, tendo sido encontrado um percentual aumentado de baixa adesão aos tratamentos, poucas práticas coletivas de educação em saúde, baixo registro de participação do acompanhante no trabalho de parto e elevado percentual de não realização da ausculta dos batimentos cardíacos fetais no momento do acolhimento e classificação de risco. Nas classificações de evitabilidade da população, segundo a lista brasileira, identificou-se que 87,3% eram evitáveis, sendo 96,4% destas, como por falta de adequada atenção na gestação ou no parto. **Conclusão:** A natimortalidade de fetos com potencial de sobrevivência, no MRJ, tem um caráter evitável por tecnologias/cuidados adequados em saúde desde o pré-natal ao parto e controle das vulnerabilidades sociais.

Palavras-chave: natimorto; peso fetal; cuidado pré-natal; atenção a saúde; complicações na gravidez; mortalidade hospitalar; vigilância em saúde pública.

ABSTRACT

Stillbirth affects all countries indiscriminately, causing great suffering to families, being a tragedy that reaches 2.6 million stillbirths per year in the world. These are mostly preventable deaths due to improvements in health care during pregnancy and childbirth. General objective: To analyze the stillbirth of fetuses weighing 2,500g or more in the city of Rio de Janeiro (MRJ) from 2015 to 2019. Method: Descriptive study with a quantitative approach using the databases of the Surveillance Information System of Infant and Fetal Deaths (SISINF) developed at the Superintendence of Health Surveillance of SMS/RJ and in use since 2015. Results: In the studied period, 873 stillbirths were identified with mothers, mostly young people (20-35 years old), with a few years of study, who lived with partners, were non-white, living in the poorest areas of the city. They had prenatal care in public services, had adequate start and number of consultations, were classified as usual risk, had the first trimester exams and the third trimester were ignored. In the obstetric history, there were no unfavorable precedents (abortions/stillbirths/cesarean sections) for the healthy development of the stillbirth pregnancy. In the cut of 326 in-hospital stillbirths from 2018 and 2019, 78% were classified as preventable, with an increased percentage of low adherence to treatments, few collective health education practices, low record of companion participation at work of delivery and high percentage of non-auscultation of fetal heartbeats at the moment of reception and risk classification. In the population avoidability classifications, according to the Brazilian list, it was identified that 87.3% were preventable, 96.4% of which were due to lack of adequate care during pregnancy or childbirth. Conclusion: The stillbirth of fetuses with potential for survival, in the MRJ, is preventable by appropriate technologies/health care from prenatal care to delivery and control of social vulnerabilities.

Keywords: stillbirth; fetal weight; prenatal care; health care; pregnancy complications; hospital mortality; public health surveillance.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH-Autorização de Internação Hospitalar

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CID - Código Internacional de Doenças

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DO- Declaração de óbito

GM- Gabinete do Ministro

LBE- Lista Brasileira de Evitabilidade

MS – Ministério da Saúde

ODM- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIH- Sistema de Informações Hospitalares

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISINF -Sistema de Informação da Vigilância dos Óbitos Infantil e Fetal

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabela 1- Total de óbitos fetais na região Sudeste, Estado do RJ, município do RJ e taxa de natimortalidade no MRJ, de 2012- 2017.....	15
Gráfico 1- Momento do óbito em relação ao trabalho de parto no MRJ de 2008-2017.....	27
Gráfico 2. Via de parto de natimortos com peso maior ou igual a 2.500g, no MRJ, de 2008-2017.....	28

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1- Parecer Consubstanciado do CEP.....	114
Anexo 2- Portaria número 72 de janeiro de 2010.....	118
Anexo 3- Fluxo especial para declaração de óbito com informações acerca dos óbitos infantis e fetais.....	121
Anexo 4- Ficha de investigação de óbito infantil e fetal da SMS/RJ.....	123

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1- PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES.....	12
1.1 Introdução	12
1.2 Justificativa	17
1.3. Objetivo Geral.....	19
CAPÍTULO 2- MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 A Morte antecedendo o nascimento: a experiência da perda.....	21
2.2 Procedimento técnico e abordagem frente a natimortalidade.....	22
2.3 O serviço de pré-natal e os fatores relacionados a natimortalidade.....	25
2.4 Parir um feto morto: trabalho de parto e parto.....	27
2.5 Iniquidades em saúde e determinantes sociais de saúde: fatores expostos e protetores da natimortalidade.....	29
2.6 Vigiar para evitar: a vigilância da natimortalidade e as classificações de evitabilidade.....	31
2.7 Sistemas de informações: o planejamento das ações sobre a natimortalidade.....	39
CAPÍTULO 3- MATERIAL E MÉTODO.....	40
3.1 Os cuidados éticos, riscos e benefícios.....	41
CAPÍTULO 4- RESULTADOS: ARTIGOS PRODUZIDOS.....	43
4.1 ARTIGO 1- Natimortalidade de fetos com peso maior ou igual a 2.500g no Município do Rio de Janeiro: 2008-2017.....	44
Referências.....	55
4.2 Artigo 2- Natimortalidade intra-hospitalar de fetos com peso maior ou igual a 2.500g nos anos de 2018 e 2019 no Município do Rio de Janeiro: uma análise da assistência pré-natal, parto e da vigilância do óbito.....	57

Referências.....	77
4.3 Artigo 3. Natimortos com peso maior ou igual a 2.500g no Município do Rio de Janeiro (MRJ): uma análise do período 2015-2019.....	82
Referências.....	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
Referências.....	108

CAPÍTULO 1 – PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

1.1 Introdução

O parto e o nascimento são momentos especiais para a maioria das famílias. Em geral, a gestação é vivenciada de forma intensa pela mulher que compartilha emoções e de forma íntima vivencia as muitas semanas que vão decorrer antes do nascimento. No entanto, a morte do bebê no ventre da mãe, objeto deste estudo, é capaz de transformar um grande sonho em uma tragédia indescritível, com grande sofrimento para a mulher e para todos os envolvidos.

Apesar de todos os avanços na área da Saúde, da ampliação das informações e da sofisticação dos mais diversos meios de comunicação, busca pela garantia de acesso à saúde e das diversas políticas públicas desenvolvidas na área da saúde materno-infantil, ainda temos a natimortalidade como um problema de saúde pública no país e no mundo. Segundo a Série do Lancet, intitulada “Pelo Fim da Natimortalidade Evitável” 2,6 milhões de bebês nascem mortos por ano no mundo. Essas mortes são, na grande maioria, evitáveis por melhorias assistenciais, atingem mulheres com poder econômico mais baixo e metade delas ocorre durante o trabalho de parto e parto.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que: “todos os anos, no mundo, 303 mil mulheres morrem durante a gravidez e parto, 2,7 milhões de bebês morrem durante os primeiros 28 dias de vida e 2,6 milhões de bebês são natimortos”, sendo as causas da natimortalidade, majoritariamente, evitáveis e que necessitam de cuidados de saúde de qualidade, tanto na gestação quanto no parto².

São mortes precoces que decorrem de uma combinação de fatores que vão desde os biológicos, sociais, culturais às falhas do sistema de saúde. Acredita-se que isso resulte

na necessidade de dois importantes campos de atuação para que haja a prevenção dos óbitos. O primeiro, melhorias nas condições de vida da população e o segundo, ações diretas através de políticas públicas de saúde.³

No Brasil, a natimortalidade apresenta-se como um grave problema de saúde pública que afeta a vida de muitas mulheres e famílias. Quando comparada com as taxas de mortalidade materna e infantil, a taxa de mortalidade fetal apresenta uma queda mais lenta e muitas de suas causas associadas são potencialmente evitáveis^{4,5}.

Além do impacto emocional e psicológico provocados pela natimortalidade na vida dos envolvidos, essa tragédia impacta no financiamento dos serviços de saúde uma vez que, o custo de um natimorto é maior do que de um nascido vivo⁵.

Apesar de ter ocorrido um decréscimo mais significativo da natimortalidade nos países desenvolvidos, as taxas de natimortalidade ainda atingem uma elevada incidência em nível mundial. Ainda são apontadas como questões não solucionadas, a ausência de políticas e programas de saúde, a necessidade de qualificação e vigilância dos cuidados. Ressalta-se que muitos dos óbitos de natimortos não são investigados pelos sistemas de saúde.⁶

O quadro da natimortalidade no Brasil não difere da realidade mundial, onde ela é pouco discutida e, em geral, não é foco das principais políticas públicas de saúde⁷. Diante da necessidade de redução da natimortalidade no país, o MS editou a portaria de número 72 de 11 de janeiro de 2010, que torna obrigatória a vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria determina que a vigilância do óbito é de responsabilidade do município de residência da mãe e alerta para a importância de se priorizar a vigilância da natimortalidade de bebês com peso maior ou igual a 2.500g ao nascer, devido à possibilidade de serem potencialmente evitáveis⁸. Ela define como óbito fetal:

“...a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais”.^{8:1}

Um estudo que buscou analisar os óbitos fetais no Brasil de 1996 a 2012 concluiu que em 2012 as regiões Norte e Nordeste apresentaram as taxas mais elevadas (10,3 e 12,1/1000 nascimentos respectivamente), sendo estas, maiores do que a taxa nacional no mesmo período (10,0/1000 nascimentos). Quando avaliado a idade gestacional de ocorrência da natimortalidade, dois terços das mortes tinham 28 semanas ou mais. A educação (poucos anos de estudo referidos pelas mulheres) foi um importante fator de risco apresentado. Mais de 40% das causas das mortes não foram especificadas.⁹

No que se refere as causas da natimortalidade, a literatura aponta que são heterogêneas nas diferentes regiões do país, no entanto, há concordância que a maioria dos óbitos ocorre antes do trabalho de parto⁹. Um estudo realizado em São Paulo demonstrou associação estatisticamente significativa entre óbito fetal e baixa escolaridade materna. Já em Florianópolis, uma pesquisa com duração de 10 anos identificou como causas básicas dos óbitos fetais: malformações, doença hipertensiva materna e alterações placentárias/membranas⁹. No município do Rio de Janeiro (MRJ) constatou-se que em determinada área programática, 84% dos óbitos fetais ocorreram antes da chegada na maternidade. E com relação às causas deste desfecho, às afecções maternas foram as mais frequentes, seguidas das complicações da placenta, cordão e membranas.¹⁰

A Região Sudeste, a qual o RJ faz parte, apresentou estabilidade na taxa de natimortalidade no período de 2012 a 2017. O Estado do Rio de Janeiro foi responsável

por uma média de 19,5% dos natimortos da região neste período e, o Município do Rio de Janeiro por cerca de 38,4% (média) dos natimortos do Estado do RJ (Tabela 1)¹¹.

Tabela 1- Total de natimortos e nascidos vivos com peso $\geq 500\text{g}$ a 4kg ou mais, no Brasil, Região Sudeste, Estado do RJ, Município do RJ (2012-2017)

Ano	Natimortos Brasil	Natimortos Sudeste	Natimortos Estado do RJ	Natimortos MRJ	Nascidos vivos Brasil	Nascidos vivos Sudeste	Nascidos vivos Estado do RJ	Nascidos vivos MRJ	Taxa de natimortalidade no MRJ por mil nascimentos
2012	27.707	9.828	2.535	835	2.899.994	1.151.745	222.568	86.424	9,6
2013	27.496	9.644	2.395	785	2.898.142	1.146.451	223.775	87.575	8,9
2014	27.789	9.966	2.678	862	2.974.716	1.181.806	233.362	89.932	9,5
2015	28.633	10.078	2.593	824	3.012.625	1.194.954	236.733	90.622	9,0
2016	26.101	9.365	2.387	710	2.852.762	1.126.188	218.878	83.101	8,5
2017	26.328	9.371	2.536	726	2.918.477	1.150.412	222.931	84.426	8,5

Fonte: DataSus/SIM/SINASC (2019)11

A assistência à saúde no município do Rio de Janeiro tem entre outras iniciativas uma política de ampliação do acesso à atenção básica e ao cuidado pré-natal. Há pouco mais de década houve o incremento do programa cegonha carioca com ambulância para transporte das gestantes em trabalho de parto, vinculação das gestantes a unidade de assistência ao parto e acolhimento com classificação de risco nas emergências obstétricas das maternidades municipais. Entretanto, apesar destes investimentos não houve o declínio esperado na taxa de natimortalidade, o que nos faz refletir sobre os fatores que atuam na ocorrência destes óbitos.

Em geral, pouco mais de três quartos da natimortalidade (80%) no MRJ ocorrem no SUS e, possuem como causas mais comuns: hipóxia intrauterina, afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas a gravidez, afecções da placenta, do cordão

umbilical/membranas e, a sífilis congênita¹². Segundo a série do Lancet (Stillbirths) o principal fator relacionado a natimortalidade é a necessidade de cuidado obstétrico nas doenças hipertensivas da gravidez, pelo potencial de evitar uma grande proporção de natimortos. Essa publicação aponta também, como causas adicionais e passíveis de intervenções, a sífilis, malária, partos pós termo, restrição de crescimento fetal e diabetes¹³.

A possibilidade de poder definir a causa da natimortalidade apresenta várias vantagens, dentre elas, saber como ocorreu o óbito e informar a família para que possa ter o luto facilitado, promoção de um cuidado qualificado, prevenção dos fatores causais e por conseguinte a evitabilidade do óbito.¹⁴ Vale lembrar que a natimortalidade possui especificidades regionais, culturais, sociais e com o re(co)nhecimento destas, temos o potencial de qualificar os cuidados e melhor estruturar-a assistência a gestação e ao parto, a fim, de identificar as lacunas que a determina.

De acordo com este contexto e, visando o conhecimento amplo da ocorrência da natimortalidade, na intenção não de traçar, apenas, o perfil ou descrever a sua história natural, mas de percebê-la em seu contexto, em um local específico, com uma determinada população e suas especificidades, este estudo tem como questões norteadoras:

1. Qual o perfil sociodemográfico e assistencial das mulheres que tiveram natimortos com peso maior ou igual a 2.500g no MRJ, no período de 2015-2019?
2. Como foram classificados os natimortos com peso maior ou igual a 2.500g no MRJ segundo a evitabilidade?
3. Como se deu e quais os resultados da investigação dos natimortos no MRJ, no período de 2015-2019?

1.2 Justificativa

Como Enfermeira Obstétrica há onze anos prestando assistência direta as mulheres e suas famílias, dentre elas, as que experimentam perdas fetais, vivenciei com elas muitos anseios, tristezas e angústias frente à constatação da natimortalidade. Diante disso, passei a estudar os fatores relacionados a natimortalidade e, senti a necessidade de explorá-los de forma mais abrangente. Acredito que o conhecimento proveniente deste estudo poderá auxiliar na redução da natimortalidade no MRJ e nos demais lugares, através do fomento as ações preventivas e da qualificação da atenção a gestação e ao parto.

O estudo possibilitará o re(co)nhecimento das causas da natimortalidade de fetos com peso maior ou igual a 2.500g no MRJ, fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde. De forma geral, sabemos que a natimortalidade tem como características, desde a elevada taxa, potencial de prevenção à necessidade de políticas públicas direcionadas.

A escassez de publicações sobre a natimortalidade abrange desde sua prevenção com o planejamento reprodutivo, as causas encontradas, o luto à outras questões físicas e psicológicas enfrentadas pelas mulheres e as famílias. Foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)¹⁵ no dia 18/10/2019, utilizando como descritores natimorto AND gravidez resultando em 3.158 estudos. Foi aplicado os filtros País/região como assunto (Brasil) e, Humanos como Limite, encontrou-se 33 estudos, destes, foram retirados os que tinham como assuntos principais: mortalidade infantil, recém-nascido de baixo peso, gravidez ectópica, mortalidade neonatal precoce e nascido vivo. Foram excluídos também as duplicidades e apenas, sete estudos constituíram o resultado deste levantamento. Deste total, dois faziam menção do baixo peso ao nascer e

sua relação com a natimortalidade, dois discutiam a natimortalidade nas regiões brasileiras, três referiam-se à Estados específicos e nenhum estudo de abrangência nacional.

Foi possível identificar que existe um paradoxo envolvendo a temática em discussão, apesar de sua elevada ocorrência e de ser, em grande parte prevenível por ações de saúde¹², esta, não conta com políticas públicas específicas referentes ao seu teor. A Organização das Nações Unidas (ONU) lançou em 2015 os novos 17 objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para serem implementados por todos os países do mundo durante os próximos 15 anos, dentre eles, o **Objetivo 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades- 3.1** Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; **3.2** Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos¹⁶. Conforme vimos, nos ODS, assim como nos seus antecessores, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹⁷, não se incluiu de forma explícita a natimortalidade, justificado talvez, pelo tabu envolto a estas mortes e sua "fatalidade".

Diante da taxa de natimortalidade no MRJ, este estudo poderá servir como fonte de informação, sensibilização e avaliação, a fim de subsidiar políticas públicas e ações de gestores de diversos níveis a prevenir este desfecho que causa tanto sofrimento às mulheres, suas famílias, profissionais da saúde e todos os envolvidos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a natimortalidade de fetos com peso maior ou igual a 2.500g no município do Rio de Janeiro nos anos de 2015 a 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Descrever as características sociodemográficas e da atenção relacionadas à gestação e parto dos natimortos com peso maior ou igual a 2.500g nos anos de 2015 a 2019;
2. Conhecer e discutir os fatores associados a natimortalidade de fetos com peso maior ou igual a 2.500g no MRJ nos anos de 2015 a 2019;
3. Analisar as classificações de evitabilidade dos natimortos e os problemas identificados pelos Comitê de Análise e Prevenção do Óbito;
4. Descrever os dados da assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto e da vigilância ao óbito.

CAPÍTULO 2- MARCO TEÓRICO

2.1 A morte antecedendo o nascimento

"No mundo contemporâneo, lidar com as situações de perda e com a morte torna-se mais difícil, pois o viver está subordinado à produção, ao imediato, à imagem estética bidimensional, o que eclipsa o sentido da vida humana"^{18:10}.

A morte ainda que certa e, por não ser, desta forma, algo que temos o controle, tem o potencial de nos causar grande sofrimento e dor. E quando essa morte chega a alguém que temos grande proximidade, como por exemplo, um membro da família, ela, se torna ainda mais padecente.

Existe uma convenção social de evolução da espécie que se refere a uma sucessão de acontecimentos ordenados da seguinte forma: nascer, crescer, reproduzir e morrer. E, quando, porventura, a morte antecede o nascimento, esta torna-se ainda mais trágica e contestável.

Diante a este contexto, uma pergunta se faz recorrente: existe algo que possa amenizar o sofrimento decorrente da perda? O debate sobre a morte, por se tratar de uma dimensão do cuidado ao ser humano, precisa ser resgatado. A valorização e o reconhecimento do conhecimento científico e da tecnologia deve somar-se a produção de repertórios simbólicos para o seu enfrentamento¹⁸.

Para o alcance destes repertórios as experiências devem ser articuladas, entendidas e refletidas, pois a morte de um bebê durante a gravidez ou logo após o parto, está delimitada em um contexto específico, que inclui o fim dos sonhos, expectativas e de uma determinada ideia de família. Por traz da morte de um bebê havia um projeto de vida traçado e almejado, com a sua perda, perde-se também a expectativa da maternidade e da paternidade¹⁹. Existe uma centralidade existencial na experiência

humana de conceber, dar à luz, criar um filho e, quando um filho morre, esta perda é descrita como sendo contrária a natureza²⁰.

Fazendo um retrospectivo temporal, temos que até a década de 1940, a perda era vista como algo da natureza do ser, assim, não compreendia objeto de estudo e, nos anos anteriores a este, o que se tinha eram estudos que se dedicavam aos pacientes enfermos²¹.

Apesar, de atualmente, existirem estudos que refletem acerca de como as pessoas reagem às perdas, estes ainda são escassos. Vale ressaltar que:

...a perda de uma pessoa amada é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem a experimenta, como também para quem a observa, ainda que pelo simples fato de sermos tão impotentes para ajuda^{21:4}.

Os pais que sofrem a perda decorrente da natimortalidade, passam por um processo natural, denominado de elaboração do luto. O luto se constrói mediante algumas fases que discutiremos a seguir. Além do luto, cerca de 20% mães apresentam algum transtorno psicológico, como luto complicado, depressão, ansiedade, dentre outros²².

A autora Elisabeth Kübler-Ross²³ descreveu a importante obra intitulada: “Sobre a morte e o morrer”, no ano de 1996, que abordou, dentre outros, assuntos como o temor da morte, as atitudes diante da morte e do morrer, além de classificá-la em estágios: 1) Negação e Isolamento, 2) Raiva, 3) Barganha, 4) Depressão e 5) Aceitação. Estes são estágios que comumente ocorrem com os seres humanos diante do luto. A negação representa a resposta inicial, uma defesa temporária, que logo se é substituída por uma aceitação parcial. Não conseguimos enfrentar os tristes acontecimentos e nos revoltamos contra Deus e as pessoas. A raiva se propaga em todas as dimensões e, atinge o ambiente, muitas vezes sem razão plausível. A negação é o estágio que mais

está presente no cotidiano da assistência frente ao diagnóstico de natimorto, pois é a resposta imediata da mulher²³.

A procura por maior assimilação das questões relacionadas a morte, luto e seu processo de superação despertou o interesse de outros estudiosos e distintas classificações de seus estágios foram propostas ao longo dos anos. Além, de Elisabeth Kübler-Ross, outro considerável autor nestas discussões foi Edward John Mostyn Bowlby que nos apresenta quatro fases do luto: 1) fase do choque/torpor, 2) fase da saudade e da busca da figura perdida, 3) fase de desorganização e desespero, 4) fase da organização²³.

Além do (re) conhecimento dos estágios do luto por parte dos profissionais que prestam cuidado aos enlutados, outra importante concepção que deve compor o repertório destes, diz respeito ao entendimento de que aspectos culturais podem causar variações nas relações com o morto. Entretanto, para o autor, apesar da existência destas variações, há essencialmente os mesmos padrões no que se referem a reação²¹.

2.2 Procedimento técnico e abordagem frente a natimortalidade

Neste item, discutiremos aspectos relacionados a comunicação da natimortalidade e os protocolos clínicos e assistências que temos disponíveis para o auxílio na comunicação desta má notícia. A forma como ocorre a comunicação da má notícia pode contribuir ou não para o estabelecimento do processo de luto e ser decisiva na continuidade das relações entre profissionais e usuários²⁴. A morte, é geralmente, uma má notícia e para a emissão desta, podemos utilizar habilidades de comunicação interpessoal que podem tornar esse momento mais acolhedor²⁵.

Cada processo de comunicação exige uma técnica adequada ao seu conteúdo. Não existe uma técnica que

sirva para todas as situações. A maneira de dar uma má notícia varia de acordo com a idade, o sexo, o contexto cultural, social, educacional, a doença que acomete o indivíduo, seu contexto familiar... Enfim, a eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para utilizar a técnica adequada em cada circunstância^{25:50}.

O termo "má notícia" refere-se a emissão de informação que causará alteração negativa na vida do receptor. A qualificação da notícia como desagradável é feita pelo receptor em seu contexto²⁶.

Os avanços técnicos e científicos contribuíram para o desenvolvimento de saberes acerca da comunicação da "má notícia". Esta demanda exige profissionais com habilidades e, para tal, é necessário um somatório de tarefas, visto a complexidade da ação. Se requer formação, treinamento e visão ampliada de cuidado²⁷.

Como expressão de cuidado, a comunicação da perda e, sua classificação como má notícia pela mulher e seus familiares requer individualização de ações, cenários de privacidade, acolhimento e abordagem ajustada a situação²⁸.

A literatura aponta que os médicos utilizam, ainda, de suas experiências clínicas para realizar a comunicação da "má notícia," mas que, existem estudos com orientações acerca de sistematização e transmissão desta notícia²⁶. Um exemplo destas iniciativas, é o protocolo Spikes, uma abordagem que descreve em seis passos a forma flexível de se transmitir uma "má notícia". Este protocolo foi desenvolvido no Canadá e nos EUA para a área da oncologia.²⁷

O protocolo Spikes possui como etapas:

S – Setting up: Preparando-se para o encontro;

P – Perception: Percebendo o paciente;

I – Invitation: Convidando para o diálogo;

K – Knowledge: Transmitindo as informações;

E – Emotions: Expressando emoções;

S – Strategy and Summary: Resumindo e organizando estratégias.

É recomendado, de acordo com este protocolo, o treinamento antes do encontro de comunicação da má notícia, formulação de perguntas abertas com frases curtas, utilização de palavras apropriadas ao vocabulário do paciente, postura compreensiva e demonstração de apoio²⁸.

No Brasil, recentemente, houve uma adaptação deste, nas áreas de neonatologia e obstetrícia. Esta iniciativa adveio da capacitação e apoio das equipes das maternidades da Rede Cegonha²⁷, sendo o protocolo P-A-C-I-E-N-T-E²⁸, uma adaptação do Spikes.

Assim sendo, temos:

P- Preparar;

A-Acesse o quanto o paciente sabe e o paciente sabe e o quanto ele quer saber;

C- Convite à realidade;

I-Informe;

E-Emoções;

N-Não abandone o paciente;

TE- Trace uma estratégia.

O principal diferencial do protocolo P-A-C-I-E-N-T-E é a sétima etapa, a que propõe uma estratégia de cuidados interdisciplinares ao paciente e seu monitoramento²⁹.

2.3 O serviço de pré-natal e os fatores relacionados a natimortalidade

A expressão pré-natal nos remete à preparação para o nascimento. Neste sentido, compreende o percurso guiado para se manter ou restaurar a saúde e que tem como finalidade, dentre outras, o nascimento de um bebê saudável³⁰.

Os cuidados pré-natais compreendem o que a OMS denomina de serviços essenciais e, metade da população mundial ainda não os têm em cobertura total. Para a OMS, tem-se 16 serviços de saúde classificados como essenciais dentre eles, os de pré-natal e parto, integrantes dos indicadores do nível e da equidade de cobertura de saúde nos países³¹. Diante da dimensão desta realidade, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu a cobertura universal de saúde até 2030 nos objetivos do desenvolvimento sustentável³².

Um importante marco no que tange natimortalidade foi a aprovação em 2014 pela Assembleia Mundial de Saúde da meta de 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos em todos os países até 2030³³.

Outro dado levantado pela OMS e que tem relação com a assistência a mulher grávida é que em 2016, mais de meio milhão de casos de sífilis congênita no mundo, resultaram em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais³⁴. Além da sífilis, tem-se as anomalias congênitas que em média correspondem a 7,4% dos natimortos a partir da 28 semana, a idade materna superior a 35 anos, infecção materna, doenças não transmissíveis, nutrição e estilo de vida. Foi verificado também, associação entre natimortalidade e restrição do crescimento fetal, parto prematuro e inadequada assistência¹.

Em 2017, um estudo realizado no Brasil, que objetivou descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal ressaltou a importância deste para a diminuição da

morbidade e mortalidade materna e infantil. No entanto, ao avaliar o programa com base na melhoria do acesso e da qualidade, constataram que apenas 15% das entrevistadas receberam uma atenção de qualidade no pré-natal, menos de um quarto das gestantes realizou exame físico e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas³⁵.

Outro estudo que avaliou os cuidados pré-natais em distintos países e níveis econômicos, demonstrou que há esforço por parte dos países de baixa e média renda em fornecer uma boa qualidade de assistência. No entanto, verificou que o principal empecilho não é mais o acesso e sim, as desigualdades na qualidade dos serviços de saúde. Os autores acreditam que a assistência pré-natal de boa qualidade, ou seja, a que envolve os cuidados respeitosos e baseados em evidências científicas, têm o potencial de prevenir e detectar causas potenciais de complicações obstétricas além de evitar a natimortalidade. Citam como importantes fatores de risco para a natimortalidade a sífilis, HIV, malária, hipertensão, diabetes e pré-eclâmpsia³⁶.

A elevada e constante taxa de natimortalidade tem no pré-natal o poder de contribuir para desfechos mais favoráveis por possibilitar detecção precoce, tratamento oportuno e controle dos fatores de risco. Neste contexto, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Portaria/GM nº 569, de 2000)³⁷ e vem aprimorando-o no decorrer dos anos.

Em 2016, A OMS reforçou a importância do cuidado pré-natal na prevenção de mortes evitáveis. Trata-se de um cuidado com implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências e que abrangem questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais, socioculturais, emocionais e psicológicas³⁸.

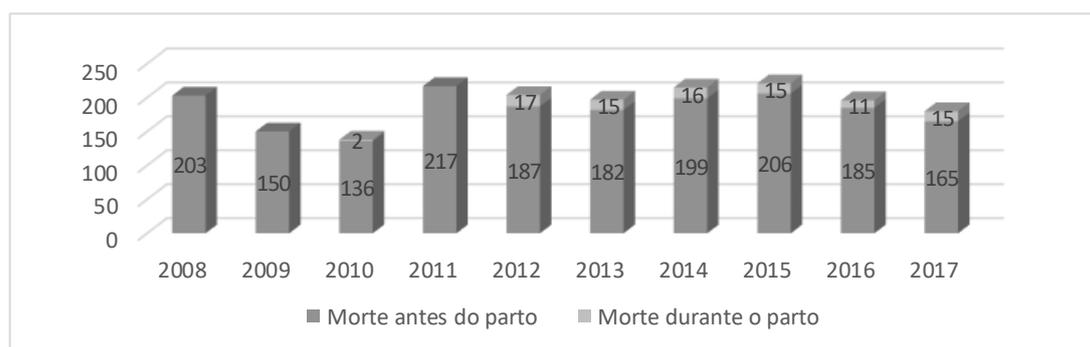
Para avaliação da adequação do pré-natal foram construídos índices variados, a maioria, levando em consideração número de consultas e início do pré-natal, como

exemplo, o índice de Kessner que recomenda o início do pré-natal até o terceiro mês de gestação e a realização de nove consultas em gestações maiores ou iguais a 36 semanas³⁹. Vale ressaltar a necessidade de indicadores de qualidade de pré-natal mais amplos e baseados no conteúdo qualitativo das consultas.

2.4 Parir um feto morto: trabalho de parto e parto

A vivência do óbito fetal pela mulher pode repercutir de forma intensa em suas emoções e sentimentos. A identidade de mulher estabelecida ao longo da gravidez e o exercício da maternidade são interrompidos com o desfecho de natimortalidade⁴⁰. Constatado o óbito, uma nova realidade é posta e o passo seguinte é a indução ou a espera do trabalho de parto e parto. No MRJ, na última década (2008-2017)¹¹ ocorreu 1830 natimortos antes do parto no MRJ, conforme gráfico 1 a seguir.

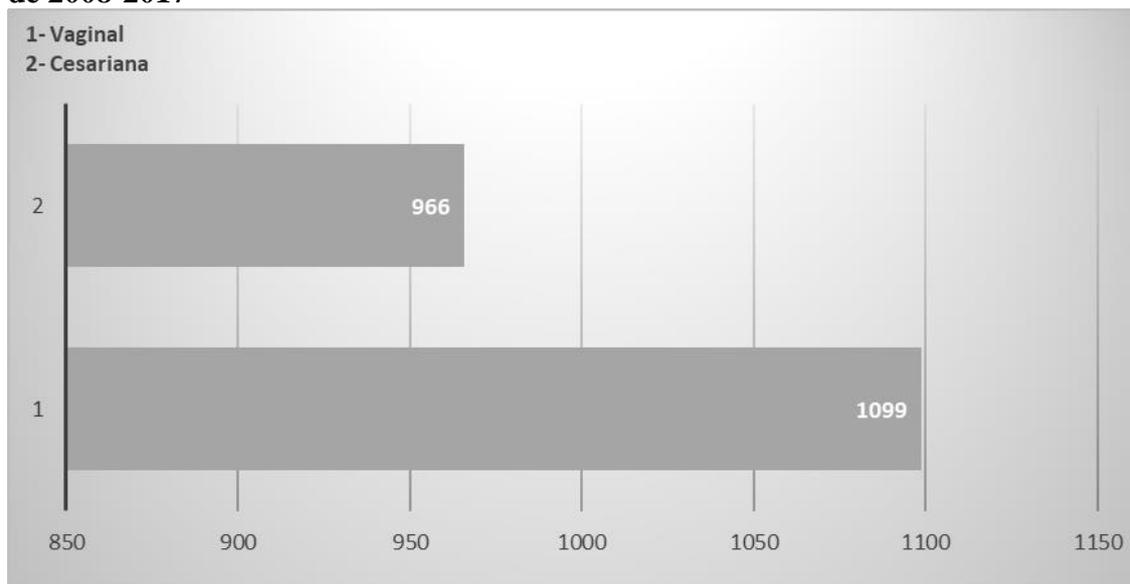
Gráfico 1. Momento do óbito (feto com peso $\geq 2.500g$) em relação ao trabalho parto no MRJ de 2008-2017



Fonte: DataSus/SIM (2019)¹¹

Em relação a via de parto dos natimortos com peso maior ou igual a 2.500g no mesmo período (2008-2017) e local, a via vaginal foi a mais frequente com 53,2% de ocorrência (Gráfico 2).

Gráfico 2. Via de parto de natimortos com peso maior ou igual a 2.500g, no MRJ, de 2008-2017



Fonte: DataSus/SIM (2019)¹¹

Outro estudo realizado no RJ com dados de janeiro de 2005 a dezembro de 2008 e que teve como objetivo verificar a incidência e as condições associadas à cesariana em uma coorte de gestantes com natimortos, concluiu que de 163 casos analisados, 73% deram entrada na admissão sem estarem em trabalho de parto e 89% já sem batimentos cardíacos fetais (BCF). Para os autores, a natimortalidade, por si só não é indicação de cesariana e a conduta expectante ou a indução do trabalho de parto deve ser compartilhada com a gestante, caso não haja contraindicação médica⁴¹.

A ocorrência do nascimento, em determinados casos, não precisa ser imediata ao diagnóstico do óbito fetal e a cesariana eletiva pode trazer riscos à vida da mulher, uma vez que a cesariana aumenta em mais de três vezes o risco de morte para a mulher²⁸.

Uma das opções sugeridas às mulheres que não estejam em trabalho de parto e tenham indicação para indução, é a indução farmacológica com prostaglandinas ou ocitocina²⁸. Nesta perspectiva, uma pesquisa apontou que o processo de indução do trabalho de parto foi relatado pelas mulheres como um complexo de sensações, dentre

elas, o sentimento da mistura de corpo vivo e morto, o que causava a fantasia de contaminação⁴⁰.

Diante do exposto, tem-se como imperativo a não necessidade de indicação de cesariana, apenas, pelo diagnóstico de natimorto. A indicação de cesariana nos casos de natimortalidade, pode ocorrer nas seguintes situações: placenta prévia centro-total, cesáreas de repetição e descolamento da placenta (DPP)⁴².

A falta de atenção, acolhimento e apoio fizeram parte da percepção das mulheres acerca da assistência recebida pelos profissionais de saúde durante o parto. Além destes, o tempo entre o diagnóstico do óbito fetal e o início da indução, quando indicada, não foi considerado, em alguns casos, suficiente para a elaboração o luto⁴⁰.

A natimortalidade no Brasil ocorre majoritariamente antes do parto, portanto, a qualificação dos cuidados pré-natais são os que mais podem impactar na redução desta taxa. As taxas de natimortos intraparto e anteparo ainda não integram os indicadores de cuidado pré-natal do Ministério da Saúde. Os autores reiteram que o cuidado pré-natal de boa qualidade com identificação precoce de gravidez de risco e cuidado adequado perto do momento do nascimento são necessários para reduzir a natimortalidade⁴².

A ocorrência da natimortalidade, para algumas mulheres, foi acrescida de culpabilização pessoal e dos profissionais de saúde. Além disso, verbalizaram isolamento social e mudanças na rotina de vida como decorrentes de tais experiências⁴⁰.

2.5 Iniquidades em Saúde e Determinantes Sociais de Saúde: fatores expositores e protetores da natimortalidade

A discussão acerca da natimortalidade de fetos com um peso considerado ideal ao nascer (maior ou igual a 2.500g) não pode ser vista dissociada do seu potencial de

evitabilidade e parâmetro de mensuração da qualidade dos serviços assistenciais, isto porque os processos de saúde devem ser equânimes. A equidade em saúde foi incorporada após 1988 e associa dois princípios do SUS, o acesso universal e igualitário. Margaret Whitehead introduziu a concepção de justiça ao princípio da igualdade. E, o oposto disso é o chamado de iniquidade que “resulta das diferenças desnecessárias e evitáveis”⁴³.

Estudo que avaliou acesso e qualidade dos serviços de pré-natal em diversos países, evidenciou que, a boa qualidade dos serviços foi relatada pelas mulheres com melhores condições econômicas, quatro vezes mais, que as em situações contrárias. As mulheres mais pobres receberam cuidados inferiores em termo de qualidade. Houve tratamento discriminatório por parte dos profissionais de saúde, tais como, cuidados inadequados, atenção insuficiente da equipe e cuidado desrespeitosos ou abusivos a estes grupos de mulheres³⁶.

Os cuidados inadequados, ou melhor, os descuidados oriundos dos serviços que deveriam prestar assistência, representam fatores expositores ao óbito fetal. Em resposta, há uma busca por parte dos serviços de saúde para ampliar as suas dimensões de alcance e, o entendimento dos determinantes sociais de saúde pode ser uma ponte para a promoção de cuidados de boa qualidade⁴⁴.

Os determinantes da saúde podem ser representados pelos seguintes grupos: os fixos ou biológicos, os econômicos e sociais, os ambientais, os de estilos de vida. Incluem-se ainda, o acesso aos serviços, como educação, saúde, serviços sociais, transportes e lazer⁴⁵.

Assim sendo, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) acredita que no campo da saúde há uma intersecção entre biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde e, que as Iniquidades em Saúde podem ser

conceituadas como: “desigualdades na saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias”⁴⁶. O termo iniquidade, portanto, integra a injustiça e difere de desigualdade propriamente dita, que traduz a assimetria de indicadores de saúde⁴⁴.

As iniquidades em saúde são multifatoriais e podem ser originadas de diversos setores da vida social, dentre eles, diferenciações econômicas, raciais e de gênero. Vale destacar que o objeto deste estudo envolve um cuidado às mulheres grávidas e estas, compõem um dos grupos que historicamente, foi privado de direitos de cidadania. Apesar das mudanças ocorridas ao longo dos anos e da inserção crescente das mulheres na sociedade, ainda temos no inconsciente, posturas que aprofundam as iniquidades na saúde, causando discriminações e danos⁴⁷.

A iniquidade reflete um perfil epidemiológico diferenciado nos grupos sociais e, requer reparação por parte da atuação política de todos os membros da sociedade, sendo a garantia dos direitos, uma das vertentes a se seguir⁴⁸.

2.6 Vigiar para evitar: a vigilância da natimortalidade e as classificações de evitabilidade

A natimortalidade é a morte que acomete o feto a partir de 22 semanas de gestação até a sua extração do corpo materno, excluindo-se assim, o óbito que ocorre após o seu nascimento⁸.

A taxa de natimortalidade é um tipo de indicador utilizado para o monitoramento dos óbitos fetais. Referência importante de monitoramento de dados na área da saúde, o DataSUS¹¹, nos seus indicadores básicos, não possui uma taxa específica de óbito fetal. O indicador que inclui dados sobre a natimortalidade é a taxa de mortalidade perinatal

(C. 2), conceituada como o número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação (154 dias) acrescido dos óbitos ocorridos até o sétimo dia de vida. Assim sendo, além dos óbitos de natimortos estão incluídos também os neomortos com até sete dias de vida.

Como vimos, não há uma taxa exclusiva de óbito fetal no DataSUS, mas tem-se nos indicadores e dados básicos (Datusus) o número de óbitos fetais de 1996-2016 por residências, segundo regiões /municípios, contidos nas informações de saúde e, que servem para a efetivação do cálculo desta taxa. Utilizando esse sistema foi possível verificar que o Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2016, teve um total de 2387 natimortos, com 710 deles, ocorrendo no MRJ. Para efetivação do cálculo da taxa de mortalidade fetal, temos: Número de natimortos (22 semanas) / Número total de nascimentos (vivos e mortos) x 1000⁴⁹.

Faz-se importante identificar a causa de manutenção da elevada taxa de natimortos no MRJ a fim de evitá-los, para tal, há uma ferramenta epidemiológica muito útil para a classificação de doenças é a CID⁵⁰- classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a Saúde. Esta classificação serve para monitorar a incidência e prevalência de doenças, através de uma padronização universal. Nela consta CID específico para natimortos: CID10- P95- morte fetal de causa não especificada, CID 10-036.4 Assistência prestada à mãe por morte intraútero, CID 10-237.1 Nascimento único, natimorto e P01. 6 fetos e recém-nascido afetados por morte materna.

As taxas de fecundidade e natalidade influenciam a de mortalidade. Para tal, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no documento “a projeção da população do Brasil, 2013”, identificou que a taxa de fecundidade total de 2000-2015 apresentou declínio constante, saindo de 2,39 para 1,72, a taxa bruta de mortalidade de

6,67 a 6,08 e, taxa bruta de natalidade de 20,86 a 14,16 por mil habitantes⁵¹. Analisando que houve declínio nas taxas de fecundidade e natalidade não seria esperado a manutenção da taxa de natimortalidade.

Quando se compara as taxas de natimortalidade entre os países ricos e pobres, identifica-se que estas, são maiores em países mais pobres, como exemplo, a taxa de mortalidade fetal no Brasil em 2010 que era de aproximadamente, 10, 97/1000 nascidos vivos e em países desenvolvidos cerca de 2-7/1000 nascidos vivos⁵².

Diante deste contexto, além das ferramentas de monitoramento já discutidas, existe no Brasil um serviço que busca o conhecimento de doenças e agravos à saúde, denominado de Serviço de Vigilância Epidemiológica. Este serviço foi instituído em 1975, por recomendação da quinta conferência nacional de saúde e foi incorporado no campo de atuação do SUS pela lei orgânica 8080/1990⁵³ que o definiu como:

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos⁵⁴.

Ele também é responsável, dentre outros, pela investigação de óbitos de causa indeterminada, óbitos maternos, infantis e fetais.

A epidemiologia, definida como o “estudo do que ocorre em uma população” em si, objetiva estudar os fatores que influenciam a determinação de doenças na coletividade humana, tendo como foco, os agravos ou situações de riscos, como exemplo, as mortes. A partir de meados do século XX, o perfil epidemiológico, em parte, mudou. Novas doenças, desvios nutricionais diversificados e fatores de ocorrências de mortes resultaram em novos enfoques epidemiológicos⁵⁴.

Na vigilância em saúde, segundo a Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004⁵⁵, é atribuição do componente municipal a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da

mortalidade infantil e materna”, e dos Estados - “de forma complementar a atuação dos municípios”. Portanto, as Secretarias de Saúde devem designar uma equipe de vigilância epidemiológica de óbitos de referência do município e do estado³.

O Ministério da Saúde por meio do manual de vigilância do óbito infantil e fetal de 2009³, assume que a proporção de óbitos tanto infantis quanto fetais investigados no país é baixa. Lembra que as tentativas iniciais de implantação dos comitês no país, data da década de 90 e, a elaboração do manual em 2004. Reintegra que de acordo com uma pesquisa executada pelos centros universitários nos municípios, com população de 80.000 habitantes ou mais, constatou-se que cerca de 50% dos municípios já tinham comitês e estes eram de maior proporção nas regiões Sul e Sudeste.

Na operacionalização da investigação se busca as informações relacionadas ao ocorrido, em todos os níveis da atenção, como também informações colhidas com a família. A vigilância do óbito deve integrar os profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Cabe à equipe da atenção básica da área de residência da família a responsabilidade pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos³. O MS recomenda o seguinte fluxo de responsabilidades institucionais para a investigação dos óbitos fetais³.

Núcleo hospitalar de epidemiologia (NHE)/ Comitê hospitalar



Busca ativa diária dos óbitos fetais



Notificação ao serviço de vigilância epidemiológica Municipal



Disponibilização dos prontuários à equipe de vigilância dos óbitos



Análise de todos os níveis de atenção



Além dessa sequência de responsabilidades o MS propõe também que haja discussão em todos os níveis com a participação dos atores envolvidos no processo de assistência.

Diante do exposto, as funções primordiais inerentes à vigilância epidemiológica do óbito fetal podem ser resumidas em: avaliar os problemas ocorridos, contribuir para a construção de um olhar crítico, aperfeiçoar os processos de trabalho, prevenir novas ocorrências.

Outro fator de importante apoio à vigilância da natimortalidade é a classificação da evitabilidade. A classificação de evitabilidade tem como base diferentes métodos e estes, incorporam aspectos como: características regionais, sociais e econômicas. Uma das classificações ainda utilizada atualmente, data de 1980 e é denominada de Wigglesworth, foi elaborada na Europa e ancorou dados clínicos e faixa de peso em suas análises. A partir dela, em 1989 no EUA, foi desenvolvido o International Collaborative Effort on Infant Mortality (ICE)⁵⁶.

A classificação de Wigglesworth passou por revisão sendo nomeada depois de Wigglesworth Expandida. Nesta classificação há 9 grupos de causas de óbitos, levando-se em consideração o peso ao nascer, circunstâncias do óbito e momento assistencial. No Brasil, foi adaptada e compreende o seguinte: Grupo 1. Malformação congênita; Grupo 2. Morte fetal anteparto; Grupo 3. Morte intraparto; Grupo 4. Imaturidade/prematuridade; Grupo 5. Infecção; Grupo 6. Outras causas específicas de

morte; Grupo 7. Causa externa; Grupo 8. Morte súbita, causa desconhecida; Grupo 9. Não classificada³.

No Brasil, o primeiro método de classificação de evitabilidade foi elaborado por Luis Patrício Ortiz e ficou conhecido como Lista da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo (SEADE). O público-alvo foi a população de São Paulo e se baseou nas causas das doenças para investigar a evitabilidade⁶². O método da Fundação SEADE possui como GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE SEGUNDO EVITABILIDADE: 1. Reduzíveis por imunoprevenção, 2. Reduzíveis por adequado controle na gravidez, 3. Reduzíveis por adequada atenção ao parto, 4. Reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces, 5. Reduzíveis por parcerias do setor de saúde e outros, 6. Não Evitáveis, 7. Mal definidas, 8. Demais causas⁵⁷.

Mais recentemente (2007) no Brasil, foi desenvolvido a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do SUS³. Dentre as listas (segundo faixa etária), temos a de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade: 1. Causas evitáveis 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção 1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde 2. Causas mal-definidas 3. Demais causas (não claramente evitáveis)⁵⁸.

Este estudo trata de um objeto (natimortos com peso maior ou igual a 2.500g) que possui potencial de evitabilidade de óbito, o que caracteriza a sua ocorrência como

um evento sentinela, ou seja, “preveníveis pela atuação dos serviços de saúde, dado o conhecimento e os recursos disponíveis na atualidade”^{3:9}.

Historicamente, a vigilância da natimortalidade foi iniciada em 1928 na Inglaterra e País de Gales. Já em países como o Brasil, ela se tornou objeto de registro mais tardiamente e, atualmente, ainda é pouco estudada, reflexo da baixa visibilidade. Sabe-se que em grande parte, são mortes preveníveis por ações dos serviços de saúde^{3,41}.

Um estudo de séries temporais da taxa de mortalidade por causas evitáveis e não evitáveis, no Brasil, de 2000 a 2013 concluiu que houve declínio da taxa de mortalidade por causas evitáveis quando comparadas às não evitáveis e que, as causas evitáveis por adequada atenção à gestação tiveram a maior concentração de óbitos em 2013 (12.267)⁵⁹.

A morte evitável por adequada atenção à saúde, não atinge só os fetos, ela encontra-se presente em todas as faixas etárias e é pauta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS/ONU) - agenda esta que é responsabilidade de todos os países do mundo no período de 2015-2030. A meta 3.2 propõe que até 2030, seja possível acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos⁶⁰.

A mortalidade infantil (morte de crianças no primeiro ano de vida), que também tem suas causas de morte majoritariamente classificadas como evitáveis⁶⁰, também obteve sucesso em termos de redução de 73% no período 1990-2015.

Com a correta identificação de uma morte evitável e sua precisa classificação, temos como direcionar as intervenções para prevenção. A análise da mortalidade por

estas causas (evitáveis) fornecem, também, informações acerca das condições de vida e saúde da população. Diante da importância da prevenção das mortes fetais evitáveis no país é importante destacar a atuação dos comitês de prevenção dos óbitos infantis e fetais, cujas funções integram o monitoramento, acompanhamento e a proposição de intervenções para a sua redução da mortalidade infantil/fetal e dar visibilidade a este problema de saúde⁶⁰.

O Ministério da Saúde define os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal como:

...organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. São instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção^{3:46}.

Assim sendo, o comitê de prevenção do óbito infantil e fetal tem como principais funções a prevenção e educação. Práticas estas, fundamentais para a formulação de políticas públicas e intervenções que objetivem a redução da mortalidade.

A criação dos comitês de prevenção foi fundamental para a operacionalização da vigilância dos óbitos no país. Datam de 1988 em São Paulo (SP), os primeiros Comitês de Estudo da Mortalidade Materna e em 1999 o primeiro Comitê Regional de Investigação de Mortalidade Infantil, também em SP. Outro importante marco na História da vigilância do óbito no país, foi a incorporação dos óbitos infantis e maternos à notificação compulsória em 2014⁶¹.

A história da vigilância do óbito fetal é ainda mais recente e apesar da portaria de número 72 do MS de 2010⁸ estabelecer a obrigatoriedade da vigilância do óbito fetal, a portaria MS 204 de 2016⁶² que define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública não incluiu a natimortalidade.

2.7 Sistemas de Informações: o planejamento de ações sobre a natimortalidade

A criação dos principais sistemas de informações em saúde no Brasil ocorreu na década de 70/80 e, objetivam além de uma atividade de garantia do recebimento dos recursos financeiros, o planejamento das atividades de gestão, alcance das metas estabelecidas, conduções de decisões pertinentes e a demonstração da situação de saúde⁶³.

O sistema de informações hospitalares (SIH) é um dos bancos de dados gerados pelos serviços de saúde como requisito para pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS e serve, dentre outros, para o planejamento das ações⁶⁴.

Tem-se nos sistemas de informações do SUS os eventos vitais, ou seja, “referem-se ao registro de nascimentos vivos, nascimentos mortos, óbitos etc. Eles fornecem dados importantes para a confecção de vários indicadores, como mortalidade, morbidade, vida média ou esperança de vida, cobertura das ações”^{65:13} e, são conhecidos como Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)⁶⁵.

O SIM foi criado pelo DATASUS para obter dados sobre mortalidade tendo como base a Declaração de Óbito (DO). Com base no SIM, tem como dimensionar a problemática envolvida na mortalidade, como: identificação de causas, acompanhamento de eventos sentinelas, monitorização da qualidade da DO, análise da situação de saúde e priorização de ações. No entanto, ainda temos como problema a ser solucionado o fato de ainda existir os sub registros que, chegam a ser mais de 30% em algumas regiões do Brasil⁶³.

Vale ressaltar, que a declaração de óbito é o documento legal que o atesta e é de preenchimento obrigatório. Tem como responsável pelo seu preenchimento, no país, o médico que constatou o óbito⁶⁶.

O SIM é articulado entre as três esferas de governo, sendo as Secretarias Estaduais de Saúde as responsáveis pelos envios das informações, periodicamente, ao banco de dados nacional do Ministério da Saúde. O MS disponibiliza pela Web a base de dados para consultas diversas⁶⁷.

Apesar da existência dos sistemas de informações apresentados, tem-se questões relevantes a serem resolvidas, tais como, volume significativo de registros com causas de óbitos não definidas, problemas de notificação e no fluxo de informação de óbito. Além destes, outro ponto que deve ter maior destaque, é a razão pela qual ainda não se tem um plano regular para avaliar tal instrumento⁶⁸.

Já o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) foi implantado pelo MS a partir de 1990 e tem como base as informações advindas da declaração de nascido vivo. Possui um fluxo semelhante ao do SIM, também é padronizado nacionalmente em três vias⁶³.

CAPÍTULO 3- MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, produto da tese de Doutorado intitulada: Estudo sobre o óbito fetal no município do Rio de Janeiro nos últimos anos (2015-2019). O estudo foi realizado com as bases de dados cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) onde constam as informações das investigações dos óbitos fetais e os dados resultantes das avaliações da vigilância dos óbitos fetais. O Sistema de

Informação da Vigilância dos Óbitos Infantis e Fetais (SISINF) foi desenvolvido na Superintendência de Vigilância em Saúde da SMS/RJ e está em uso desde 2015.

- **Critérios de seleção:** foram selecionados os natimortos com peso de 2.500g ou mais ocorridos nos anos de 2015 a 2019 no MRJ.
- **Instrumentos de coleta de dados:** As fichas do SISINF (Sistema de Informação da Vigilância dos Óbitos Infantis e Fetais) e o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) com informações da vigilância dos óbitos fetais.
- **Variáveis:** Foram incluídos os dados sociodemográficos, histórico obstétrico, história patológica, dados da assistência pré-natal e do parto, causa básica do óbito, dados da entrevista domiciliar após o óbito, tipo de classificação de evitabilidade, dados da vigilância do óbito fetal (tipo de discussão realizada – Grupo técnico ou Comissão), problemas identificados relacionados aos óbitos e recomendações feitas pela vigilância epidemiológica.
- **Análise dos dados:** Os dados foram analisados utilizando o Programa IBM SPSS (Version 24).

3.1 Os cuidados éticos, riscos e benefícios

O estudo foi guiado pela Resolução nº 466/2012⁶⁹ do Conselho Nacional de Saúde que incorpora, “sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”. Assim sendo, o estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de

Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira e da Secretaria Municipal do RJ.

No Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ foi aprovado sob o número **CAAE: 28109020.9.3001.5279** e no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da criança e do Adolescente Fernandes Figueira sob o número **CAAE: 28109020.9.0000.5269**.

Quanto aos benefícios a serem alcançados pelo estudo, estes, serão fomentados pelas informações geradas pela pesquisa que poderão auxiliar nas avaliações, monitoramentos, registros dos óbitos fetais e prevenção de novas ocorrências de óbitos por meio da identificação dos fatores relacionados e das necessidades de qualificações assistenciais. Servirá também para o aprimoramento da assistência, dos instrumentos de informações e vigilância.

CAPÍTULO 4- RESULTADOS

Os resultados desta tese serão apresentados sob a forma de artigos científicos. Os artigos produzidos subsidiam a análise da natimortalidade de fetos com peso maior ou igual a 2.500g no Município do Rio de Janeiro, sendo eles:

- 1. Natimortalidade de fetos com peso de 2.500g ou mais no município do Rio de Janeiro: 2008-2017;**
- 2. Natimortalidade intra-hospitalar de fetos com peso maior ou igual a 2.500g nos anos 2018 e 2019 no município do Rio de Janeiro: uma análise da assistência ao pré-natal, parto e da vigilância do óbito;**
- 3. Natimortos com peso maior ou igual a 2.500g no Município do Rio de Janeiro (MRJ): uma análise do período 2015-2019.**

4.1 Artigo 1- Natimortalidade de fetos com peso de 2.500g ou mais no município do Rio de Janeiro: 2008-2017

Resumo

Este estudo visa descrever aspectos assistenciais das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro (MRJ) que tiveram natimortos com peso maior ou igual a 2.500g e que morreram antes ou durante os seus nascimentos, nos anos de 2008 a 2017. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, utilizando dados secundários, integrando variáveis relacionadas aos óbitos destes bebês, a partir dos dados secundários dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC). A coleta dos dados ocorreu durante os meses de janeiro a março de 2019. A taxa de natimortalidade no período estudado foi de 10,1/1000 nascidos e a taxa de natimortalidade de fetos com 2500g ou mais foi de 2,42/1000 nascidos. A faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 34 anos, a escolaridade de 4 a 11 anos de estudo, o parto vaginal foi a principal via de nascimento, o sexo masculino apresentou maior frequência de natimortalidade, a grande maioria dos óbitos foi antes do parto e tiveram como local de ocorrência, os hospitais. As afecções originadas no período perinatal foram as mais prevalentes e o declínio dos óbitos não investigados se deu em 2010, possível relação com a obrigatoriedade da vigilância destes óbitos a partir deste ano.

Descritores: Complicações na Gravidez; Cuidado Pré-natal; Natimorto; Peso Fetal.

Abstract

This study aims to describe care aspects of women who had stillbirths with a weight greater than or equal to 2,500 g and who died before or during their births, of mothers residing in the city of Rio de Janeiro (CRJ) in the years 2008 to 2017. This is from a descriptive, retrospective study, using secondary data, integrating variables related to the deaths of these babies, based on secondary data from the Mortality Information Systems (SIM) and Live Births (SINASC). Data collection took place during the months from January to March 2019. The stillbirth rate in the studied period was 10.1 / 1000 births and the stillbirth rate of fetuses with 2500g or more was 2.42 / 1000 born. The most frequent maternal age group was 20 to 34 years old, schooling from 4 to 11 years of study, vaginal delivery was the main route of birth, the male gender had a higher frequency of stillbirth, the vast majority of deaths occurred before the birth and had as their place of occurrence, hospitals. Diseases originating in the perinatal period were the most prevalent and the decline in uninvestigated deaths occurred in 2010, possibly related to the mandatory monitoring of these deaths from this year on.

Descriptors: Pregnancy Complications; Prenatal Care; Stillbirth; Fetal Weight.

Introdução

A natimortalidade se configura como um problema de saúde em todo o mundo, tendo seu registro iniciado em 1928 na Inglaterra e País de Gales. Já em países como o Brasil, se tornou objeto de registro mais tardiamente e, atualmente, ainda é pouco estudada, reflexo da baixa visibilidade para a sociedade, embora, grande parte seja de mortes preveníveis por ações dos serviços de saúde^{1,2}.

Segundo estimativas, ocorrem no mundo cerca de 2 a 6 milhões de natimortos de terceiro trimestre por ano². As características socioeconômicas desfavoráveis estão associadas a estes óbitos, sendo os países de baixa e média rendas os que as possuem em maior frequência^{2,3}. Estima-se que 98% dos óbitos fetais ocorra em países em desenvolvimento⁴.

No Brasil, as regiões com maiores taxas de natimortalidade são a Norte e a Nordeste, segundo estudo publicado em 2017. Essas regiões possuem os piores índices econômicos e sociais do país. A análise do estudo em questão apontou como determinantes da natimortalidade: a região de moradia, idade materna (avançada e precoce); e como excludentes dos determinantes, a pobreza e a etnia¹.

Um dado de grande relevância é que em sua maioria esses são óbitos evitáveis. A série do Lancet “Pelo Fim da Natimortalidade Evitável” afirma que metade dos óbitos anuais (1,3 milhões) ocorre durante o trabalho de parto e nascimento e possuem, em sua grande maioria, condições evitáveis. Na realidade brasileira, a evitabilidade está na resolução de problemas na atenção pré-natal, na captação das gestantes e na identificação precoce de risco gestacional^{4,6}.

A denominação da morte como evitável conta com diferentes classificações e, cada uma delas, com critérios específicos. Há registro deste tipo de classificação no Chile em 1979, por Erica Taucher, médica cirurgiã, e em 1980, na Europa, a

classificação de Wigglesworth, patologista pediátrico. No Brasil, o primeiro método de classificação do óbito infantil foi desenvolvido por Luis Patrício Ortiz, mais conhecido como lista da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo (Fundação SEADE). Em 2007, elaboraram a mais recente classificação brasileira de óbitos infantis denominada Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS⁷.

Existe uma lacuna entre as taxas elevadas de óbitos com potencial evitabilidade e tal assunto receber pouca atenção por parte das políticas públicas e dos estudos científicos, além disso, mesmo com a recente Portaria do MS n.º 72, de 11 de janeiro de 2010⁸ que estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito fetal no SUS, ainda não temos a real dimensão destes óbitos e sua repercussão para as mulheres e suas famílias⁶.

Os óbitos fetais refletem as condições de vida de uma população e a qualidade dos serviços de saúde prestados e, são classificados de acordo com a causa base. O natimorto é um resultado adverso da gravidez e desafios na determinação de sua incidência compreendem a: registro tardio da gravidez; pré-natal insuficiente para determinação das condições maternas; falta de tecnologias para realizar, por exemplo, autópsia; ausência de um sistema único para classificar as causas de natimortos^{9,10}.

Uma pesquisa na Holanda, país de nível econômico mais elevado, constatou que 65% de todos os natimortos ocorreram por causas placentárias. Neste mesmo estudo, abordaram as causas de “outros locais da Rede Global” com menos recursos e, 46,6% destes óbitos teve como causas atribuíveis à asfixia fetal intrauterina. Os autores argumentam que estas diferenças podem ter relação com a falta de um padrão único de classificação destes óbitos e, tomam como exemplo, a mulher grávida com pré-eclâmpsia (PE) que evolui para um natimorto, onde, para eles, a PE pode causar alterações placentárias e, por conseguinte, asfixia fetal e, a avaliação feita para análise

do óbito pode escolher para qual direção seguir - materna (PE) ou condições placentárias¹⁰.

A mais recente estratégia de enfrentamento da natimortalidade, em nível Mundial, é o plano de ação para todos os recém-nascidos lançado em 2014 na Assembleia Mundial da Saúde (MAS), que visa a redução do número de natimortos por mil nascidos vivos de 18,4 em 2015 para 12 em 2030, como estratégia de evitabilidade destes óbitos¹¹.

No Brasil, os sistemas de informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) foram criados pelo DATASUS e, têm a finalidade de obtenção de dados sobre mortalidade e nascimentos no país, além de subsidiarem os indicadores demográficos e de saúde. O SIM possui lacunas no que se refere à cobertura e qualidade das informações que variam de acordo com as regiões do país¹². A análise dos dados de natimortalidade de fetos com 2500g ou mais de peso ao nascer, teoricamente viáveis, pode informar sobre o comportamento das taxas ao longo do tempo, as principais causas relacionadas aos óbitos e orientar políticas públicas de enfrentamento deste problema.

Diante deste contexto, esta pesquisa visa descrever aspectos assistenciais das mulheres que tiveram natimortos com peso maior ou igual a 2.500g que morreram antes ou durante os seus nascimentos, no município do Rio de Janeiro (MRJ) nos anos de 2008 a 2017.

Metodologia

Estudo com abordagem quantitativa, retrospectivo e descritivo. Os últimos dez anos com dados disponíveis nos sistemas foram selecionados para a análise. A coleta dos dados se deu por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As variáveis utilizadas e disponíveis nos dados agregados do TABNET foram: óbito por residência/segundo município/ taxa de óbito fetal no MRJ, peso ao nascer, sexo, local de ocorrência, idade da mãe, escolaridade da mãe, tipo de parto, óbito relação ao parto, óbito investigado, capítulo CID-10. Os critérios de busca foram: bebês com peso maior ou igual a 2.500g que morreram antes ou durante os seus nascimentos, nos hospitais localizados no município do Rio de Janeiro (MRJ) nos anos de 2008 a 2017. A coleta dos dados ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2019. Os dados foram armazenados e analisados no programa *Microsoft Excel* 2010.

A taxa de mortalidade fetal em cada ano, foi calculada a partir do seguinte método: $\frac{\text{Número de Óbitos Fetais (22 semanas de gestação e mais), de mães residentes}}{\text{Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1000^8$.

Resultados

Aspectos assistenciais dos óbitos fetais com peso maior ou igual a 2.500g segundo residência (MRJ) em uma década

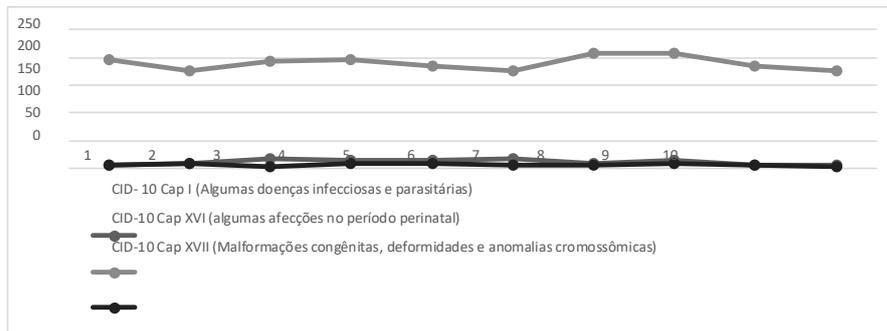
No período avaliado, ocorreram 2010 óbitos fetais com peso de nascimento maior ou igual a 2.500g, resultando em uma taxa média de 11,14 por 1000 nascimentos totais.

Gráfico 1. Taxa de óbito fetal. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008-2016



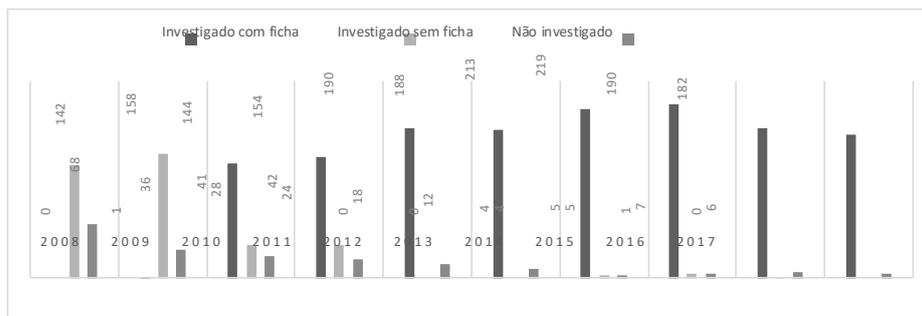
De acordo com o Gráfico 2 abaixo, o principal capítulo da CID-10 relacionado ao óbito fetal de peso maior ou igual a 2.500g, foi o XVI, que engloba afecções no período perinatal.

Gráfico 2. Números de natimortos com peso maior ou igual a 2.5000g e Capítulos da CID-10. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008-2016



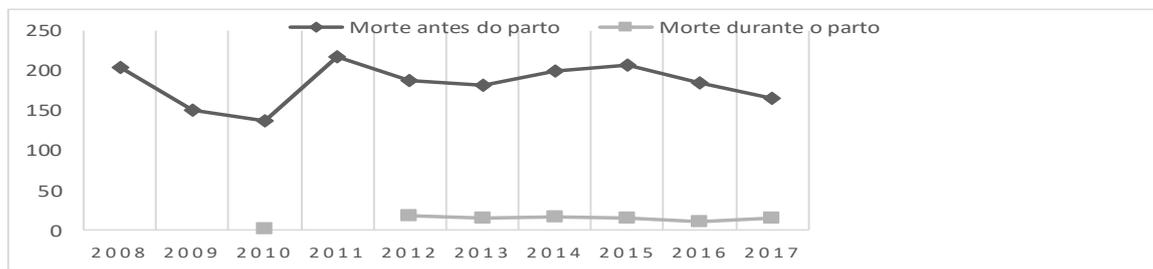
Um importante instrumento de vigilância é a ficha de investigação dos óbitos fetais e esta tem boa aderência pelo MRJ, conforme demonstra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Número de natimortos e investigação dos óbitos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008-2016



O momento do óbito fetal em relação ao parto pode traduzir necessidade de aperfeiçoamento assistencial em serviços, como: pré-natal, emergência obstétrica e atenção ao parto. Quando este, ocorre, conforme Gráfico 4, maioria antes do parto, temos aspectos antecedentes a este como ponto de análise.

Gráfico 4. Momento do óbito em relação ao parto. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008-2016



Discussão

Em acordo com os dados apresentados no Gráfico 1, verificou-se que a taxa de mortalidade fetal apresentou leve flutuação ao longo dos dez anos, com tendência a declínio, exceto, nos anos de 2012 e 2014. A taxa de mortalidade fetal do MRJ está abaixo da meta estabelecida pela Assembleia Mundial da Saúde para 2030^{12,13}.

Em geral, os meninos morrem mais que as meninas em quase todas as causas e, de forma mais precoce¹⁴. E neste estudo, de todos os óbitos fetais com peso maior ou igual a 2.500g nos anos analisados, o sexo masculino apresentou maior número de mortes. Em 2011 não houve registro do sexo de nascimento dos óbitos fetais no TABNET DATASUS¹⁵.

Um estudo realizado em 2012, também com dados do SIM referentes aos anos de 2000 a 2009, discutiu a vulnerabilidade do sexo masculino. Os natimortos do sexo masculino foram mais frequentes que o feminino. Ainda segundo o estudo, as causas para os homens morrerem mais que as mulheres podem ser apontadas como relacionadas a fatores de risco e fatores relacionados às diferenças biológicas inatas, em que o masculino, estaria mais vulnerável aos efeitos imediatos de algumas doenças¹⁶.

O município apresentou um declínio dos óbitos não investigados, o qual se deu em 2010, possível relação com a obrigatoriedade da vigilância destes óbitos, a partir deste ano. A obrigatoriedade da vigilância do óbito fetal e infantil nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS se deu através da Portaria n.º 72, de 11 de janeiro de 2010⁸.

No que se refere aos dados sociodemográficos, a idade da mãe mais prevalente foi de 20 a 34 anos e escolaridade de 4 a 11 anos de estudo. O que traduz um grupo de mulheres jovens e não integrantes do que se denomina "idade materna avançada" e, que

pode aumentar a suspeita de que estas mortes sejam evitáveis. O conceito de morte evitável tem relação com a qualidade da atenção à saúde e pode ser compreendido como um “evento sentinela”¹⁷.

Um importante dado constante no Gráfico 4 se refere à quantidade de bebês que morrem antes do parto. Cabe discutir que estes podem ter ido a óbito antes ou durante o trabalho de parto. O parto interpretado a partir dos seus períodos clínicos, temos que o primeiro período clínico abarca o que denominamos de trabalho de parto. Outra variável que poderia nos trazer importantes informações sobre essas mortes é o número de consultas de pré-natal e que não foi encontrado disponível nesta busca.

A via vaginal foi a de maior frequência nos nascimentos dos natimortos do estudo. Levando-se em conta que ao comparamos a via de nascimento no município do RJ de fetos vivos na mesma década, temos que em todos os anos, os bebês nasceram majoritariamente por cesarianas. Duas perguntas não conseguiremos responder apenas com este estudo: Mesmo sendo pequeno o número de natimortos no momento do parto em si, estes ocorreram antes ou durante o trabalho de parto? Quantos morreram durante a cesariana e parto vaginal?

Há grande quantidade de variáveis ignoradas. A escolaridade foi uma das mais ignoradas, o que pode sugerir inabilidade do profissional em reconhecê-la como relevante na causalidade do óbito fetal.

O ano de 2010 apresentou dados divergentes, pois apesar de apresentar as informações referentes aos óbitos fetais, registrou 75 óbitos pós-partos, o que caracterizam neomortos. Cabe ressaltar que todos os dados da tabela tiveram como base a inclusão destes, uma vez que não foi possível segregá-los. O número de ignorados (65) no quesito escolaridade foi outro dado que se destacou neste ano, pelo seu número maior em comparação aos demais anos.

De acordo com a Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPnet), o óbito fetal compartilha causas com o óbito neonatal precoce (número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos), reitera afirmando que ele é pouco conhecido no Brasil, mas que se insere nas ações para a redução da mortalidade materno-infantil. O óbito fetal integra a mortalidade perinatal, uma vez que esta inclui tanto os óbitos fetais quanto os neonatais precoces e, para ambos, têm-se causas preveníveis, como¹⁸:

- 1) Relacionadas à assistência: dificuldades no acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência ao pré-natal, parto e recém-nascido;
- 2) Desigualdades sociais e econômicas;
- 3) Populações vulneráveis.

Conclusão

O óbito fetal com peso maior ou igual a 2.500g, peso este considerado ideal ao nascer, traz consigo questões relacionadas à saúde perinatal, qualidade da atenção e políticas públicas com foco em medidas preventivas. A maior parte dos óbitos no MRJ ocorreu por doenças relacionadas ao período perinatal e a via de parto não caracterizou risco adicional, visto que a maioria ocorreu antes do parto. Tal fato pode ter relação com a qualidade da atenção pré-natal e assistência em emergências obstétricas.

Estes óbitos causam grande impacto na vida das mulheres e familiares que vivenciaram a gravidez até o último trimestre e o desfecho negativo, muitas vezes, inesperado, tem forte potencial danoso. No MRJ, há registros de investigações destes óbitos conforme vimos, nos resta saber se os serviços recebem devolutivas e se estas são capazes de promover práticas preventivas a fim de reverter essa tragédia.

Referências

1. Carvalho TS, Pellanda LC, Dayle P. Stillbirth prevalence in Brasil: exploration of regional differences. *J. Pediatr (Rio J)*. 2018; 94(2):200-206.
2. Camargo ABM. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. 2008 jan./jun.; 22(1):30-47.
3. Madhi AS, et al. Causes of stillbirths among women from South Africa: a prospective, observacional Studi. *Lancet*. 2019; 7.
4. Holanda AAS. Caracterização da mortalidade fetal em Pernambuco, de 2000 a 2011: causas e fatores associados. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
5. Fonseca SC, Coutinho ESF. Fatores de Risco para Mortalidade Fetal em uma Maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Caso-Controlle. *Cad. Saúde Pública*. 2010 fev.; 26(2):240-252.
6. Melo CM, et al. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 12(10):3457-3465.
7. Dias BAS, et al. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(5):e0012591.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 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). Brasília (DF): MS, 2010.
9. Campos DA. Identificação das causas evitáveis, que levaram à mortalidade fetal e de crianças menores de um ano no Município de Angelândia-MG em 2013. Polo Teófilo Otoni. Minas Gerais. 2014.
10. Mc Cleare EM, Goldenberg R. Understanding causes of stillbirth moving in the right direction. *Lancet Glob Health*. 2019 Apr.; 7(4):e400-e401.
11. Barros OS, et al. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2019; 53:12.
12. Queiroz BL, et al. Estimativas do grau de cobertura e da mortalidade adulta (45q15) para as unidades da federação no Brasil entre 1980 e 2010 *Rev BRas epidemiol*. 2017 mai.; 20(Suppl1):21-33.
13. Coordinator, Every Women Every Child. Cada Mulher, Cada Criança. Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030). Nova York: EWEC; 2015.
14. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. 2006 mai.; 22(5):901-11.

15. Ministério da Saúde (BR). Informações em Saúde. TABNET DATASUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm.
16. Filho ADPC, Laurenti R. O Sexo Masculino Vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais masculinos. Cad. Saúde Pública. 2012 abr.; 28(4):720-728.
17. Malta DC, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do sistema único de saúde do Brasil, 2007. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007 out. -dez.; 16(4):233-244.
18. Ministério da Saúde (BR). Relatório Anual Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil) janeiro-dezembro de 2016. Brasília (DF): MS, 2016.

4.2 Artigo 2- Natimortalidade intra-hospitalar de fetos com peso maior ou igual a 2.500g nos anos 2018 e 2019 no município do Rio de Janeiro: uma análise da assistência ao pré-natal, parto e da vigilância do óbito.

Resumo

A natimortalidade intra-hospitalar de fetos com peso maior ou igual a 2.500g é um evento sentinela dada a possibilidade de evitabilidade do óbito. **Objetivo:** Analisar os dados da assistência às gestantes que tiveram como resultado natimortos intra-hospitalares com peso maior ou igual a 2500g. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados secundários provenientes do banco de dados de óbitos fetais da SMS/RJ. Para esse estudo foram selecionados os óbitos intra-hospitalares com peso de nascimento maior ou igual a 2.500g ocorridos nos anos 2018 e 2019 que foram investigados com realização de visita domiciliar. **Resultados:** Nos anos de 2018 e 2019 houve 326 natimortos de mães residentes no MRJ, com peso maior ou igual a 2.500g. Os natimortos foram classificados em sua grande maioria como evitáveis (78%). A atenção pré-natal se caracterizou para a maioria das gestantes por número adequado de consultas (85,3%), realizações dos exames de rotina (92,7%) e esquema vacinal (73,2%). Entretanto foi encontrada baixa adesão das gestantes aos tratamentos indicados (46,3%), baixo registro do acesso a especialistas quando indicado (34,1%) e pouca utilização de práticas coletivas de educação em saúde (2,4%). Na atenção hospitalar pouco mais da metade das mulheres (56,1%) tinha registro dos exames de testes rápidos preconizados, houve baixo registro de participação de acompanhante nos relatos do trabalho de parto (31,7%), um percentual elevado (92,7%) não teve a realização do exame de ausculta dos batimentos cardíacos fetais no primeiro atendimento (acolhimento e classificação de risco). A natimortalidade ocorreu com tempo de internação maior que seis horas (48,8%), em apenas 2,4% dos prontuários houve registros de oportunidade de visualização do feto pelos pais/familiares. A vigilância do óbito identificou queixas dos usuários relacionadas à atenção a maternidade (51,2%) e ao pré-natal (2,4%). Os óbitos foram discutidos em sua maioria nos grupos técnicos das coordenadorias de atenção primária (73,2%). **Conclusão:** O elevado percentual de natimortalidade evitável demonstra a necessidade de qualificação da atenção. O serviço de investigação dos óbitos fetais apontou problemas, mas não realizou as recomendações cabíveis aos gestores e profissionais. Apesar da ocorrência dos óbitos ter sido no ambiente hospitalar, sabe-se que o serviço de pré-natal está diretamente associado à prevenção de morbidades e mortalidades.

Palavras-Chave: mortalidade intra-hospitalar; cuidado pré-natal, natimortos; peso fetal; vigilância em saúde.

Summary

In-hospital stillbirth of fetuses weighing 2,500g or more is a sentinel event given the possibility of preventable death. **Objective:** To analyze data from assistance to pregnant women who resulted in in-hospital stillbirths weighing 2500g or more. **Method:** This is a descriptive, retrospective study carried out with secondary data from the stillbirth database of SMS/RJ. For this study, in-hospital deaths with birth weights greater than or equal to 2,500g that occurred in the years 2018 and 2019 were selected, which were investigated with a home visit. **Results:** In the years 2018 and 2019, there were 326 stillbirths of mothers residing in the MRJ, weighing 2,500g or more. Stillbirths were classified for the most part as preventable (78%). For most pregnant women, prenatal care was characterized by an adequate number of consultations (85.3%), performance of routine exams (92.7%) and vaccination schedule (73.2%). However, low adherence of pregnant women to the indicated treatments was found (46.3%), low record of access to specialists when indicated (34.1%) and little use of collective health education practices (2.4%). In hospital care, just over half of the women (56.1%) had a record of the recommended rapid test exams, there was a low record of the participation of a companion in the reports of labor (31.7%), a high percentage (92, 7%) did not have the fetal heartbeat examination performed in the first consultation (reception and risk classification). Stillbirth occurred with hospitalization time longer than six hours (48.8%), in only 2.4% of the medical records there were records of the opportunity to view the fetus by parents/relatives. Death surveillance identified user complaints related to maternity care (51.2%) and prenatal care (2.4%). Most deaths were discussed in the technical groups of the primary care coordinators (73.2%). **Conclusion:** The high percentage of preventable stillbirths demonstrates the need for qualification of care. The fetal death investigation service pointed out problems but did not make the appropriate recommendations for managers and professionals. Although the deaths occurred in the hospital environment, it is known that the prenatal service is directly associated with the prevention of morbidities and mortality.

Key words: in-hospital mortality; prenatal care, stillbirths; fetal weight; health surveillance.

Introdução

Apesar dos impactos negativos na saúde das mulheres, no bem-estar das famílias e ser negligenciada por décadas, a natimortalidade, dada a sua magnitude, vem nos últimos anos ganhando importância como um indicador relevante da saúde materna. A OMS publicou estimativas nacionais, regionais e mundiais de natimortos em 2011, destacando a ocorrência de cerca de 2,6 milhões de natimortos afetando as mulheres e suas famílias em 2009. Esta publicação também mostrou a falta de dados confiáveis nos países onde a maioria dos natimortos ocorrem. Em 2014, o Every Newborn Action Plan,

um movimento global com vários parceiros para acabar com as mortes maternas e neonatais evitáveis e natimortos, estabeleceu uma meta para as taxas nacionais de natimortos de 12 ou menos natimortos por 1000 nascimentos em todos os países até 2030¹.

Embora a taxa global de natimortalidade tenha apresentado queda de 65,3% desde 1970, no ano de 2016 estima-se que ocorreram cerca de 1.700.000 natimortos no mundo sendo a grande maioria em países de baixa e média renda². Ao contrário dos países de alta renda onde 90% da natimortalidade acontece no período antes do parto, nos países de baixa e média renda metade destes óbitos ainda acontece durante o parto. Essas mortes acontecem principalmente em fetos com potencial de sobreviver evidenciando a possibilidade de evitabilidade desta tragédia³.

Em um estudo de avaliação da qualidade do registro dos óbitos fetais no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Brasil, dados da SVS mostraram que entre 2013 e 2016 foram registrados 127.330 óbitos fetais com uma média de mais de 30.000 óbitos fetais/ano. Com 23,9% dos registros a hipóxia intrauterina (somados os tipos não especificada e ocorrida antes do parto) foi a principal causa de óbito seguida pela morte fetal de causa não especificada (21,5%) e pelo transtorno materno hipertensivo (10,3%). Do total de natimortos, 17,1% tinham peso ≥ 2.500 g e ocorreram em gestação a termo⁴.

Estudo realizado em Recife, com dados de 2010 a 2014 concluiu que houve um aumento dos óbitos fetais em 12,1%, tendo como principais causas afecções maternas e asfixia/hipóxia ao nascer. A partir da identificação das causas destes óbitos foi possível avaliar que a maior parte eram evitáveis e que lacunas assistenciais durante o parto explicavam a ocorrência de asfixia/hipóxia⁵.

No Brasil a quase totalidade dos partos (99%) ocorre em hospitais, intervenções no trabalho de parto e parto são muito frequentes e mais de 50% dos nascimentos são

cesarianas. Sendo em sua maioria preveníveis por adequado acesso a diagnósticos e intervenções efetivas e precoces presume-se que o hospital traria maior segurança para gestantes e seus bebês, no entanto, óbitos evitáveis intraparto representam mais de 40% do total dos natimortos^{5,6}.

Como estratégia da política de redução da natimortalidade em 2010 o óbito fetal foi considerado de notificação obrigatória no país e instituída a sua vigilância estabelecendo a possibilidade de identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas para sua prevenção⁷.

Além da obrigatoriedade da notificação do óbito fetal no país, foi instituído a Rede Cegonha com o objetivo entre outros de assegurar boas práticas e assistência qualificada para a atenção na gravidez e no parto⁸.

Espera-se que somatório destas duas iniciativas políticas deva convergir para uma maior qualificação assistencial e diminuição das taxas de natimortalidade no país. A fim de melhor identificar as causas dos óbitos perinatais e os fatores relacionados com sua evitabilidade foram estabelecidas classificações quanto as possíveis intervenções que poderiam evitar a ocorrência dos óbitos. No Brasil, as classificações mais utilizadas e não exclusivas para óbitos fetais, são: Wigglesworth – para óbitos perinatais e a Lista Brasileira de Causas de Morte Evitáveis (LBE)⁹.

Assim sendo, este estudo teve como objetivo descrever a Natimortalidade intra-hospitalar de fetos com peso maior ou igual a 2.500g nos anos 2018 e 2019 no município do Rio de Janeiro realizando uma análise da assistência ao pré-natal, parto e da vigilância do óbito, identificando elementos que possam subsidiar ações de saúde na atenção às gestantes que possam reduzir a natimortalidade.

Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, documental, parte da tese de Doutorado intitulada: Estudo sobre o óbito fetal no município do Rio de Janeiro nos últimos anos (2015-2019). O estudo foi realizado com as bases de dados cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) onde constam as informações das investigações dos óbitos fetais e os dados resultantes das avaliações da vigilância dos óbitos fetais. O Sistema de Informação da Vigilância dos Óbitos Infantis e Fetais (SISINF) foi desenvolvido na Superintendência de Vigilância em Saúde da SMS/RJ e está em uso desde 2015.

Para este estudo, selecionamos, intencionalmente, os dados que compreendem os natimortos intra-hospitalares, com vistas a melhor compreensão de como ocorreu o cuidado pré-natal, a assistência hospitalar ao trabalho de parto e parto e a realização da vigilância em saúde. Os dados foram coletados na SMS/RJ no período de agosto a dezembro de 2020, tendo como base as fichas de investigações dos óbitos fetais produzidas pelo Serviço de Vigilância da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).

As fichas de investigações dos óbitos fetais são padronizadas com os seguintes dados: tipo de óbito, identificação da criança, identificação materna, histórico obstétrico, história patológica pregressa, planejamento reprodutivo, dados da assistência pré-natal, dados da assistência ao parto, da visita domiciliar após o óbito (com a entrevista quando efetivada), causa básica do óbito, classificação do óbito em evitável ou não, demarcação da discussão em Grupo de Trabalho (GT) ou Comissões de investigação de óbitos infantis e fetais das Coordenadorias de Atenção Primária (CAPs), problemas encontrados e recomendações feitas.

Após investigações hospitalar, ambulatorial e domiciliar, é feito o resumo do caso. A ficha síntese é preenchida e é digitada no sistema de vigilância. Os casos com as investigações completas seguem para o GT do Comitê Regional, que se reúne, discute o caso e decide quais casos irão também para a Comissão, geralmente, os mais relevantes do ponto de vista da evitabilidade, devido ao grande número de casos a serem discutidos.

Os critérios de inclusão para este estudo foram os natimortos intra-hospitalares (batimento cardíaco fetal positivo na admissão hospitalar) nos anos de 2018 e 2019, de mães residentes no MRJ com peso maior ou igual a 2.500g, cujos óbitos foram investigados pela vigilância em saúde e possuíam relato da entrevista domiciliar pós-parto do natimorto. Após aplicação dos critérios de inclusão do estudo, obteve-se como resultado 41 fichas de investigações de natimortos.

As variáveis que compuseram as atividades do planejamento assistencial (tabela 2) têm como base as recomendações assistenciais do MS, sendo elas: dispor de planejamento reprodutivo, realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, realizar exames de rotina em cada trimestre da gestação, ter o direito a disponibilidade dos exames efetivados, ter fomento ao vínculo e adesão terapêutica, possuir justificativa médica para cada intervenção prescrita, ter acesso a imunização, direito ao acompanhante, participação da equipe interprofissional e multidisciplinar, atividades educativas coletivas para promoção de saúde e prevenção de agravos, visitas domiciliares, referenciamento para alto risco de acordo com a necessidade, realização de testes rápidos sorológicos na maternidade, consulta de acolhimento e classificação de risco nas emergências obstétricas e, as relacionadas as informações contidas na vigilância dos óbitos^{10,11,12}.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado sob parecer CAEE nº 28109020.9.3001.5279.

Resultados

Nos anos de 2018 e 2019 aconteceram 160.822 nascimentos no Município do Rio de Janeiro, sendo que 1.465 foram natimortos com peso maior ou igual a 500g, perfazendo uma taxa de natimortalidade de 9,1 por 1.000 nascidos. Nesse período ocorreram 326 natimortos com peso maior ou igual a 2.500g, ocasionando uma natimortalidade de 2,02 por 1000 nascidos nesta faixa de peso. Dentre o total de natimortos nesta faixa de peso apenas 41 (12,57%) apresentaram, além da ficha de investigação do óbito hospitalar, a entrevista domiciliar de investigação pós-parto.

As mães desses natimortos se encontravam majoritariamente na faixa etária de 20 a 35 anos (78%), se consideravam não brancas (82,9%), tinham ensino fundamental (51,2%), não possuíam companheiro (46,3%), não tinham ocupação formal (53,6%) e pouco mais da metade (53,6%) estava na terceira gestação ou mais.

Em relação aos natimortos, mais de três quartos (75,6%) foram de gestações a termo (37-40 semanas), 58,3% nasceram por cesariana e 92,7% ocorreram nos serviços públicos de saúde. Em relação a classificação da evitabilidade pelas comissões regionais da SMS/RJ, 78% dos óbitos foram considerados evitáveis e o principal diagnóstico da causa do óbito foi a anoxia/hipoxia intraútero (68,3%) conforme tabela 1.

Tabela 1- Dada sociodemográficos, gestacionais e de evitabilidade do óbito de mulheres com natimortos intra-hospitalar no MRJ em 2018 e 2019.

Variável	Categoria	N	%
		(41)	
Idade	Menos de 20 anos	4	9,8
	20 a 35 anos	32	78,0
	Mais de 35 anos	5	12,2
Escolaridade	Fundamental	21	51,2

	Médio	18	44,0
	Técnico	1	2,4
	Ignorado	1	2,4
Situação conjugal	Vive sem companheiro	19	46,3
	Vive com companheiro	17	41,5
	Ignorado	5	12,2
Raça/Cor	Branca	7	17,1
	Não branca	34	82,9
Ocupação	Sim	17	41,5
	Não	22	53,6
	Ignorado	2	4,9
Nº de gestações anteriores	Nenhuma	10	24,4
	Uma	9	22,0
	Duas ou mais	22	53,6
Idade gestacional	Menor ou igual a 32 a 33 semanas	3	7,3
	34 a 36 semanas	2	4,9
	37 a 40 semanas	31	75,6
	41 semanas ou mais	5	12,2
Tipo de parto	Vaginal	17	41,5
	Cesariana	24	58,3
Tipo de estabelecimento onde ocorreu o parto	Público	38	92,7
	Outros	3	7,3
Causa da morte (I) após investigação	Hipóxia/Anóxia	28	68,3
	Adramnia	1	2,4
	Pós datismo	2	4,9
	DPP/SFA	2	4,9
	Morte fetal não especificada	1	2,4
	Causa indeterminada	2	4,9
	Malformação	1	2,4
	Corioamnionite	1	2,4
	Por outras afecções do cordão	1	2,4
	Não informado	2	4,9
Natimorto evitável	Sim	32	78,0
	Não	2	4,9
	Inconclusivo	4	9,7
	Não informado	3	7,3

Em relação aos resultados da análise do óbito fetal pela comissão de investigação dos óbitos foi identificado que apenas cerca de 1/3 das gestações (34,1%) foi planejada. A grande maioria das mulheres (85,3%) teve seis ou mais consultas de

pré-natal e possuíam registros de solicitações de exames de rotina pré-natal (92,7%). Entretanto, houve indisponibilidade de resultados dos exames realizados (9,7%), relato da falta de adesão pela gestante aos exames e/ou tratamentos prescritos (46,3%) e ausência de registros de esquemas vacinais (43,9%).

Na grande maioria dos casos (82,9%) as gestantes permaneceram sendo assistidas pela atenção de pré-natal de baixo risco/risco habitual. Também foi identificado que 34,1% das mulheres foram encaminhadas a outras categorias profissionais para cuidados, além da medicina e enfermagem, e apenas 2,4% tiveram registro de qualquer tipo de prática coletiva de educação em saúde. Pouco mais da metade das mulheres (51,2%) receberam visitas domiciliares durante a gestação e em menos de um terço dos casos houve registro da presença do acompanhante durante a gestação e parto (31,7%).

No que tange ao atendimento realizado durante a classificação de risco na admissão e internação na maternidade, apenas 7,3% das mulheres tiveram a realização da ausculta do BCF. Pouco mais da metade das mães dos natimortos (56,1%) realizaram testes rápidos durante o processo de internação hospitalar e quase metade (48,8%) já estavam internadas por seis horas ou mais quando foram diagnosticados os óbitos fetais.

No que diz respeito às questões levantadas pelas equipes de vigilância dos óbitos nas entrevistas domiciliares realizadas após os partos, pouco mais da metade (51,2%) respondeu que tinham queixas relacionadas à atenção recebida na maternidade, 2,4% tinham queixas relacionadas a atenção pré-natal e 46,3% não tinham queixas da atenção recebida durante a gestação e parto. As entrevistas realizadas pela vigilância dos óbitos tiveram como participantes as mulheres (mães dos natimortos) em 75,6%, os pais (7,3%), outros familiares (12,2%) e uma pequena parcela recusou ser entrevistada (4,9%). Dentre as queixas feitas aos serviços de saúde (dados não tabelados) a grande

maioria dizia respeito à atenção recebida na maternidade, tais como: descaso, grosseria, falta de ajuda e de informações, demora no atendimento e ausculta do BCF, ausência de tratamento adequado e negligência.

Tabela 2. Dados da ficha de natimortos relativos ao cuidado da gestação e parto referentes ao processo de investigação do óbito

Variável	N (n=41)	%
Relacionada ao planejamento reprodutivo		
Gravidez planejada	14	34,1
Relacionada ao pré-natal		
Consultas pré-natal ≥ 6	35	85,3
Solicitações de exames	38	92,7
Indisponibilidade de resultados de exame realizado	4	9,7
Falta de adesão aos exames/tratamentos	19	46,3
Ausência de justificativa de prescrição medicamentosa	3	7,3
Registro de esquema vacinal em dia ou que completou	30	73,2
Encaminhamentos ao pré-natal de alto risco	7	17,1
Direito ao acompanhante		
Registro de participação de acompanhante durante gravidez ou parto	13	31,7
Integração da equipe multidisciplinar e interprofissional		
Registro de encaminhamento para outras categorias profissionais (além de enfermagem e medicina)	14	34,1

Educação em saúde		
Registro de práticas coletivas de educação em saúde	1	2,4
Nº de mulheres que receberam visitas domiciliares durante gravidez	21	51,2
Relacionadas a atenção na maternidade		
Registro de ausculta de BCF no primeiro atendimento do ACCR	3	7,3
Registro de testes rápidos na internação	23	56,1
Óbito fetal/BCF inaudível com 6h ou mais de intra-hospitalar	20	48,8
Relacionadas a visita domiciliar após o óbito		
Queixas relacionadas à atenção na maternidade	21	51,2
Queixas relacionadas à atenção pré-natal	1	2,4
Sem queixas dos serviços de saúde	19	46,3
Recusou entrevista domiciliar	2	4,9
Vínculo do entrevistado com natimorto-mãe	31	75,6
Vínculo do entrevistado com natimorto-pai	3	7,3
Vínculo do entrevistado com natimorto- outro familiar	5	12,2

Após a junção das informações dos prontuários maternos das unidades de saúde, registros do pré-natal e das entrevistas pós-parto, 73,2 % dos casos de óbitos tiveram como destinos de discussões os GT e 24,4% as comissões de investigação de óbitos infantis e fetais das CAPs.

Nas fichas de investigações dos óbitos decorrentes das investigações, apenas 4,9% tinham os resumos com as recomendações destinadas aos serviços (Tabela 3).

Tabela 3. Instância de realização da investigação e disponibilidade de recomendações pela vigilância do óbito fetal

Variável	N	%
Óbito discutido em GT	30	73,2
Óbito discutido em comissão	10	24,4
Sem informação do tipo de discussão	1	2,4
Resumos com relatos das recomendações	2	4,9

Discussão

Na grande maioria das investigações realizadas neste grupo de natimortos (óbito intra-hospitalar e peso maior ou igual a 2500g) o evento foi considerado evitável (78%). Conhecer o perfil das mulheres que pariram esses fetos e os cuidados recebidos por elas durante o pré-natal e parto nas unidades de saúde do MRJ pode contribuir para um melhor entendimento dos fatores causais e das ações necessárias para sua prevenção.

A natimortalidade passível de evitabilidade por melhoria assistencial é um problema crônico no país. Um estudo de 1997, realizado em São Paulo, já apontava causas de óbitos fetais por patologias passíveis de diagnóstico precoce e tratamento

oportuno, como hipertensão arterial e infecções¹³. Diferentes estudos mais recentes mostram que essa continua sendo a realidade da maioria dos óbitos fetais no país^{5,14,15}.

Em nosso estudo a maioria das mães estavam na faixa etária de 20 a 35 anos (78%), assim como encontrado em estudos realizados em Cuiabá e no estado do Ceará^{16,17}. Entretanto este dado diverge de outros estudos que apontam maior risco gestacional nos extremos de idade materna^{18,19}.

Sabe-se que a escolaridade tem impacto nos cuidados com a saúde. Segundo o estudo que teve como base a Pesquisa Nascer no Brasil, ter menor escolaridade e não possuir companheiro impactou na cobertura da assistência pré-natal. Entre as mulheres que tiveram natimortos intra-hospitalares neste estudo, o ensino fundamental foi o grau de escolaridade mais prevalente (51,2%). No que se refere a situação conjugal, menos da metade (41,5 %) tinha companheiros. Vale ressaltar que ter uma relação conjugal estável e estar acompanhada no momento da internação foram considerados fatores protetores para o óbito fetal em pesquisa realizada no RJ²⁰.

A grande maioria das mulheres (82,9%) se autodeclarou não branca e esse achado corrobora com um estudo de abrangência nacional, que avaliou a influência da raça/cor nas iniquidades na atenção pré-natal e parto, mostrou que a cor da pele preta está associada a níveis mais elevados de adoecimento e morte por causas evitáveis. As puérperas de cor preta possuíam maior risco de terem um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante, falta de vinculação à maternidade e maior chance de peregrinação para conseguir uma vaga hospitalar na hora do parto²¹.

A literatura aponta a etiologia da natimortalidade como multifatorial, cita fatores determinantes distais (socioeconômicos), intermediários (assistência) e proximais (biológicos) como fatores associados²². Diante disso, vale a análise de outras variáveis

relevantes, como a história obstétrica e dados dos partos. Neste estudo, mais da metade das mulheres (75,6%) tinham gestações prévias.

Quanto ao risco reprodutivo, diferentes estudos apontam relação entre natimortalidade prévia e risco aumentado de nova ocorrência^{17,23}. Neste estudo não houve registro de casos de natimortos prévios, embora em 21,95% das fichas essa informação fosse ignorada. A multiparidade também é considerada pela literatura como um determinante relevante de natimortalidade. Neste estudo, mais da metade das mulheres (53,6%) tinham pelo menos duas gestações prévias^{24,25}.

Apesar do ponto de corte do peso fetal ser maior ou igual a 2.500g em nosso estudo, 12,2% dos partos foram prematuros. A prematuridade foi associada à natimortalidade em outros estudos uma vez que as causas da antecipação do nascimento podem também comprometer o bem-estar fetal^{17,25}.

Há relação entre prematuridade e número reduzido de consultas pré-natal. Sendo que a realização de 6 ou 7 consultas reduz em 74% as chances de prematuridade²⁶. A literatura afirma que 14% da natimortalidade ocorre por gestação prolongada. Aqui, obteve-se 12,2% de natimortos com idade gestacional de 41 semanas ou mais²⁷.

A gestação foi planejada em apenas 34,1% dos casos desse grupo de puérperas. Na Pesquisa Nascer no Brasil foi identificado que as mulheres que não desejaram a gestação, tiveram menor número de consultas de pré-natal e início tardio, do mesmo, quando comparadas as demais. Portanto, o planejamento reprodutivo pode garantir às mulheres o direito de decidir quando e se desejam engravidar e conseqüentemente terem a oportunidade de melhores desfechos maternos e fetais²⁸.

Apesar dos fatores socioeconômicos, biológicos e reprodutivos terem impactos na ocorrência da natimortalidade, sabe-se que a maior oportunidade de evitabilidade destes óbitos encontra-se na qualidade assistencial do pré-natal e parto²⁹.

A atenção pré-natal é fundamental para a garantia da saúde da gestante e feto. Porém, neste estudo 14,7 % das gestantes não realizaram o número mínimo de seis consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Dados da Pesquisa Nascer no Brasil, mostraram que um quarto das gestantes não realizaram este número mínimo de consultas, apesar deste serviço ter uma cobertura quase que universal no país²⁸.

A atenção pré-natal no Brasil é caracterizada por uma alta cobertura (98,7%) embora a realização do total mínimo de consultas recomendadas seja menor (73,1%). Ainda é uma atenção realizada, majoritariamente, por profissionais médicos (75,6%), em unidades básicas (89,6%) e carrega como maiores desafios, a qualificação da assistência e a realização de todos os procedimentos preconizados²⁸.

Uma atenção pré-natal de qualidade tem o poder de evitar tanto a mortalidade materna quanto a fetal. No entanto, ainda existem barreiras diversas que afastam as gestantes deste serviço, dentre elas: as desigualdades sociais, menor acesso das mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade e maior número de gestações²⁸.

Outro estudo encontrou como razões para a falta de adesão ao pré-natal baixa renda familiar e baixa escolaridade, dificuldade de acesso às consultas, má qualidade dos cuidados em saúde e ausência de suporte social. Neste estudo, 46,3% das gestantes apresentaram falta de adesão aos exames/tratamentos o que pode ter razões similares às apontadas acima, no entanto, tal fato necessita de maior exploração por parte do serviço de investigação dos óbitos³⁰.

Um importante cuidado que também pode impactar tanto na adesão ao pré-natal quanto na qualidade assistencial do parto é a participação do acompanhante. Neste estudo apenas 31,7% das fichas de investigações constavam relatos da presença de acompanhante. Outro estudo realizado no Rio de Janeiro descreveu a presença do acompanhante como fator distal, de apoio psicossocial, que tem relação com a

natimortalidade. A presença do acompanhante associou-se como fator protetor de natimortalidade³¹.

A atenção a gestante no pré-natal e parto deve contar com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros. Porém, neste estudo dois terços das mulheres não tiveram acompanhamento multiprofissional, conforme preconizado e, a ausência de observância deste cuidado interfere na sua qualidade. O trabalho em equipe deve ser qualificado e seguir a perspectiva humanística mediante uma atenção integral³².

A base dos cuidados de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção à gestante é a Educação em Saúde. A educação em saúde integra o processo de cuidar e está presente nas orientações individuais, práticas educativas coletivas e visitas domiciliares. Neste estudo, apenas 51,2% das mães dos natimortos receberam visitas domiciliares dos profissionais de saúde durante as suas gestações. Esta visita estratégica faz parte da atenção pré-natal no SUS e visa a prevenção de doenças e promoção da saúde através de orientações, esclarecimentos, acompanhamentos e encaminhamentos.

É muito expressivo o total de 326 natimortos com peso maior ou igual a 2500g no período de dois anos do estudo e embora todos os óbitos tenham sido investigados chama a atenção o fato de que em apenas 12,6% houve uma visita domiciliar após o parto para aprofundar essa investigação. Essa pequena proporção de entrevistas domiciliares no pós-parto vai ao encontro do fato de que apenas metade das mulheres receberam visitas domiciliares durante a gestação revelando que a atenção básica pode qualificar essa assistência.

No que tange as atividades educativas em grupo, apenas 2,4% das mulheres participaram. Esse baixo percentual de atividades educativas revela a proporção de

oportunidades perdidas uma vez que as gestantes representam um público mais sensível as ações de educação em saúde e são uma forma de qualificar a assistência pré-natal³³.

Quando a atenção pré-natal não consegue atender o risco gestacional identificado a mulher é encaminhada para a unidade especializada da atenção secundária. Neste estudo, 17,1% das gestantes foram encaminhadas ao serviço de pré-natal de alto risco.

O primeiro atendimento da gestante na maternidade pública do MRJ ocorre por meio do acolhimento e classificação de risco, como parte da iniciativa do Programa Cegonha Carioca. No entanto, o registro da realização do exame de ausculta do BCF por essa equipe se deu em apenas 7,3%. A ausência deste cuidado pode retardar a identificação de situações de risco fetal, tais como sofrimento fetal, por exemplo e, conseqüente óbito fetal. O objetivo da monitorização fetal intraparto é diagnosticar possíveis situações de sofrimento fetal. Nos casos do diagnóstico de sofrimento fetal é importante promover intervenções rápidas para evitar lesões do sistema nervoso central e mesmo o óbito fetal³⁴.

A atenção na maternidade contou com o registro da efetivação dos testes rápidos para HIV e sífilis em 56,1%. Vale ressaltar que os testes rápidos foram instituídos pela portaria nº 2104 de 2002 e considera dentre outros, que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV³⁴. Uma hipótese é de que o exame tenha sido feito e não relatado na evolução médica, mesmo nestes casos, há uma necessidade de melhor qualificação deste cuidado por parte das equipes das maternidades do MRJ.

As gestantes que tiveram os natimortos foram internadas com fetos vivos intraútero e quase metade (48,8%) dos óbitos ocorreram com mais de seis horas da internação. O que pode traduzir um período suficiente para diagnóstico oportuno e

tratamento eficaz das causas desta natimortalidade e sua evitabilidade. Um estudo que investigou óbitos perinatais identificou que 71,4% das mortes fetais ocorreram após a internação, sendo este, um parâmetro importante para avaliar a assistência hospitalar³⁶.

Para exemplificar a importância da internação hospitalar com cuidado de qualidade, estudo mais recente afirma que a assistência obstétrica por meio do suporte básico, pode diminuir as mortes fetais tardias em até 85%. Isso inclui o uso de antibióticos, ocitocinas, anticonvulsivantes parenterais, parto vaginal assistido, remoção manual de placenta e remoção de produtos retidos⁵.

Neste estudo, 92,7% dos casos ocorreram na rede pública de saúde do MRJ, tendo como principal causa a hipóxia/anoxia (68,3%) e a cesariana como forma de nascimento de pouco mais da metade dos casos (58,3%). No Brasil grande parte das mortes fetais é decorrente de patologias do período perinatal, como a hipoxia intrauterina e asfixia ao nascer. Estudo realizado em Pernambuco também evidenciou esta última como uma das causas predominantes da natimortalidade. O elevado percentual de asfixia/hipoxia, também encontrado em outros estudos realizados em Recife e São Paulo demonstram problemas na qualidade da assistência dispensada à mulher no trabalho de parto e parto^{3,5,37,38}.

O diagnóstico de óbito fetal por si só não constitui uma indicação de cesariana. No entanto, houve um número elevado de cesarianas nas mulheres que compuseram esta amostra. Vale ressaltar que a cesariana em geral, sem indicação obstétrica adequada, pode aumentar os riscos de morbidade e mortalidade materna, além de gastos desnecessários dos recursos de saúde⁴⁰.

Os cuidados da equipe de saúde frente a situação da natimortalidade devem ir além dos aspectos clínicos, sendo importante a facilitação do luto da mulher e da família. Assim, oferecer a mulher e a família estar com o natimorto faz parte do

cuidado. Na leitura das fichas de investigação dos óbitos foi possível identificar apenas um relato espontâneo deste cuidado oferecido pela equipe de saúde. Essa constatação pode significar que a equipe que presta atenção às mulheres com um natimorto não está devidamente preparada para lidar com essa situação⁴¹.

Nesse sentido, a Vigilância dos Óbitos Infantis e Fetais também tem o potencial de prevenir a natimortalidade. Instituída em 2010 esta vigilância tem entre outras funções realizar a discussão do caso e correção ou complementação dos dados nos sistemas de informações sobre estatísticas vitais com encaminhamento de recomendações para os gestores³⁹.

No que se refere a vigilância dos casos de natimortalidade deste estudo, cerca da metade das mulheres entrevistadas (51,2%) apresentaram queixas direcionadas a atenção recebida na maternidade, 75,6% dos entrevistados foram as próprias mães dos natimortos e 73,2% das discussões dos óbitos ocorreram em GT. Entretanto nas fichas analisadas, apenas 4,9% tinham as recomendações ao serviço que atendeu a mulher. A ausência de recomendações para mais de 95% dos casos aponta para a necessidade de qualificar o processo de investigação do óbito.

Estudo realizado em 2020 sobre a atuação dos Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal frente às ações implantadas para superar os desafios e determinantes que contribuem para um maior número de óbitos dessas populações, concluiu com relação ao processo de vigilância dos óbitos que é necessária atuação efetiva tanto nas questões técnicas quanto gerenciais e necessidade de respaldo das autoridades em suas ações e recomendações⁴².

Conclusão

O elevado percentual de natimortalidade evitável de fetos viáveis, que tiveram seus óbitos ocorridos dentro das maternidades, onde se supõe ter recursos e estruturas disponíveis para evitar tal ocorrência, demonstra a necessidade de qualificação da atenção.

As comissões regionais de investigação dos óbitos fetais apontaram problemas, mas não apresentou recomendações aos gestores e profissionais. Diante do baixo percentual de recomendações e das poucas entrevistas domiciliares realizadas pode-se traduzir em uma maior necessidade de investimento nesta área.

Apesar dos natimortos terem ocorridos no ambiente intra-hospitalar, sabe-se que a atenção pré-natal está diretamente associada a prevenção de morbidades e mortalidades. Neste estudo a atenção básica não esteve presente da maneira esperada. Foi possível observar a necessidade de implementação de ações de educação em saúde, ampliação das visitas domiciliares, sensibilização para realização de consultas e adesão aos tratamentos.

Outro importante eixo da atenção integral a saúde da mulher que também merece destaque é o planejamento reprodutivo. Além de atuar na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, pode diminuir a proporção de gestações não planejadas.

Este estudo pode subsidiar maiores reflexões sobre a natimortalidade evitável em um contexto que conta com tecnologia disponível, para por exemplo, realizar uma cesariana de emergência, em poucos minutos e salvar a vida de um bebê em sofrimento. O seu limite está no fato do pequeno número de fichas de investigações analisadas devido às poucas entrevistas realizadas pela vigilância dos óbitos no período estipulado.

Referências

1. Blencowe H. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *www.thelancet.com/lancetgh* Vol 4 February 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2815%2900275-2>.
2. Barros PS, Aquino ÉC, Souza MR. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. *Rev Saude Publica*.2019; 53: 12. Publicado em 31 de janeiro de 2019. doi: 10.11606 / S1518-8787.2019053000714. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390672/>.
3. The Lancet Ending preventable stillbirths. Series 2016: <http://www.thelancet.com/series/ending-preventablestillbirths>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf.
5. Rêgo MGS. Et al. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0084. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/j6mTfFftN3h5qRdnjdXBBJR/?format=pdf&lang=pt>.
6. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1433-1443, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n4/1433-1444/pt>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. 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: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
9. Fonseca SC et al. Evitabilidade de óbitos fetais: reflexões sobre a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de

- Saúde. Cad. Saúde Pública 2021; 37(7):e00265920. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n7/e00265920/pt>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p.: il. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
 .
 13. Aquino MMA. Causas e fatores associados ao óbito fetal. Campinas. S.P. [s.n]. 1997. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/1997/ses-15821/ses-15821-023.pdf>.
 14. Giraldi LM. Et al. Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. J. Bras. Patol. Med. Lab. 55 (1). Jan-Feb 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpm/a/7xtrSVLLXVSHvf83BVt9Jbj/?lang=pt>
 15. Carvalho PAM & Lira SM. Perfil de Óbito Fetal que deram Entreda no Hospital Regional de Cajazeiras-PB entre 2011-2015. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 5 (6): 1403-1423, out./dez. 2018, ISSN: 2358-7490. Disponível em:
https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_22/Trabalho_05.pdf.
 16. Filho FPS & Maia MCG. Determinantes de natimortalidade em um serviço municipal de assistência hospitalar. RBPS 2004; 17 (4): 187-192. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Downloads/698-6418-1-PB.pdf>
 17. Lima JC; Junior GJO & Takano OA. Fatores associados à ocorrência de óbitos fetais em Cuiabá, Mato Grosso. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 16 (3): 363-371 jul. / set., 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/fGXsqf5kPk7Jn7CZqfxZHfK/?format=pdf&lang=pt>.

18. Carvalho TS; Pellanda LC & Doyle P. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 94 (2): 200-206. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/F9y6DRRvtBkT3gD4FvMrCCB/?format=pdf&lang=pt>.
19. M Aminu. Et al. Causes of and factors associated with stillbirth in low-and Middle-income countries: a systematic literature review. *BJOG* 2014; 121 (Suppl.4): 141-153. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12995>.
20. Fonseca SC & Coutinho ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controlado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):240-252, fev, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8f7V8mq3nCpGRkz6Ld6Jxhd/?format=pdf&lang=pt>.
21. Leal MC et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 1:e00078816. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>.
22. Silva VC; Pires, RCR & Cantanhede AM. Tendências recentes dos óbitos fetais por malformações congênitas: um estudo descritivo. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2019 out.-dez.;13(4):863-76 | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/38753/2/16.pdf>.
23. Fonseca SC & Coutinho ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controlado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):240-252, fev, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8f7V8mq3nCpGRkz6Ld6Jxhd/?lang=pt&format=pdf>.
24. Gondwe MJ et al. Abordagens, facilitadores, barreiras e resultados da implementação de auditorias de natimortos e mortes neonatais em centros de saúde em LMICs: uma revisão sistemática. *BMJ Open Quality* 2021;10:e001266. doi:10.1136/bmjopen-2020-001266. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjopen/10/1/e001266.full.pdf>.
25. Oliveira EFV; Gama SGN & Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):567-578, mar, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vv84NRD6D9XyLX5bnsK4xvt/?format=pdf&lang=pt>.
26. Baptista JPR. Et al. Relação entre o número de consultas do pré-natal e desfechos adversos perinatais em pacientes de baixo risco. *Archives of Health*,

- Curitiba, v.2, n.5, p.1441-1454, jul./aug., 2021ISSN 2675-4711. Disponível em:
<https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/678/642>.
27. Lawn JE et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016 Feb 6;387(10018):587-603. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5. Epub 2016 Jan 19. PMID: 26794078. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26794078/>.
28. Viellas EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?format=pdf&lang=pt>
29. Kale PL. Et al. Tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. *REV BRAS EPIDEMIOL* 2021; 24: E210008. SUPPL.1. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/rbepid/2021.v24suppl1/e210008/pt>.
- 30 Rocha IMSR; Barbosa VSS & Lima ALS. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. *Revista Científica da Enfermagem*. v. 11, n. 35 (2021). Disponível em:
<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239>.
31. Tomasi et al. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 30(1):e2020383, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ress/2021.v30n1/e2020383/pt>
32. Guerreiro EM et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol.16.3. 2011. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>.
33. Araújo MLA et al. Educação em saúde – estratégia de cuidado integral e multiprofissional para gestantes. *Revista da ABENO*. 11(2)8-13. 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v11n2/a02v11n2.pdf>.
34. Silveira SK, Trapani Júnior A. Monitorização fetal intraparto. *FEMINA* 2020;48(1): 59-64. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2104, de 19 de novembro de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde -- SUS --, o Projeto Nascer-Maternidades. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2104_19_11_2002.html.
36. De Lorenzi, D. R. S. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1):141-146, jan-fev, 2001. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/PhWpnhbFz9jpxtmk5fd9zZP/?format=pdf&lang=pt>.
37. Pereira RC et al. Perfil epidemiológico sobre mortalidade perinatal e evitabilidade epidemiológica. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(5):1763-72, maio., 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/55219/Downloads/13555-34621-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/55219/Downloads/13555-34621-1-PB%20(3).pdf)
38. Silva LILP. Relação entre causas obstétricas diretas e mortalidade fetal no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.7, p. 65616-65631 jul. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Downloads/32342-82660-1-PB.pdf>.
39. Marques LJP et al. Contribuições da investigação dos óbitos fetais para melhoria da definição da causa básica do óbito no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(2):e00079120. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/S5QvWrPKSdnRFrJrk4pVHRp/?format=pdf&lang=pt>
40. Lansky S. Et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt>.
41. Muza JC. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48. São Paulo, SP, set.-dez. 2013. 35 ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/03.pdf>.
42. Teixeira MRC; Magalhães BC & Albuquerque GA. Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal: importância, finalidade e funcionamento. *Eliseu. RG&PP*, 10(2): 243-259. 2020. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/180890/172192>.

4.3. Artigo 3- Natimortos com peso maior ou igual a 2.500g no Município do Rio de Janeiro (MRJ): uma análise do período 2015-2019

Resumo

Objetivo: comparar as características sociodemográficas das mães dos natimortos e de nascidos vivos, com peso maior ou igual a 2.500g no período de 2015 e identificar a classificação de evitabilidade dos natimortos de acordo com a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis. **Método:** estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com os dados da base de dados do sistema de vigilância fetal do MRJ compreendendo os natimortos com peso de nascimento maior ou igual a 2.500g ocorridos no período de 2015 a 2019. Uma amostra aleatória de nascidos vivos no mesmo período e com a mesma faixa de peso foi obtida para efeitos de comparação. Para análise dos dados foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics Version 24. A descrição dos dados foi apresentada na forma de frequência absoluta. Foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar as diferenças entre as características sociodemográficas das mães e de dados da atenção à saúde de acordo com a evitabilidade por adequada atenção a gestação ou adequada atenção ao parto. **Resultados:** No período estudado foram identificados 873 natimortos com peso maior ou igual a 2500g. A análise bivariada mostrou que as mães dos natimortos quando comparadas com as mães dos nascidos vivos eram em maior proporção não brancas, tinham menor escolaridade, viviam com companheiro e moravam em áreas mais pobres da cidade, sendo todas essas diferenças estatisticamente significativas. Quando comparadas com as mulheres cujos natimortos foram considerados evitáveis por adequada atenção ao pré-natal as mulheres cujos natimortos foram classificados como evitáveis por adequada atenção no parto encontravam-se em maior proporção na faixa etária com mais de 35 anos de idade, apresentarem ensino superior, serem de cor branca, não terem sido classificadas como de risco gestacional e com pré-natal realizado no setor privado. **Conclusão:** Mães dos natimortos apresentaram características relacionadas com as vulnerabilidades sociais quando comparadas com as mães de nativos. Apesar de terem sido consideradas em sua maioria gestantes de risco habitual, para as mães destes natimortos a atenção pré-natal e ao parto não foram capazes de prevenir o óbito de fetos com 2500g ou mais de peso. Considerando que a grande maioria dos óbitos desta faixa de peso foram classificados como evitáveis é importante que a vigilância dos óbitos pelas instâncias competentes e a atuação dos comitês de prevenção da mortalidade possam orientar as possíveis ações para a sua prevenção estabelecendo formas mais efetivas de acompanhamento da implementação das recomendações feitas a partir da análise dos casos.

Palavras-chave: atenção à saúde; complicações na gravidez; cuidado pré-natal, natimortos; peso fetal.

Summary

Objective: to compare the sociodemographic characteristics of mothers of stillbirths and of live births, with weight greater than or equal to 2,500g in the period of 2015 and to identify the classification of preventability of stillbirths according to the Brazilian List of Avoidable Causes of Death. **Method:** descriptive study, with a quantitative approach, carried out with data from the MRJ fetal surveillance system database, comprising stillbirths with birth weight greater than or equal to 2,500g that occurred in the period from 2015 to 2019. A random sample of births alive in the same period and with the same weight range was obtained for comparison purposes. For data analysis, the IBM SPSS Statistics Version 24 program was used. Data description was presented in the form of absolute frequency. Pearson's chi-square test was performed to assess the differences between the mothers' sociodemographic characteristics and health care data according to the avoidability of adequate care during pregnancy or adequate care during childbirth. During the study period, 873 stillbirths weighing 2500g or more were identified. Bivariate analysis showed that mothers of stillbirths, when compared to mothers of live births, were more non-white, had less schooling, lived with a partner and lived in poorer areas of the city, all of these differences being statistically significant. When compared with women whose stillbirths were considered preventable due to adequate prenatal care, women whose stillbirths were classified as preventable due to adequate care during childbirth were found in a higher proportion in the age group over 35 years of age, with higher education, being white, not classified as being at risk of pregnancy and having prenatal care performed in the private sector. **Conclusion:** Mothers of stillbirths showed characteristics related to social vulnerabilities when compared to mothers of stillbirths. Although they were mostly considered pregnant women at usual risk, for the mothers of these stillbirths, prenatal care and delivery were not able to prevent the death of fetuses weighing 2500g or more. Considering that the vast majority of deaths in this weight range were classified as preventable, it is important that the surveillance of deaths by the competent bodies and the performance of mortality prevention committees can guide possible actions for their prevention, establishing more effective ways of monitoring the disease. implementation of the recommendations made from the analysis of the cases.

Keywords: pregnancy complications; prenatal care, stillbirths; fetal weight.

Introdução

A natimortalidade é um grave problema de saúde pública que afeta a vida de milhões de mulheres e suas famílias em todo o mundo. Calcula-se que ocorram 2,6 milhões de natimortos de terceiro trimestre a cada ano, sendo que 98% deles em países de baixa ou média renda¹. No entanto, é possível identificar que a maioria das pesquisas sobre o impacto da natimortalidade e os cuidados para mulheres, famílias e o luto que experimentam vêm de países de alta renda².

Para as mulheres e famílias a experiência de um natimorto é uma tragédia que possui importante carga psicossocial. O impacto da natimortalidade varia de estigma ao luto privado de direito, à relacionamentos rompidos, depressão clínica, dor crônica, uso de substâncias, aumento do uso de serviços de saúde, dificuldades de emprego e dívidas³.

Conhecer as dimensões e as causas da natimortalidade é uma tarefa complexa pelas variações na definição de natimortos e pelos inúmeros sistemas de classificação existentes. A definição de natimorto recomendada pela OMS para comparação internacional — um bebê nascido sem sinais de vida com 28 semanas ou mais de gestação^{1,4} — leva em consideração a pequena possibilidade de bebês nascidos antes dessa idade gestacional de sobreviver em países de baixa renda.

A natimortalidade tem como causas associadas, fatores potencialmente modificáveis e sua evitabilidade está relacionada às melhorias da assistência à saúde durante a gestação e ao cuidado no momento do parto.¹ Diferentes estudos mostram que cerca da metade dos óbitos fetais ocorrem intraparto (1,3 milhões/ano), ou seja, durante o trabalho de parto e parto, atingindo, principalmente, os bebês a termo.^{1,5} Os principais fatores de risco apontados são a “idade materna superior a 35 anos, infecção materna, doenças não transmissíveis, estado nutricional e estilo de vida. Outras condições

associadas são a restrição do crescimento fetal, o parto prematuro, a gravidez prolongada e assistência sub-ótima”.^{1:4,5}

No Brasil a natimortalidade está acima da média dos países da América Latina e se caracteriza por grande variação entre as diferentes regiões². Os autores ressaltam ainda que existem diferenças relacionadas ao momento de ocorrência do óbito fetal, ante ou intraparto, segundo a renda dos países. Nos países de baixa e média renda a maioria dos óbitos fetais acontece no momento do trabalho de parto e parto, enquanto nos países de alta renda, 90% dos casos ocorrem antes do trabalho de parto e, muitas vezes estão relacionados ao atendimento pré-natal de inadequado e ao estilo de vida da mulher.¹

Em 2014, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a meta de 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos em todos os países até 2030.¹ No Brasil, o Ministério da Saúde (MS)⁴ aponta que as mortes fetais de causas evitáveis funcionam como eventos sentinela, ou seja, seriam preveníveis pela atuação dos serviços de saúde. Alerta ainda para a importância de se priorizar a vigilância da natimortalidade de bebês com peso maior ou igual a 2.500g ao nascer, devido à possibilidade de serem evitáveis.⁴ A idade e peso gestacional são fatores importantes no prognóstico de viabilidade. Estudo que avaliou peso e idade gestacional (IG) identificou que os bebês com baixo peso ao nascer, em quaisquer IG, possuem prognóstico desfavorável. Conceptos com baixo peso ao nascer apresentam um risco até 17 vezes maior de falecer durante o período perinatal.⁶

A taxa de natimortalidade no Brasil foi de 9,4, 9,1, 8,9, 8,8 e 8,5 nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 respectivamente, mas ela afeta desproporcionalmente as diferentes classes socioeconômicas, as regiões brasileiras e é pouco conhecida e

compartilha causas com o óbito neonatal precoce, tais como desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência durante o pré-natal e no parto.⁷

A taxa de natimortalidade para mães residentes no MRJ foi de 9,0, 8,2, 8,5, 9,0 e 9,3 por mil nascimentos no mesmo período, acima da taxa nacional nos dois últimos anos e sem viés de declínio.⁷ Uma coorte de nascimentos de 2002 a 2004 realizado na cidade do Rio de Janeiro, identificou que o componente mortalidade fetal representou 74,5% da mortalidade perinatal e teve como principais causas: afecções maternas, com destaque para transtornos hipertensivos e sífilis, seguidas das complicações placentárias e crescimento intrauterino restrito.⁸ No período de 2015 a 2019 no MRJ, segundo dados do DATASUS, mais de 90% das mortes fetais ocorreram antes do parto.⁷

O município do Rio de Janeiro (MRJ) com cerca de 6,7 milhões de habitantes (dados de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2004 tinha 16,4%₀ de mortalidade perinatal, com 9,2 para o componente fetal e 7,3 para o neonatal precoce.⁹ Isso demonstra como o componente óbito fetal contribui significativamente para a taxa de mortalidade perinatal na cidade do RJ.

Conhecer os fatores relacionados com a natimortalidade de fetos com 2500g ou mais de peso ao nascer é essencial para que se possa planejar intervenções passíveis de reduzir essas taxas de mortalidade. Assim, este estudo tem como objetivo comparar as características sociodemográficas das mães dos natimortos e de nascidos vivos, com peso maior ou igual a 2.500g no período de 2015 e identificar a classificação de evitabilidade dos natimortos de acordo com as classificações da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis.

Método

Estudo descritivo, exploratório, parte da tese de Doutorado intitulada - A natimortalidade no município do Rio de Janeiro: um estudo dos fatores relacionados aos óbitos fetais com peso maior ou igual a 2.500g. O estudo foi realizado com as bases de dados cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) onde constam as informações das investigações dos óbitos fetais e os dados resultantes das avaliações da vigilância dos óbitos fetais. O Sistema de Informação da Vigilância dos Óbitos Infantis e Fetais (SISINF) foi desenvolvido na Superintendência de Vigilância em Saúde da SMS/RJ e está em uso desde 2015. Para fins de comparação dos dados maternos e perinatais uma amostra aleatória com 4150 nascidos vivos no mesmo período foi obtida diretamente do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Para análise bivariada, foram realizados os testes Qui-quadrado com intervalos de confiança de 95% (IC).

Os critérios de inclusão este estudo foram as mães dos natimortos com peso de 2.500g ou mais ocorridos nos anos de 2015 a 2019 no MRJ, incluídos no SISINF da SMS/RJ. Não houve critério de exclusão. Os dados foram coletados na SMS/RJ no período de agosto a dezembro de 2020. As variáveis analisadas foram divididas em duas categorias: características maternas que inclui os dados sociodemográficos e antecedentes clínicos e obstétricos das mães dos natimortos com peso maior ou igual a 2500g e dados da gestação e parto do feto natimorto ocorrido no período 2015-2019 no MRJ.

Para fins de comparação com as mães dos nascidos vivos foram selecionadas as variáveis cujas categorias possibilitassem comparação entre os bancos de dados SISINF e SINASC: raça/cor materna (1-branca, 2-não branca, 3-indígena, 99- Ignorado), situação conjugal (1-vive sem companheiro, 2-vive com companheiro, 99-Ignorado),

escolaridade (Fundamental (1-8 anos de estudo), 2- Médio (8-11 anos de estudo), 3- Superior maior que 12 anos de estudo), número de gestações anteriores (0-0, 1-1, 2-2 ou mais, 99-Ignorado), idade gestacional início do pré-natal (1- 3 meses, 2- 4-5 meses, 3- mais de 6 meses), tipo de gravidez (1-única, 2-múltipla), tipo de parto (1-vaginal, 2-cesariana), sexo feto ou recém-nascido (1-masculino, 2-feminino), peso ao nascer (1- 2.500-3.499g, 2- 3.500-3.999g, 3- 4.000g ou mais) e idade gestacional no parto(1- 32-33 semanas, 2- 34-36 semanas, 3- 37-40 semanas, 4- 41 semanas ou mais, 99-Ignorado).

Para a análise dos fatores relacionados com a evitabilidade do óbito foram selecionados todos os natimortos com peso de 2.500g ou mais classificados como evitáveis por adequada atenção à gestação (EAAG) ou por adequada atenção ao parto (EAAP) pela LBE.

O programa IBM SPSS Statistics Version 24 foi utilizado para as análises. A descrição dos dados foi apresentada na forma de frequência absoluta e associações. Foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar as diferenças entre as proporções. Usamos regressão logística para avaliar as associações entre as características maternas e assistenciais e a classificação de evitabilidade.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado sob parecer CAEE nº 28109020.9.3001.5279.

Resultados

No período do estudo (2015-2019) foram identificados na base de dados (SISINF) a ocorrência de 1.023 natimortos no município do Rio de Janeiro, sendo que deste total 873 fetos (85,38%) com peso igual ou superior a 2500g.

As mães eram majoritariamente jovens, com idade entre 20 e 35 anos (67,47), eram pretas ou pardas (64,49%), tinham até 11 anos de estudo (80,64%), viviam com

companheiro (42,38%) e eram moradoras das áreas mais pobres da cidade (90,73%) dado não incluído em tabela.

No que se refere ao pré-natal (PN), a grande maioria das mães (75,95%) realizou no serviço público, 57,28% iniciaram o acompanhamento até a 12^a semana de gestação, 57,50% fizeram um número adequado consultas e 47,78% foram consideradas de risco habitual. A maioria das mulheres realizou os exames de rotina do primeiro trimestre e os mesmos foram registrados (52,92%), mas uma grande proporção (70,06%) tiveram os exames de rotina do terceiro trimestre não registrados.

A maioria das mulheres possuía história de gestação prévia (63,46%), ausência de perdas fetais ou abortos (78,24%) ou registro de cesarianas prévias (73,76%). O diagnóstico de natimortalidade na gestação atual aconteceu na maioria dos casos antes da internação hospitalar (90,04%), com os nascimentos com partos vaginais (52,23%) e em estabelecimentos públicos (69,41%). A tabela 1 apresenta os resultados das características sociodemográficas, antecedentes clínicos e obstétricos e as características da gestação e parto das mães dos natimortos.

Tabela 1: Dados sociodemográficos, do pré-natal e antecedentes obstétricos das mães dos natimortos com peso maior ou igual a 2500g no período 2015-2019 no MRJ

Variável	N	%
Idade		
Menos de 20 anos	105	12,03
20 a 35 anos	589	67,47
Mais de 35 anos	177	20,27
Ignorado	2	0,23
Escolaridade		
Sem escolaridade	6	0,69
Fundamental I (1 ^a - 4 ^a série)	97	11,11
Fundamental II (5 ^a - 8 ^a série)	239	27,38
Médio	368	42,15
Superior incompleto	28	3,21
Superior completo	82	9,39
Ignorado	53	6,07

Situação conjugal		
Vive sem companheiro	347	39,75
Vive com companheiro	370	42,38
Ignorado	156	17,87
Raça/Cor		
Branca	224	25,66
Não branca	563	64,49
Indígena	1	0,11
Ignorado	85	9,74
Tipo de estabelecimento do Pré-natal		
Público	663	75,95
Privado	136	15,58
Militar	50	5,73
Filantrópico	2	0,23
Ignorado	22	2,52
Nº de consultas pré-natal		
0	1	0,11
1 – 2	35	4,01
3 – 4	65	7,45
5 – 6	139	15,92
7 ou mais	502	57,50
Ignorado	131	15,01
Idade gestacional na primeira consulta		
Até 12 semanas	500	57,28
13 a 22 semanas	163	18,67
23 semanas ou mais	62	7,10
Ignorado	131	15,01
Exame de rotina no pré-natal do 1º trimestre		
Sim	462	52,92
Não	215	24,63
Ignorado	196	22,45
Exame de rotina no pré-natal do 3º trimestre		
Sim	181	21,17
Não	75	8,77
Ignorado	599	70,06
Foi considerada gestante de alto risco		
Sim	184	29,11
Não	302	47,78
Ignorado	146	23,10
Nº de gestações anteriores		
Nenhuma	315	36,08

Uma	210	24,05
Duas ou mais	344	39,41
Ignorado	4	0,46
Nº de partos cesáreos Anteriores		
Nenhum	644	73,76
Um	153	17,53
Dois ou mais	70	8,02
Ignorado	6	0,69
Nº de perdas fetais/abortos Anteriores		
Nenhuma	683	78,24
Uma	141	16,15
Duas ou mais	44	5,04
Ignorado	5	0,57
Momento do diagnóstico do óbito fetal		
Não preenchido	1	0,11
Ante internação	786	90,04
Intra internação	86	9,39
Não assistido	4	0,46
Tipo de parto		
Vaginal	456	52,23
Cesáreo	413	47,31
Ignorado	4	0,46
Tipo de estabelecimento do parto		
Público	599	69,41
Privado	117	13,56
Militar	6	0,70
Filantrópico	1	0,12
Ignorado	140	16,22

Quando comparadas com as mães dos recém-nascidos vivos nascidos no mesmo período as mães dos fetos natimortos eram em maior proporção de raça/cor não branca, tinham menos anos de estudo, viviam com companheiro e moravam nas áreas mais pobres da cidade, sendo todas essas diferenças estatisticamente significativas. A tabela 2 apresenta das características sociodemográficas das mães dos natimortos com as mães dos nascidos vivos com peso maior ou igual a 2.500g no MRJ de 2015-2019.

Tabela 2. Comparação das características sociodemográficas das mães dos natimortos com as mães dos nascidos vivos com peso maior ou igual a 2.500g no MRJ de 2015-2019

Variável	Natimortos		Nascidos vivos		P valor
	N	%	N	%	
Escolaridade					
Sem escolaridade	6	0,7	7	0,2	,000
Fundamental (1-8 anos de estudo)	336	41,0	738	18,2	
Médio (8-11 anos de estudo)	368	44,9	2182	53,9	
Superior (maior que 12 anos de estudo)	110	13,4	1121	27,7	
Situação conjugal					
Vive sem companheiro	347	48,4	2747	66,2	,000
Vive com companheiro	370	51,6	1405	33,8	
Raça/cor					
Branca	224	28,4	1476	36,0	,000
Não branca	564	71,6	2629	64,0	

No que se refere a avaliação da evitabilidade dos óbitos fetais, dos 873 natimortos de peso maior ou igual a 2.500g ocorridos de 2015 a 2019 no MRJ, 762 foram classificados como evitáveis pela LBE, sendo 735 nos grupos de evitabilidade por adequada atenção a gestação (363) e adequada atenção no parto (372). Diante do elevado número de natimortos classificados nestes grupos e sua proximidade em termos quantitativos. Foi necessário a comparação das características maternas a fim de melhor explicitar os fatores relacionados a natimortalidade.

A tabela 3 apresenta a comparação entre as características sociodemográficas e de atenção à saúde segundo a evitabilidade por adequada atenção a gestação e adequada atenção ao parto. As mulheres cujos fetos foram classificados como evitáveis por adequada atenção na gestação eram em maior proporção adolescentes, tinham menor grau de escolaridade, eram não brancas, fizeram o PN em unidades públicas e nos serviços de referência, foram consideradas como gestantes de risco e encaminhadas para os serviços de referência, tendo sido todas essas diferenças estatisticamente significativas. As mulheres cujos fetos foram classificados como evitáveis por adequada atenção no parto eram em maior proporção de idade materna avançada (maior de 35 anos), tinha ensino superior, eram brancas, fizeram o pré-natal no serviço privado e não

foram classificadas como gestantes de risco, tendo sido todas essas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3. Associação entre as variáveis sociodemográficas e de atenção à saúde frente a natimortalidade reduzível por adequada atenção na gestação e no parto, nos anos de 2015 e 2019 no MRJ

	Reduzível por adequada atenção na gestação		Reduzível por adequada atenção no parto		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
							,003
Idade							
<20 anos	57	65,5	30	34,5	87	100	
20-35 anos	245	48,5	260	51,5	505	100	
>35 anos	61	42,7	82	57,3	143	100	
Escolaridade							,001
Fundamental	156	55,1	127	44,9	283	100	
Médio	157	47,1	176	52,9	333	100	
Superior	24	32	51	68	75	100	
Raça/cor							
Branca	79	41,8	110	58,2	189	100	,009
Não branca	252	53,1	223	46,9	475	100	
Pré-natal na unidade de referência							
Sim	244	52,4	222	47,6	466	100	,019
Não	43	39,8	65	60,2	108	100	
Gestante foi considerada de risco							
Sim	106	66,3	54	33,8	160	100	,008
Não	135	53,1	119	46,9	254	100	
Referenciada ao pré-natal de alto risco							

<i>Sim</i>	95	66,4	48	33,6	143	100	,002
<i>Não</i>	127	50,2	126	49,8	253	100	
<i>Tipo de estabelecimento que fez o pré-natal</i>							
<i>Público</i>	292	51,9	271	48,1	563	100	,011
<i>Privado</i>	41	37,3	69	62,7	110	100	
<i>Não se aplica/Não fez</i>	24	58,5	17	41,5	41	100	

Discussão

A comparação das características sociodemográficas das gestantes que tiveram natimortos e das que tiveram nascidos vivos revelou que as mães dos natimortos eram em maior proporção não brancas (71,6%), possuíam o ensino fundamental (41%) e viviam nas áreas mais pobres da cidade, sendo 50,2% na zona oeste e 41,2 % na zona norte. Um estudo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referente a um município do Rio Grande do Norte, notificados no período de 2010 a 2015, que discutiu a natimortalidade com as seguintes faixas de peso: menor que 1.500g, de 1.500 a 2.500g e maior que 2.500g, também encontrou vulnerabilidades sociais neste grupo, principalmente, quando classificada como natimortalidade evitável. Ressaltou o fato da importância da discussão das vulnerabilidades pela bioética e da necessidade do aumento de proteção nestes grupos.¹⁰

A evitabilidade da natimortalidade tem relação com os seus fatores determinantes e condicionantes, sendo potencialmente evitáveis quando passíveis de detecção oportuna e intervenção adequada.¹¹

Neste estudo os óbitos fetais foram mais frequentes na faixa etária materna de 20-35 anos. Essa faixa etária, por si só, não está inclusa na faixa de risco aumentado para natimortalidade (extremos reprodutivos). Estudo de análise temporal e população

composta por óbitos perinatais de mães residentes no Recife, de 2010 a 2014 apontou maior prevalência de natimortos em gestantes com faixa etária de 20 a 34 anos e escolaridade maior que 8 anos.¹² Dados semelhantes aos encontrados neste estudo, tanto no que se refere a faixa etária como a escolaridade (ensino médio 42,15%). A escolaridade aqui, mostrou-se diferença estatisticamente significativa, sendo as mães dos natimortos as que possuíam menos anos de estudo quando comparadas as mães dos nascidos vivos.

No que se refere a situação conjugal, 42,38% das mulheres viviam com companheiro. De acordo com estudo realizado em 2001 existe prevalência significativamente menor de mortalidade infantil e perinatal entre mulheres casadas, em relação às não casadas.¹³ Dado esse, que diverge do encontrado neste estudo, que identificou maior frequência de natimortalidade nas gestantes que viviam com companheiros, quando elas foram comparadas as gestantes que tiveram nascidos vivos.

Mais da metade das mulheres do estudo, se autodeclaram de cor não branca e esse dado também, foi mais frequente nas mães dos natimortos do que dos nascidos vivos. Já foram constatadas diferenças no acesso, atendimento e desfecho da condição de saúde devido à raça/cor no Brasil.¹⁴

A ocupação materna é um importante indicador das condições de vida e socioeconômicas. No entanto, esta variável apresentou o percentual de ignorado de 66,21%, dificultando uma análise mais acurada. As principais associações encontradas na literatura, entre desfechos gestacionais e ocupação materna, dizem respeito às atividades físicas laborais mais pesadas e seus riscos relacionados a parto prematuro e recém-nascido com baixo peso ao nascer.¹⁵

As características sociodemográficas influenciam no acesso aos serviços de saúde na gravidez e nascimento. A existência de desigualdades deve ser investigada

uma vez que, a disponibilidade dos recursos tem relação com a inserção social. No Rio de Janeiro, as “populações socialmente desfavorecidas apresentam índices de mortalidade mais altos para diversas causas de óbito”.^{16:774}

Quanto a história reprodutiva prévia temos que 39,41% das mulheres tinham duas ou mais gestações, 73,76% nenhuma cesariana prévia e 78,24% nenhuma perda fetal prévia. As possíveis associações destas variáveis com a natimortalidade são poucos exploradas na literatura. Uma pesquisa de 1993 feita em Pelotas, Rio Grande do Sul, sobre fatores de risco para mortalidade perinatal, descreveu que as mulheres multíparas, tiveram “risco duas vezes maior para mortalidade perinatal, às custas da mortalidade fetal, para as mulheres que relatavam história de baixo peso prévio. História de natimorto prévio também se mostrou como fator de risco para mortalidade fetal”.^{17:215}

Os natimortos também podem ser classificados como anteparto, quando o diagnóstico do óbito acontece antes do início do trabalho de parto e intraparto, quando o óbito é constatado após o início do trabalho de parto e antes do nascimento.² Neste estudo 90,04% dos natimortos foram classificados como tendo acontecido antes da internação hospitalar para o parto repetindo o padrão observado nos países desenvolvidos.

O início tardio do pré-natal no grupo de mães dos natimortos, foi outro fator de significância na análise bivariada deste estudo. Pesquisa que investigou a qualidade da atenção pré-natal no Brasil de 2005 a 2015 em relação ao acesso e à adequação da assistência prestada, obteve como resultados, baixos índices de adequação. Tal resultado adveio da não realização do número ideal de consultas, início tardio da assistência e fatores relacionados ao conteúdo das consultas.¹⁸

A recomendação do MS é que nas gestações de risco habitual os exames de rotina do pré-natal devam ser realizados no primeiro e terceiro trimestres de

gravidez.¹⁹ Neste estudo, 52,92% das mulheres tinham registros dos exames de rotina no primeiro e apenas 21,17% do terceiro trimestre, embora a quantidade de dados ignorados tenha comprometido esta avaliação.

Os natimortos que compuseram a amostra deste estudo ocorreram no terceiro trimestre da gestação, período este, em que as consultas de pré-natal devem ocorrer de forma mais frequente principalmente, na presença de alguma patologia. O percentual de resultados de exames de terceiro trimestre considerados como ignorados nas fichas de investigação (70,06%) pode traduzir a demora na disponibilidade destes resultados ou mesmo sua não realização.¹⁹

Segundo pesquisa realizada em 2020, com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do Sul do país, uma das fragilidades apontada diz respeito a demora na realização dos exames, mesmo os exames de urgência demoram cerca de um mês para ficarem prontos.²⁰

Durante o acompanhamento pré-natal apenas 29,11% das mulheres foram classificadas como de alto risco, embora 52,57% possuíssem alguma doença ou fator de risco gestacional. Estudo de corte transversal realizado em 2004, com 612 mulheres no Recife, em unidades do SUS, discutiu o fato de que mesmo sem classificação de risco, cerca de 60% das mulheres apresentavam alguma morbidade na admissão nas unidades estudadas; destas, 36,7% apresentavam doença hipertensiva específica da gravidez e 29,1% pré-eclâmpsia.⁸

Essa diferença entre o número de mulheres com doenças e o número daquelas classificadas como de alto risco gestacional pode traduzir uma ineficiência de cuidados especializados. O pré-natal de mulheres classificadas como de baixo risco, no SUS, é realizado por profissionais especialistas ou generalistas na atenção básica de saúde. O Ministério da Saúde admite que o controle pré-natal de gestantes sem problemas

de saúde poderá ser diferente das que os possuem, tanto em conteúdo, número de consultas como tipo de equipe que presta assistência.¹⁹

Embora a classificação de risco gestacional seja controversa, existem fatores de risco mais comuns que podem surgir antes ou durante a gestação. Em geral, as gestantes classificadas como de alto risco necessitam de encaminhamento para acompanhamento em um serviço especializado.²¹ O que nem sempre acontece no intervalo de tempo recomendado.

A idade gestacional é outro fator relevante para a análise da natimortalidade e sua evitabilidade. Identificou-se que 75,15% dos natimortos eram de gestações a termo (37-40 semanas). Estudo realizado no Ceará encontrou percentual de 36,6% de mortes fetais com idade gestacional entre 37-40 semanas e 41% entre 28-36 semanas.²²

Os diagnósticos dos óbitos fetais mais frequentes na internação foram: morte fetal (44,49%), trabalho de parto (18,54%), descolamento prematuro da placenta (5,45%), doença hipertensiva específica da gravidez (2,66%). Estudo descritivo acerca dos desfechos maternos e perinatais de uma coorte de gestantes atendidas no SUS identificou uma prevalência de 14,8% de gestações de alto risco e os diagnósticos mais prevalentes nas internações obstétricas deste grupo foram as infecções, doenças hipertensivas, diabetes e hemorragias. As mulheres com história de internação hospitalar durante a gestação tiveram piores desfechos perinatais.²³

O trabalho de parto foi induzido em 34,51% dos casos. Sabe-se que óbito fetal não é uma indicação absoluta para a realização de cesariana. Em geral existe a indicação de indução do trabalho de parto, reservando-se as indicações de cesariana para os casos com indicação absoluta evitando-se assim, a maior morbidade associada a essa cirurgia. Entretanto, alguns autores recomendam que seja levado em consideração o desejo das mulheres e de seus familiares.²⁴ A cesariana ocorreu em quase metade (47,31%) das

mulheres neste estudo. Vale ressaltar que 0,46 % foram de dados ignorados com relação a via de parto. O diagnóstico do óbito fetal se deu 90,04% antes da internação, o que sugere, elevado número de cesarianas ocorridas já com o diagnóstico prévio da presença da natimortalidade. A via de parto recomendada, em geral, é a vaginal e os fatores relacionados a indicação de cesarianas nestes casos, ainda são poucos estudados.²⁵

A cesariana pode aumentar os riscos maternos e nos estabelecimentos privados é quase sempre pré-agendada. É considerada uma interrupção indevida quando ocorre sem indicação técnica e representa um sério problema no Brasil.²⁶

A realização da cesariana é um dos procedimentos mais discutidos na obstetrícia, isso porque as suas indicações crescentes e abusivas traduzem aumento na morbimortalidade materna e perinatal. Em 2018, o Brasil registrou um dos índices (56%) mais elevados de cesarianas do mundo sendo que no setor privado, esse índice atingiu 83% dos nascimentos.²³

Os partos dos natimortos ocorreram predominantemente nos estabelecimentos de saúde públicos (69,41%). De acordo com pesquisa que buscou caracterizar o perfil de usuários do SUS na atenção primária, a maioria dos usuários eram não brancos, tinham baixa escolaridade e renda. Tais características refletem em maiores vulnerabilidades sociais das pessoas em busca a atenção pública no país e por conseguinte, maiores riscos e necessidades específicas de promoção da saúde.²⁷

A natimortalidade de fetos com peso maior ou igual a 2.500g nos anos de 2015 a 2019 no MRJ, apresentou distintas classificações de evitabilidade (LBE), sendo as mais frequentes: reduzível por adequada atenção a gestação e adequada atenção ao parto. As mulheres que tiveram natimortos reduzíveis por adequada atenção ao parto, apresentaram todas as características sociodemográficas investigadas em diferentes proporções das que tiveram natimortos reduzíveis por adequada atenção a gestação. Foi

possível observar que as gestantes mais vulneráveis socialmente (menor faixa etária, menor escolaridade e não brancas) tiveram natimortos classificados como evitáveis por melhor atenção a gestação, ou seja, por falta de tecnologia adequada no cuidado pré-natal.

Neste estudo, os fatores que estiveram em maior percentual associados a natimortalidade prevenível por adequada atenção na gestação, foram: menos de 20 anos de idade, ensino fundamental, eram não brancas, fizeram o pré-natal na unidade pública de referência e foram classificadas como de risco gestacional.

O fato de a natimortalidade estar associada às condições de saúde reprodutiva, acesso e qualidade da assistência pré-natal e ao parto, traz à tona a importância dos serviços de saúde frente a prevenção destes óbitos. No entanto, a crítica vem justamente da necessidade destes serviços de terem iniciativas para tal enfrentamento, uma vez que as rotinas de trabalho ainda não incorporaram a discussão da análise dos óbitos e não possuem investimentos específicos para a sua redução.¹²

Uma pesquisa realizada em 2011 com dados do RJ e São Paulo evidenciou que 61,2% das causas como evitáveis estavam concentradas nas categorias de mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação.¹³

Nos casos de evitabilidade reduzível por melhor atenção ao parto a maioria tinha mais de 35 anos, ensino superior, se consideravam brancas, realizaram o pré-natal no setor privado e não foram classificadas como de risco gestacional. Esses dados podem refletir uma atenção pré-natal e características sociodemográficas mais favoráveis, no entanto, a atenção ao parto não foi capaz de conduzir ao nativo. A principal característica do parto nas instituições de saúde privadas do Brasil, é a alta taxa de cesarianas.

Pesquisa realizada em Belo Horizonte identificou que 75,4% dos casos de óbitos perinatais apresentaram falhas no pré-natal.¹⁸ A atenção pré-natal não pode ser avaliada considerando apenas a realização do número de consultas. Estudo realizado em 2015, no Brasil, apontou que apenas um quinto das mulheres recebeu cuidado adequado conforme os procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde. Outras desigualdades identificadas foram a maior proporção de assistência pré-natal inadequada em mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, multíparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país.²⁸

Conclusão

As características das mães dos natimortos apresentaram relação com as vulnerabilidades sociais. Apesar de terem sido consideradas em sua maioria gestantes de risco habitual, a atenção pré-natal e ao parto não foram capazes de prevenir a natimortalidade de fetos com 2500g ou mais de peso ao nascer. Considerando que a grande maioria dos óbitos foram classificados como evitáveis é importante que a vigilância dos óbitos pelas instâncias competentes e a atuação dos comitês de prevenção da mortalidade possam orientar as possíveis ações para reduzi-los.

A taxa de natimortalidade em fetos com peso maior ou igual a 2500g no MRJ é muito elevada, com a imensa maioria deles evitáveis por adequada a tenção a gestação ou ao parto. Fetos nesta faixa de peso apresentam grande potencial de sobrevivência e é preciso qualificar tanto a atenção pré-natal quanto ao nascimento para reduzir essa tragédia. A identificação de maiores vulnerabilidades sociais, tais como ser adolescente, moradora em área de risco, ter menor escolaridade e ser de cor da pele não branca, no grupo de gestantes que foram classificadas como de natimortalidade evitável por

adequada atenção à gestação mostra que existe um desafio para a atenção básica, em especial a ESF, no sentido de ampliar o acesso, adesão ao pré-natal, rede de apoio e o autocuidado das gestantes.

Em relação aos natimortos com peso maior ou igual a 2500g classificados como de natimortalidade evitável por adequada atenção ao parto sugere-se que as equipes de maternidades tenham um processo de qualificação continuada e que os núcleos hospitalares de vigilância do óbito sejam atuantes, para que, como parte do processo de educação continuada das equipes, possam atuar no sentido de identificar causas e formas de prevenção.

Independentemente do tipo de evitabilidade é essencial que o processo de investigação dos óbitos seja uma atividade continuada e em tempo adequado para que possa de forma adequada, devolver os resultados do processo de investigação dos óbitos para os profissionais de saúde que atuam nos serviços, mas também para os gestores nos diferentes níveis, para que possam, a partir dos resultados apresentados, implementar medidas que possam reduzir essa tragédia que atinge inúmeras mulheres e suas famílias a cada ano.

Referências

1. The Lancet. Série Pelo Fim da Natimortalidade Evitável Um Sumário para a Série Ending Preventable Stillbirth (Pelo Fim Da Natimortalidade Evitável) da revista The Lancet preparado pela International Stillbirth Alliance. 2016. [acesso em 01 jan 2021]. Disponível em: ExecSum-Stillbirths_Portuguese.pdf (elsevierhealth.com).
2. Carvalho TS et al. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 94 (2):200-206. [acesso em 01 jan 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jped/v94n2/pt_0021-7557-jped-94-02-0200.pdf.
3. Heazell AEP. ET AL. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *www.thelancet.com* Vol 387 February 6, 2016. [acesso em

- 01 jan 2021] Disponível em:
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2900836-3>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 5. Lown JE et al. Natimortos: taxas, fatores de risco e aceleração em direção a 2030. *Lancet*. 6 de fevereiro de 2016; 387 (10018): 587-603. [acesso em 02 jan 2021] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26794078/>
 6. Silva VMC et al. Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: Assistência de enfermagem no pré-natal. *REAS/EJCH* | Vol.Sup.37 | e1884 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1884.2019>. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [file:///C:/Users/55219/Downloads/1884-Artigo-18558-2-10-20191211%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/55219/Downloads/1884-Artigo-18558-2-10-20191211%20(4).pdf)
 7. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. [acesso em 08 jan 2021]. [acesso em 08 jan 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fet10RJ.def>
 8. Fonseca SC, Coutinho ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):240-252, fev, 2010. Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30515/2/Fatores%20de%20risco%20para%20mortalidade%20fetal%20em%20uma%20maternidade%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%3%BAde.pdf>
 9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 15 jan 202]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html>
 10. Barbosa TAGS, Gazzinelli A, Andrade GN. Mortalidade infantil evitável e vulnerabilidade social no vale do jequitinhonha, minas gerais, brasil. *REME • Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1246 DOI: 10.5935/1415-2762.20190094. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1246.pdf>
 11. Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo (Org.) Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. / organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. — Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.
 12. Pacheco VC et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. *Saúde debate* | rio de janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-

- 137, jan-mar 2018. [acesso em 15 fev 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0125.pdf>.
13. Chenxi Cai et al. O impacto das atividades ocupacionais durante a gravidez nos resultados da gravidez: uma revisão sistemática e meta-análise. *Am J Obstet Gynecol*. Março de 2020; 222 (3): 224-238.doi: 10.1016/j.ajog.2019.08.059. Epub 2019, 21 de setembro. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31550447/>
 14. Melo ECP, Knupp VMAO. Mortalidade materna no município do rio de janeiro: magnitude e distribuição. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 dez; 12 (4): 773-79. [acesso em 22 jan 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a23.pdf>.
 15. Santos SM, Noronha CP. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais sócio-econômicos na cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(5):1099-1110, set-out, 2001. [acesso em 02 mar 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v17n5/6319.pdf>.
 16. Menezes, A. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev. Saúde Pública*, 32 (3): 209-16, 1998. [acesso em 02 mar 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n3/p209-216.pdf>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)*
 18. Sehnem GD et al. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência* 2020, Série V, nº1: e19050. [acesso em 05 mar 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserVn1/vserVn1a05.pdf>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.*
 20. Fernandes JA, Campos GWS, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde debate* 43 (121) 05 Ago 2019Apr-Jun 2019. [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v3n121/406-416/>
 21. Lima KJ et al. Análise da situação em saúde: a mortalidade fetal na 10ª região de saúde do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 30(1): 30-37, jan./mar.,

2017. [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40851313005.pdf>.
22. Moura BLA et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(1):e00188016. [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00188016.pdf>.
23. Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):109-116, jan-fev, 2004. [acesso em 18 mar 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/25.pdf>.
24. Fonseca SC, Coutinho ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):240-252, fev, 2010. [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/04.pdf>.
25. Sampaio AG & Souza ASR. Indicação de cesarianas em óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(4):169-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/R5BhMZvcvmvsf4GNSPDtyJm/?format=pdf&lang=pt>
26. Lansky S et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt>
27. Giubu IA et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:17s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJKn64RZGRRBWjG/?lang=pt&format=pdf>
28. Domingues RMSM et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 37(3), 2015. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dois importantes eixos da atenção à saúde foram insuficientes na prevenção da natimortalidade evitável no MRJ: a redução do impacto das vulnerabilidades sociais e a qualificação das tecnologias em saúde.

A presença de diversas vulnerabilidades sociais compreende o perfil de usuários do SUS no país, uma vez que, a renda e escolaridade determinam um melhor nível socioeconômico e uso do serviço de saúde suplementar. Com isso, essa demanda de saúde no SUS já é de conhecimento de todos os trabalhadores e gestores. A resposta adequada a esta demanda faz com que a atenção a saúde seja mais bem qualificada, a fim de minimizar os seus impactos na gestação e parto.

A promoção da saúde através de orientações, visitas domiciliares e práticas coletivas de educação em saúde tem o potencial de estimular a adesão terapêutica, minimizar as vulnerabilidades e fomentar vínculo entre os trabalhadores e gestantes.

A tecnologia em saúde é um conceito amplo que integra desde as atividades gestoras diversas à sistemas organizacionais e educacionais, programas, protocolos assistenciais, materiais, medicamentos, equipamentos, dentre outros, por meio dos quais a atenção e o cuidado são prestados aos usuários.

Os natimortos deste estudo, com potencial sobrevida, foram ao óbito, majoritariamente, por falta de adequada atenção a gestação ou ao parto e isso traduz a inadequação tecnológica em saúde recebida pelas gestantes. Vale ressaltar que assim como o conceito de tecnologia em saúde, este resultado desfavorável de óbito, não deve recair, apenas, nos profissionais da atenção direta (medicina e enfermagem que prestaram os cuidados), mas a todos os componentes (organização, estrutura, insumos, profissionais etc.) desta rede.

A rede de atenção à saúde precisa estar estruturada, qualificada e coesa para que o resultado seja uma atenção adequada e com base nas evidências científicas disponíveis, objetivo maior de todos os processos e formações em saúde.

Independente do momento do óbito, ele resultou da falha tanto dos níveis primários quanto secundários da atenção. Uma vez que, apesar de 90% dos óbitos fetais terem ocorrido antes da internação hospitalar, isso pode significar também, uma internação prévia e tratamento especializado não disponibilizado ou negado por insuficiência das emergências obstétricas no nível secundário.

O programa cegonha carioca com atuação desde 2011 no MRJ tem o potencial de qualificar a atenção às gestantes durante o transporte para o nível secundário, como no acolhimento e classificação de risco. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais, assim como uma anamnese detalhada e uma escuta qualificada, podem ser determinantes na identificação de critérios para internação hospitalar oportuna e prevenção da natimortalidade evitável.

A vigilância da natimortalidade através da investigação minuciosa e devolutivas aos profissionais da atenção, integra a cadeia de prevenção da ocorrência da natimortalidade. Os indicadores de saúde devem conter dados da natimortalidade e servirem de subsídios para educação em saúde permanente.

Referências

1. The Lancet. Série Pelo Fim da Natimortalidade Evitável Um Sumário para a Série Ending Preventable Stillbirth (Pelo Fim Da Natimortalidade Evitável) da revista The Lancet preparado pela International Stillbirth Alliance. 2016.
2. True magnitude of stillbirths and maternal and neonatal deaths underreported. Jun 2, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/headlines/16-08-2016-true-magnitude-of-stillbirths-and-maternal-and-neonatal-deaths-underreported>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Flenady V, Middleton P, Smith GC, Duke W, et al. Stillbirths: the way forward in high-income countries. *Lancet* 2011; 377: 1703–17 April 14, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60064-0 See Comment pages 1635 and 1636.
5. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; 387: 604–16. January 18, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. — Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 43 p. — (Série B. Textos Básicos de Saúde).
7. De Lorenzi, DRS. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1):141-146, jan-fev, 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a regulamentação da Vigilância de Óbitos Infantis e Fetais. *Diário Oficial da União* 2010; 11 jan. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html.
9. Vieira MS, Vieira FM, Fröde TS, D'Orsi E. Fetal Deaths in Brazil: Historical series descriptive analysis 1996-2012. *matern child health j.* 2016 [acesso em 15 dez 2017] aug; 20(8):1634-50. doi: 10.1007/s10995-016-1962-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27007985>.
10. Barbeiro FMS, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira MSS, Silva FP, Ventura PM et al. Óbitos fetais no Brasil: Revisão Sistemática. *Rev Saúde Pública* 2015.49:22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034_89102015049005568.pdf.
11. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10br.def>.
12. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Sistemas de Informações em Saúde. 2017. Disponível em: <http://tabnet.rio.rj.gov.br/>.

13. Pattinson R, Kerber K, Buchmann E, Friberg IK, Belizan M, Lansky S, Weissman E, Mathai M, Rudan I, Neff Walker, Joy E Lawn, for The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies? 2011; 377: 1610–23 The Lancet. Disponível em <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2810%2962306-9>.
14. Carabina P. Scott NA. Lane c. Guyon g. Guidelines for investigating stillbirth am Update of a systematic review. J. Obstet Gynaecol. Cam 2007. 29. 560-67.
15. Brasil. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://brasil.bvs.br/>.
16. Nações Unidas. Brasil. Agenda 2030. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>.
17. Nações Unidas. Brasil. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>.
18. Safra G apud Fukumitsu KO. Vida, morte e luto- atualidades brasileiras. Summus editorias. 2018.
19. Salgado HO, Polido CA. Como lidar luto perinatal. São Paulo: Ema Livros. 2018.
20. Gonçalves PC, Bittar CML. Estratégias de enfrentamento no luto. Mudanças – Psicologia da Saúde, 24 (1), Jan.-Jun. 2016.
21. Bowlby, J. Perda- Tristeza e Depressão. Volume 3 da Trilogia/ John Bowlby. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes- selo Martins. 2004.
22. Montero SMP. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez. 2011;19(6):[08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf
23. Kübler-Ross E, 1926-2004. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 10.ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.
24. Montero SMP et al. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(6):[08 telas] nov.-dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf
25. Silva MJP, Comunicação de Más Notícias. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(1):49-53 Artigo de Revisão. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf.
26. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS, Leonardo Bezerra Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 35 (1): 52 – 57; 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a08v35n1.pdf>

27. Lugarinho C et al. Divulgação em saúde para debate | Rio de Janeiro, N. 54, P. 64-76, MAR 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/DIVULGACAO_54-WEB-FINAL.pdf.
28. Cruz CO, Riera R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagn Tratamento*. 2016;21(3):106-8. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf.
29. Pereira CR, Calônego MAM, Lemonica L, Barros GAM. Protocolo PACIENTE: um instrumento para dar más notícias adaptado à realidade médica brasileira. *Rev Assoc Med Bras* 2017; 63(1):43-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v63n1/0104-4230-ramb-63-01-0043.pdf>.
30. Shimizu HE, Lima MG. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 387-92. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>.
31. WHO. Brazil: WHO statistical profile; 2015. Available from: <http://www.who.int/gho/countries/bra.pdf?ua=1> [cited 13.08.15].
32. Mukherjee JS et al. A praticar approach to universal health coverage. www.thelancet.com/lancetgh.vol7. April 2019.
33. Zoe Mullan. Stillbirths: still neglected? www.thelancet.com/lancetgh. Vol. February 2016.
34. Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde Pública novas estimativas sobre sífilis congênita. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812.
35. Tomasi E et al. Qualidade da Atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde. Pública* 2017; 33 (3); e 00195815).
36. Arsenault C et al. Equily in antenatal Acre quality: na analysis of 91 Nacional household surveys. www.thelancet.com/lancetgh. Vol. 6. novembro 2018.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria/GM nº 569, de 2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
38. OMS. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Organização Mundial da Saúde 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2>

39. Neto ETS. Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. 2012. 155 f. Tese (Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
40. Duarte CAM & Turato ER. Sentimentos presentes, mas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*. Maringá; v.14, n. 3, p. 485-490, sul/set.2009.
41. Nascimento MI et al. Manejo clínico na indução de parto de feto morto: avaliação da incidência e condições associadas à cesariana. *Rev Bras Epidemiol* jan-mar 2014; 203-216. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n1/pt_1415-790X-rbepid-17-01-00203.pdf .
42. Carvalho TS, Pellande LC, Dayle P. Stillbirth prevalente in Brazil: na exploration of regional differences. *Jornal de Pediatria*. www.iPED.com.BR 2017.
43. Escorel S. Eqüidade em Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>
44. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, equidade e SUS. Vol 13. N 12. 2010.
45. Carrapato P, Correia P & Garcia B. Determinante de saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2017.v26n3/676-689/pt>
46. Buss PM, Filho AP. Determinantes sociais da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9):1772-1773, set, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/01.pdf>.
47. Desigualdades e Iniquidades em Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde* Volume 12 - Número 2 - Agosto de 2010 ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf>.
48. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *REVISTA USP*, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Downloads/35108-Texto%20do%20artigo-41279-1-10-20120727.pdf>.
49. Secretaria da Saúde. Curitiba. Conceitos e Definições. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=668>.
50. Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). CID-10. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>.
51. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Taxa Bruta de natalidade por mil habitantes- Brasil- 2000 a 2015. Projeção da população do Brasil.

2013. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade.html>.
52. Santos FMB et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390075/pdf/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005568.pdf>.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.080/1990 (lei ordinária) 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
54. Soares DA, Andrade SM, Campos JJB. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. *Epidemiologia e indicadores de saúde. Bases da saúde coletiva*. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Downloads/EPIDEMIOLOGIA.pdf>.
55. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.172, DE 15 DE JUNHO DE 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html.
56. Dias BAS, Neto ETS, Andrade MAC. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(5):e00125916. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00125916.pdf>.
57. Ortiz, LP. Características da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1999.
58. Malta DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 16(4):233-244, out-dez, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>.
59. Malta DC et al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. *REV BRAS EPIDEMIOL* 2019; 22: E190014. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2019.v22/e190014/>
60. Ruoff AB, Andrade SR, Schmitt MD. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017 mar;38(1):e67342. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170167342.pdf>.
61. Melo et al, Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3457-3465, 2017).

62. Bittencourt AS, Camacho LAB & Leal MC. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1):19-30, jan, 2006.
63. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA NO - 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html
64. Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde/Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis. - São Luís, 2016. 53f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade VI). Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp06.pdf.
65. Frias et al. Sistemas de Informações sobre mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2257-2266, out, 2008.
66. Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 38 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
67. Morais RM, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 101-117, mar 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0101.pdf>.
68. Moreira DJ, Bosi MLM, Soares CA, livro: IT: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/5447>
69. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Anexo 1- Parecer Consubstanciado do CEP

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SOBRE O ÓBITO FETAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:
ABORDAGEM QUALI-QUANTITATIVA

Pesquisador: MARCOS AUGUSTO BASTOS DIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28109020.9.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.900.918

Apresentação do Projeto:

Emenda ao projeto Estudo sobre óbito fetal no Município do Rio de Janeiro. Abordagem quali-quantitativa de 27/02/2020

Objetivo da Pesquisa:

As informações referentes aos "Objetivos" da emenda, foram obtidas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO Estudo sobre óbito fetal no Município do Rio de Janeiro. Abordagem quali-quantitativa de 27/02/2020.

*Objetivo Primário:

Analisar a natimortalidade de bebês com peso maior ou igual a 2.500g nas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro e a narrativa de mulheres que tiveram natimortos com peso maior ou igual a 2.500g em maternidades da SMS/RJ.

Objetivo Secundário:

1. Descrever as características relacionadas a gestação e parto das gestantes com natimortos nos anos de 2015 a 2018; 2. Conhecer e discutir os fatores associados a natimortalidade no MRJ nos anos de 2015 a 2018; 3. Analisar as classificações de evitabilidade dos óbitos e os problemas identificados pelas análises realizadas pelos Comitê de Análise e Prevenção do Óbito; 4. Descrever as recomendações propostas pelo Comitê de

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@if.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 3.900.918

Análise e Prevenção do Óbito; 5 Analisar a narrativa de mulheres que vivenciaram a natimortalidade.*
a emenda não alterou os objetivos iniciais do projeto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações referentes aos riscos e benefícios da emenda foram obtidas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO Estudo sobre óbito fetal no Município do Rio de Janeiro. Abordagem quali-quantitativa de 27/02/2020

***Riscos:**

O estudo será guiado pela Resolução nº 466/201279 do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, que incorpora, "sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado". Os riscos inerentes à pesquisa dizem respeito aos potenciais desconfortos emocionais que podem ocorrer por promover a lembrança dos momentos difíceis vivenciados.

Nestes casos, a participante da pesquisa será direcionada, pela pesquisadora responsável, ao serviço público de saúde de referência, para atendimento/acompanhamento psicológico.

Benefícios:

Quanto aos benefícios a serem alcançados pelo estudo, estes, serão fomentados pelas informações geradas pela pesquisa que poderá auxiliar nas avaliações/monitoramentos/registros dos óbitos fetais e prevenção de novas ocorrências de óbitos por meio da identificação dos fatores relacionados e de possíveis falhas assistenciais ocorridas. Estímulo à promoção da saúde das mulheres que vivenciam o luto, contribuindo para retirar da invisibilidade o sofrimento envolto ao luto, promovendo uma assistência digna, respeitosa e de qualidade desde o pré-natal, passando parto e puerpério. Servirá também para o aprimoramento profissional, uma vez que, ao desvelar as nuances imbricadas neste processo, pode se tornar explícito veredas a serem percorridas. Serão respeitados os valores culturais, morais, sociais, religiosos e étnicos das participantes."

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 3.900.918

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a saúde perinatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Havia pendência em relação a solução do risco de desconforto emocional, a proposta apresentada foi "Nestes casos, a participante da pesquisa será direcionada (a pesquisadora irá junto a usuária ao serviço de saúde, a fim de garantir atendimento) ao serviço público de saúde de referência, para atendimento/acompanhamento psicológico."

Recomendações:

A pesquisadora deverá submeter notificação ao CEP sempre que ocorrer desconforto emocional que demandou o direcionamento do participante da pesquisa ao serviço público de referência para atendimento/acompanhamento psicológico, relatando todos os procedimentos adotados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observar as recomendações. As dificuldades no funcionamento da rede pública de assistência requerem que o pesquisador esteja atento sobre o acolhimento ao participante.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1495830.pdf	27/02/2020 19:34:51		Aceito
Outros	cartacep.docx	27/02/2020 19:33:35	GEIZA MARTINS BARROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tesecpmarcosfev.docx	27/02/2020 19:30:13	GEIZA MARTINS BARROS	Aceito
Cronograma	cronogramamarcosfev.docx	27/02/2020 19:29:19	GEIZA MARTINS BARROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemarcosfev.docx	27/02/2020 19:29:03	GEIZA MARTINS BARROS	Aceito
Outros	registrodoprojeto.pdf	20/01/2020 18:02:46	GEIZA MARTINS BARROS	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	20/01/2020 18:00:02	GEIZA MARTINS BARROS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostomarcos.pdf	12/01/2020 18:46:59	GEIZA MARTINS BARROS	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 3.900.918

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Março de 2020

Assinado por:

**Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador(a))**

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.256-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

Anexo 2. PORTARIA Nº 72, DE 11 DE JANEIRO DE 2010**Diário Oficial REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Imprensa Nacional
BRASÍLIA - DF. Nº 07 – 12/01/10 – p.29. MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE
DO MINISTRO.**

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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando o Objetivo IV do Milênio, que estabelece o compromisso de reduzir em $\frac{3}{4}$ (três quartos) a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade e que o maior componente desta mortalidade é a mortalidade infantil, em especial a neonatal;

Considerando que o real dimensionamento do óbito infantil e fetal no Brasil é dificultado pelo sub-registro de óbitos e pela subenumeração da morte infantil e fetal;

Considerando que a identificação dos principais fatores de risco associados à mortalidade infantil e fetal possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências; considerando que a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, estabelece que nenhum sepultamento seja feito sem certidão oficial de óbito;

Considerando que a Declaração de Óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo e que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é o instrumento oficial do Ministério da Saúde para a informação da DO em todo o território nacional e que, a partir de 2006, tem maior agilidade na transmissão da informação sobre o óbito;

Considerando o disposto na Portaria nº 116/GM, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta o conjunto de ações que compõem o SIM e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC);

Considerando que a Declaração de Óbito é documento de preenchimento obrigatório pelos médicos, com atribuições e responsabilidades detalhadas pela Resolução nº 1.779 de 2005 do Conselho Federal de Medicina, Considerando as ações previstas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pela Presidência da República em 8 de março de 2004 e aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS);

Considerando o disposto na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta competências da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, entre elas a vigilância e o monitoramento dos óbitos infantis e maternos; Considerando que a agilidade na informação e o início oportuno da investigação são fatores fundamentais para o sucesso da ação; e Considerando que a redução da morte infantil e fetal é uma das prioridades deste Ministério e para tanto vêm sendo implementadas uma série de medidas, resolve: Art. 1º Estabelecer 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). § 1º A vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. § 2º A busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais da saúde designados pelas Secretarias de Saúde Municipal, Estadual e do Distrito Federal. Art. 2º Para os fins desta Portaria, define-se: I - óbito infantil: é aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias; II - nascimento vivo: é

definido como a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança nascida viva; e III - óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais. Art. 3º Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. Art. 4º Para fins de investigação, são critérios mínimos de caso todos os óbitos: I - pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias); II - neonatais (0 a 27 dias de vida); e III - fetais (natimortos). Parágrafo único. Considerando-se o menor potencial de prevenção dos óbitos com malformação congênita grave ou complexa ou letal, sua investigação é facultativa. Art. 5º O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação de que trata o art. 3º é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser adequadamente preenchida em todos os campos. Art. 6º Os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação devem ser aqueles padronizados para uso no Estado ou Município, ou os recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Parágrafo único. Quando o Estado ou Município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal conforme Anexo I a esta Portaria e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Art. 7º As declarações de óbito com informação sobre óbito infantil e fetal, nos termos do art. 5º, deverão seguir fluxo e prazos constantes no Anexo II a esta Portaria ou o fluxo existente em cada Secretaria Estadual de Saúde, desde que obedecidos os prazos estabelecidos para o cumprimento desta Portaria. § 1º O prazo para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com o envio da 1ª via da DO é de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da ocorrência. § 2º O prazo para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde é de, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data da ocorrência. § 3º O prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, realização da discussão, análise e a conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência. § 4º O prazo para os responsáveis pela vigilância de óbitos ou a Secretaria Municipal de Saúde, conforme definição local, providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos infantis e fetais do SIM com os dados da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal é de, no máximo, 7 (sete) dias a contar do seu recebimento. § 5º O prazo para atualizar o SIM, com os dados oriundos da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, incluindo alterações da causa do óbito devidamente recodificada e resselecionada quando cabível, bem como a transferência

do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde, é de 30 (trinta dias) após a conclusão da investigação de que trata o § 3º. Art. 8º Estabelecer que os serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos nesta Portaria. Parágrafo único. Nos hospitais onde houver Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ou comissões ou comitês hospitalares de óbitos implantados, estes poderão desempenhar as atribuições conforme estabelecido no caput deste artigo. Art. 9º Definir que os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde (público ou privado) que integram o SUS, onde a gestante ou parturiente ou a criança recebeu assistência, deverão disponibilizar aos responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos infantis e fetais. § 1º Os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais utilizarão esse material para coletar dados, transcrevendo-os para instrumento próprio utilizado na investigação conforme o art. 6º desta Portaria. § 2º Considerando que as informações constantes nos prontuários estão protegidas pelo sigilo, os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais devem garantir o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes estabelecidos no art. 154 e no art. 269 do Código Penal e no art. 102 do Código de Ética Médica. Art. 10. Determinar que a conclusão da investigação do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município de residência da mãe do natimorto ou da criança falecida, e deverá ser apoiada pelos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município onde a gestante, a parturiente ou a criança recebeu assistência ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município de residência. Art. 11. Determinar que a Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGIAE/DASIS/SVS/MS) disponibilizará, quinzenalmente, para a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS) e para o Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS), na rede interna do MS, o extrato atualizado dos óbitos infantis e fetais notificados ao SIM. Parágrafo único A mesma determinação se refere aos componentes correspondentes nos Estados e Municípios. Art. 12. Estabelecer que a CGIAE/DASIS/SVS/MS em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno /DAPES/SAS realizem monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos. Art. 13. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), fornecer o suporte técnico e administrativo para a operacionalização do disposto nesta Portaria. Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo 3- Fluxo especial para declarações de óbito com informação acerca de óbitos infantis e fetais

As declarações de óbito com informação acerca de óbito infantil ou fetal deverão seguir fluxo e prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria: 1. O hospital ou serviço onde ocorreu o óbito ou que emitiu a Declaração de Óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor municipal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). 2. O setor que processa os dados sobre os óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para os responsáveis pela vigilância de óbito infantil e fetal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), conforme o fluxo definido em cada local e que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito. 3. Os responsáveis pela vigilância do óbito infantil e fetal da SMS iniciam imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto à SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso no estado ou Município, ou os instrumentos-padrão recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). 4. Quando o Estado ou Município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações (Anexo I), e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM. 5. Simultaneamente ao encaminhamento da DO aos responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbito e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado. 6. A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento; 7. Os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deverão concluir o caso e informar o resultado da investigação dos óbitos no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito. 8. Informar o resultado da investigação significa encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, a Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, devidamente preenchida. 9. O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará a síntese da investigação do óbito infantil e fetal no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento da Ficha, podendo ainda disponibilizar acesso para que os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais alimentem o referido módulo, conforme a decisão de cada local. 10. Caso a investigação aponte para a necessidade de alterar ou complementar a Declaração de Nascido Vivo (DN) ou a DO, estas deverão ser efetuadas e no caso de alteração/atualização das causas de óbito, elas devem passar por um processo de recodificação e nova seleção de causa

básica. Outro tipo de alteração diz respeito à faixa etária do indivíduo no momento do óbito, podendo gerar revisões na classificação do tipo de óbito (fetal ou não fetal) no SIM.

Anexo 4. Ficha de Investigação de óbito infantil e fetal da SMS/RJ



SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL
Síntese, conclusões e recomendações



Usuário: adriana

I - IDENTIFICAÇÃO

Ajuda

1) Nome: Se for Óbito fetal *

2) Nome da Mãe: CPF:

3) DO * Data do Óbito * Sexo* 4) DNV: Data Nascimento*

5) Raça/CorRN* Peso ao Nascer(Gramas)* 6) Idade ao Óbito(Dia): 7) Idade Gestacional*

8) Faixa etária ao Óbito* Idade da Mãe* 9) Escolaridade Materna* 10) Situação Conjugal Materna*

Raça / Cor materna* Ocupação da mãe:

11) Endereço da Mãe: Nr: Complemento:

12) Código Município: AP de Residencia* Bairro:

13) Área Coberta ESF* Território Social*

14) Unidade Básica Responsável: CNES: 15) Unidade Básica Responsável: CNES:

16) Local ocorrência do Óbito* CNES:

17) AP de Ocorrência* 18) Bolsa Família* Cartão Família Carioca*

18.a) A mãe tinha alguma doença prévia?* 18.b) Gravidez foi planejada?*

II - ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Ajuda

19) Antecedentes Obstétricos

Nº gestações anteriores* Nº partos cesáreos* Nº partos vaginais* Nº perdas fetais*

Nº de abortos*

19.a) Nº Consultas de Pré-Natal*

20) Estab.de Saúde onde fez Pré-Natal*

Nome: CNES:

Nome: CNES:

CSV com escolha de variáveis: SAIR

Nome:

Preencher estabelecimento onde foi feito o pré-natal

CNES:

Automatico

21) Idade gestacional quando realizou a primeira consulta*

00

Selecione a Opção

Exames de Rotina Pré-Natal 1º Trimestre

22) Foram feitos os Exames de Rotina Pré-Natal

1º Trimestre*

Selecione a Opção

23) Se não quais não foram feitos 1º Trimestre:

Preencher os exames de rotina que não foram realizados no pré-natal

24) Motivo da não realização do Exame 1º Trimestre*

Selecione a Opção

Se Outros, qual?

Se for selecionado a opção 4- Outros, descreva-lo.

25) Resultado de VDRL positivo

1º Trimestre?*

Selecione a Opção

Titulação de VDRL 1º Trimestre?

descrever a titulação vdrl se houver

26) Se sim, foi tratada adequadamente

1º Trimestre?*

Selecione a Opção

26.a) Notificada com sífilis na gestação 1º Trimestre?*

Selecione a Opção

Nº notificação:

desc número da notificação.

27) Parceiro foi tratado 1º Trimestre?*

Selecione a Opção

Exames de Rotina Pré-Natal 3º Trimestre

28) Foram feitos os Exames de Rotina Pré-Natal

3º Trimestre*

Selecione a Opção

29) Se não quais não foram feitos 3º Trimestre:

Preencher os exames de rotina que não foram realizados no pré-natal

30) Motivo da não realização do Exame 3º Trimestre*

Selecione a Opção

Se Outros, qual?

Se for selecionado a opção 4- Outros, descreva-lo.

31) Resultado de VDRL positivo

3º Trimestre?*

Selecione a Opção

32) Titulação de VDRL 3º Trimestre

descrever a titulação vdrl se houver

33) Se sim, foi tratada adequadamente

3º Trimestre?*

Selecione a Opção

34) Notificada com sífilis na gestação 3º Trimestre?*

Selecione a Opção

Nº notificação:

desc número da notificação.

35) Parceiro foi tratado 3º Trimestre?*

Selecione a Opção

Risco na gestação

36) Apresentou alguma patologia/ fator de risco durante a gestação?*

Selecione a Opção

37) Se sim, qual ?

Se opção 1-Sim, preencher quais as patologias e/ou fator de risco

38) Foi considerada gestação de risco?*

Selecione a Opção

39) Foi referenciada para pré-natal de alto risco?*

Selecione a Opção

40) Foi internada durante gravidez?*

Selecione

41) Se sim, por que?:

Preencher qual o diagnóstico da internação (pode ser mais de um diagnóstico)

I - ASSISTÊNCIA AO PARTO

Ajuda

42) Local do parto*

Selecione a Opção

43) Estabelecimento de Saúde onde ocorreu o parto:

Nome:

estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto

CNES:

Automatico

44) Tipo de gravidez*

Selecione a Opção

Tipo de apresentação*

Selecione a Opção

Tipo de parto*

Selecione a Opção

45) Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto*

Selecione a Opção

Foi realizado teste rápido sífilis/VDRL momento do parto?*

Selecione a Opção

45.a) Titulação do VDRL materno no momento do parto:

descrever a titulação vdrl se houver

46) Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto

Indicação da cesárea:

Preencher qual foi a indic do parto cesáreo

Selecione a Opção

com escolha de variáveis SAIR

IFeta/Octo/est/foacadastro.php

22/06/2018

Ficha Cadastro

Selecione a Opção

47) APGAR1^{0m} APGAR5^{5m}
 Selecione Selecione

48) O bebê apresentou algum problema* Após o nascimento, o recém-nascido foi conduzido para*
 Selecione a Opção Selecione a Opção

49) Foi realizado VDRL no RN após nascimento? Titulação de VDRL do RN:
 Selecione a Opção descrever a titulação vdrf se houver

50) Outros exames complementares para diagnóstico da sífilis realizados no RN:
 Hemograma completo Punção líquórica
 RX de ossos longos Não se aplica

51) RN/criança chegou a ser tratada para sífilis?* RN/criança notificada para sífilis congênita?* N° notificação SINAN:
 Selecione a Opção Selecione a Opção preencher numero

52) Alta da Maternidade com aleitamento materno* 53) RN teve alta referenciada?*
 Selecione a Opção Selecione a Opção

IV - ASSISTÊNCIA ATENÇÃO BÁSICA

Ajuda

54) Após o nascimento, a criança* Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:
 Selecione a Opção Selecione a Opção

Nome: CNES:
 Preencher estabelec, caso tenha ocorrido óbito fetal Automático

Nome: CNES:
 Preencher estabelec, caso tenha ocorrido óbito fetal Automático

55) Tipo de estabelecimento: A criança fazia acompanhamento do crescimento e desenvolvimento*
 Selecione a Opção Selecione a Opção

56) Fez teste do pezinho? A vacinação estava completa para a idade?*
 Selecione a Opção Selecione a Opção

57) Aleitamento materno exclusivo* Por quanto tempo?*
 Selecione a Opção descrever quanto tempo

V - ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Ajuda

58) Houve intercorrência nesse setor?*

Selecione a Opção

VI - ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL

Ajuda

59) Foi internado?* Causa de internação*
 Selecione a Opção descrever causa de internação

VII - DIFICULDADES DA FAMÍLIA

Ajuda

60) Foi identificado algum tipo de negligência por parte dos pais* 61) Pai ou Mãe usuário de Drogas ilícitas*
 Selecione a Opção Selecione a Opção

Pai ou Mãe usuário de Alcool* Fumo*
 Selecione a Opção Selecione a Opção

VIII - DADOS DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

CSV com escolha de variáveis SAIR **ção**

Preencher as causas do óbito após a investigação	Letra e Numero
Parte I (b):	Cid (b):
Preencher as causas do óbito após a investigação	Letra e Numero
Parte I (c):	Cid (c):
Preencher as causas do óbito após a investigação	Letra e Numero
Parte I (d):	Cid (d):
Preencher as causas do óbito após a investigação	Letra e Numero
Parte II:	Cid (II):
Preencher as causas do óbito após a investigação	Letra e Numero

62) Este óbito poderia ter sido evitado?*

Selecione a Opção

63) A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?*

Selecione a Opção

64) Causa básica após investigação*

CID 10

65) Assinale a classificação de evitabilidade para este caso

Wigglesworth Expandida:

W1 W2 W3 W4 W5 W6 W7 W8 W9

Lista brasileira :

66) A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo?

*

Selecione a Opção

67) Foram identificados problemas após a investigação?*

Selecione a Opção

IX - PROBLEMAS / RECOMENDAÇÕES

Descrever os problemas identificados após a investigação:

PLANEJAMENTO FAMILIAR (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema 1

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

Problema 2

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

Problema 3

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção para o planejamento familiar

PRÉ-NATAL (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

com escolha de variáveis SAIR

82?Feta?Obito?etal?chacadastra.php

Problema1

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema2

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema3

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção para o pré-natal

ASSISTÊNCIA AO PARTO (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema1

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema2

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema3

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção para assistência ao parto

ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO NA MATERNIDADE (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema1

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema2

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema3

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção para a assistência recém nascido

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema1

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema2

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema3

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção para a assistência na urgência / emergência

ASSISTENCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema1

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema2

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema3

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção para hospital

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA / SERVIÇO SAÚDE (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema1

- Protocolo Clínico
 Avaliação e conduta no Risco
 Monitoramento
 Gestão do Serviço

Problema2

CSV com escolha de variáveis SAIR

PROBLEMA 3

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

Problema3

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção para organização do sistema/serviço saúde

OUTROS (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema1

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

Problema2

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

Problema3

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção Outros

ASSIST.À CRIANÇA CENTRO E SAÚDE /CMS/ESF (Marcar 1 opção para cada problema)

Nome da Unidade:

Problema1

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

Problema2

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

Problema3

Protocolo Clínico Avaliação e conduta no Risco Monitoramento Gestão do Serviço

RECOMENDAÇÕES:

Descrever as recomendações e medidas de prevenção Outros

68) Considerando a causa básica após a investigação quais as áreas da assistência tiveram mais impacto no óbito?

(Marcar máximo 2 opções)

Cid:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Planejamento Familiar | <input type="checkbox"/> Pré-Natal | <input type="checkbox"/> Assistência ao Parto |
| <input type="checkbox"/> Assist ao Recem Nasc Maternidade | <input type="checkbox"/> Assist Criança Urg e Emerg | <input type="checkbox"/> Assist Criança Hospital |
| <input type="checkbox"/> Org Sistema / Serviço de Saúde | <input type="checkbox"/> Assist Criança Centro e Saúde/CMS/ESF | |

69) Houve problema de registro de informação nos prontuários?*

70) Em que áreas da Assistência houve problemas de registro?:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Planejamento Familiar | <input type="checkbox"/> Pré-Natal | <input type="checkbox"/> Assistência ao Parto |
| <input type="checkbox"/> Assist ao Recem Nasc Maternidade | <input type="checkbox"/> Assist Criança Urg e Emerg | <input type="checkbox"/> Assist Criança Hospital |
| <input type="checkbox"/> Org Sistema / Serviço de Saúde | <input type="checkbox"/> Assist Criança Centro e Saúde/CMS/ESF | |

71) Data da conclusão do caso*

Conclusão do caso*

72) Observações:

Preencher com outras observações que tenham sido identificadas na investigação ou para complementar algum campo em que o espaço para o preenchimento for insuficiente. Neste último caso, destacar o nº do campo que o texto se refere

Responsável pelo Preenchimento :

Nome (DVS)*

Nome (DAPS):

Nome (OUTROS):

* campo de preenchimento obrigatório

[Clique aqui para anexar Resumo \(Obrigatório \)](#)

[Anexar Resumo](#)