



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÍRIAN BORGES FORTES COUTO

**ANÁLISE DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA**

TERESINA
2020

MÍRIAN BORGES FORTES COUTO

**ANÁLISE DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A Saúde da Família no Ciclo
Vital.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Carmen Viana Ramos

TERESINA
2020

FICHA CATALOGRAFICA

C871a Couto, Mírian Borges Fortes.

Análise dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência / Mírian Borges Fortes Couto. – Teresina: Uninovafapi, 2019.

Orientador (a): Prof. Dr. Carmen Viana Ramos; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2019.

78. p.; il. 23cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2019.

1. Óbito fetal. 2. Assistência pré-natal. 3. Assistência ao parto. 4. Atenção primária a saúde. 5. Causas de morte. I. Título. II. Ramos, Carmen Viana. III. Costa, Filipe Anibal Carvalho. IV. Oliveira, Raurys Alencar. V. Oliveira, Adélia Dalva da Silva.

CDD 614.599 279

MÍRIAN BORGES FORTES COUTO

**ANÁLISE DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE
DE REFERÊNCIA**

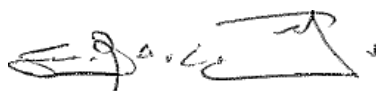
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

APROVADO EM: 07/06/2020

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dra. Carmen Viana Ramos -
Orientadora/Presidente Centro Universitário
UNINOVAFAPI



Prof. Dr. Filipe Anibal Carvalho Costa-1º Examinador
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ



Prof. Dr. Raurys Alencar Oliveira - 2º
Examinador Centro Universitário
UNINOVAFAPI



Profª. Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira -
Suplente Centro Universitário UNINOVAFAPI

DEDICATÓRIA

À Deus e a Nossa Senhora, por serem o meu apoio em todas as dificuldades da vida.
Aos meus pais, Maria e Francisco, por tudo que abdicaram para que eu e meus irmãos tivéssemos uma educação de qualidade. Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos que mesmo de longe sempre tiveram uma palavra de incentivo.

Ao meu esposo por entender as minhas faltas e momentos de afastamento.

Aos meus filhos, Maria e João, por me ensinarem todos os dias, um amor incondicional, a razão desta caminhada.

Aos meus educandos, por todo o aprendizado, vocês dão significado a este mestrado!

Às famílias que sofreram perdas fetais.

Aos amigos pela torcida em forma de estímulo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Grata a Deus por ter colocado essa pessoa tão especial no meu caminho, minha orientadora, Dra. Carmen Viana Ramos. Obrigada pelo incentivo incansável, orientação, disponibilidade, competência, paciência e valiosa contribuição.

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor Prof. Dr. Carlos Alberto Ramos Pinto, em nome do Centro Universitário UNINOVAFAPI, por oferecer a estrutura necessária e pelo incentivo a pesquisa e a qualificação profissional de seus professores, entre as quais, com orgulho estou incluída.

À Coordenadora de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação, Profa. Dra. Thâmara Machado e Silva, pelo empenho e dedicação junto aos Discentes. Aos Docentes e Funcionários do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelos ensinamentos, apoio e amizade.

À banca examinadora, que enriquece esse momento tão importante e esperado na minha trajetória.

Aos funcionários, da MDER, pela atenção e colaboração.

À estatística Suzana Maria Rêbello Sampaio da Paz, por sua valorosa contribuição na análise dos dados.

A Dra Isabel Marlucia de Almeida pelo incentivo e discussão de ideias.

Ao Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita por me incentivar a retornar ao mundo acadêmico.

Aos colegas da turma do Mestrado, pela convivência muito enriquecedora e amizade.

EPÍGRAFE

*Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus,
não sou o que era antes.*
Marthin Luther King

RESUMO

Introdução: A morte fetal no Brasil é considerada um grave problema de saúde pública. Os estudos mostram que o número de óbitos fetais por causas evitáveis no Brasil ainda é alto. **Objetivos:** Analisar os óbitos fetais, segundo características sócio-demográficas, clínicas e critérios de evitabilidade, ocorridos em uma maternidade de referência; Descrever o perfil clínico-obstétrico e epidemiológico dos óbitos fetais ocorridos na Maternidade; Verificar as principais causas de óbito fetal segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10) e classificá-los conforme os critérios de evitabilidade; Descrever a tendência da mortalidade fetal nesta maternidade entre janeiro de 2014 a janeiro de 2017; Elaborar um vídeo destinado as gestantes ressaltando a importância de um pré-natal de qualidade na redução dos riscos de óbitos fetais. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos casos de óbitos fetais ocorridos em maternidade referência para o alto risco, no período de 2014 a 2017. Elaborou-se uma planilha no Excel 2010, com todas as variáveis contidas na ficha de investigação de óbitos fetais. Realizaram-se análises descritivas e classificaram-se as causas dos óbitos, conforme critério de evitabilidade, por faixa de peso (1500g-2500g; >2500g). **Resultados:** Ocorreram 1029 óbitos no período estudado. A taxa de mortalidade fetal foi de 25,1/1000 nascidos vivos (NV) em 2013 e 26,1/1000 NV em 2017. Quanto a idade materna, 39,9% tinham entre 20 a 40 anos e 39,9% possuíam mais 8 anos de estudo. As patologias/ fatores de risco mais citados durante a gravidez foram: hipertensão arterial/DHEG (33,1%), hemorragia/ DPP/ placenta prévia (31,1%) e infecção urinária (20,1%). Com relação a condição da mãe, no momento da internação, 38,4% apresentavam amniorrexe prematura sem trabalho de parto, 9,7% pré-eclampsia grave e 9,1% apresentaram descolamento prematuro da placenta. As principais intercorrências durante o parto foram: eclampsia / hipertensão (25,6%), hemorragia (20,2%). Dos 570 óbitos fetais (acima de 1500g) analisados conforme o critério de evitabilidade, 84,9% ocorreram por causas evitáveis, 4,9% por causas não claramente evitáveis e 10,2% por causas mal definidas. As principais causas dos óbitos fetais evitáveis (n=484) estudadas foram classificadas como: reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação (56,6%) e adequada atenção à mulher no parto (36,4%) e adequada atenção ao recém-nascido (7,0%). **Conclusão:** os achados revelam uma proporção alta de óbitos fetais que poderiam ser evitados com ações voltadas a melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. Foi elaborado um vídeo educativo sobre a importância da assistência durante o pré-natal na redução do risco de óbitos fetais

Palavras-chave: Óbito fetal. Assistência pré-natal. Assistência ao parto. Atenção primária à saúde. Causas de morte

ABSTRACT

Introduction: Fetal death in Brazil is considered a serious public health problem. Studies show that the number of fetal deaths from preventable causes in Brazil is still high. **Aims:** To analyze fetal deaths, according to socio-demographic, clinical characteristics and avoidability criteria, which occurred in a reference maternity hospital; Describe the clinical-obstetric and epidemiological profile of fetal deaths that occurred at the Maternity Hospital; Check the main causes of fetal death according to the International Disease Code (ICD-10) and classify them according to the criteria of avoidability; Describe the trend of fetal mortality in this maternity hospital between January 2014 and January 2017; Develop a video for pregnant women emphasizing the importance of quality prenatal care in reducing the risk of fetal deaths. **Methods:** Retrospective study of cases of fetal deaths that occurred in a reference maternity hospital for high risk, from 2014 to 2017. A spreadsheet was prepared in Excel 2010, with all the variables contained in the fetal death investigation form. Descriptive analyzes were carried out and the causes of deaths were classified, according to the preventability criterion, by weight range (1500g-2500g;> 2500g). **Results:** There were 1029 deaths in the studied period. The fetal mortality rate was 25.1 / 1000 live births (LB) in 2013 and 26.1 / 1000 LB in 2017. As for maternal age, 39.9% were between 20 and 40 years old and 39.9% had another 8 years of study. The pathologies / risk factors most cited during pregnancy were: arterial hypertension / Pre eclampsia (33.1%), hemorrhage / PPD / placenta previa (31.1%) and urinary tract infection (20.1%). Regarding the mother's condition, at the time of admission, 38.4% had premature amniorrhexis without labor, 9.7% had severe pre-eclampsia and 9.1% had placental abruption. The main complications during childbirth were: eclampsia / hypertension (25.6%), hemorrhage (20.2%). Of the 570 fetal deaths (over 1500g) analyzed according to the preventability criterion, 84.9% occurred from preventable causes, 4.9% from causes that are not clearly avoidable and 10.2% from ill-defined causes. The main causes of preventable fetal deaths (n = 484) studied were classified as: reducible by adequate care for women during pregnancy (56.6%) and adequate care for women during childbirth (36.4%) and adequate care for newborns born (7.0%). **Conclusion:** the findings reveal a high proportion of fetal deaths that could be avoided with actions aimed at improving the quality of care for prenatal care and childbirth. An educational video was prepared on the importance of prenatal care in reducing the risk of fetal deaths

Keywords: Fetal death. Prenatal Care. Primary health care. Causes of death

RESUMEN

Introducción: La muerte fetal en Brasil se considera un grave problema de salud pública. Los estudios muestran que el número de muertes fetales por causas prevenibles en Brasil sigue siendo alto. **Objetivos:** Analizar las muertes fetales, según características sociodemográficas, clínicas y criterios de evitabilidad, ocurridas en una maternidad de referencia; Describir el perfil clínico-obstétrico y epidemiológico de las defunciones fetales ocurridas en la Maternidad; Verificar las principales causas de muerte fetal según el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) y clasificarlas según los criterios de evitabilidad; Describir la tendencia de la mortalidad fetal en esta maternidad entre enero de 2014 y enero de 2017; Desarrolle un video para mujeres embarazadas que enfatice la importancia de la atención prenatal de calidad para reducir el riesgo de muerte fetal. **Métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de muerte fetal ocurridos en una maternidad de referencia por alto riesgo, de 2014 a 2017. Se elaboró una hoja de cálculo en Excel 2010, con todas las variables contenidas en el formulario de investigación de muerte fetal. Se realizaron análisis descriptivos y se clasificaron las causas de muerte, según el criterio de prevención, por rango de peso (1500g-2500g;> 2500g). **Resultados:** Hubo 1029 defunciones en el período estudiado. La tasa de mortalidad fetal fue de 25,1 / 1000 nacidos vivos (BR) en 2013 y de 26,1 / 1000 BR en 2017. En cuanto a la edad materna, el 39,9% tenía entre 20 y 40 años y el 39,9% tenía otros 8 años de estudio. Las patologías / factores de riesgo más citados durante el embarazo fueron: hipertensión arterial / preeclampsia (33,1%), hemorragia / PPD / placenta previa (31,1%) e infección del tracto urinario (20,1%). En cuanto al estado de la madre, al momento del ingreso, el 38,4% presentaba amniorrexia prematura sin parto, el 9,7% preeclampsia severa y el 9,1% desprendimiento de placenta. Las principales complicaciones durante el parto fueron: eclampsia / hipertensión (25,6%), hemorragia (20,2%). De las 570 muertes fetales (más de 1500g) analizadas según el criterio de prevenibilidad, el 84,9% ocurrió por causas prevenibles, el 4,9% por causas no claramente evitables y el 10,2% por causas mal definidas. Las principales causas de muerte fetal prevenible (n = 484) estudiadas se clasificaron en: reducible por atención adecuada a la mujer durante el embarazo (56,6%) y atención adecuada a la mujer durante el parto (36,4%) y atención adecuada al recién nacido nacido (7,0%). **Conclusión:** los hallazgos revelan una alta proporción de muertes fetales que podrían evitarse con acciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención para la atención prenatal y el parto. Se preparó un video educativo sobre la importancia de la atención prenatal para reducir el riesgo de muerte fetal

Palabras clave: Muerte fetal. Cuidados prenatales. Atención primaria de salud. Causas de muerte.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Características sociodemográficas maternas dos óbitos fetais ocorridos na MDER, de 2014 a 2017. Teresina, 2020. 28
- Tabela 2 – Características dos óbitos fetais ocorridos na MDER, de 2014 a 2017. Teresina, 2020. 29
- Tabela 3 – Variáveis maternas dos óbitos fetais ocorridos na MDER, de 2014 a 2017. Teresina, 2020. 30
- Tabela 4 – Variáveis maternas dos óbitos fetais no momento da internação e no parto na MDER, de 2014 a 2017. Teresina, 2020. 31
- Tabela 5 – Classificação das causas de óbitos fetais ocorridos na MDER de 2014 a 2017, segundo critérios de evitabilidade, incluindo as causas, conforme CID-10. Teresina, 2020. 33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Contextualização do Problema	14
1.2 Objeto do Estudo	14
1.3 Hipótese	14
1.4 Objetivos	14
1.5 Justificativa e Relevância	14
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1 Óbito Fetal: definição, causas e indicadores epidemiológicos	16
2.2 Vigilância do Óbito Fetal	16
2.3 Estratégia Saúde da Família e Rede Cegonha	18
2.4 Evitabilidade dos Óbitos Fetais	19
3 MÉTODOS	24
3.1 Tipo do estudo	24
3.2 Local do estudo	24
3.3 População e amostra: critérios de inclusão e exclusão	24
3.4 Instrumentos de medidas e coleta de dados	24
3.5 Processamento e análise dos dados	25
3.6 Elaboração do produto	26
3.7 Aspectos éticos e legais	26
3.8 Riscos e benefícios	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 Manuscrito - Análise dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência	29
4.2 Produto - Vídeo Educativo - Assistência pré-natal: orientações e importância na redução do risco de óbitos fetais	48
5 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	63
ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

Segundo o Ministério da Saúde (MS) natimorto ou óbito fetal é definido como a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009). A perda de um filho é geralmente vista como um dos fatos mais dolorosos que podem acontecer a uma pessoa (ZORNIG; AGUIAR, 2016).

Um estudo realizado entre 2010 e 2013, em seis países como Quênia, Zâmbia, Índia, Paquistão, Guatemala e Argentina, identificou uma taxa geral de natimortos de 28,9 por 1000 nascimentos, variando de 13,6 por 1000 nascimentos na Argentina a 56,6 por 1000 nascimentos no Paquistão; mulheres com menos acesso a cuidados pré-natais estavam em maior risco de morte fetal (MCCLURE et al., 2015). Países de renda mais alta possuem taxas mais baixas como é o caso dos Estados Unidos, que em 2013, a taxa de mortalidade fetal alcançou o número de 5,96/1000 nascidos vivos (MACDORMAN; GREGORY, 2015), e na China, a taxa de natimorto, entre 2012 e 2014, era de 8,8 por 1000 nascidos vivos (JUN ZHU et al., 2016). Um estudo realizado em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, observou taxa de mortalidade fetal foi de 10,3 óbitos por mil nascimentos (MARIA; ARAÚJO, 2017). Fonseca et al (2019) verificaram, em um estudo realizado numa maternidade escola de São Paulo entre 2013 e 2017, uma taxa de natimortos de 11,9 por 1.000 nascidos vivos.

O monitoramento das taxas de mortalidade fetal, bem como das taxas de mortalidade infantil, é um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (SCHRADER, 2017). Com relação à mortalidade fetal, são poucos os estudos e análises disponíveis na literatura e estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por ações dos serviços de saúde e, ainda, da baixa qualidade da informação (BARROS et al, 2019).

Nos países subdesenvolvidos, como o Brasil, entre as causas de óbito perinatal e fetal destacam-se as afecções passíveis de prevenção ou controle por meio de adequada assistência pré-natal e ao parto (CUNHA; NASCIMENTO, 2015;

VARELA et al, 2019). Vielas et al (2015) constataam a ampliação do acesso à assistência pré-natal no Brasil. Entretanto quanto à avaliação da assistência verifica-se uma baixa prevalência de adequação (SILVA et al, 2019; NOGUEIRA et al, 2016).

O conhecimento das ações de pré-natal é relevante para o entendimento dos principais avanços alcançados e dos obstáculos a serem superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na melhoria dos indicadores de saúde materna. A atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo de atenção para a efetivação do pré-natal na rede básica do SUS, tem sido alvo de investigações sobre o tema (GUIMARÃES et al., 2018).

A mortalidade infantil é um assunto bem estudado, entretanto o perfil de óbitos fetais no Brasil ainda é pouco explorado. Sendo de relevância o presente estudo, pois a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) está relacionada as condições de saúde da população, principalmente da gestante. Além disso, esse número muitas vezes é subnotificado, devido a falhas no preenchimento de prontuários, livros de registros, bancos de dados da própria maternidade e sistemas de informações.

A alta taxa de mortes evitáveis mostra a necessidade de melhoria da assistência pré-natal e ao parto. É evidente sua relevância como um problema de saúde pública. O conhecimento da epidemiologia da morte fetal é fundamental para promoção de ações voltadas à saúde materno-infantil, pois a maior visibilidade desse problema e o reconhecimento dos fatores determinantes dos óbitos são essenciais para contribuir com a adoção de medidas preventivas que permitam um enfrentamento mais efetivo de um problema que pode ser evitado(BARBEIRO et al, 2015).

Mundialmente, pelo menos 2,6 milhões de natimortos ocorrem a cada ano, dos quais mais da metade são durante o período anteparto. A proporção de natimortos intraparto reduziu consideravelmente com a melhoria da assistência obstétrica; no entanto, o número de natimortos anteparto não diminuiu tão grandemente. Tentativas de reduzir esse número podem ser prejudicadas por uma compreensão incompleta dos fatores de risco que levam à maioria dos natimortos anteparto (MCCLURE et al.,2015). A natimortalidade indica a situação da saúde materna, o acesso à assistência médica e a qualidade da assistência oferecida, inclusive cuidado pré-natal e intraparto (CARVALHO et al, 2018).

Assim, ações bem gerenciadas desde o pré-natal até o acesso da gestante as maternidades, são fundamentais e podem diminuir efetivamente as taxas de

mortalidade, principalmente aqueles óbitos cujas causas são consideradas potencialmente evitáveis.

1.2 Objeto de Estudo

Análise dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência para a assistência ao alto risco.

1.3 Hipótese

A baixa qualificação da assistência, tanto no pré-natal, quanto no parto aumenta a ocorrência dos óbitos fetais.

1.4 Objetivos

Analisar os óbitos fetais, segundo características sócio-demográficas, clínicas e critérios de evitabilidade, ocorridos em uma maternidade de referência.

Descrever o perfil clínico-obstétrico e epidemiológico dos óbitos fetais ocorridos na Maternidade;

Verificar as principais causas de óbito fetal segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10) e classificá-los conforme os critérios de evitabilidade;

Descrever a tendência da mortalidade fetal nesta maternidade entre janeiro de 2014 a janeiro de 2017;

Elaborar um vídeo destinado as gestantes ressaltando a importância de um pré-natal de qualidade na redução dos riscos de óbitos fetais.

1.5 Justificativa e Relevância

Percebe-se um grande número de óbitos fetais, mesmo enquanto o país apresenta uma abrangente cobertura de acompanhamento pré-natal. Este fato demonstra a importância de considerar tanto a cobertura como a qualidade da assistência pré-natal (SCHRADER, 2017).

É preciso, portanto, organizar a atenção perinatal no País, compreendida em sua dimensão ampla, desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e

planejamento familiar, à regionalização e hierarquização da assistência e integração entre a assistência ao pré-natal e ao parto (BRASIL, 2009).

A Estratégia Saúde da Família, é a porta de entrada do SUS, atua com base no acolhimento, humanização, notificação, encaminhamento de agravo à saúde, em particular, nos casos suspeitos. Dentre os desafios à melhoria da qualidade da atenção pré-natal, aponta-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e avaliação da rotina de suas ações, implementadas pelas equipes de saúde da família (GUIMARÃES et al., 2018).

Dentre os esforços para fortalecer a avaliação em saúde no Brasil, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo o principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2015). Além da preocupação em avaliar globalmente o desempenho da atenção básica, também gerou um amplo conjunto de informações sobre o pré-natal (GUIMARÃES et al., 2018).

Entende-se que o tema é complexo e sua análise é multidisciplinar. Envolve a formação acadêmica, questões éticas, valores morais e políticos, por isso, investigá-lo e desvendá-lo a partir da realidade será um desafio acadêmico.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Óbitos fetais: definição e indicadores epidemiológicos

Segundo o Ministério da Saúde (MS) natimorto ou óbito fetal é definido como a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009).

A morte fetal no Brasil é considerada um grave problema de saúde pública. Para tanto, as secretarias de saúde de diversos estados brasileiros têm buscado ampliar a assistência materna e infantil, baseada na estratégia ministerial da Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Segundo os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), no ano de 2018 a taxa de mortalidade fetal (TMF) no Brasil foi de 10,57 por 1000 nascidos vivos (NV), no Piauí a taxa foi de 13,17 por 1000 nascidos vivos. Na Maternidade Dona Evangelina Rosa, a única maternidade de alta complexidade do estado e referência para todo Piauí, a TMF foi de em 24,01 por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram uma meta a ser alcançada até 2030, para taxa de mortalidade fetal (TMF) de 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos. Países de renda alta e países de renda média alta já conseguiram atingir essa meta (LIMA et al., 2016).

2.2 Vigilância do Óbito Fetal

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no Brasil acompanham e monitoram esses óbitos e propõem intervenções para a redução da mortalidade. No Brasil, a evolução da Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno vem acontecendo de modo rápido e contínuo, exercendo papel importante como instrumento para a melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde e como fonte de evidências para o aprimoramento da atenção à saúde no país (BRASIL, 2009).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. Após a criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para

subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. A partir dessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde considerando que a redução da morte infantil e fetal é uma prioridade, resolveu estabelecer através da portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010 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). 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. Sendo uma atribuição da Vigilância Epidemiológica 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. Para fins de investigação, são critérios mínimos de caso todos os óbitos: pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias); neonatais (0 a 27 dias de vida); e fetais (natimortos) (BRASIL, 2010).

A operacionalização da investigação do óbito fetal é realizada de maneira ampla, iniciando nos estabelecimentos de saúde onde ocorreu o óbito, devendo ser realizada uma busca ativa diária dos óbitos, sendo então notificados a vigilância epidemiológica municipal e disponibilizado o acesso aos prontuários para a equipe de vigilância dos óbitos. A coleta de dados no prontuário hospitalar e/ou do pronto atendimento hospitalar é feita pela equipe de vigilância de óbitos e/ou do Comitê Hospitalar, mas preferencialmente por profissionais não envolvidos diretamente na assistência ao óbito.

Ressalta-se que os responsáveis pela vigilância de óbitos, identificados pelo gestor, tem um conceito amplo e flexível, adequado ao contexto local. A equipe do município deve abranger os profissionais da assistência com a participação de profissionais da Equipe de Saúde da Família e da Atenção Básica, principalmente na realização da entrevista domiciliar e levantamento dos dados de prontuários ambulatoriais referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde da criança e adolescente (BRASIL, 2009).

Alguns estudos observaram o alto índice de causa de óbito: “morte fetal não especificada”. A morte fetal de causa não especificada deve ser avaliada para

identificar sua etiologia, há dificuldades nessa avaliação, pois essas causas apresentam múltiplas etiologias, interação com outras causas ou fatores de risco. Usualmente são necessários procedimentos de autópsia e testes genéticos para revelar a causa, cujo custo é alto. A indeterminação das causas de óbitos fetais dificulta as ações preventivas para a redução da taxa de mortalidade fetal (ASSIS et al., 2014; LIMA et al., 2016; REDONDO-DE ORO et al., 2016; VALADARES et al., 2013).

De acordo com Maria e Araújo (2017), a vigilância do óbito fetal apresenta deficiências e dificuldades operacionais, como dificuldade de preenchimento das declarações de óbitos (DO), mas contribui de sobre maneira no processo investigativo na qualificação do SIM. Sendo necessário, o desenvolvimento do pensamento crítico sobre o papel da vigilância do óbito e a importância de informações completas, fidedignas e oportunas para o planejamento das ações de melhoria na qualidade do cuidado integrado da assistência ao pré-natal e parto, a fim de prevenir novas mortes e reduzir a natimortalidade.

2.3 O papel da Estratégia Saúde da Família na realização do pré-natal

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como modelo para a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, numa tentativa de focar a atenção na prevenção de saúde, visto que, a organização do referido serviço, depois de promulgada a Constituição de 1988, apresentava um perfil centralizado, com predominância dos serviços privados que se distanciava das reais necessidades de saúde da população brasileira (ROSA).

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Alguns estudos evidenciam o abandono do pré-natal e a quantidade insuficiente de consultas como alguns dos principais fatores que levam a mortalidade fetal e neonatal (VIELLAS et al, 2014; GOMES et al, 2017).

O Ministério da Saúde, na tentativa de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade

materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha. A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2013).

Apesar da ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a morbimortalidade materna e perinatal evitável no Brasil. Tais dados mostram um comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais, vários são os fatores que pioram a qualidade do pré-natal como a não realização de exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos, as prescrições e orientações durante a consulta, a pouca integração de pré-natal com os demais serviços de rede de atenção à saúde, evitando a peregrinação dessas gestantes (NUNES et al., 2016; VIELLAS 2014).

No Brasil, o acesso ao pré-natal foi alcançado praticamente a totalidade das gestantes brasileiras. Todavia, para a melhora da qualidade dessa assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a diminuição de desfechos desfavoráveis. (VIELLAS, 2014).

2.4 Evitabilidade dos óbitos fetais

Os estudos demonstram que o número de óbitos fetais por causas evitáveis no Brasil é alto. Em Belo Horizonte, de 2008 a 2010, a taxa dos óbitos fetais potencialmente evitáveis de 2008 a 2010 esteve por volta de 62,1%; em Cuiabá ficou em torno de 66,6% (ASSIS et al., 2014; LIMA; JÚNIOR; TAKANO, 2016).

Malta et al. (2007) partiram de listas existentes e adaptaram a realidade brasileira, através de uma equipe multidisciplinar, sugeriram como causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, como: Sífilis congênita, doenças pelo vírus da imunodeficiência humana, afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido, complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido, crescimento fetal retardado e desnutrição fetal, transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte,

isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido, doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização.

Com base nessa discussão foi elaborada a Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de cinco anos, segundo Malta et al (2010):

1. Causas evitáveis

1.1.Reduzíveis por ações de imunoprevenção: Tuberculose do sistema nervoso (A17); Tuberculose miliar (A19); Tétano neonatal (A33); Outros tipos de tétano (A35); Difteria (A36); Coqueluche (A37); Poliomielite aguda (A80); Sarampo (B05); Rubéola (B06); Hepatite B (B16); Caxumba (B26.0); Meningite por *Haemophilus* (G00.0); Rubéola congênita (P35.0); Hepatite viral congênita (P35.3).

1.2.Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido:

1.2.1.Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação: Sífilis congênita (A50); Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24); Feto e recém-nascidos afetados por complicações da placenta e das membranas (P02.2, P02.3, P02.7, P02.8, P02.9); Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P00, P04); Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido (P01); Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal (P05); Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte (P07); Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (P22.0); Hemorragia pulmonar originada no período perinatal (P26); Hemorragia intracraniana não traumática do feto e do recém-nascido (P52); Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido (P55.0, P55.1); Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas à isoimunização (P55.8 a P57.9); Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido (P77).

1.2.2.Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto: Placenta prévia e descolamento prematuro da placenta (P02.0 a P02.1); Feto e recém-nascido afetados por afecções do cordão umbilical (P02.4 a P02.6); Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido (P03); Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer (P08); Traumatismo de parto (P10 a P15); Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer (P20, P21); Aspiração neonatal (P24, exceto P24.3).

1.2.3.Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido: Transtornos respiratórios específicos do período perinatal (P22.1, P22.8, P22.9, P23, P25, P27, P28); Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3); Hemorragia neonatal (P50 a P54); Outras icterícias perinatais (P58, P59); Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido (P70 a P74); Transtornos hematológicos do recém-nascido (P60, P61); Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido (P75 a P78); Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido (P80 a P83); Outros transtornos originados no período perinatal (P90 a P96.8).

1.3.Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento: Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica (A15); Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica e histológica (A16); Tuberculose de outros órgãos (A18); Meningite (G00.1 a G03); Infecções agudas das vias aéreas superiores (J00 a J06); Pneumonia (J12 a J18); Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20 a J22); Edema de laringe (J38.4); Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 a J47, exceto J43 e J44); Doenças pulmonares devidas a agentes externos (J68 a J69); Outras doenças causadas por clamídias (A70 a A74); Outras doenças bacterianas (A30, A31, A32, A38, A39, A40, A41, A46, A49); Hipotireoidismo congênito (E03.0, E03.1); Diabetes mellitus (E10 a E14); Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria (E70.0) e deficiência congênita de lactase (E73.0); Epilepsia (G40, G41); Síndrome de Down (Q90); Infecção do trato urinário (N39.0); Febre reumática e doença cardíaca reumática (I00 a I09).

1.4.Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde: Doenças infecciosas intestinais (A00 a A09); Algumas doenças bacterianas zoonóticas (A20 a A28); Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (A90 a A99); Rickettsioses (A75 a A79); Raiva (A82); Doenças devidas a protozoários (B50 a B64); Helmintíases (B65 a B83); Outras doenças infecciosas (B99); Anemias nutricionais (D50 a D53); Deficiências nutricionais (E40 a E64); Desidratação (E86); Acidentes de transportes (V01 a V99); Envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas (X40 a X44); Intoxicação acidental por outras substâncias (X45 a X49); Síndrome da morte súbita na infância (R95); Quedas acidentais (W00 a W19); Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 a X09); Exposição às forças da natureza (X30 a X39); Afogamento e submersão acidentais (W65 a W74); Outros riscos acidentais à respiração (W75 a W84); Exposição à

corrente elétrica, à radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 a W99); Agressões (X85 a Y09); Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34); Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 a W49); Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos (Y60 a Y69); Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento (Y83 a Y84); Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (Y40 a Y59).

2. Causas de morte mal-definidas Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95); Morte fetal de causa não especificada (P95); Afecções originadas no período perinatal, não especificadas (P96.9).

3. Demais causas (não claramente evitáveis): As demais causas de morte.

O grupo de especialistas sugeriu que as análises fossem processadas por peso ao nascer, considerando evitáveis as mortes de casos com peso a partir de 1500g, subdivididos nas seguintes categorias: 1500g a 2499g; ≥ 2500 g. Recomendou-se realizar novas validações da lista e verificar critérios de magnitude para inclusão na lista. Os acidentes de trânsito/transporte, antes incluindo os códigos V01 a V89, passaram incluir os códigos de V01 a V99 (MALTA et al, 2010).

A hipertensão materna, infecções e descolamento prematuro de placenta foram relatados como causas de óbitos fetais em diversos estudos (ASSIS et al., 2014; LIMA et al., 2016; MCCLURE et al., 2015; REDONDO-DE ORO et al., 2016; VALLADARES et al., 2013).

Andrade et al. (2009) destacam uma associação significativa entre óbito fetal e idade materna, identificando uma chance de 2,5 vezes maior dos natimortos serem filhos de mulheres com 35 anos ou mais. Em relação ao nível de escolaridade da mãe, foi apontada uma chance de 2,3 vezes maior dos natimortos serem filhos de mulheres com escolaridade menor que oito anos.

Segundo uma revisão sistemática realizada por Aminu et al. (2014), os fatores mais comumente relatados como associados à natimortalidade, em países em desenvolvimento foram: idade materna avançada - ≥ 35 anos, paridade – nuliparidade e ≥ 5 gravidezes, falta de cuidado pré-natal ou pré-natal inadequado, sexo fetal masculino, baixo peso ao nascer, gestação múltipla e morbidade materna.

Em um estado do sul da Índia, em Karnataka, no período de 2014 a 2015, foi encontrada uma taxa de natimortos de 57,9 por 1000 nascidos. Os fatores de risco mais importantes encontrados naquela população associados com natimortos foram a anemia e a gravidez na adolescência (PRASANNA et al., 2015).

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de natureza descritiva, retrospectivo, do tipo série de casos, a partir dos casos de óbito fetais ocorridos e notificados na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER).

3.2 Local do Estudo

O local do estudo foi uma maternidade pública de Teresina, capital do estado do Piauí, referência para o alto risco no Estado, tanto na assistência a gestantes, quanto em relação aos recém-nascidos. No ano de 2017, totalizou-se 8575 nascidos vivos nesta instituição, sendo considerado o hospital com o maior número de partos, e responsável por cerca de 18 % do total de partos realizados no Estado. Neste mesmo ano ocorreram 220 óbitos fetais nesta maternidade, o que corresponde a cerca de 40% dos óbitos fetais ocorridos no Piauí (SIM, 2019).

3.3 População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

A população deste estudo foi composta pelos casos de óbito fetais ocorridos e notificados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) da MDER, entre os anos de 2014 e 2017. A escolha desse período se deu pelo fato da investigação dos óbitos fetais ter iniciado em 2014. Nesse período ocorreram 1029 óbitos fetais. Não houve cálculo de amostra, a população do estudo correspondeu a todos os óbitos ocorridos no período.

3.4 Instrumentos de medidas e coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizada ficha de investigação hospitalar de óbitos fetais do MS (ANEXO A), instrumento obrigatório de preenchimento e análise do hospital (BRASIL, 2009) e a Declaração de Óbitos (DO). O NHE dispõe de todas as fichas de investigação preenchidas e arquivadas. Além disso, foram utilizados os dados da declaração de óbitos cadastrados no Sistema de informações sobre mortalidade (SIM) (SIM, 2019). Foram coletados do SIM as seguintes variáveis contidas na DO: idade materna, escolaridade, ocupação, idade gestacional, sexo do

feto e peso ao nascer. Quanto aos dados contidos na ficha de investigação foram coletadas as relativas ao: feto (profissional que assistiu a criança, condições de nascimento, necropsia, registro da causa básica); a gestação (gravidez anterior, patologias/ fatores de risco durante a gravidez, uso de medicação durante a gravidez); ao momento da internação (condições da mãe na internação, registros de admissão da gestante na maternidade, realização da classificação de exames, VDRL, Anti-HIV, indicação de cesárea); ao momento do parto (tipo de parto, local do parto, intercorrências maternas durante o trabalho de parto, realização do partograma, medicação utilizada no parto).

3.5 Processamento e análise dos dados

Foi elaborada uma planilha no *Microsoft Office Excel* 2010, com todas as variáveis contidas na ficha de investigação de óbitos fetais do MS, alimentadas a partir das fichas preenchidas no período citado. Realizou-se uma análise estatística descritiva dos resultados utilizando o pacote estatístico Stata® versão 12. Os resultados foram apresentados em tabelas elaboradas no programa *Excel* 2010.

Para a análise das causas e classificação por critério de evitabilidade baseou-se na Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil proposta por Malta et al. em 2007 e atualizada em 2010, que organiza os óbitos utilizando como referência grupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças entre menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2009). Para efeito desse estudo analisou-se a evitabilidade dos óbitos fetais em duas faixas de peso: 1500-2500g e acima de 2500g, por serem consideradas as faixas de peso em que os óbitos são claramente evitáveis conforme Assis et al. (2014). A tabulação foi realizada no tabulador oficial do MS, o tabwin, segundo as causas evitáveis 0_4_A. As causas de óbitos foram classificadas em: 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) (BRASIL, 2009; MALTA et al, 2010).

3.6 Elaboração do Produto

Foi elaborado um vídeo educativo destinado as gestantes com orientações relativas ao pré-natal. Neste vídeo constam orientações sobre o que é o pré-natal, como é feito o cadastro, como deve ser o acompanhamento durante o pré-natal, que situações levam ao pré-natal de alto risco e sua importância para evitar o óbito fetal. Foi elaborado um vídeo educativo (VE) destinado as gestantes com orientações relativas ao pré-natal. São descritas as etapas para a elaboração do vídeo como recurso tecnológico, direcionado às gestantes.

O embasamento teórico para elaborar o conteúdo veiculado no mesmo foi feito de acordo com o Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal; e de Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL 2009; 2013). De acordo com Falkembach (2005), as fases necessárias para a elaboração de um VE são: análise e planejamento; modelagem; implementação; avaliação e por fim manutenção e distribuição.

Na etapa de análise e planejamento definiram-se: os objetivos, o conteúdo, o público alvo, quando, onde e como o VE será apresentado, os recursos necessários para o desenvolvimento, o orçamento disponível e os resultados esperados (FALKEMBACH, 2005).

Neste vídeo constam orientações para as gestantes sobre o que é o pré-natal, como é feito o cadastro do SIS pré-natal, como deve ser o acompanhamento durante o pré-natal, que situações levam ao pré-natal de alto risco e sua importância para evitar o óbito fetal. O conteúdo é apresentado por meio de narrativas, sobrepondo-se figuras demonstrativas e obedecendo a uma sequência lógica e histórica.

O público-alvo são gestantes assistidas pela ESF, atendidas nas unidades ambulatoriais, durante a realização do pré-natal. O VE poderá ser exibido na sala de espera e/ou no atendimento individual do pré-natal, por telefonia móvel e televisão, sendo a escolha destes ambientes justificada pelo interesse em reforçar, de forma didática, as orientações fornecidas aos pacientes.

3.7 Aspectos éticos e legais

O estudo foi submetido e autorizado pela Comissão de Ética da Maternidade Dona Evangelina Rosa (ANEXO B). Após a emissão da autorização pela instituição o

projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI conforme a Resolução CNS 466/12, parecer Nº 2.932.095 de 02/10/2018. Como se tratou de uma pesquisa realizada a partir de dados secundários de Sistema de Informações (SIM) foi solicitado e aceito pelo CEP a dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos responsáveis (APENDICE A).

3.8 Riscos e benefícios

Partindo do pressuposto de que toda pesquisa oferece algum risco, nesta os riscos estão relacionados à quebra de privacidade e sigilo, além de divulgação inapropriada das informações obtidas. Entretanto este risco foi minimizado através da assinatura dos Termos de Compromisso de Utilização dos Dados – (TCUD) (APENDICE B), responsabilizando o pesquisador pelo uso correto e ético dos dados coletados, garantido o anonimato e inviolabilidade das informações obtidas. Vale ressaltar que serão respeitados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, prevista na Resolução nº 466/12, durante todas as etapas dessa pesquisa.

No que se refere aos benefícios estes poderão ser obtidos a médio e longo prazo a todos os atores envolvidos na problemática (mulheres, crianças, profissionais de saúde e gestores). Para o público das gestantes o conhecimento acerca dos óbitos fetais, suas causas e fatores associados redirecionarão as práticas de cuidado e de intervenção dos profissionais de saúde, evitando a ocorrência de novos óbitos fetais, principalmente por causas evitáveis. Para os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na área os profissionais da estratégia da saúde da família, possibilitará uma melhora da qualidade da atenção à saúde dessas mulheres durante o ciclo gravídico, por meio da identificação de possíveis falhas/deficiências no tocante à essa assistência e nesta perspectiva melhorá-la. E para os gestores, o resultado deste estudo contribuirá para o melhor entendimento sobre este fenômeno, podendo sugerir melhoras para as ações de vigilância desses óbitos, além de oferecer subsídios para a criação de políticas públicas de saúde que visem à melhoria da qualidade da assistência obstétrica no cenário local e impactem, de maneira efetiva, sobre essas estatísticas vitais. O vídeo educativo elaborado contribuirá para a sensibilização e

informação das gestantes sobre a importância de um pré-natal de qualidade para reduzir os riscos da ocorrência de óbitos fetais.

4. RESULTADOS

4.1 MANUSCRITO- ARTIGO – Análise dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência

Mírian Borges Fortes Couto, Filipe Anibal Carvalho Costa,
Rauriys Alencar Oliveira, Adélia Dalva da Silva Oliveira, Carmen Viana Ramos

Análise dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência

RESUMO

Objetivo: Analisar os óbitos fetais, segundo características sócio-demográficas, clínicas e critérios de evitabilidade, ocorridos em uma maternidade. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos óbitos fetais ocorridos no período de 2014 a 2017. Elaborou-se uma planilha no Excel 2010, com as variáveis contidas na ficha de investigação de óbitos fetais. Realizaram-se análises descritivas e classificaram-se as causas dos óbitos, conforme critério de evitabilidade, por faixa de peso (1500g-2500g; >2500g). **Resultados:** Ocorreram 1029 óbitos no período. A taxa de mortalidade fetal foi de 25,1/1000 nascidos vivos (NV) em 2013 e 26,1/1000 NV em 2017. 39,9% das mães tinham entre 20 a 40 anos e 39,9% possuíam mais 8 anos de estudo. As patologias mais citadas durante a gravidez foram: hipertensão arterial/DHEG (33,1%), hemorragia/ DPP/ placenta prévia (31,1%) e infecção urinária (20,1%). No momento da internação, 38,4% apresentavam amniorrexe prematura sem trabalho de parto, 9,7% pré-eclampsia grave e 9,1% apresentaram descolamento prematuro da placenta. As principais intercorrências durante o parto foram: eclampsia / hipertensão (25,6%), hemorragia (20,2%). Dos 570 óbitos fetais (acima de 1500g) analisados, 84,9% ocorreram por causas evitáveis, 4,9% por causas não claramente evitáveis e 10,2% por causas mal definidas. As principais causas dos óbitos fetais evitáveis (n=484) foram classificadas como: reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação (56,6%) e adequada atenção à mulher no parto (36,4%) e adequada atenção ao recém-nascido (7,0%). **Conclusão:** os achados revelam uma proporção alta de óbitos fetais que poderiam ser evitados com ações voltadas a melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto.

Palavras-chave: Óbito fetal. Assistência pré-natal. Assistência ao parto. Atenção primária à saúde. Causas de morte.

Objectives: To analyze fetal deaths, according to their socio-demographic, clinical characteristics and avoidability criteria, which occurred in a reference maternity hospital.

Methods: Retrospective study of cases of fetal deaths that occurred in a maternity reference for high risk, from 2014 to 2017. A spreadsheet was prepared in Excel 2010, with all the variables contained in the fetal death investigation form. Descriptive analyzes were carried out and the causes of deaths were classified, according to the preventability criterion, by weight range (1500g-2500g;> 2500g).

Results: There were 1029 deaths in the studied period. The fetal mortality rate varied from 25.1 / 1000 live births in 2013 to 26.1 / 1000 live births in 2017. As for maternal age, 39.9% were between 20 and 40 years old; 39.9% had more than 8 years of study. The most cited pathologies / risk factors during pregnancy were: arterial hypertension / DHEG (33.1%), hemorrhage / PPD / placenta previa (31.1%) and urinary tract infection (20.1%). Regarding the mother's condition, at the time of hospitalization, 38.4% had premature amniorrhexis without labor, 9.7% had severe pre-eclampsia and 9.1% had placental abruption. The complications during childbirth that stood out were eclampsia / hypertension (25.6%), hemorrhage (20.2%). Of the 570 fetal deaths (over 1500g) analyzed according to the preventability criterion, 84.9% occurred from preventable causes, 4.9% from causes that are not clearly avoidable and 10.2% from ill-defined causes. The main causes of preventable fetal deaths (n = 484) studied were classified as: reducible by adequate care for women during pregnancy (56.6%) and adequate care for women during childbirth (36.4%) and adequate care for newborns born (7.0%).

Conclusion: The findings reveal a high proportion of fetal deaths that could be avoided with actions aimed at improving the quality of prenatal and childbirth care.

Keywords: Fetal death. Prenatal care. Delivery assistance. Primary health care. Causes of death.

RESUMEN

Objetivo: analizar las muertes fetales, de acuerdo con sus características sociodemográficas, clínicas y criterios de evitación, que ocurrieron en un hospital de maternidad de referencia.

Métodos: Estudio retrospectivo de casos de muertes fetales que ocurrieron en una referencia de maternidad de alto riesgo, de 2014 a 2017. Se preparó una hoja de cálculo en Excel 2010, con todas las variables contenidas en el formulario de investigación de muerte fetal. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y las causas de muerte se clasificaron, según el criterio de prevención, por rango de peso (1500g-2500g;> 2500g).

Resultados: Hubo 1029 muertes en el período estudiado. La tasa de mortalidad fetal varió de 25.1 / 1000 nacidos vivos en 2013 a 26.1 / 1000

nacidos vivos en 2017. En cuanto a la edad materna, el 39.9% tenía entre 20 y 40 años; El 39,9% tenía más de 8 años de estudio. Las patologías / factores de riesgo más citados durante el embarazo fueron: hipertensión arterial / DHEG (33.1%), hemorragia / PPD / placenta previa (31.1%) e infección del tracto urinario (20.1%). Con respecto a la condición de la madre, en el momento de la hospitalización, el 38.4% tenía amniorrexis prematura sin trabajo de parto, el 9.7% tenía preeclampsia severa y el 9.1% tenía desprendimiento de placenta. Las complicaciones durante el parto que se destacaron fueron eclampsia / hipertensión (25.6%), hemorragia (20.2%). De las 570 muertes fetales (más de 1500 g) analizadas según el criterio de prevención, el 84,9% se produjo por causas evitables, el 4,9% por causas que no son claramente evitables y el 10,2% por causas mal definidas. Las principales causas de muertes fetales prevenibles (n = 484) estudiadas se clasificaron en: reducibles por atención adecuada para mujeres durante el embarazo (56,6%) y atención adecuada para mujeres durante el parto (36,4%) y atención adecuada para recién nacidos (7,0%). Conclusión: los hallazgos revelan una alta proporción de muertes fetales que podrían evitarse con acciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención prenatal y del parto.

Palabras clave: muerte fetal. Cuidado prenatal. Asistencia de entrega. Primeros auxilios. Causas de muerte

1 INTRODUÇÃO

O óbito fetal é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID10), como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. O fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar qualquer outro sinal de vida indica o óbito (WHO, 2016).

A taxa de mortalidade fetal (TMF) varia conforme o nível de desenvolvimento do País, um estudo realizado entre 2010 e 2013, em seis países como Quênia, Zâmbia, Índia, Paquistão, Guatemala e Argentina, identificou a TMF foi de 28,9 por 1000 Nascidos vivos (NV), variando de 13,6 por 1000 NV na Argentina a 56,6 por 1000 NV no Paquistão (McClure et al., 2015). Países de renda mais alta possuem taxas mais baixas como é o caso dos Estados Unidos, que em 2013, a TMF alcançou o número de 5,96/1000 NV (Macdorman & Gregory, 2015), e na China, a taxa de natimorto, entre 2012 e 2014, era de 8,8 por 1000 nascidos vivos (Zhu et al., 2016).

No Brasil a morte fetal é considerada um grave problema de saúde pública. Os estudos mostram que o número de óbitos fetais por causas evitáveis no Brasil ainda é alto. No ano de 2017, a taxa de mortalidade fetal no Brasil foi de 10,57 por 1000 NV, no Piauí essa taxa foi de 13,1 por 1000 NV (Brasil, 2019). No que tange a realidade das maternidades, em um estudo observacional transversal realizado no Hospital e Maternidade-Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC), na zona norte de São Paulo, mostrou uma taxa de 10,8 por 1000 nascidos vivos (Fonseca et al, 2019),

Conforme pode ser observado ocorre um grande número de óbitos fetais, mesmo enquanto o país apresenta uma abrangente cobertura de acompanhamento pré-natal. Este fato demonstra a importância de considerar tanto a cobertura como a qualidade da assistência pré-natal (Schrader, 2017). Além disso, as ações de práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências, caracteriza-se como uma estratégia altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, garantindo também os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. No Brasil, essas práticas foram orientadas em 2001 por meio do manual *“Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”*, mas só foram incorporadas oficialmente no SUS em 2011 através da Rede Cegonha (Lopes, 2019).

Sob esse enfoque, persistem as desigualdades regionais, as barreiras no acesso e a inadequação da atenção pré-natal, contribuindo para resultados adversos para os recém-nascidos. A melhoria da qualidade da atenção pré-natal e a coordenação e integralidade do cuidado no momento do parto têm potencial impacto sobre as taxas de prematuridade e consequentemente sobre a redução da taxa de morbimortalidade infantil no país (Gonzaga et al, 2016)

A evolução da Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno vem acontecendo de modo rápido e contínuo, exercendo papel importante como instrumento para a melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde e como fonte de evidências para o aprimoramento da atenção à saúde no país (Brasil, 2009).

De acordo com Maria e Araújo (2017), a vigilância do óbito fetal apresenta deficiências e dificuldades operacionais, como dificuldade de preenchimento das declarações de óbitos (DO), mas contribui de sobremaneira no processo investigativo na qualificação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Se faz necessário, o desenvolvimento do pensamento crítico sobre o papel da vigilância do óbito e a importância de informações completas, fidedignas e oportunas para o planejamento das ações de melhoria na qualidade do cuidado

integrado da assistência ao pré-natal e parto, a fim de prevenir novas mortes e reduzir a natimortalidade.

É preciso, portanto, organizar a atenção perinatal no país, compreendida em sua dimensão ampla, desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e planejamento familiar, à regionalização e hierarquização da assistência e integração entre a assistência ao pré-natal e ao parto; e ainda a vigilância do óbito fetal (Brasil et al., 2009).

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar os óbitos fetais, segundo as suas características sócio-demográficas, clínicas e critérios de evitabilidade, ocorridos em uma maternidade de referência. Trata-se da única maternidade de referência para o alto risco na assistência da gestante e o neonato, no Estado do Piauí, responsável por 15% dos partos realizados no ano de 2019 (Brasil, 2020).

2 MÉTODOS:

Realizou-se estudo descritivo, retrospectivo, do tipo série de casos, a partir dos casos de óbito fetais ocorridos em uma maternidade. Tratou-se de uma maternidade pública, estadual, localizada em Teresina, capital do estado do Piauí, referência para o alto risco no Estado, tanto em relação a assistência de gestantes, quanto aos recém-nascidos.

A população deste estudo foi composta pelos casos de óbitos fetais ocorridos, notificados e investigados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) da maternidade de referência, entre os anos de 2014 e 2017. A escolha desse período se deu pelo fato do NHE ter passado a funcionar em agosto de 2013, porém a investigação da totalidade dos óbitos fetais ocorridos nesta instituição se deu a partir de 2014. Nesse período foram notificados 1029 óbitos fetais no Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (Sim, 2019). Foi considerado como critério de inclusão: todos os óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência dentro do período estabelecido, entre janeiro de 2014 a dezembro de 2017.

Para coleta de dados foi utilizada ficha de investigação hospitalar de óbitos fetais do MS, instrumento obrigatório de preenchimento e análise do hospital (Brasil, 2009) e a Declaração de Óbitos (DO). O NHE dispõe de todas as fichas de investigação preenchidas e arquivadas. Além disso, foram utilizados os dados da declaração de óbitos cadastrados no Sistema de informações sobre mortalidade (Sim, 2019) e sobre os nascidos vivos no Sistema de informações sobre nascidos vivos (Sinasc, 2019). Foram coletados do SIM as seguintes variáveis contidas na DO: idade materna, escolaridade, ocupação, idade gestacional, sexo do

feto e peso ao nascer. Quanto aos dados contidos na ficha de investigação foram coletadas as relativas ao: feto (profissional que assistiu a criança, condições de nascimento, necropsia, registro da causa básica); a gestação (gravidez anterior, patologias/ fatores de risco durante a gravidez, uso de medicação durante a gravidez); ao momento da internação (condições da mãe na internação, registros de admissão da gestante na maternidade, realização da classificação de exames, VDRL, Anti-HIV, indicação de cesárea); ao momento do parto (tipo de parto, local do parto, intercorrências maternas durante o trabalho de parto, realização do partograma, medicação utilizada no parto).

Foi elaborada uma planilha no *Microsoft Office Excel* 2010, com todas as variáveis contidas na ficha de investigação de óbitos fetais do MS, alimentadas a partir das fichas preenchidas no período citado. Utilizou-se o *software Stata*®, v.12 (Statacorp, CollegeStation, Texas, USA) para a análise dos dados. As variáveis foram apresentadas por meio de estatística descritiva: número e proporções. Testou-se a associação entre as variáveis sócio-demográficas e peso dos fetos pelo teste *Qui-quadrado de Pearson* (χ^2) ou teste exato de *Fisher* quando apropriado. As variáveis sócio-demográficas definidas como independentes foram classificadas da seguinte forma: idade da mãe (15 a 19 anos; 20 a 30 anos; 31 a 40 anos e 41 a 50 anos), Escolaridade da mãe (até 7 anos de estudo, 8 a 11 anos e 12 e mais), Ocupação materna (sim e não), Sexo do feto (masculino e feminino). A variável dependente foi considerada o peso dos fetos mortos (até 1499g; 1500 a 2499g e ≥ 2500 g). Foram aceitos como estatisticamente significativos os testes com valor de $p \leq 0,05$.

Para a análise das causas e classificação por critério de evitabilidade utilizou-se a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil proposta por Malta et al. (2010), que organiza os óbitos utilizando como referência agrupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças entre menores de cinco anos de idade, adotado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009). Para efeito desse estudo analisou-se a evitabilidade dos óbitos fetais em duas faixas de peso: 1500-2500g e acima de 2500g, por serem consideradas as faixas de peso em que os óbitos são claramente evitáveis conforme Assis, Siviero, Drumond e Machado (2014). A tabulação dos óbitos fetais por causas evitáveis foi realizada no tabulador oficial do MS, o *tabwin*, segundo as causas evitáveis 0_4_A. As causas de óbitos foram classificadas em: 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) (Brasil, 2009).

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da referida maternidade e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, conforme a Resolução CNS 466/12, parecer N° 2.932.095, 02 de outubro de 2018.

3 RESULTADOS

Foram investigados 1029 óbitos na maternidade, no período de 2014 a 2017. Destes, 294 óbitos ocorreram em 2014, 286 em 2015, 219 em 2016 e 230 em 2017. Em 2014 a TMF foi de 25,7/ 1000 NV, em 2015 foi 25,7/1000 NV, 2016 foi 23,1/ 1000NV e em 2017 26,1/ 1000 NV (dados não apresentados).

A Tabela 01 apresenta a associação entre as características sócio-demográficas maternas e o peso dos fetos mortos. Ressalte-se que os dados apresentados são daqueles que tinham a informação sobre a idade, escolaridade e sexo dos fetos, por essa razão os totais não são iguais a 1029. No que diz respeito a idade materna, 76,1% das mães estavam na faixa de idade de 20 a 40 anos, salienta-se que 17,8% eram adolescentes (< 20 anos). Quanto a escolaridade observou-se que 51,9 % das mães tinham mais de 8 anos de estudo. Em relação a ocupação, 67,2% referiram ter uma ocupação, embora quando foram questionadas sobre o tipo de ocupação entre as que responderam sim, 43,5% declararam ser dona de casa e 7,7% estudantes, que são ocupações não remuneradas. As outras ocupações mais mencionadas foram: trabalhadora agropecuária e professora (11,4%) e outras (4,2%) (dados não apresentados). Sobre o sexo dos fetos mortos, 51,3 % eram do sexo masculino. Verificou-se que houve associação estatisticamente significativa com a escolaridade, ou seja, para as crianças com peso >2500g houve uma maior proporção de óbitos fetais, entre as mães com escolaridade menor de 7 anos (34,7%). Quanto as crianças com peso até 1499g a maior proporção de óbitos fetais foi entre as mães com escolaridade de 8 a 11 anos de estudo ($p=0,013$) (TABELA 1).

Tabela 1 – Associação entre características sócio-demográficas e o peso dos fetos mortos ocorridos em uma Maternidade de Referência, no período de 2014 a 2017. Teresina, 2020.

Variáveis	Total	Peso do feto
-----------	-------	--------------

	Até 1499g		1500 a 2499g		≥2500g		Valor de p	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Idade da mãe								
15 – 19	168	17,8	70	41,7	57	33,9	41	24,4
20 – 30	463	49,1	20	43,6	133	28,7	12	27,6
			2				8	
31 – 40	294	31,2	13	44,2	72	24,5	92	31,3
			0					
40 – 50	18	1,9	7	38,9	9	50,0	2	11,1
Escolaridade da mãe (anos)								
Até 7	375	48,1	14	38,1	102	27,2	13	34,7
			3				0	
8 a 11	341	43,7	16	48,4	97	28,4	79	23,2
			5					
12 e mais	64	8,2	28	43,8	18	28,1	18	28,1
Ocupação materna								
Sim	690	67,2	30	44,8	194	28,1	18	27,1
			9				7	
Não	336	32,8	14	43,8	93	27,7	96	28,6
			7					

No que diz respeito ao peso dos fetos mortos, 55,4% dos óbitos ocorreram em fetos com peso acima de 1500 gramas, sendo que 27,5% ocorreram em fetos acima de 2500 gramas. Observou-se que 23,3% dos fetos apresentavam idade gestacional superior a 37 semanas. Ressalte-se que 81% das mortes fetais ocorreram antes do trabalho de parto. Quanto ao registro da causa básica na declaração de óbito, observou-se o registro em apenas 10,2 % dos óbitos fetais. Outro achado importante refere-se aos dados não informados que foram observados nas fichas de investigação, variando de 1,9% (menor percentual) para o sexo da criança a 9% (percentual maior) para a idade gestacional (TABELA 2).

Tabela 2- Características dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência, de 2014 a 2017. Teresina, 2020.

Variáveis	Nº	%
Peso da criança (gramas)		
<1500	426	41,4
1500-2499	287	27,9
>2500	283	27,5
Não informado	33	3,2
Idade Gestacional (Semanas)		
< 22	68	6,6
22-27	174	16,9
28-31	176	17,1
32-36	275	26,7
37-41	240	23,3
Não informado	93	9,0
Condições de nascimento		
Nascido morto antes parto	834	81,0
Nascido morto durante parto	116	11,3
Nascido morto feto macerado	18	1,7
Não informada	51	5,0
Registro de causa básica		
Sim	104	10,2
Não	915	88,9

A Tabela 3 mostra as variáveis maternas dos óbitos fetais, antes e durante a gravidez. De acordo com os dados 63,7% das mães tiveram uma gravidez anterior. As patologias/ fatores de risco mais citados durante a gravidez foram: hipertensão arterial/DHEG (33,1%), hemorragia/ DPP/placenta prévia (31,1%), infecção urinária (20,1%), trabalho de parto prematuro (18%), oligodramnio (17,3%), doenças sexualmente transmissíveis (16,5%) e diabetes gestacional (6,8%). No que diz respeito ao uso de medicação durante a gravidez 61,1% não foi informado, 35,1% citou que utilizou medicamentos.

Tabela 3- Variáveis maternas relativas à gravidez dos óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência, de 2014 a 2017. Teresina, 2020.

Variáveis	Nº	%
Gravidez anterior		
Sim	656	63,7
Não	354	34,4
Não informado	9	0,9
Patologias/fatores de risco durante a gravidez*		
Hipertensão arterial/DHEG	341	33,1
Hemorragia/DPP/placenta prévia	320	31,1
Infecção urinária	207	20,1
Trabalho de parto prematuro	185	18,0
Oligadramnio	178	17,3
Sífilis / DST / HIV AIDS	170	16,5
Diabetes/Diabetes Gestacional	70	6,8
Idade materna <18 anos	53	5,1
Ruptura prematura de membranas	45	4,3
Outras*	89	8,6
Não informado	55	5,3
Uso de medicação durante a gravidez		
Sim	361	35,1
Não	28	2,7
Não informado	629	61,1

Outras *: acidente automobilístico, asma, anencefalia, ascite fetal, cardiopatias maternas, crescimento intra-uterino restrito, gestação prolongada, isoimunização Rh, hipertonía uterina, polidramnio.

A Tabela 4 apresenta as variáveis maternas no momento da internação e parto. Com relação a condição da mãe, 38,4% apresentavam amniorrexe prematura sem trabalho de parto, 18,6% tiveram indicação de cesárea, 9,7% pré-eclampsia grave e 9,1% apresentaram descolamento prematuro da placenta, no momento da internação. A indicação de cesárea nas mães foi principalmente devido ao deslocamento prematuro de placenta (16,1%), eclampsia / DHGE (10,6%) e feto morto (8,3%). O parto normal foi realizado por 65% das mães. As intercorrências durante o parto que se destacaram foram eclampsia / hipertensão (25,6%), feto morto (20,5%) e hemorragia (20,2%). O partograma não foi realizado em 68,2% das gestantes.

Tabela 04- Variáveis maternas dos óbitos fetais no momento da internação e parto em uma maternidade de ocorrência, de 2014 a 2017. Teresina, 2020.

Variáveis	Nº	%
Condição da mãe na internação*		
Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	396	38,4
Cesárea	191	18,6
Pré-eclâmpsia grave	100	9,7
Descolamento prematuro da placenta	94	9,1
Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	86	8,4
Inibição de trabalho de parto prematuro	54	5,2
Oligadramnio	50	4,8
Indução do parto (feto morto, outros)	21	2,1
Período expulsivo	15	1,4
Outros*	95	9,2
Em branco	23	2,2
Indicação da Cesárea		
Descolamento prematuro de placenta	166	16,1
DHEG/eclampsia	109	10,6
Feto morto	85	8,3
CIUR/oligodramnio	55	5,3
Hemorragia	51	5,0
Prematuridade	45	4,4
Sufrimento fetal agudo	36	3,5
Gemelar	23	2,2
Falha na indução do parto	22	2,2
Iteratividade	21	2,0
Outros**-	60	5,8
Tipo do parto		
Vaginal	669	65,0
Cesárea	321	31,2
Fórceps	22	2,2
Não informado	7	0,7

Intercorrência(s) materna durante o trabalho de parto*

Hipertensão/ eclampsia	264	25,6
Feto morto	211	20,5
Hemorragia/descolamento prematuro de placenta	208	20,2
Oligodramnio	77	7,5
Sem intercorrências	62	6,0
Trabalho de parto prematuro	28	2,7
Infecção	17	1,7
Outras ***	42	4,1
Sem registros	46	4,4

Realização do Partograma

Sim	23	2,3
Não	695	68,2
Não se aplica	228	22,4
Sem resposta/ Em branco	73	7,1

Idade Gestacional (Semanas)

< 22	68	6,6
22-27	174	16,9
28-31	176	17,1
32-36	275	26,7
37-41	240	23,3
Não informado	93	9,0

Condições de Nascimento

Nascido morto antes parto	834	81,0
Nascido morto durante parto	116	11,3
Nascido morto feto macerado	18	1,7
Não informada	51	5,0

*Outras: anencefalia, diabetes, polidramnio

**Outras: (amniorrexe prematura, apresentação anômala, bradicardia fetal, cesárea anterior, desproporção céfalo-pélvica, diabetes, macrosomia fetal, polidramnio,)

**Outras: (ascite fetal, bradicardia fetal, diabetes, hipertonia uterina, polidrâmio, prolapso de cordão)

Dos 1.029 óbitos fetais, excluídos aqueles com peso inferior a 1.500 g (n=459), restaram 570 óbitos. A tabela 5 indica os percentuais de causas, em relação ao total de potencialmente evitáveis (n=570). Verificou-se 484 óbitos fetais que seriam evitáveis, dentro daqueles 570 potencialmente evitáveis, ou seja, 84,9 %. Ainda foi possível observar que dentre os 570 potencialmente evitáveis, 15,1% foram considerados por causas não claramente evitáveis, sendo que destas, 10,2% foram causas mal definidas. As principais causas dos óbitos fetais evitáveis (n=484) estudadas foram classificadas como: reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação (56,6%) e adequada atenção à mulher no parto (36,4%) e ao recém-nascido (7,0%)

Tabela 05 - Distribuição dos agrupamentos de causas básicas de morte fetais evitáveis (Lista Brasileira de Causas Evitáveis), segundo faixa de peso. Teresina, 2020

Causas de óbito (denominação e código CID-10)	Peso fetal (em gramas)		
	1500-2500	≥2500	Total
	N° (%)	N (%)	N (%)
Causas evitáveis			
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação			
Sífilis congênita (A.50)	4 (0,7)	0 (0,0)	4 (0,7)
Feto e recém-nascido afetado por complicações placentas	32 (5,6)	25 (4,4)	57 (10,0)
Membranas			
Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P00;P04)	80 (14,0)	59(10,3)	139(24,4)
Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou recém-nascido (P01)	39 (6,8)	33(5,8)	72(12,6)
Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização (P55.8 a P57.9)	2 (0,4)	0 (0,0)	2(0,4)
Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto			

Placenta prévia e descolamento prematuro de placenta (P.02)	46 (8,0)	35 (6,1)	81 (14,2)
Feto e recém nascido afetados por afecção do cordão umbilical (P 02.4;P02.6)	4 (0,7)	18 (3,1)	22 (3,8)
Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido (P03)	1 (0,2)	4 (0,7)	5 (0,9)
Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer (P08)	0 (0,0)	2 (0,4)	2 (0,4)
Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer (P20;P21)	33 (5,8)	33(5,8)	66 (11,6)
Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido			
Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39.9, exceto P 35.0 e P 35.3)	0 (0,0)	1 (0,3)	1(0,3)
Hemorragia neonatal (P50 a P 54)	1 (0,2)	1 (0,2)	2 (0,4)
Transtornos endócrinos e metabólicos específicos e do recém-nascido (P70 a P74)	3 (1,0)	23 (4,0)	26(4,6)
Transtornos hematológicos do recém-nascido (P75 a P78)	0 (0,0)	1 (0,2)	1(0,2)
Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica (P80 a P 83)	4 (0,7)	0 (0,0)	4(0,7)
Sub-total causas evitáveis	249 (43,7)	235 (41,2)	484 (84,9)
Causa de morte mal-definidas			
Morte fetal de causa não especificada (P95)	23 (4,0)	35(6,1)	58(10,2)
Demais causas de morte (não claramente evitáveis)			
As demais causas de morte	15(2,6)	13(2,3)	28 (4,9)
Sub-total causas não evitáveis	38 (6,7)	48(8,4)	86 (15,1)
TOTAL	287(50,3)	283(49,6)	570 (100,0)

Fonte: SIM, 2020

*Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS (MALTA et al., 2010).

4 DISCUSSÃO

Esse estudo permitiu realizar uma análise sobre os óbitos fetais ocorridos em uma maternidade de referência para o alto risco no Piauí, com o foco nas causas evitáveis, em especial as redutíveis pela atenção realizada no pré-natal e parto.

No que tange ao número de óbitos ocorridos observa-se que houve uma queda de 21% quando se compara o ano de 2017 ao ano de 2014, contudo, essa mesma tendência não se verifica na TMF, visto que a mesma reduz em 2016, mas aumenta em 2017, sendo a mais alta do período. Vale ressaltar que essa queda na ocorrência do número de óbitos, não se refletiu na TMF visto que houve uma redução concomitante do número de nascidos vivos nesta maternidade de 23,1 % no período assinalado (Brasil, 2020). Estes resultados se assemelham ao estudo realizado por Barros, Aquino & Souza (2019), em que se observou que a TMF no Brasil passou de 8,19 em 1996 para 9,50/1.000 nascimentos em 2015, mostrando assim uma redução muito pequena no período de 19 anos. Entretanto, os valores observados aqui foram bem acima dos verificados pelo autor supracitado, provavelmente pelo fato da comparação está sendo feita entre os dados de um País com uma maternidade, considerada de alto risco. Estudo realizado no Hospital e Maternidade-Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEC), localizado na zona norte da cidade de São Paulo, incluiu 1.139 casos de natimortos no período de 2003 a 2017 resultando em uma taxa de natimortos de 11,9 por 1.000 (Fonseca et al, 2019). Dados também bem inferiores ao nosso estudo, tanto em relação ao número de óbitos no período, como em relação a TMF, provavelmente por se tratar de uma maternidade de risco habitual.

Carvalho, Pellanda & Doyle (2018) verificou a prevalência de natimortalidade no Brasil e regiões, em que observou a TMF de 14,82 a cada 1.000 nascimentos, com grande variação de acordo com a região do país e uma prevalência mais alta entre as mais pobres. A Região Norte apresentou uma prevalência de 21,44/1.000 e Nordeste de 25,85/1.000. Destacando-se os resultados semelhantes nas regiões Norte e Nordeste aos encontrados no presente estudo. Contudo, há de se destacar que os dados apresentados no presente estudo referem-se a uma maternidade de alto risco, única no Estado para onde convergem todas as gestantes de risco. O estudo *Nascer no Brasil* pesquisa nacional sobre parto e nascimento avaliou, entre outros tópicos, dados da estrutura de uma amostra de maternidades no Brasil, cujos resultados encontrado retrata grandes inadequações da estrutura hospitalar que podem interferir na qualidade do processo de assistência ao parto e ao nascimento, com potencial para elevar a ocorrência de resultados desfavoráveis (BITTENCOURT et al, 2014).

Quanto as características sócio demográficas das mães dos óbitos fetais, no presente estudo, observou-se associação entre o menor número de óbitos e a escolaridade maior, diferente do encontrado na pesquisa de Barros, Aquino & Souza (2019), ue traçou uma série

histórica da mortalidade fetal no Brasil e regiões, de 2000 a 2015. O referido estudo encontrou relação entre o aumento dos óbitos fetais em mães com mais de oito anos de escolaridade e com idade entre 30 a 34 anos. Contudo, outros estudos têm mostrado a relação entre a baixa escolaridade com a maior taxa de óbitos fetais, a semelhança do presente estudo, embora a idade e escolaridade materna associadas aos casos de óbitos fetais possuam dados controversos na literatura (Carvalho,Pellanda&Doyle, 2018; Kale et al., 2018).

Na presente pesquisa quase metade das gestantes que relataram possuir ocupação era dona de casa. Resultados similares ao estudo de Lima, Oliveira& Takano (2016), realizado em Cuiabá. A ocupação pode está relacionada ao maior nível de informação do planejamento familiar e a respeito da assistência pré-natal.

Com relação ao peso do feto e a idade gestacional (IG), observou-se que um percentual considerável dos fetos apresentava características viáveis para o nascimento. Fonseca et al. (2019) analisaram o perfil dos óbitos fetais, durante 15 anos de estudo, e identificaram o papel das infecções do saco e membranas amnióticas, malformações fetais, descolamento de placenta, síndromes hipertensivas e sífilis materna. A idade gestacional é um aspecto pouco explorado na literatura nacional e internacional, provavelmente por dificuldade na mensuração da variável ou ausência nas estatísticas vitais.

No que tange ao registro da causa de óbito, o pequeno percentual desse registro mostra a necessidade de rever o preenchimento dos dados de óbitos fetais para auxiliar nas medidas preventivas, na assistência pré-natal e ao parto. Esse baixo registro corrobora com os dados obtidos por Giraldi, Corrêa, Schuelter-Trevisol& Gonçalves (2019), em que aproximadamente 60% dos óbitos não tiveram causa determinada e 21,9% não tiveram justificativa, e Barbeiro et al. (2015), em que mais de 50% dos óbitos não tinha causa determinada.

Outro aspecto observado diz respeito a alta proporção de nascidos mortos antes do trabalho de parto, o que pode indicar uma demora em encaminhar a paciente ao serviço. Esta situação foi percebido em outros estudos (Lansky et al., 2014; Leal et al., 2018; Lima,Oliveira eTakano, 2016). Lasnky et al. (2014) observaram um alto índice de peregrinação (32,7%) das gestantes no trabalho de parto, ou seja, buscaram mais de um serviço de saúde para conseguir atendimento. Gestantes em trabalho de parto devem ter prioridade em serviços de saúde para reduzir os riscos de morbimortalidade (Leal et al., 2018).

Quando observados os fatores de risco durante a gravidez, destacou-se a hipertensão arterial materna, DHEG, infecção urinária e hemorragias, morbidades que são potencialmente tratáveis ou evitáveis, por ações de assistência no período pré-natal, dados semelhantes a outros estudos brasileiros (Lima,Oliveira & Takano, 2016; Menezzi et al., 2016). As doenças que se

destacaram no momento da internação (pré-eclampsia) e do parto (hipertensão, hemorragia) foram problemas recorrentes, pois ocorreram desde a gestação, sendo condições clínicas evitáveis, que poderiam ser tratadas no período de acompanhamento do pré-natal, mas que dependiam de uma assistência adequada no momento do parto para evitar o óbito fetal.

No que tange as causas dos óbitos fetais, este estudo, em particular, mostrou que a grande maioria dos óbitos ocorreu por causas evitáveis e redutíveis por atenção adequada durante a assistência pré-natal, parto e nascimento. Este fato está provavelmente relacionado a falhas importantes no processo de trabalho, tanto na atenção primária a saúde, como na atenção hospitalar. A semelhança do presente estudo, Assis et al. (2014) também observaram elevada taxa de óbitos fetais por causas evitáveis (62,1%) em fetos acima de 1500g que teoricamente estariam aptos ao nascimento, devido as possibilidades de prevenção, e resultado superior com relação a causa de morte mal definida (31,0%). Conforme denota Malta (2010), a evitabilidade é um indicador da efetividade da assistência à saúde e pode direcionar os gestores aos recursos na melhoria da assistência pré-natal e ao parto. A classificação da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais foi definida pelo Ministério da Saúde segundo a lista de causas de óbitos evitáveis por intervenções do SUS (Brasil, 2009).

A cobertura da assistência pré-natal tem níveis altos em todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas, porém, a adequação dessa assistência é ainda baixa. Gestantes de maior risco reprodutivo, com desfechos negativos em gestações anteriores, apresentaram menor cobertura pré-natal, início mais tardio da assistência e menor número de consultas do que as mulheres sem antecedentes obstétricos de risco (VIELLAS et al,2014).

Apesar deste estudo não examinar a qualidade do processo implicado na assistência, alguns estudos evidenciaram fatores associados ao óbito, envolvidos na qualidade do processo de assistência ao parto e nascimento nas maternidades nacionais, as evidências da associação entre ambientes adequados, não utilização de boas práticas durante o trabalho de parto e no parto, a não utilização de partograma durante o trabalho de parto, a inadequação da atenção pré-natal, baixa escolaridade materna, um alto índice de peregrinação das gestantes no trabalho de parto, ou seja, buscaram mais de um serviço de saúde para conseguir atendimento (BITTENCOURT et al,2014; LANSKY et al, 2014). Lopes et al compararam as práticas obstétricas desenvolvidas depois da instituição da estratégia da Rede Cegonha e observaram aumento das boas práticas obstétricas.

A elevada proporção de mortes evitáveis mostra a necessidade de melhoria da assistência pré-natal e ao parto; controle das doenças sexualmente transmissíveis; melhoria da

atenção obstétrica; planejamento familiar; atenção ao abortamento inseguro. Os indicadores disponíveis, geralmente relatam apenas o acesso aos serviços saúde e não sua eficácia nem qualidade das intervenções (Barros et al., 2019).

Com relação a morte fetal de causa não especificada, esta deve ser avaliada para identificar sua etiologia e facilitar a adoção de medidas preventivas. Há dificuldades nessa avaliação, pois essas causas apresentam etiologia múltipla, interação com outras causas ou fatores de risco. Usualmente são necessários procedimentos de autópsia e testes genéticos para revelar a causa, cujo custo é alto (Assis et al., 2014).

Apesar da disponibilidade do sistema de informações sobre óbitos em nível nacional, diversos estudos apontam fragilidades na qualidade da informação disponibilizada para investigação de óbitos fetais. Um dos problemas que ainda permeiam as análises de mortalidade no Brasil é o sub-registro de óbitos, de magnitude expressiva (Dutra et al., 2015).

Dutra et al. (2015) e Maria e Araújo (2017) também ressaltaram a dificuldade relacionada ao preenchimento dos documentos, principalmente da declaração de óbito e dos prontuários médicos, que não era feitos de forma adequada. Existe uma dificuldade no acesso aos prontuários médicos, além de ilegibilidade e não preenchimento ou preenchimento incompleto de vários campos, limitando a análise da qualidade dos cuidados prestados e o planejamento de intervenções.

A mortalidade fetal reflete o estado de saúde da mulher, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados primários de saúde disponibilizados à gestante e a qualidade da assistência intraparto. É considerado um tema pouco estudado na literatura e nas estatísticas brasileiras devido a sua baixa visibilidade, interesse e negligência dos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na rotina de trabalho a análise de sua ocorrência; faltam também investimentos específicos para sua redução, com políticas e programas públicos de saúde. Diante dessas informações, destacamos e reforçamos a importância de uma assistência pré-natal e intraparto de alta qualidade, educação continuada dos médicos e da equipe multiprofissional e investimentos nos comitês de investigação de óbitos fetais para reduzir suas taxas no Brasil (Barros et al., 2019).

O estudo apresenta limitações por se tratar da análise de fichas preenchidas pelo serviço, bem como, dos dados secundários obtidos por meio dos sistemas de informações, no qual a qualidade dos registros, como dados em branco ou não informados, podem prejudicar a análise dos dados obtidos. Contudo, o fato de se tratar de uma pesquisa realizada em uma maternidade de referencia para o alto risco, com um alto número de partos, levanta pontos importantes sobre a qualidade da assistência prestada a gestantes e recém nascidos que podem

influenciar a morbi-mortalidade nesse grupo, em especial, no que se relaciona aos óbitos fetais, tema ainda pouco debatido na literatura.

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que os achados revelam uma proporção alta de óbitos fetais que poderiam ser evitados com ações mais efetivas durante o pré-natal e o parto denotando a necessidade de melhoria na qualidade da assistência, tanto na realizada pela atenção primária a saúde, como na realizada em âmbito hospitalar. Nesse sentido, os serviços necessitam conduzir as gestantes da melhor forma possível na tentativa de reduzir os agravos maternos que levam a mortalidade fetal.

4.2 Produto: Vídeo Educativo - Assistência pré-natal: orientações e importância na redução do risco de óbitos fetais

Mírian Borges Fortes Couto

Mestranda

*Prof^a. Dra. Carmen Viana Ramos
Orientadora*

A assistência pré-natal realizada no âmbito da atenção primária desempenha um importante papel na redução dos óbitos fetais. Alguns estudos demonstraram que a inadequação, o abandono do pré-natal estão fortemente ligados ao óbito fetal e neonatal no Brasil (GUERREIRO et al., 2012; LANSKY et al., 2014; SILVA et al., 2016).

A HAS, hemorragia e deslocamento prematuro de placenta são morbidades potencialmente evitáveis ou tratáveis através da detecção e tratamento durante o pré-natal e parto, o que evitaria o crescimento do número de óbitos fetais (LIMA et al., 2015).

A evitabilidade é um indicador da efetividade da assistência à saúde e pode direcionar os gestores aos recursos na melhoria na assistência pré-natal e do parto (BARBEIRO et al., 2015).

O vídeo possui informações acerca do pré-natal, como deve ser o acompanhamento de qualidade, que situações levam ao pré-natal de alto risco e sua importância para evitar o óbito fetal.

4.2.1 Roteiro do Vídeo

Foi elaborado um vídeo educativo (VE) destinado as gestantes com orientações relativas ao pré-natal. São descritas as etapas para a elaboração do vídeo como recurso tecnológico, direcionado às gestantes.

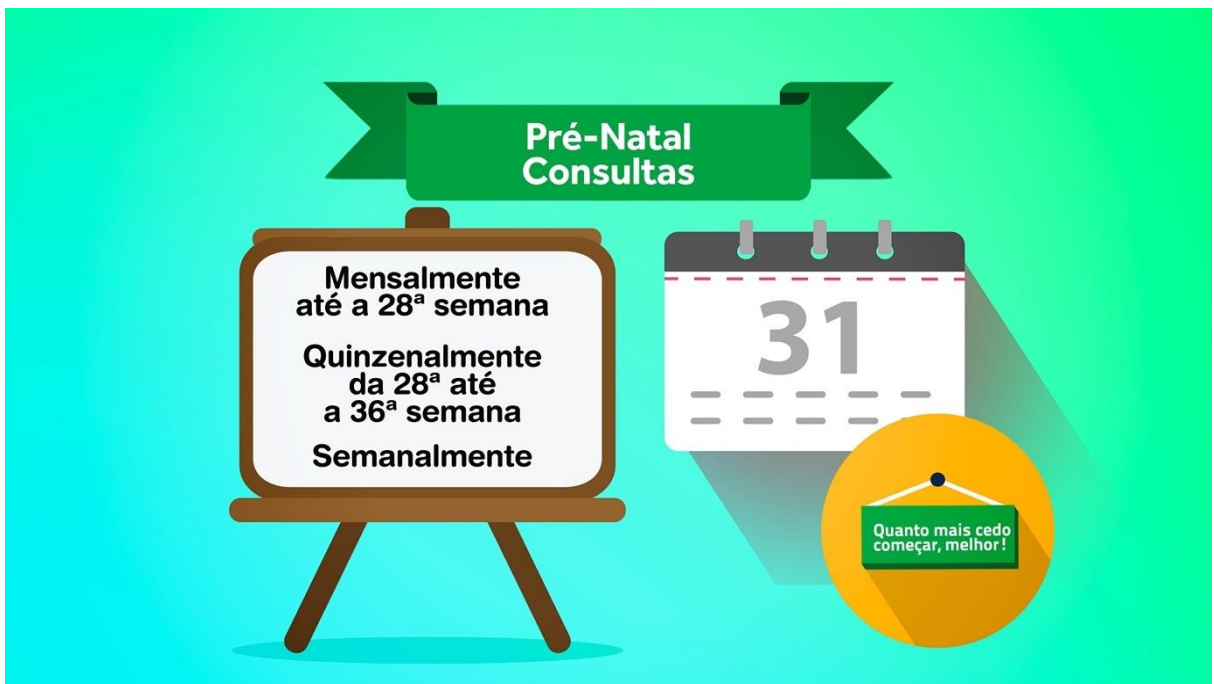
O embasamento teórico para elaborar o conteúdo veiculado no mesmo foi feito de acordo com o Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal; e de Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL 2009; 2013). De acordo com Falkembach (2005), as fases necessárias para a elaboração de um VE são: análise e planejamento; modelagem; implementação; avaliação e por fim manutenção e distribuição.

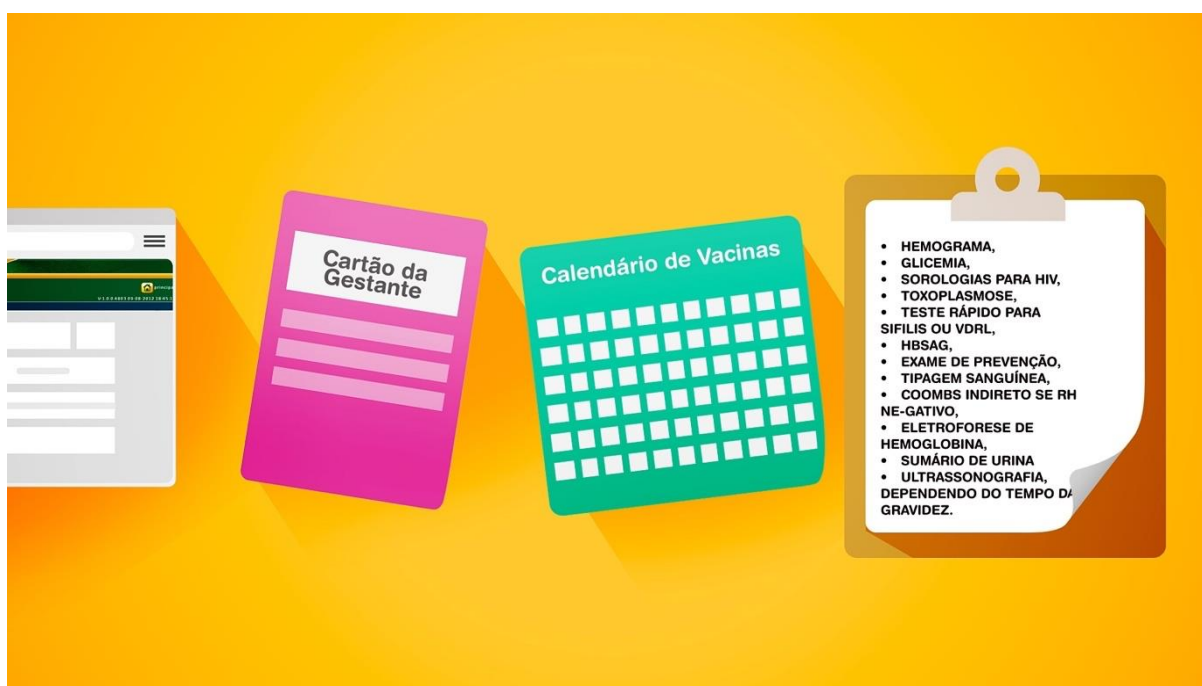
Na etapa de análise e planejamento definiram-se: os objetivos, o conteúdo, o público alvo, quando, onde e como o VE será apresentado, os recursos necessários para o desenvolvimento, o orçamento disponível e os resultados esperados (FALKEMBACH, 2005).

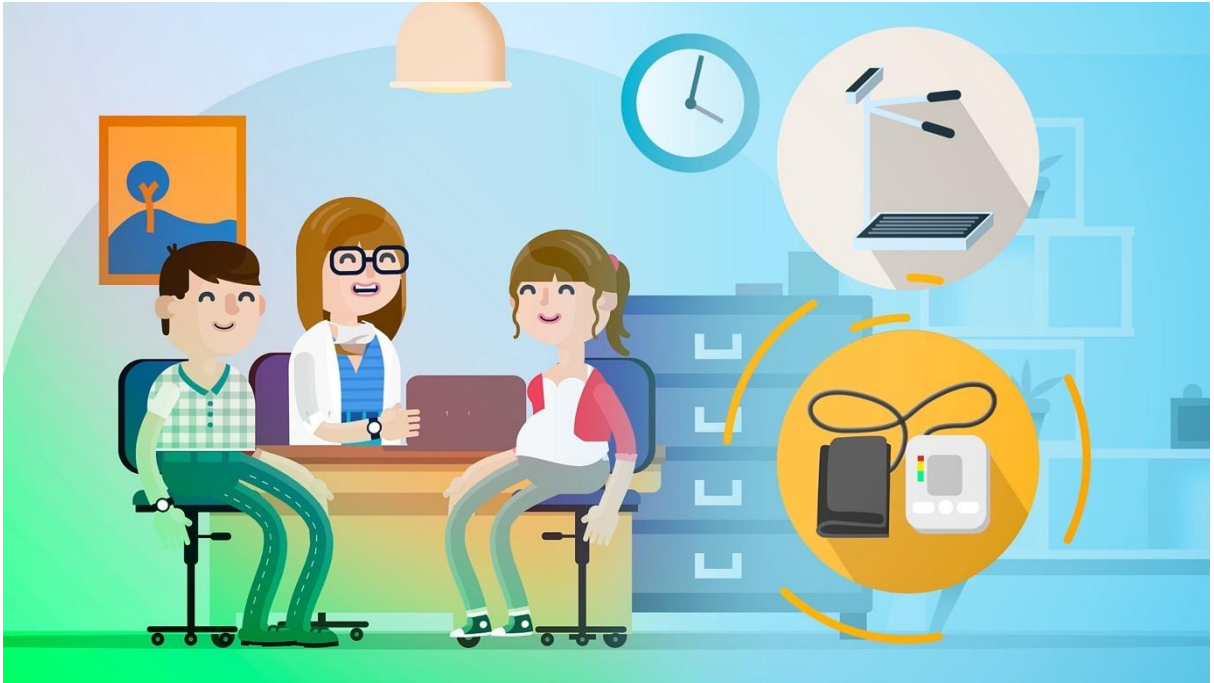
Neste vídeo constam orientações para as gestantes sobre o que é o pré-natal, como é feito o cadastro, como deve ser o acompanhamento durante o pré-natal, que situações levam ao pré-natal de alto risco e sua importância para evitar o óbito fetal. O conteúdo é apresentado por meio de narrativas, sobrepondo-se figuras demonstrativas e obedecendo a uma sequência lógica e histórica.

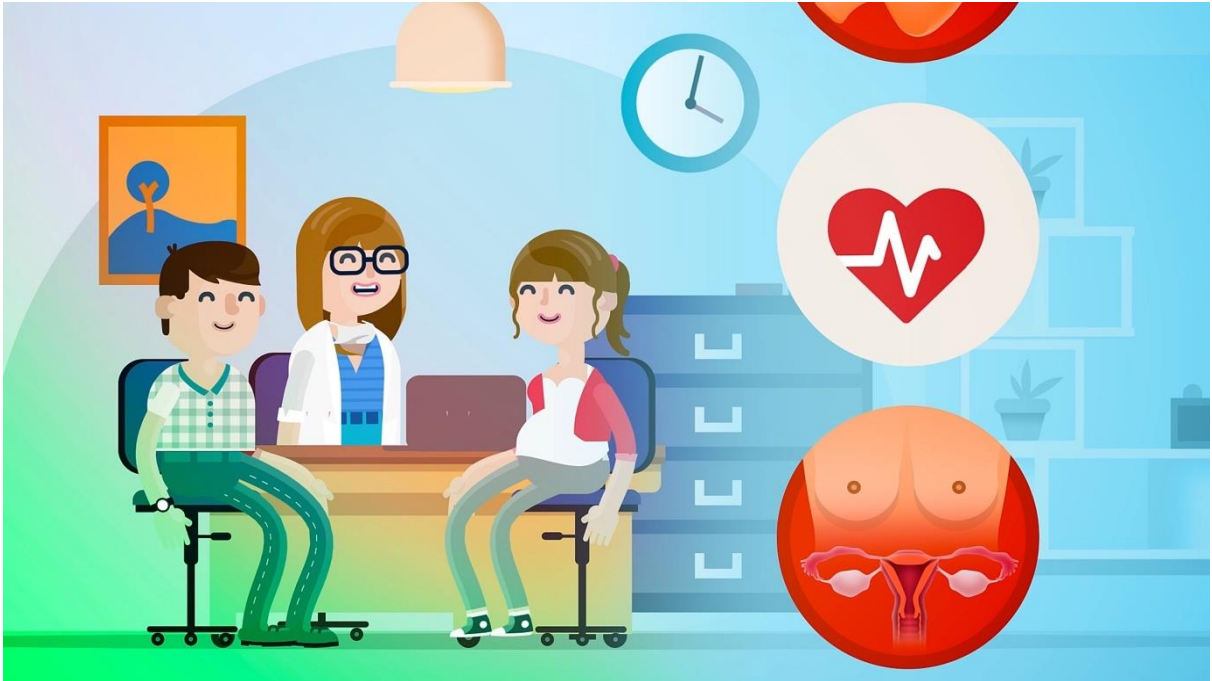
O público-alvo são gestantes assistidas pela ESF, atendidas nas unidades ambulatoriais, durante a realização do pré-natal. O VE poderá ser exibido na sala de espera e/ou no atendimento individual do pré-natal, por telefonia móvel e televisão, sendo a escolha destes ambientes justificada pelo interesse em reforçar, de forma didática, as orientações fornecidas aos pacientes.











Situações de Risco



Hipertensão arterial
antes da 20ª semana



Hipertensão em
gravidez anterior



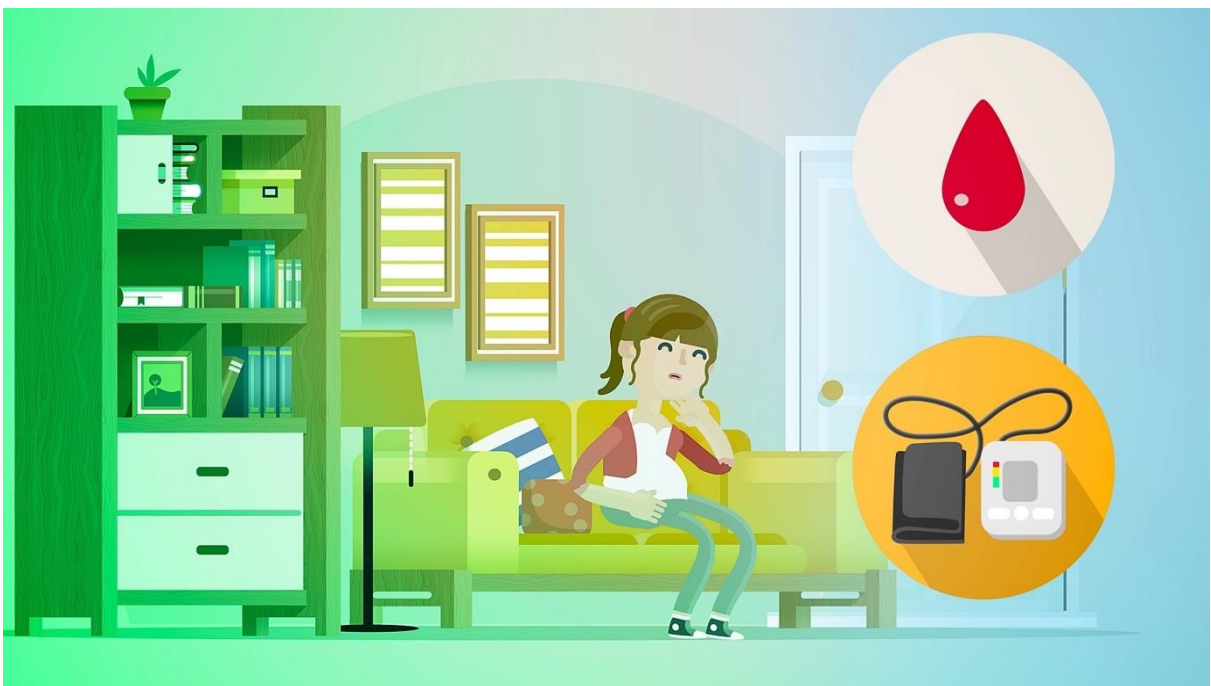
Hepatites

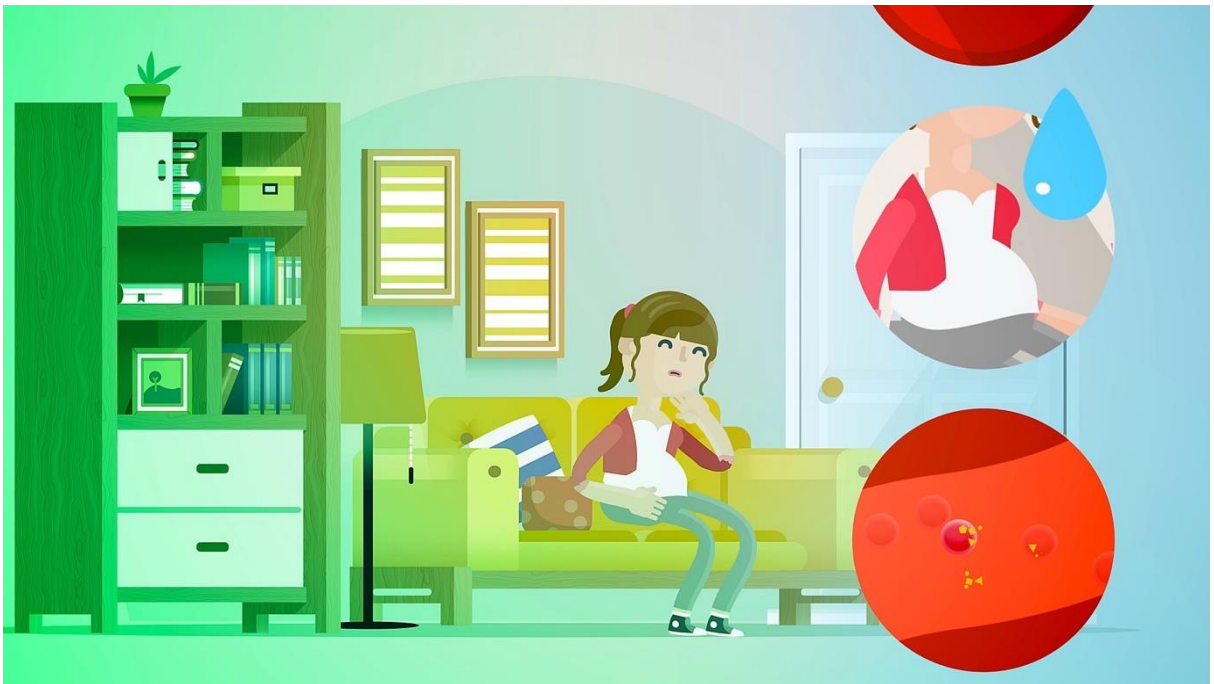


HIV



Sífilis





O pré-natal feito com qualidade e seguindo todas as etapas é muito importante.



5 CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade fetal mostrou-se alta, porém com tendência estacionária. Os resultados apresentados neste estudo alertam para uma elevada proporção de óbitos fetais com características de viabilidade em relação a idade gestacional e ao peso.

Quanto às causas de óbito fetal, grande parte foi classificada como evitáveis e reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto e nascimento podendo servir de base para planejar estratégia de prevenção junto às gestantes na assistência pré-natal e ao parto, denotando a necessidade de melhoria na qualidade da assistência nesses dois momentos. A ESF tem um papel muito importante a desempenhar nesse processo, a medida que os profissionais possam conduzir as gestantes da melhor forma possível na tentativa de reduzir os agravos maternos que levam a mortalidade fetal. Contudo, a assistência ao parto também deve ser mais qualificada com vistas a redução dos óbitos fetais.

O excessivo número de mortes fetais, antes do trabalho de parto, pode indicar uma demora no encaminhamento das gestantes de alto risco, o que demonstra uma dificuldade da rede integrada do sistema de referência e contrarreferência.

Estratégias de prevenção devem ser realizadas políticas de humanização do atendimento à gestante à nível da atenção básica e especializada a fim de garantir acesso, cuidado, informação e qualidade da assistência durante a gravidez no momento do parto.

Sob esse enfoque em se tratando de uma maternidade de alto risco, única de referência para o Estado do Piauí, a assistência deverá ser repensada no sentido de possuir todas as condições adequadas para melhoria da qualidade e redução dos óbitos fetais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Helena Carneiro; ZORNIG, Sílvia. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 2, p. 264-281, 2016.

AMINU, Mamuda et al. Causes of and factors associated with stillbirth in low-and middle-income countries: a systematic literature review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, p. 141-153, 2014.

ANDRADE, Lannuze Gomes et al. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 285-292, Junho 2009.

ASSIS, Heloísa Maria de et al. Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 314-317, 2014.

BARBEIRO, Fernanda Morena dos Santos et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 22, 2015.

BARROS, Patrícia de Sá; AQUINO, Érika Carvalho de; SOUZA, Marta Roverly de. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 12, 2019.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 24 Jun 2011.

Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da União. 11 de Jan 2010.

Brasil, 2018; <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>
Brasil, 2020; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e Normas para Pesquisa com Seres Humanos. **Diário Oficial da União** nº 12. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Sistema Informações de Nascidos Vivos> Número de Nascidos Vivos da MDER**, 2014 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

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**. 2ed. Brasília, 2009.

CARVALHO, Taiana Silva; PELLANDA, Lucia Campos; DOYLE, Pat. Prevalência de natimortos no Brasil: investigação de diferenças regionais. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 2, p. 200-206, 2018.

CUNHA, Alfredo de Almeida; NASCIMENTO, Maria Isabel do. Natimorto: uma revisão dos sistemas de classificação. **Femina**, p. 125-134, 2015.

DUTRA, Izabela Rocha et al. Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **REME rev min enferm**, p. 605-611, 2015.

FALKEMBACH, Gilse Antoninha Morgental. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. **RENOTE-Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 3, n. 1, 2005.

FONSECA, Raissa Magalhães de Mendonça et al. Trends Associated with Stillbirth in a Maternity Hospital School in the North Zone of São Paulo: A Cross-Sectional Study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, n. 10, p. 597-606, 2019.

GIRALDI, Laura M. et al. Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 55, n. 1, p. 98-113, 2019.

GOMES, Raimundo Nonato Silva; FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; PORTELA, Nytale Lindsay Cardoso. Assessment on the influence of prenatal care abandonment in fetal and newborn mortality. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 416-421, 2017.

GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1965-1974, 2016.

GUERREIRO, E. M. et al. Prenatal care in primary care under the health of pregnant women and nurses. **Rev Min Enferm** [Internet], v. 16, n. 3, p. 315-23, 2012.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00110417, 2018.

KALE, Pauline Lorena et al. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1577-1590, 2018.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915-1928, 2018.

LIMA, Jaqueline Costa; OLIVEIRA JÚNIOR, Gilmar Jorge de; TAKANO, Olga Akiko. Factors associated to fetal death in Cuiabá, Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 3, p. 353-361, 2016.

Lopes, G. D. C., Gonçalves, A. D. C., Gouveia, H. G., & Armellini, C. J. (2019). Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 27.

MACDORMAN, Marian F.; GREGORY, Elizabeth CW. Fetal and perinatal mortality: United States, 2013. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 481-491, 2010.

MARIA, Lidian Franci Batalha Santa; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Um olhar sobre a vigilância dos óbitos fetais do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, em 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3415-3428, 2017.

MCCLURE, Elizabeth M. et al. Stillbirth rates in low-middle income countries 2010-2013: a population-based, multi-country study from the Global Network. **Reproductive health**, v. 12, n. S2, p. S7, 2015.

MENEZZI, A. M. E. D. et al. Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. **Mundo Saúde**, v. 40, n. 2, p. 208-12, 2016.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2016.

ORO, Redondo-De et al. Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de Cartagena, Colombia, 2012-2014. Revista **Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 67, n. 3, p. 187-196, 2016.

PRASANNA, Naveen et al. Cause of death and associated conditions of stillbirths. **Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol**, v. 4, n. 6, p. 1970-4, 2015.

SANTIAGO NOGUEIRA, Cintia Mikaelle Cunha et al. Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 4, p. 01-10, 2016.

SCHRADER, Greice. Perfil epidemiológico e evitabilidade dos óbitos fetais de mulheres residentes em um município da região sul do Brasil. **Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde**, 2017.

SILVA, Esther Pereira da et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 43, 2019.

SIM, 2019; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Sistema Informações de Nascidos Vivos> Número de Nascidos Vivos da MDER**, 2014 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

VALLADARES, Zoila et al. Muerte fetal intrauterina: ¿ podemos actuar en su prevención?. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 78, n. 6, p. 413-418, 2013.

VARELA, Andrea Ramirez et al. Fetal, neonatal, and post-neonatal mortality in the 2015 Pelotas (Brazil) birth cohort and associated factors. **Cadernos de saude publica**, v. 35, p. e00072918, 2019.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

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

ZHU, Jun et al. Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. **The Lancet Global Health**, v. 4, n. 2, p. e109-e118, 2016.

APENDICES



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO
PIAUI- UNINOVAFAPI**

**APÊNDICE A - TERMO DE ISENÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Eu, CARMEN VIANA RAMOS, BRASILEIRA, NUTRICIONISTA, portadora da carteira de identidade n.º 3.055.337, expedida pelo SSP-PI, e do CPF n.º 386902843-20, residente e domiciliado na Av. Tibério Nunes, Nº 1000, BL Happy, Apt. 25, bairro Ilhotas, CEP: 64014-050, Teresina-PI, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre a(s) todas as informações técnicas, científicas, metodologias, processos e observações apresentadas e discutidas no âmbito do projeto intitulado (nome do projeto). Considerando as expressões assim definidas:

Vimos por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado **“RELAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM A ASSISTENCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**. Tal dispensa fundamenta-se no fato de que o estudo em questão trata de óbito de fetais e que por esse motivo estes não poderão assinar o consentimento. Além disso, pretende-se preservar as famílias envolvidas dessas lembranças que pode ser desconfortável e causar sofrimento. Ressalte-se ainda que essa medida cumpre todas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução Nº 466/12, principalmente nos critérios de eticidade contidos no capítulo III.

Teresina, 21 de junho de 2018.

Carmen Viana Ramos – CPF: 386.902.843-20
Pesquisadora responsável



APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Eu **CARMEN VIANA RAMOS** e **MÍRIAN BORGES FORTES COUTO**, pesquisador(es) envolvido(s) no projeto de título **“RELAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM A ASSISTENCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**, me (nos) comprometo (emos) a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) do Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo (amos) que os dados a serem coletados dizem respeito à: Conhecer o perfil de óbito fetal, sua frequência e causas. Produzir um vídeo documentário sobre a conscientização contra a violência ao idoso ocorridos entre as datas de: 2014 a 2018. Teresina, 20 de junho de 2018.

Nome do Pesquisador

RG

Assinatura

Carmen Viana Ramos

3.055.337
SSP/PI

Mírian Borges Fortes Couto

019567033-7
MD



APÊNDICE C- DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, 29 de Junho de 2018

A Comissão de Ética e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER)

Eu, Prof. Dra. Carmen Viana Ramos, pesquisadora responsável, e Mirian Borges Fortes Couto, pesquisadora participante da pesquisa intitulada "RELAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA", declaramos que:

Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do CNS;

- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Profa. Dra. Carmen Viana Ramos da área de Coordenação de Pesquisa - Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/ UNINOVAFAPÍ será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/ UNINOVAFAPÍ será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;

Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Carmen Viana Ramos

Carmen Viana Ramos
Pesquisadora Responsável
RG: 721629 CPF: 386.902.843-20

Mirian Borges Fortes Couto

Mirian Borges Fortes Couto
Pesquisadora Participante
RG: 019467033-7 CPF: 042780507-47

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL – SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

F2

Nº do Caso

L L L L

Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde hospitalar

1	Nome da mãe			3	Data do óbito		
2	Nº da Declaração de Óbito			4	Sexo		
					Masculino Feminino Ignorado		
5	Idade gestacional			6	Peso ao Nascer		
	semanas ou				meses Ignorado		
7	Número do Cartão Sus da mãe						
8	Estabelecimento de saúde onde se realizou a investigação				Código CHES		
	Nome						
9	Tipo de hospital/maternidade				SUS Convênio Particular		
ASSISTÊNCIA AO PARTO							
10	Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc.)						
	Data do parto				Hora do parto		
11	O parto ocorreu				SR		
	No domicílio Na maternidade Via pública						
	No trajeto para o serviço de saúde Outro serviço de saúde. Especificar						
12	Tipo de parto				SR		
	Vaginal Fórceps Cesárea						
13	Profissional que fez o parto				SR		
	Médico obstetra Médico não obstetra						
	Enfermeira/ Obstetriz Sem assistência no período expulso						
	Outro. Especificar						
14	Tempo de bolsa rota				SR		
	horas				Não se aplica		
14.1	Aspecto do líquido amniótico				SR		
	Claro Com mecônio Sanguinolento Fétido						
15	Interconfiniaç(ões) materna observada durante o trabalho de parto				SR		
	Hipertensão Infecção Edema Hemorragia						
	Sem interconfiniaç(ões) Outra. Especificar						
16	Idade gestacional cronológica				SR		
	semanas ou				meses Ignorada		
17	Esteve grávida antes desta gestação?				SR		
	sim não						
17.1	Número de gestações (incluindo esta)				SR		
	Número de partos Número de abortos						
17.2	Tipo(s) de parto(s)				SR		
	partos normais partos cesáreos						
17.3	Filhos nascidos vivos				SR		
	Filhos nascidos mortos (incluindo esta gestação)						
18	Data do último parto				SR		
19	Patologias/fatores de risco durante a gravidez						
	Infecção urinária				Ruptura prematura de membrana		
	Cardiopatia				Isolamentação pelo fator Rh		
	Gestação múltipla				Hemorragias		
	Toxoplasmose				Gestação prolongada		
	Crescimento intra-uterino restrito				Sífilis		
	Diabetes/Diabetes gestacional				Doença Sexualmente Transmissível (DST)		
	Trabalho de parto prematuro				Gravidez sem complicações/interconfiniaç(ões)		
	Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)				Tirotoxicose		
	Outras, especificar				SR		
20	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?				SR		
	Sim Não						
20.1	Quais medicamentos usou?						
21	As questões seguintes devem ser aplicadas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passar à questão 22.						
22	Qual o nome do estabelecimento				Código CHES		
	Nome						

22	Tipo de maternidade		☐ SUS	☐ Convênio	☐ Particular	
23	Data da internação			Data da internação		SR
24	Condição à internação		☐ Trabalho de parto (exceto período expulso) ☐ Indução de parto (feto morto, outros) ☐ Início de trabalho de parto prematuro ☐ Amniotomia prematura sem trabalho de parto ☐ Período expulso ☐ Cesárea ☐ Outros, Especificar: _____ SR			
25	Registros à admissão da gestante na maternidade					
	☐ Pressão arterial (mostre valores)	☐ Sim	_____ mmHg	☐ Não		SR
	☐ Dinâmica uterina	☐ Sim	_____ contrações por _____	☐ Não		SR
	☐ Dilatação do colo	☐ Sim	_____ centímetros	☐ Não		SR
	☐ Batimentos cardíacos fetais	☐ Positivo	_____ bpm	☐ Negativo		SR
	☐ Apresentação	☐ Cefálica	☐ Pélvica	☐ Anormal		SR
	☐ Membranas amnióticas	☐ Integras	☐ Rota			SR
26	Exames realizados na admissão		☐ Classificação sanguínea e fator Rh	☐ VDRL	☐ Anticórv	SR
27	Poliarritmia paroxística? (após 4 cm de dilatação)		☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica	SR
28	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			☐ Não se aplica		SR
29	Número de avaliações fetais (FCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			☐ Não se aplica		SR
30	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação		☐ Avaliação da mãe _____ hora / minuto ☐ Não se aplica SR ☐ Avaliação do feto - FCF _____ hora / minuto ☐ Não se aplica SR			
31	Medicação utilizada		☐ Ocitocina	☐ Misoprostol	☐ Corticóide, Data de início de uso _____	SR
	☐ Antibióticos	☐ Meprobolona	☐ Não usou medicação			
	☐ Outros, Especificar _____					SR
32	Se foi realizada cesárea, qual a indicação					
	☐ Amniotomia prematura	☐ Ruptura de indução do parto	☐ Prematuridade			
	☐ Apresentação anormal	☐ Hemorragia	☐ Sofrimento fetal agudo			
	☐ Distúrbio da coagulação	☐ Desproporção cefalo-pélvica	☐ Rotativa			
	☐ Descolamento prematuro de placenta	☐ Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia				
	☐ Outros, Especificar _____					SR
33	Anestesia durante o trabalho de parto		☐ Sim	☐ Não		SR
33.1	Se sim, qual?		☐ Geral	☐ Local	☐ Peridural	☐ Raqui SR
33.2	Quanto minutos de alívio da dor		☐ Sim	☐ Não		SR
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NASCIMENTO						
34	Peso ao nascer			gramas		SR
35	Quem assistiu a criança na sala de parto?		☐ Obstetra	☐ Enfermeira	☐ Residente	SR
	☐ Pediatra	☐ Estudante	☐ Outros, Especificar _____			
36	Foi realizada alguma tentativa de reanimação?		☐ Sim	☐ Não		SR
37	Condições de nascimento		☐ nascido vivo ☐ nascido morto, díbito antes do trabalho de parto ☐ nascido morto, feto macerado ☐ nascido morto, com díbito durante o trabalho de parto/nascimento			
37.1	Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (macerado, mal formação, etc.)					
37.2	Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto					
38	O corpo foi encaminhado para necropsia?		☐ Sim	☐ Não		SR
39	Listar as causas do díbito registradas no prontuário, se houver					
40	Observações gerais					
41	Segundo o investigador, o que aconteceu neste caso?					
42	Data do encerramento da coleta de dados					
43	Responsável pela investigação					
	Nome _____			Carimbo e rubrica _____		



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS
DO PIAUÍ – UNINOVAFAPI
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – MDER**



CARTA DE ANUÊNCIA

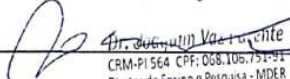
Eu, Joaquim Vaz Parente, Diretor de Ensino e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa situada em Teresina/PI, declaro que o pesquisador (a) do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família: Mirian Borges Fortes Couto pretende realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: “ RELAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA” Orientador (a): Profª Dra Carmen Viana Ramos , Objetivo Geral: relação entre a ocorrência dos óbitos fetais em uma maternidade de referência com a assistência prestada a gestante no pré-natal na atenção primária.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentro outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- Garantia da confidencialidade, no anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- Que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa;
- Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Teresina, 27 de junho de 2018.


 Dr. Joaquim Vaz Parente
 CRM-PI 564 CPF: 068.106.751-91
 Diretor de Ensino e Pesquisa - MDER
 (CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Maternidade Dona Evangelina Rosa / MDER
 Av. Higino Cunha, 1552 - Ilhotas
 CEP 64014-220 - Teresina - Piauí, Brasil
 CNPJ 06.553.564/01-06-05
 www.pi.gov.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS OCORRIDOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Carmen Viana Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 92922618.9.0000.5210

Instituição Proponente: INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUI LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.932.095

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico de natureza descritiva, retrospectivo, do tipo série de caso, de caráter transversal a partir dos casos de óbito fetais ocorridos e notificados na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER). Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, que envolve a ocorrência de óbitos fetais.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Investigar a relação entre a assistência prestada durante o pré-natal na atenção primária e a ocorrência do óbito fetal.

Secundários: Descrever o perfil clínico-obstétrico e epidemiológico dos óbitos fetais ocorridos na Maternidade Dona Evangelina Rosa e classificá-los como os critérios de evitabilidade; descrever as principais causas de óbito fetal segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10); descrever a tendência da mortalidade fetal nesta maternidade entre janeiro de 2014 a dezembro de 2017; investigar a associação entre os óbitos fetais, fatores sociodemográficos e fatores relacionados a assistência obstétrica; desenvolver um aplicativo móvel para celular, tablet ou similar destinado aos profissionais de saúde da maternidade de referência voltado para preenchimento adequado dos prontuários e declaração de óbito dos óbitos fetais ocorridos, bem como, realizar uma capacitação desses profissionais.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 2.932.095

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão relacionados à quebra de privacidade e sigilo, além de divulgação inapropriada das informações obtidas. Entretanto este risco será minimizado através da assinatura dos Termos de Compromisso de Utilização dos Dados – (TCUD), responsabilizando o pesquisador pelo uso correto e ético dos dados coletados, garantido o anonimato e inviolabilidade das informações obtidas.

Os benefícios são secundários e obtidos a médio e longo prazo a todos os atores envolvidos na problemática (mulheres, crianças, profissionais de saúde e gestores). O estudo trará também como benefício, o desenvolvimento de um aplicativo móvel para celular, tablet ou similar destinado aos profissionais de saúde da maternidade de referência voltado para preenchimento adequado dos prontuários e declaração de óbito dos óbitos fetais ocorridos. Para os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na área os profissionais da estratégia da saúde da família, possibilitará uma melhora da qualidade da atenção à saúde dessas mulheres durante o ciclo gravídico, por meio da identificação de possíveis causas no tocante à essa assistência e nesta perspectiva melhorá-la. E para os gestores, o resultado deste estudo contribuirá para o melhor entendimento sobre este fenômeno, podendo sugerir aperfeiçoamento nas ações de vigilância desses óbitos, além de oferecer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica na atenção básica e hospitalar que impactem, de maneira efetiva, sobre essas estatísticas vitais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o projeto, é grande o número de óbitos fetais, mesmo enquanto o país apresenta uma abrangente cobertura de acompanhamento pré-natal. Este fato demonstra a importância de considerar tanto a cobertura como a qualidade da assistência pré-natal (SCHRADER, 2017).

É preciso, portanto, organizar a atenção perinatal no País. Dentre os desafios à melhoria da qualidade da atenção pré-natal, aponta-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e avaliação da rotina de suas ações, implementadas pelas equipes de saúde da família (ESF). Este trabalho, através da elaboração de um aplicativo de controle, pretende colaborar com a melhoria da atenção perinatal no país.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão em conformidade com as normas estabelecidas na resolução 466/12.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123			
Bairro: Bairro do Uruguai	CEP: 64.073-505		
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)2106-0738	Fax: (86)2106-0740	E-mail: cep@uninovafapi.edu.br	

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 2.932.095

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após apreciação e análise dos documentos apresentados, considera-se o protocolo de pesquisa aprovado porque está elaborado de acordo com as exigências da Res. 466/12 do CNS.

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_1163936.pdf	01/09/2018 13:50:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUDCARMEN.pdf	01/09/2018 13:35:40	Carmen Viana Ramos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMIRIANOK.pdf	01/09/2018 13:35:26	Carmen Viana Ramos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/09/2018 13:35:05	Carmen Viana Ramos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ANUENCIA.jpeg	29/06/2018 22:51:52	MIRIAN BORGES FORTES COUTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_DE_DISPENSA_DE_TCLE.pdf	29/06/2018 22:51:04	MIRIAN BORGES FORTES COUTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_DOS_PESQUISADORES.jpg	29/06/2018 22:30:58	MIRIAN BORGES FORTES COUTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/06/2018 22:27:32	MIRIAN BORGES FORTES COUTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 2.932.095

TERESINA, 02 de Outubro de 2018

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br