



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

**DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO
DE ÓBITO FETAL (ANTE OU INTRAPARTO): ESTUDO DE CASO-CONTROLE.**

FORTALEZA-CE

2018

MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO DE ÓBITO FETAL (ANTE OU INTRAPARTO): ESTUDO DE CASO-CONTROLE.

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia das Condições Materno-Infantis e Perinatais.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.

FORTALEZA-CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M344d Martins, Marley Carvalho Feitosa.
Demoras na assistência obstétrica de gestantes com desfecho de óbito Fetal (ante ou intraparto) : estudo de caso controle / Marley Carvalho Feitosa Martins. – 2018.
96 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.
1. Natimorto. 2. Assistência Integral à Saúde da Mulher. 3. Assistência Perinatal. I. Título.
- CDD 362.1
-

MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO DE ÓBITO FETAL (ANTE OU INTRAPARTO): ESTUDO DE CASO-CONTROLE.

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia das Condições Materno-Infantis e Perinatais.

Aprovada em: 08/03/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luciano Lima Correia

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dr. Flávio Lúcio Pontes Ibiapina

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A Deus por direcionar-me ao cumprimento de uma missão na qual tenho a certeza de que estou no caminho certo.

Aos meus pais Rosalvo e Mariley pela vida e incentivo de sempre.

Ao meu esposo Luís Antônio e minhas filhas Luma Bianca e Mariana, meus tesouros.

À minha irmã Rosana Mara que mediante o sofrimento após muitas perdas alertou sobre a necessidade de dedicar atenção a este estudo.

Glória a Deus que nos concedeu nosso milagrinho: Luís André.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me ajudado até aqui, guiou, deu forças e proteção. A Ele toda honra e toda glória.

Aos meus pais, irmãos, esposo e filhas que desde o início acompanharam comigo as dificuldades e ainda celebraram as vitórias. São verdadeiros anjos e presentes de Deus na minha vida.

Ao Professor Herlânio Costa Carvalho pela confiança, presença constante em cada etapa do processo deste trabalho, pelas valiosas orientações, apoio e aprendizado. Sou muito grata a Deus por tê-lo como orientador.

Às amigas e companheiras do Núcleo da Saúde da Mulher, Adolescente e Criança e Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará agradeço pelo apoio fundamental para a execução deste trabalho.

Às Mulheres participantes da pesquisa que disponibilizaram seu tempo e abriram seu coração para expressar a experiência diante à perda (caso) ou nascimento de seu filho (controle).

Aos professores do mestrado pelos ensinamentos e contribuições.

Ao Antônio Brazil pelo desenvolvimento da análise estatística.

Aos membros da banca examinadora pelas valiosas colaborações.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Materno Infantil meu carinho e gratidão pela troca de conhecimentos, amizade e companheirismo, em especial à Ocília, Claudia, Filomena, Liene, Dayse Lucena, Maxuênia e Hesly.

Aos colegas da turma de mestrado minha gratidão pelo companheirismo e reflexões.

Aos funcionários da UFC pelo carinho e dedicação que desempenham por cada aluno/pesquisador.

Aos profissionais da MEAC que abraçaram esta causa, à Jordana Paiva e Rosalette do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, Benedita de Sousa e Liana Tavares da Secretaria de Residência Médica, à Keila e o César da Regulação, à equipe de enfermagem em geral.

“Mas a vereda dos justos é como a luz da aurora, que vai brilhando mais e mais até ser dia perfeito” (Provérbios 4,18).

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre as demoras na assistência prestada à gestante em busca de cuidados obstétricos e o desfecho óbito fetal em uma maternidade de referência terciária.

Métodos: Estudo observacional, analítico do tipo Caso-Control, incluindo 72 casos de óbitos fetais e 144 controles (nascidos vivos) de mulheres admitidas no serviço de obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza, Ceará, no período de Janeiro a Novembro de 2017. Os controles foram pareados (2:1) por idade gestacional e município de procedência aproximado aos casos. Os grupos foram comparados quanto ao modelo das três demoras na assistência obstétricas. Utilizou-se o Teste do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher na comparação entre os grupos. Considerou-se $p < 0,05$ como significância estatística.

Resultados: Não houve diferença estatística entre os grupos quanto às variáveis socioeconômicas. O grupo do óbito fetal apresentou menor número de consultas no pré-natal (>6 consultas: 27,8% x 40,3%, $p=0,003$), menos classificação em gestação de risco (41,7% x 55,9%, $p=0,048$), menos orientação sobre local de parto (44,5% x 64%, $p=0,009$), menor frequência de cesariana (25,4% x 65,7%) e maior prevalência de síndromes hemorrágicas (33,3% x 19,4%, $p=0,024$) e sífilis (15,3% x 4,2%, $p=0,004$). Na análise bivariada todas as demoras, exceto dificuldade com transporte e dificuldade geográfica foram estatisticamente diferentes entre os grupos. Na regressão logística, as variáveis que persistiram significativamente associadas ao óbito fetal foram: Recusa do Cuidado (OR=10,7; IC95%: 1,92-59,6), demora no diagnóstico (OR=22,2; IC95%: 4,41-112,3) e Conduta inadequada com a paciente (OR=4,56; IC95%: 1,08-19,2).

Conclusão: A invisibilidade dada aos óbitos fetais nos diversos níveis de atenção têm como desdobramentos as demoras em busca de cuidados por parte da gestante, bem como a “normalização” das queixas e complicações determinantes para o desfecho do óbito. São necessários maiores investimentos e atenção às mortes fetais como uma medida direta do acesso e qualidade dos cuidados na rede de atenção materno infantil.

Palavras-chave: Natimorto. Assistência integral à saúde da mulher. Assistência perinatal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between delays in the care provided to pregnant women seeking obstetric care and the fetal death outcome in a tertiary reference maternity.

Methods: Observational study, Case-Control type analytical, including 72 cases of fetal deaths and 144 controls (live births) of women admitted to the obstetrics service at Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), in Fortaleza, Ceará, from January to November 2017. The controls were matched (2: 1) by gestational age and municipality of approximate origin to cases. The groups were compared regarding the model of the three delays in obstetric care. The Pearson's Chi-square test and the Fisher's exact test were used to compare the groups. It was considered at $p < 0.05$ as significant.

Results: There was no statistical difference between the groups regarding socioeconomic variables. The fetal death group had a lower number of prenatal consultations (>6 appointment: 27,8% x 40,3%, $p=0,003$), less rating at gestation of risk (41,7% x 55,9%, $p=0,048$), less guidance about place of birth (44,5% x 64%, $p=0,009$), lower cesarean frequency (25,4% x 65,7%) and higher prevalence of hemorrhagic syndromes (33,3% x 19,4%, $p=0,024$) and syphilis (15,3% x 4,2%, $p=0,004$). In the bivariate analysis, all delays, except difficulty with transportation and geographical difficulty were statistically different between groups. In logistic regression, the variables that persisted significantly associated with fetal death were: Refusal of Care (OR=10,7; CI95%: 1,92-59,6), delay in diagnosis (OR=22,2; CI95%: 4,41-112,3) and inadequate conduct with the patient (OR=4,56; CI95%: 1,08-19,2).

Conclusion: The invisibility given to fetal deaths at the various levels of attention has as a consequence the delays in seeking care by the pregnant woman, as well as the "normalization" of the complaints and determining complications for the outcome of death. More investments are needed and attention to fetal deaths as a direct measure of access and quality of care in the maternal and child care network.

Key words: Stillbirth. Comprehensive Health Care. Perinatal Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Número de óbitos fetais notificados segundo capítulo da CID10, Ceará 2016.....	19
Gráfico 2 - Razão de Mortalidade Materna, Ceará, 2010-2015.....	20
Figura 1 - Progresso global em direção à meta do Plano de Ação Every Newborn para prevenir a natimortalidade evitável até 2030.....	17
Figura 2 - Modelo Teórico Conceitual para explicação de Óbitos Fetais.....	35
Quadro 1 - Critérios de Análise das “Três Demoras”.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Óbitos Fetais, nascidos vivos e Taxa de mortalidade fetal (TMF). MEAC-UFC, 2012-2016).....	37
Tabela 1.1 - Características Sócio-demográficas e Maternas dos casos de óbito fetal e nascidos vivos. MEAC-UFC, 2017.....	61
Tabela 1.2 - Características Assistenciais e complicações maternas dos casos de óbitos fetais e nascidos vivos. MEAC/UFC, 2017.....	62
Tabela 1.3 - As “Três Demoras” na Assistência Obstétrica para casos e controles. MEAC/UFC, 2017.....	63
Tabela 1.4 - Modelo de Regressão logística para as Demoras na assistência obstétrica associadas ao desfecho óbito fetal. MEAC/UFC, 2017.....	64
Tabela 1.5 - Fatores associados ao óbito fetal (Análise multivariada). MEAC, 2017.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças -10ª Revisão
CIUR	Restrição do Crescimento Intrauterino
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CFM	Conselho Federal de Medicina
DATASUS	Dados do Sistema Único de Saúde
DO	Declarações de Óbito
DPP	Descolamento Prematuro da Placenta
ENAP	<i>The Every Newborn Action Plan</i>
GAR	Gestantes de Alto Risco
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MFs	Movimentos Fetais
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OR	<i>Odss Ration</i>
PEG	Pré-Eclâmpsia Grave
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SUS	Sistema Único de Saúde
TMF	Taxa de Mortalidade Fetal
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Contexto Epidemiológico do Óbito Fetal.....	15
1.2 Correntes de intervenções relacionadas ao problema: Regionalização da Assistência Materna e Perinatal no Brasil e no Ceará	19
2 OBJETIVOS	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Mortalidade Fetal	24
3.2 Fatores de Risco Associados à Mortalidade Fetal	25
3.2.1 Nível Distal: Fatores Sócio Demográficos da Mortalidade Fetal	25
3.2.2 Nível Intermediário I: Fatores Reprodutivos e Características Maternas.....	26
3.2.3 Nível Intermediário II: Assistência Ao Pré-Natal e ao Parto.....	29
3.2.4 Determinantes Proximais: Complicações Maternas e Condições Fetais.....	31
3.3 Etiologia Inexplicada	34
4 MODELO TEÓRICO CONCEITUAL PARA EXPLICAÇÃO DO ÓBITO FETAL	35
5 METODOLOGIA	36
5.1 Desenho do estudo.....	36
5.2 Local do estudo.....	36
5.3 População do estudo.....	37
5.4 Amostragem.....	37
5.5 Operacionalização da Pesquisa e Coleta de Dados.....	38
5.6. Variáveis.....	39
5.7 Análise dos Dados.....	41
5.8 Fonte de Viés.....	41
5.9 Aspectos Éticos.....	41

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
6.1.ARTIGO 1 - DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO DE ÓBITO FETAL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE	42
6.2.ARTIGO 2 - VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE PERDAS FETAIS NA REDE MATERNO INFANTIL: ANÁLISE DAS “TRÊS DEMORAS”	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
8 REFÊRENCIAS.....	84
APÊNDICES.....	90
APÊNDICE A: FICHA DE COLETA DE DADOS.....	90
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto Epidemiológico do Óbito Fetal

O número de óbitos fetais reflete o estado de saúde da mulher, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados primários de saúde disponibilizados à gestante, bem como a qualidade da assistência intraparto. Além do inevitável ônus psicológico para a gestante, também pode se associar ao incremento da morbidade e mortalidade materna (ANDRADE *et al.*, 2009; BITTENCOURT *et al.*, 2013, ASSIS, 2013).

Os fatores que envolvem os natimortos são inseparáveis de problemas de saúde materna, e a maioria é evitável com melhorias do sistema de saúde: através de pré-natal de qualidade, assistência ao parto em tempo oportuno e atenção contínua na rede de assistência. Tais iniciativas refletem um investimento quádruplo pela prevenção de mortes maternas, neonatais e fetais, e ainda melhoram o desenvolvimento da criança (FRØEN, FRIBERG, LAWN *et al.*, 2016).

O óbito fetal, incluído na mortalidade perinatal, compreende os óbitos ocorridos a partir da 22ª semana completa, ou 154 dias de gestação, ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm. Seu coeficiente é considerado uma boa medida da qualidade da atenção à saúde e é calculado através do número de mortes fetais, dividido pela soma de todos os nascimentos (nascidos vivos e mortos) por 1.000 em determinado ano e região (BRASIL, 2009).

Atualmente, a mortalidade perinatal tem adquirido relevância devido à maior participação do componente neonatal precoce na mortalidade infantil e pelos avanços tecnológicos na assistência obstétrica e neonatal, os quais favorecem a sobrevivência perinatal mesmo em situações de alto risco (MARTINS, 2010). No entanto, essa preocupação, ainda se concentra na sobrevivência dos nascidos vivos, havendo pouca atenção àqueles que morrem antes do nascimento (ROUQUEIROL *et al.*, 1996).

Apesar do importante declínio da mortalidade infantil ocorrida nos países em desenvolvimento, nas duas últimas décadas, devido principalmente à queda da mortalidade pós-neonatal (acima de 28 dias de nascimento), verificou-se uma queda nitidamente menor nas mortes perinatais, permanecendo praticamente inalterados os coeficientes de mortalidade

fetal. Esses dados contrastam com os observados nos países desenvolvidos, nos quais se observou uma significativa redução da taxa de mortalidade fetal, principalmente durante o trabalho de parto, apontando para melhorias da qualidade da assistência obstétrica (HOLANDA, 2013).

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram fundamentais para chamar a atenção para a elevada carga de mortes maternas e mortes de crianças de países de baixa e média renda. Embora as desigualdades regionais ainda persistam, durante os últimos 25 anos, substancial progresso tem sido feito tanto em sobrevivência infantil e maternidade segura. Em contrapartida, apesar das estimativas apresentarem um grande número de natimortos, a atenção global para este problema é baixa. Natimortos são inseparáveis de problemas de saúde materna, no entanto, em muitos países, as políticas governamentais têm como alvo principalmente à redução de mortalidade materna e infantil, ignorando a importância de natimortos da carga global de doenças relacionadas com a saúde materna e neonatal (HAMID *et al.*, 2014; LAWN *et al.*, 2016). Além de não fazerem parte dos Objetivos do Milênio, até recentemente, seu impacto mais amplo, não foi sistematicamente analisado ou compreendido em todo o mundo, um exemplo gritante do "escândalo da invisibilidade" (D' SOUZA, SHAH, 2015; ZHU *et al.*, 2016).

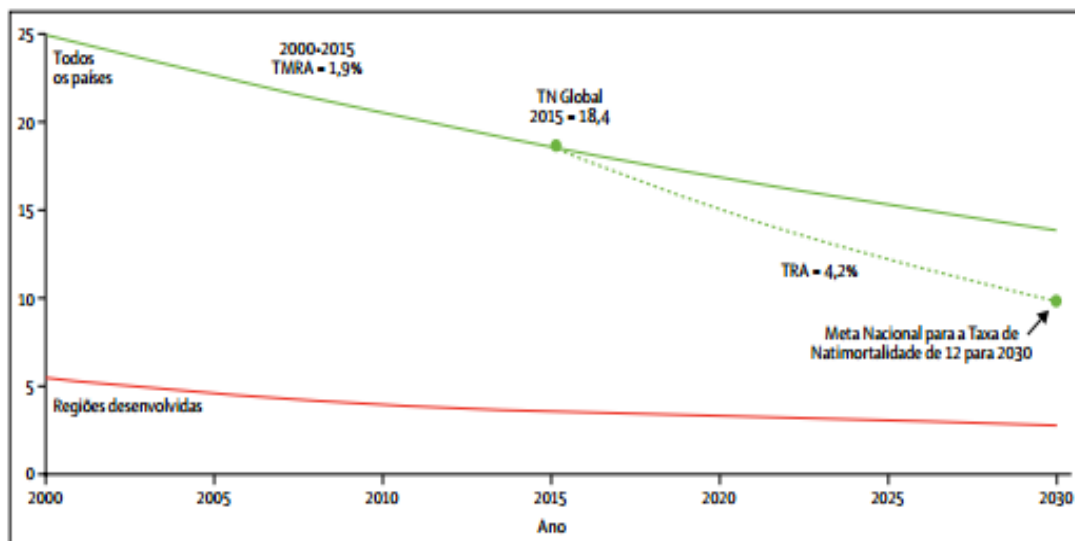
Com a transição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), erradicar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos até 2030, bem como a mortalidade materna, foram as metas de saúde que se mantiveram, com 16 outras metas focadas principalmente no desenvolvimento social, econômico e meio ambiente. Entretanto, muitos países solicitaram que a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluísse uma meta explícita para natimorto. Enfim, este objetivo foi incluído no ENAP (Plano de Ação para Todos os Recém-nascidos) desenvolvido pela UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para fornecer um roteiro claro sobre como erradicar as mortes neonatais evitáveis e natimortos com padrões de cuidados de qualidade e medição de nascimentos e mortes (FRØEN, FRIBERG, LAWN *et al.*, 2016).

A Série de artigos sobre a natimortalidade da The Lancet de 2016 fez uma revisão da situação mundial teve uma resposta sem precedentes, dentre os quais:

- a) Inclusão da taxa de natimortalidade nos “100 indicadores básicos de saúde” da OMS e considerável progresso em relação às ferramentas e guias de atuação da vigilância perinatal lideradas pela OMS.

- b) A indisponibilidade dos dados de natimortalidade nos países reduziu de 68 em 2009 para apenas 38 países que ainda não dispõem de dados em 2015.
- c) Em 2014, a Organização Mundial da Saúde aprovou a meta de 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos em todos os países até 2030. Noventa e quatro (94) países, principalmente os de renda média ou alta já alcançaram a meta (LAWN *et al.*, 2016).

Figura 1 - Progresso global em direção à meta do Plano de Ação Every Newborn, para acabar com a natimortalidade evitável até 2030.



TMRA=Taxa Média de Redução Anual. TN= Taxa de Natimortalidade. (Fonte: LAWN *et al.*, 2016).

No nível mundial, ocorreram cerca de 18,4 natimortos por 1000 nascimentos em 2015, em comparação com 24,7 natimortos, em 2000. Embora as taxas de natimortalidade tenham diminuído ligeiramente, a taxa de redução média anual de natimortalidade (2,0%) caiu muito mais lentamente do que a de mortalidade materna (3,0%) e de mortalidade pós-neonatal em crianças menores de 5 anos (4,5%) (LAWN *et al.*, 2016).

A melhoria dos dados da mortalidade fetal é uma preocupação mundial para acelerar os progressos na erradicação de natimortos evitáveis. Este objetivo é uma prioridade urgente e deve incluir o acompanhamento da qualidade das intervenções específicas para a prevenção de morte fetal, especialmente no âmbito dos cuidados pré-natais e intraparto. Mundialmente, os dados para monitoramento de natimortos têm aumentado. Ainda assim, a menção à natimortalidade é muito limitada nas políticas, pesquisas e programas de financiamento

relevantes, o que demonstra a perda de oportunidades de integrar e de agir para assegurar o avanço necessário (LAWN *et al.*, 2016).

São estimados anualmente no mundo cerca de 2,6 milhões de natimortos, dos quais 98% ocorrem em países com renda baixa ou média. Metade de todas estas mortes (1,3 milhões) ocorre durante o trabalho de parto e o nascimento. Cerca de 60% ocorrem em áreas rurais e em zonas de conflito, afetando as famílias menos assistidas pelo sistema de saúde (LAWN *et al.*, 2016).

Segundo estimativas internacionais, o Brasil se encontra numa faixa intermediária de taxa de mortalidade fetal: 5 a 14,9/mil nascimentos (BITTENCOURT *et al.*, 2013). Por outro lado, a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito (DOs) e o sub-registro desses óbitos nos sistemas oficiais de notificação comprometem o real dimensionamento. Em muitos serviços de saúde, ainda não há rotinas de análise da ocorrência de óbito fetal nem investimentos específicos adequados para a sua redução. Tal realidade resulta na dificuldade de conhecer os fatores que influenciam e/ou causam a morte desses fetos, tornando difícil a elaboração de ações de intervenção (BRASIL; ANDRADE *et al.*, 2009).

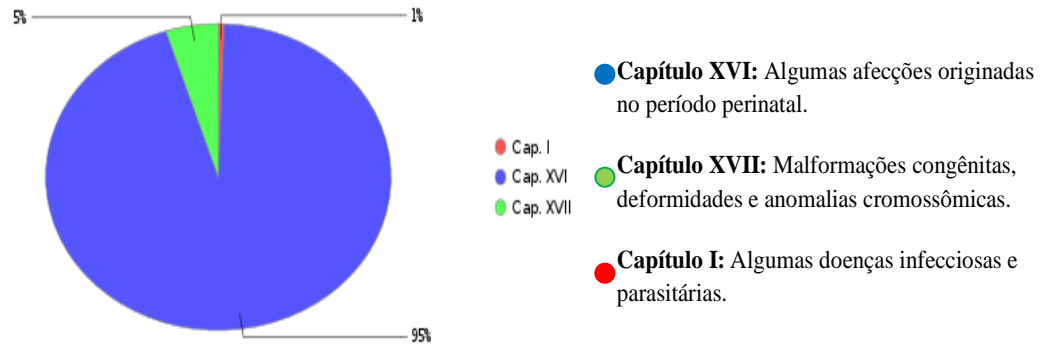
São várias as razões que contribuem para a situação de subnotificação de óbitos fetais no país: a não valorização do registro da morte fetal; não utilização da informação para a avaliação dos serviços de saúde; frequente confusão entre óbito fetal e aborto, fazendo com que muitos natimortos deixem de ser registrados; frequente registro de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento como óbitos fetais, o que leva à superestimação do componente fetal e, conseqüentemente, à subestimação do óbito neonatal precoce e do número de nascidos vivos. Isso acarreta em comprometimento da análise comparativa das taxas entre diferentes locais (BRASIL, 2009).

No estado do Ceará, o número de óbitos fetais excede ao número de óbitos neonatais (ocorridos nos primeiros 27 dias de vida) registrados no Sistema de Mortalidade/MS (SIM). Em 2016, apresentou 1.384 (10,8/1000) óbitos fetais e 1.111 (8,8/1000) óbitos neonatais (SIMSINASC, 2017). O excesso de mortes fetais em relação às neonatais precoces na mortalidade perinatal justifica-se pela menor atenção à prevenção desses óbitos e à dificuldade em se determinar a etiologia do natimorto (ASSIS, 2013).

De acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal/DATASUS/MS, no Ceará em 2016, 95% dos óbitos fetais ocorridos foram codificados no Capítulo XVI da CID-10 como Algumas afecções originadas no período perinatal, os quais

“são fortemente influenciadas pelo acesso e pela qualidade da assistência oferecida à mulher durante a gestação e no parto” (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de óbitos fetais notificados segundo Capítulo da CID10, Ceará, 2016.



Fonte: SIM - Maio de 2017

1.2 Correntes de intervenções relacionadas ao problema: Regionalização da Assistência Materna e Perinatal no Brasil e no Ceará

Com o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada nas Regiões de Saúde, foi lançada a Portaria N° 4.279 de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

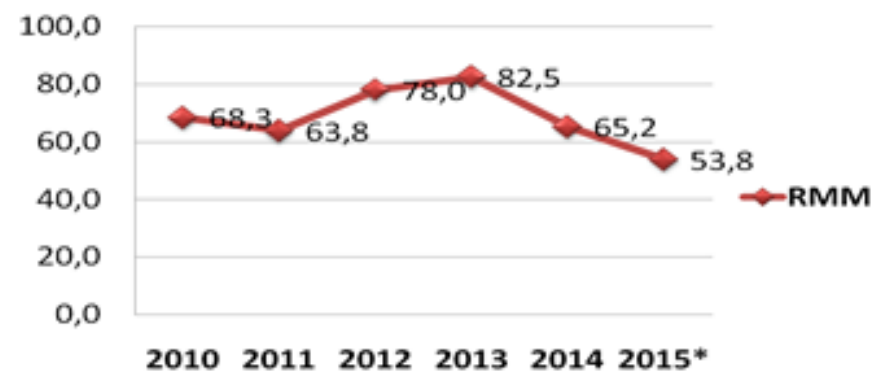
A partir desse contexto, foi formulada a proposta da Rede Materno Infantil (Rede Cegonha), ou seja, considerando a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde. A Rede Cegonha (RC), lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria N° 1459/2011 objetiva fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança; organizar a rede que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e; reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

O Plano Estadual da Rede Cegonha Ceará se consolidou em dezessete (17) Redes que abrangeram as vinte e duas (22) Regiões de Saúde do Estado do Ceará. A operacionalização

do Plano consistiu no apoio ao processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal a partir dos referenciais da Política Nacional de Humanização e das diretrizes referidas na Portaria GM N° 1.459/2011. E, incluiu a qualificação da Atenção Primária; Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco na Obstetrícia de alguns hospitais; incentivo à instituição de Fóruns da Rede Cegonha (Estadual e Regional), habilitação de leitos neonatais, implantação de Centros de Partos Normais (CPN) e o fortalecimento da articulação das ações da Vigilância Epidemiológica através da reativação dos Comitês de Prevenção de óbitos.

O grande avanço no Estado do Ceará no período de 2013 a 2015 foi a redução significativa da Mortalidade Materna. Houve um decréscimo da Razão de Mortalidade Materna de 82,5/100.000 NV em 2013 para 53,8/100.000 NV em 2015, (SESA-CE/COPROM/NUVEP/NUIAS/2016). (Gráfico 3).

Gráfico 2 - Razão de Mortalidade Materna, Ceará, 2010-2015.



Fonte: MS\Módulo do SIM-Federal (2010 a 2015).

Em 2012, foi reestruturado no Ceará o Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, uma iniciativa da Secretaria de Saúde que tem contribuído para o monitoramento das etapas do processo de Vigilância dos óbitos nas Regiões de Saúde, bem como para a avaliação das Políticas de saúde materno e infantil. Nos últimos relatórios dos Comitês Regionais constatou-se a falta de investimentos de esforços na investigação e análise dos óbitos fetais, fato esse que dificulta a compreensão do problema no Estado, e também, o desenvolvimento de ações de intervenção para a prevenção desses óbitos.

Nesse sentido, considerando a magnitude dos óbitos fetais no Estado e a repercussão destas perdas para as famílias, verificou-se a necessidade de implementar este estudo com

uma abordagem que possibilite fornecer informações sobre o acesso e a qualidade da assistência oferecida à gestante na rede materno infantil.

A abordagem de avaliação da assistência, criado por Thaddeus e Maine, (1990), conhecido como “Três Demoras” é de extrema relevância para o estudo sobre natimortos. (LAWN *et al.*, 2016). Esse modelo relaciona a mortalidade a uma série de atrasos na assistência obstétrica, que impedem a mulher de ter acesso a uma assistência qualificada e eficaz em tempo oportuno (PACAGNELLA, 2011).

Na literatura internacional encontraram-se três estudos de investigação das demoras na obtenção do adequado cuidado obstétrico associado às mortes perinatais: duas revisões, uma realizada em Kigali, Ruanda (AIMABLE, 2015) e outra na Tanzânia (MBARUKU *et al.*, 2009), e uma meta-análise sobre atrasos na obtenção de cuidados efetivos durante o trabalho de parto e o nascimento (LEE *et al.*, 2009).

Essas demoras revelam a espera entre a complicação e o tratamento, e podem ser divididas em três fases: O primeiro atraso ocorre quando a paciente ou sua família não reconhece a gravidade da situação e atrasa a decisão de procurar atendimento. O segundo atraso é evidenciado pela dificuldade da gestante em obter acesso aos cuidados adequados devido a barreiras geográficas, sociais ou econômicos ou falta de transporte sanitário. O terceiro atraso diz respeito ao retardo em receber o cuidado adequado e oportuno na unidade de saúde, o que pode resultar em desfechos maternos e fetais adversos. Essas demoras estão relacionadas entre si e a mortalidade pode ser advinda da combinação desses atrasos (PACAGNELLA, 2011).

Durante uma emergência obstétrica, cada momento de atraso na busca e recebimento de cuidados qualificados aumenta também os riscos de morte fetal. Para algumas emergências como a hemorragia anteparto, a demora pode ser a diferença entre a vida e a morte para a mãe e feto. Muitos dos 1,02 milhões de natimortos intraparto estimados poderiam ser evitados pelo acesso a cuidados obstétricos de emergência em tempo oportuno (LEE *et al.*, 2009).

Considera-se a realização deste estudo em uma maternidade pública de referência terciária para gestantes de alto risco representativo dos óbitos fetais da população usuária do SUS/Ceará, no qual, os resultados indicam desafios importantes na atenção perinatal que subsidiarão o planejamento de medidas necessárias para melhoria da qualidade da assistência nesta área.

A hipótese desse estudo refere-se que a falta de acolhimento da gestante no momento do parto ou em condições de intercorrências é uma violação dos direitos humanos, pois ameaçam

a sua integridade física, podendo levar, muitas vezes, não só a gestante, mas também o concepto a óbito. O fator comum subjacente a muitos natimortos é a ausência ou baixa qualidade dos cuidados anteparto e intraparto, incluindo o acesso à assistência de qualidade em tempo oportuno de acordo com as necessidades da mulher e do feto.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a associação das demoras na assistência prestada à gestante em busca de cuidados obstétricos ao desfecho óbito fetal anteparto ou intraparto em uma maternidade de referência terciária no estado do Ceará.

2.2 Específicos

- Analisar através de modelo explicativo hierarquizado, os determinantes do óbito fetal.
- Identificar os determinantes de risco para o óbito fetal envolvidos nas “Três Demoras” em busca de assistência pela gestante entre os casos e os controles.
- Compreender as percepções das mulheres que vivenciaram a perda fetal a partir da análise das “Três Demoras” na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Mortalidade Fetal

A OMS (1993) define morte fetal, óbito fetal, perda fetal ou natimorto como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe. Indica o óbito, o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009).

A definição original do óbito fetal pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pontuava seu início na 28ª semana de gestação, equivalendo a um peso fetal igual ou superior a 1.000 gramas. Entretanto, face aos avanços tecnológicos da Obstetrícia e da Neonatologia, permitindo a sobrevivência extrauterina de conceptos com idade gestacional cada vez menor, esse conceito foi reformulado na publicação da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) que classifica óbitos fetais precoces (22-28 semanas ou 500 a 1000 gramas) e óbitos fetais tardios (após 28 semanas ou peso superior a 1000 gramas) (ANDRADE *et al.*, 2009; HAMID *et al.*, 2014).

Os óbitos fetais podem ser classificados de acordo com o período de sua ocorrência em anteparto (antes do trabalho de parto) ou intraparto (durante o trabalho de parto e parto). Uma forma de contribuir para essa classificação é a descrição das características do feto de forma a identificar há quanto tempo ocorreu a morte fetal, se há menos de 12h (durante o trabalho de parto) ou mais de 12h (feto com sinais de maceração) (MARTINS, 2010). Globalmente, pelo menos 2,65 milhões de natimortos ocorrem todos os anos, dos quais mais de metade durante o período anteparto. A proporção de óbitos fetais intraparto declinou substancialmente com a melhoria da atenção obstétrica (NELIN *et al.*, 2015).

Alguns estudos sugerem que a frequência dos óbitos fetais no período anteparto reflete maior deficiência no pré-natal e nas condições de acesso à maternidade (ANDRADE *et al.*, 2009; HOLANDA, 2013). Entretanto, o óbito intraparto é considerado um marcador sensível de atraso e baixa qualidade do atendimento ao parto. Reflete a escassez de monitorização intraparto e atrasos na assistência ao parto de um feto comprometido; além disso, a mulher que tem um natimorto está em risco de complicação obstétrica ou morte

(MARTINS, 2010; ASSIS, 2013). Melhorias no acesso aos cuidados intraparto de alta qualidade são essenciais para a redução de natimortos evitáveis, com benefícios adicionados de uma redução de 46% das mortes maternas durante o parto (LAWN *et al.* 2016).

Do ponto de vista epidemiológico, o estudo dos óbitos fetais em relação a diferentes variáveis maternas e perinatais permite diferenciar fatores de risco, alguns potencialmente modificáveis antes do início da gestação, no período pré-natal e de assistência ao parto (HOLANDA, 2013).

3.2 Fatores de Risco Associados à Mortalidade Fetal

Vários fatores de risco têm sido descritos para o óbito fetal na literatura mundial, sabendo-se que a etiologia é multifatorial envolvendo uma gama de fatores inter-relacionados. Questões socioeconômicas, demográficas e psicossociais aliam-se às características maternas, assistência pré-natal, parto e condições de saúde materna e fetal para o entendimento do óbito fetal (DE LORENZI *et al.*, 2001; COSTA, 2008b; ANDRADE *et al.*, 2009; HOLANDA, 2013; ASSIS, 2013). Estes fatores de risco não são mutuamente exclusivos e muitos coexistem na mesma mulher.

3.2.1 Nível Distal: Fatores Sócios Demográficos da Mortalidade Fetal

O acesso e a efetividade das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde são influenciados por fatores relacionados à vulnerabilidade familiar e social representada pela presença de situação de risco pessoal ou social, baixo nível socioeconômico, moradia em local de risco elevado, em especial, na área materno-infantil; assim, a assistência prestada, muitas vezes, reproduz as desigualdades sociais (COSTA, 2008a; FORTALEZA, 2016).

Em todos os países, o risco de natimortalidade é mais elevado nas populações marginalizadas. O desfavorecimento social está associado ao dobro do risco de natimortalidade em países de renda alta, efeito que pode ser até maior em países de renda média e baixa. Esta disparidade reflete desigualdades estruturais e de oportunidades. Uma abordagem baseada no direito à atenção universal à saúde tem que incluir as mulheres mais pobres, suas famílias e seus bebês (MARTINS, 2010; HEAZELL *et al.*, 2016).

Em relação à prevenção do óbito fetal nos países mais pobres, verifica-se que é simples do ponto de vista medicamentoso, mas com grandes obstáculos relacionados à assistência à saúde, questões geográficas, financeiras, políticas e culturais (ASSIS, 2013).

Estudos afirmam que apesar da crescente urbanização na maioria dos países do mundo, cerca de 60% de natimortos ainda são rurais. As famílias rurais são muitas vezes as pessoas mais pobres, com acesso restrito aos cuidados de saúde, serviços de planejamento familiar e cuidados obstétricos de emergência, incluindo cesariana, resultando em altas taxas de natalidade e alto risco de natimortalidade (LANSKY *et al.* 2002; COSTA, 2008b; MAZOTTI *et al.*, 2016).

3.2.2 Nível Intermediário I: Fatores Reprodutivos e Características Maternas

- **Idade Materna**

Embora alguns estudos evidenciem maior risco de mortalidade fetal em mulheres que apresentam idades extremas (menor de 20 anos e acima de 35 anos), a maioria dos autores, em todo o mundo, reforça que natimortos são atribuíveis a maior idade materna (maior de 35 anos). O risco para o feto se eleva nessa fase da vida por serem comuns às condições de saúde adversas à gravidez, incluindo a maior frequência de malformações, parto prematuro, problemas placentários, gestações múltiplas, hipertensão arterial e diabetes (ROUQUAYROL *et al.*, 1996; COSTA, 2008a; COSTA, 2008b; ANDRADE *et al.*, 2009; MARTINS, 2010; HOLANDA, 2013; BARBEIRO *et al.*, 2015; MAZOTTI *et al.*, 2016).

A gravidez na adolescência também está associada com risco aumentado, especialmente em menores de 16 anos. No entanto, devido a um menor número de gestações neste grupo em comparação as mulheres com idade superior a 35 anos, a contribuição atribuível à população para natimorto é relativamente baixa (LAWN *et al.*, 2016). Autores têm chamado atenção para a existência de associação entre gravidez de mães adolescentes e o risco de natimortos devido, provavelmente, às condições sociais e de assistência à saúde do que o status adolescente (COSTA, 2008a). Associa-se a este fato a imaturidade do sistema reprodutivo, ganho ponderal não satisfatório, fatores como marginalidade social e o estilo de vida dessas adolescentes (COSTA, 2008b; MARTINS, 2010).

▪ **História Reprodutiva**

A ocorrência de natimorto pode estar associada a fatores reprodutivos e/ou obstétricos como abortos prévios, cesárea anterior, presença de morbidades clínicas e paridade. Os achados que associam alta paridade e resultados maternos e fetais não são consensuais. Enquanto alguns autores destacam que grandes múltiparas (quatro filhos anteriores ou mais) seja um fator desencadeador de eventos adversos durante a gestação (COSTA, 2008b; NELIN, *et al.*, 2015, MAZOTTI *et al.*, 2016), outros estudos constituem a primiparidade fator de risco para a ocorrência de complicações obstétricas, representando risco quase seis vezes maior para o desenvolvimento de intercorrências clínicas como a pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional quando comparada à multiparidade. Além disso, a primeira gestação está ligada à condição de elevado estresse psicológico e ansiedade, o que pode representar situações de risco para a mesma (ASSIS, 2008; FORTALEZA, 2016).

Outro fator de risco de morte fetal relatado por alguns estudos foi a história reprodutiva de natimorto em gestações antecedentes. Pela importância epidemiológica e repercussão direta no cotidiano do médico pré-natalista, o óbito intrauterino na gestação anterior merece destaque, posto que caracteriza a gestação como de alto risco. Muitas causas de morte fetal (por exemplo, descolamento prematuro da placenta) são conhecidas por recorrer em gestações subsequentes, aumentando assim as chances de outro natimorto associado a essa causa; mas nos casos em que natimorto permanece sem explicação, não há consenso sobre o risco de morte fetal na próxima gestação. (COSTA, 2008; KLEIN *et al.*, 2012; HOLANDA, 2013; BARBEIRO; LAMONT *et al.*, 2015).

A literatura ainda destaca história reprodutiva de nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer como agravantes à mortalidade fetal (COSTA, 2008; MARTINS *et al.*, 2010; MAZOTTI *et al.*, 2016). Até mesmo uma cesárea prévia pode aumentar o risco de perdas fetais no final da gestação. Isso, em função do maior risco de desordens placentárias (MARTINS *et al.*, 2010, 2013; MAZOTTI *et al.*, 2016).

▪ **Aspectos Psicossociais**

Os resultados são consistentes com investigações anteriores sobre a relação entre saúde mental materna durante a gravidez e natimortos, a maioria dos quais encontraram um risco aumentado de morte fetal em mulheres com alta dificuldade psicossocial ou diagnóstico de transtorno afetivo (MARTINS *et al.*, 2010; LÁSZLÓ *et al.*, 2013).

Estudo sugere que a associação entre os mecanismos fisiológicos do estresse materno e o natimorto envolve a ativação excessiva e prolongada dos sistemas de estresse. Além de seus efeitos fisiológicos diretos, o estresse também pode afetar os resultados da gravidez através de estilos de vida insalubres ou má adesão aos horários de pré-natal. (WISBORG *et al.*, 2008).

▪ **Situação Conjugal**

A relação com o parceiro mostrou-se associada ao óbito fetal em alguns estudos. Como a prevalência de mulheres sem parceiro ou com relação instável pode ser elevada nas classes menos favorecidas, a fração atribuível para este fator pode ser de difícil quantificação (DE LORENZI *et al.*, 2001; MARTINS, 2010; COSTA, 2008a; COSTA, 2008b; HOLANDA, 2013; BARBEIRO *et al.*, 2015). Mulheres que vivem sem seus companheiros tendem a apresentar maior vulnerabilidade por serem menos motivadas a utilizarem os serviços de saúde, devido à estigmatização e à marginalização que sofrem na sociedade, além da falta de apoio emocional, social, afetivo e de incentivo ao autocuidado (FORTALEZA, 2016).

Por outro lado, a violência doméstica em qualquer fase da vida da mulher, em especial na gestação, vem se tornando um grave problema social e de saúde pública em todo o mundo, a prevalência de violência doméstica na gestação varia de 0,9% a 20,1%. Estudos apontam que o trauma em si é capaz de promover lesões diretas na mulher que repercutem sobre a gestação, além do estresse contínuo que parece promover alterações no comportamento como a incapacidade de manter a nutrição, repouso e cuidados de saúde (AUDI *et al.*, 2008; NASCIMENTO, 2011).

▪ **Comportamento Materno e Estilo de Vida**

Estudos encontraram forte associação entre a condição sócio-econômica desfavorável com comportamentos de risco como o tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas, as quais comprometem a saúde materna e fetal (COSTA, 2008a; MARTINS *et al.*, 2010; NASCIMENTO, 2011, HOLANDA, 2013; LAMONT *et al.*, 2015; CUNHA, NASCIMENTO, 2015).

Estudo afirma que as drogas lícitas, como o fumo e o álcool, são fatores que causam dano à saúde do feto e do recém-nascido. O tabagismo leva a uma diminuição dose-

dependente do peso fetal, aumento das complicações obstétricas e aumento do risco da mortalidade fetal e infantil. A ingestão de álcool pela mãe durante a gravidez pode provocar no feto uma síndrome de deficiência de crescimento, disfunções neurológicas e anomalias faciais (Síndrome alcoólica fetal), além do aumento das complicações obstétricas. Com relação às drogas ilícitas, nas gestantes viciadas em cocaína, a maior incidência de óbitos fetais deve-se aos efeitos da droga sobre a circulação uteroplacentária e, principalmente, à ocorrência de descolamento prematuro de placenta (HOLANDA, 2013).

3.2.3 Nível Intermediário II: Assistência Ao Pré-Natal e ao Parto

- **Assistência Pré-Natal**

Os determinantes dos indicadores de saúde ligados à mãe e ao bebê estão diretamente relacionados à adequação da assistência ao pré-natal. Esta assistência deve ser capaz de detectar e intervir precocemente nas situações de risco, ofertar um serviço hospitalar com controle dos leitos por demanda, estratégia de vinculação da gestante à maternidade, sendo, portanto, efetivo na redução das principais causas de mortalidade materna e perinatal (ASSIS, 2010; BRASIL, 2013).

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha com o propósito de permitir maior abrangência do atendimento pré-natal, garantir a realização dos exames fundamentais, promover o encaminhamento das gestantes para atendimento especializado nos casos que apresentem complicações, além de vincular a gestante ao hospital de referência para a realização do parto (BRASIL, 2011).

Apesar da assistência pré-natal quase universal no Brasil, com número de consultas iguais às preconizadas em quase todas as regiões, ainda persiste a desigualdade no país. A Pesquisa Nascer no Brasil constatou que as mulheres da região Norte e Nordeste frequentam menos as consultas de pré-natal, quando comparadas às dos outros estados brasileiros, sendo, muitas vezes, de quantidade inferior ao número de consultas necessárias para o monitoramento adequado da gestação para que esta curse de maneira fisiológica e saudável (VIELLAS *et al.*, 2014).

Um dos principais desafios do cuidado pré-natal é melhorar a sobrevivência fetal em gestações classificadas como “alto risco”, de forma que os fetos potencialmente

comprometidos possam ser adequadamente monitorizados, prevenindo-se os óbitos fetais (HOLANDA, 2013).

- **Assistência ao Parto**

Apesar dos partos no Brasil ocorrerem predominantemente em hospitais (98,4%) e serem assistidos por médicos (88,7%) os resultados são insatisfatórios se comparados a outras localidades. Esta situação tem sido denominada de “Paradoxo Perinatal Brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento com utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas e manutenção de taxas elevadas de morbi-mortalidade materna e perinatal (LANSKY *et al.*, 2014). Considerando que a grande maioria desses óbitos ocorre dentro das estruturas hospitalares e que são de causas evitáveis, o monitoramento das mortes hospitalares torna-se um elemento relevante que permite a identificação dos principais problemas ocorridos na oferta e na qualidade da assistência obstétrica (COSTA, 2008a).

Os esforços em ações de saúde são de fundamental importância para a redução da mortalidade perinatal, particularmente, a melhoria do acesso e a qualidade da atenção pré-natal e atenção ao parto e nascimento. Por um lado a rede de atenção perinatal deve assegurar à gestante e ao recém-nascido o acesso em tempo oportuno ao serviço com o nível adequado de complexidade. Por outro, é necessário garantir o acesso às melhores práticas assistenciais e reduzir o grave e generalizado distanciamento entre as práticas de atenção ao parto no Brasil e as recomendações baseadas em evidências científicas (LANSKY *et al.*, 2014).

No Brasil, o acesso ou acessibilidade ao serviço de saúde ainda é uma questão discutida entre os estudiosos que avaliam a assistência ao parto. Sabe-se que, muitas vezes, o acesso às maternidades pode ser dificultado por longas distâncias, pela falta de transporte eficaz, bem como pela dificuldade de comunicação e referenciamento adequados (LANSKY *et al.*, 2002; COSTA, 2008).

A desvinculação que existe entre os serviços que oferecem assistência durante todo o período gestacional resulta na peregrinação da gestante à procura de um estabelecimento para realizar o parto, o que pode agravar ainda mais o quadro clínico da gestante e contribuir para a evolução de complicações que possam culminar com o óbito. A situação torna-se mais grave ao considerar que a maioria das gestantes que procuram mais de um serviço até ser atendida busca essa assistência utilizando seus próprios meios (MENEZES *et al.*, 2006; FORTALEZA, 2016).

3.2.4 Determinantes Proximais: Complicações Maternas e Condições Fetais

▪ Complicações Maternas

No estudo de Zhu *et al.*, (2016), na China, as complicações maternas foram classificadas hierarquicamente em categorias de acordo com critérios recomendados pela OMS de morte materna: Near Miss materna, complicação pré-parto ou intraparto e morbidade. O estudo concluiu que esses diferentes níveis de complicações pré-parto ou intraparto foram associadas substancialmente a riscos de natimorto.

Estudos destacam como principais complicações maternas determinantes de morte fetal no período anteparto, as síndromes hipertensivas específica da gravidez (pré-eclâmpsia, eclâmpsia), endocrinopatias (especialmente o diabetes gestacional), infecções bacterianas e virais e as síndromes hemorrágicas (ROUQUAYROL *et al.*, 1996; ANDRADE *et al.*, 2009; MARTINS *et al.*, 2010; KLEIN *et al.*, 2012; ASSIS, 2013; MARTINS, 2013; LAWN *et al.*, 2016).

O risco para o óbito fetal aumenta entre gestantes hipertensas. No Brasil, os distúrbios hipertensivos acometem 12% a 22% das gestações. Autores citam esta variável como a causa isolada mais prevalente de mortalidade fetal, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, onde a qualidade da atenção pré-natal é superior. A pré-eclâmpsia grave é potencialmente a que apresenta pior prognóstico materno-fetal. A detecção e tratamento precoce da hipertensão arterial e suas variantes diminui as chances de um desfecho obstétrico desfavorável (KLEIN *et al.*, 2012; MARTINS *et al.*; ASSIS, 2013; LANSKY *et al.*, 2014b; CUNHA, NASCIMENTO, 2015; BARBEIRO *et al.*, 2015; LAWN *et al.*; MAZOTTI *et al.*, 2016).

Infecções durante a gravidez são fatores evitáveis; embora o diagnóstico e tratamento sejam acessíveis, a combinação da infecção materna ao óbito fetal ainda é frequente. Melhorias na prevenção e tratamento da malária e sífilis na gravidez no mundo inteiro devem ser passos importantes para evitar natimortos nos sistemas de saúde (LAWN *et al.*, 2016). As taxas elevadas de prematuridade e de baixo peso ao nascer por sífilis congênita encontradas entre os óbitos fetais ajudam a explicar a sua presença entre as causas mais importantes desses óbitos (ANDRADE *et al.*, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2012; ASSIS, 2013; HOLANDA, 2013; MARTINS *et al.*, 2013; BARBEIRO *et al.*, 2015; LAWN, 2016; MAZOTTI *et al.*, 2016).

O óbito fetal também pode estar associado às síndromes hemorrágicas durante a gestação ou parto, relacionadas à placenta prévia e descolamento prematuro da placenta. Muitas vezes, esses eventos estão associados a quadros hipertensivos, resultando frequentemente em baixo peso e prematuridade (LANSKY *et al.*, 2006; ANDRADE *et al.*, 2009; ASSIS, 2013; BARBEIRO *et al.*, 2015; MAZOTTI *et al.*, 2016).

Estudos confirmam que o diabetes gestacional é outra complicação frequente da gravidez que apresenta alta incidência de morbimortalidade fetal e neonatal (MARTINS, 2010; ASSIS; HOLANDA, 2013; CUNHA; BARBEIRO *et al.*, 2015; LAWN; MAZOTTI *et al.*, 2016). A falta de qualidade no pré-natal expõe essas mulheres a risco maior, mesmo nos casos diagnosticados e com tratamento clínico iniciado se não houver acompanhamento detalhado e observação semanal dessas gestantes, estas poderão apresentar complicações irreversíveis ou até mesmo evoluírem para óbito (FORTALEZA, 2016).

▪ **Características do Feto**

Atualmente, a saúde pública tem se mostrado apreensiva com o aumento significativo de nascimento de recém-nascidos prematuros e como consequência, um acréscimo significativo da mortalidade perinatal no Brasil. Dessa forma, a duração da gravidez enfatiza-se como variável importante associada à sobrevivência fetal.

A revisão da literatura revela um claro predomínio de mortes fetais em idades gestacionais mais precoces, pois, em geral, fetos pré-termo apresentam maior risco para a morte devido a associação com a maior ocorrência de síndromes hemorrágicas, pré-eclâmpsia grave e insuficiência placentária (COSTA, 2008ab; MARTINS *et al.*, 2010; KLEIN *et al.*, 2012; HOLANDA, 2013; BARBEIRO *et al.*, 2015).

Por outro lado, a pós-maturidade (42 semanas ou mais) também aumenta o risco de natimortalidade, o que pode ser explicado devido à maior ocorrência de fetos pequenos para a idade gestacional ou por quadros de insuficiência placentária (MARTINS *et al.*, 2010). A maioria dos países de alta renda introduziram políticas de indução do parto antes de 42 semanas, sugerindo um substancial efeito na proporção de natimortos. Esta política poderia ser alargada a países de renda média, onde a data precisa da gravidez através de ultrassonografia precoce, atenção obstétrica e de emergência, estão amplamente disponíveis. É necessária precaução em locais onde estes critérios não podem ser satisfeitos (LAWN *et al.*, 2016).

O baixo peso ao nascer tem sua importância epidemiológica bem fundamentada, é considerado como um dos principais indicadores da qualidade de vida intrauterina e de prognóstico de vida do feto, que incide diretamente na taxa de mortalidade perinatal. E ainda, refletem diretamente muitos dos agravos acometidos durante a gestação e, desse modo, permite avaliar a assistência prestada (COSTA, 2008ab; MARTINS, *et al.*, 2010; KLEIN *et al.*, 2012; HOLANDA, 2013; BARBEIRO *et al.*, 2015; LAWN, *et al.*, 2016). Chamam-se a atenção para a mortalidade com peso acima de 2.500 g, os quais são fetos com grande potencial de sobrevivência, retratando as evidências de que os resultados na saúde perinatal estão relacionados à qualidade da assistência (LANSKY *et al.*, 2002; MARTINS, 2013).

Natimorto é frequentemente o resultado de uma rede causal geralmente, de um feto já comprometido. O risco de morte é maior para os fetos que estão em um contexto de restrição do crescimento fetal, infecção ou transtornos da placenta. A Restrição do crescimento fetal (CIUR) e parto prematuro é muitas vezes um fator final na via causal levando a morte fetal. Estudos afirmam a forte associação entre natimortos e a restrição do crescimento intrauterino e outras condições relacionadas com a disfunção placentária (MARTINS, 2010; HOLANDA, 2013; LASZLÓ *et al.*, 2013; HEAZELL *et al.*; BARBEIRO *et al.*, 2015; ZHU *et al.*, 2016). O diagnóstico de risco pode favorecer a indução precoce ou cesariana, conseqüentemente, aumentando a razão de nascimento prematuro. Associam-se recém-nascidos com CIUR às baixas condições socioeconômicas, estado nutricional com inadequada ingestão de calorias, tabagismo materno e baixo grau de instrução da mãe (COSTA, 2008a).

Mitos ainda persistem que natimortos são inevitáveis e principalmente devido a anomalias congênitas não evitáveis. No entanto, na maioria dos relatórios internacionais, anomalias congênitas representam menos de 10% de todos os óbitos fetais, com uma mediana de 7,4% e uma taxa média de 0,4 por 1000 nascidos vivos. Por outro lado, com bons diagnósticos e onde a interrupção da gravidez é ilegal, uma proporção maior de anomalias congênitas é relatada, por exemplo, 21% na Irlanda (LAWN *et al.*, 2016).

A malformação fetal também foi encontrada pelos autores como risco isolado para o óbito fetal (ANDRADE *et al.*, 2009; KLEIN *et al.*, 2012; ASSIS, 2013; HOLANDA, 2013; CUNHA; NASCIMENTO, 2015; BARBEIRO *et al.*, 2015; HEAZELL *et al.*, 2015).

De acordo com a literatura a frequência de gestações múltiplas tem aumentado nas últimas décadas, o que determina o aumento de baixo peso ao nascer e a prematuridade, fatores de risco determinantes do óbito fetal (MARTINS, 2010; KLEIN *et al.*, 2012;

HOLANDA, 2013). Alguns estudos revelam descobertas relacionadas às especificidades da gemelaridade associadas ao óbito fetal: o risco de óbito fetal em gestações monozigóticas é mais elevado do que em gestações dizigóticas (HOLANDA, 2013).

3.3 Etiologia Inexplicada

A etiologia da morte fetal é complexa e não está bem compreendida. Para que se possa reduzir a frequência de morte fetal é indispensável o conhecimento de sua etiologia. No entanto, 40 a 50% dos casos são considerados como de causa indefinida, mesmo em países com maiores recursos para o diagnóstico. Em muitos casos nenhuma causa proximal pode ser identificada (LÁSZLÓ *et al.*, 2013).

Este fato corrobora com as crenças sócio-culturais e religiosas para a explicação da ocorrência do óbito fetal. A noção de que natimortos podem ser causados por forças cosmológicas, como a ‘vontade de Deus’, o que pode servir de base à tomada de decisão em moldar o seu acesso e utilização dos serviços em situações de emergência de saúde materna (HAMID *et al.*, 2014).

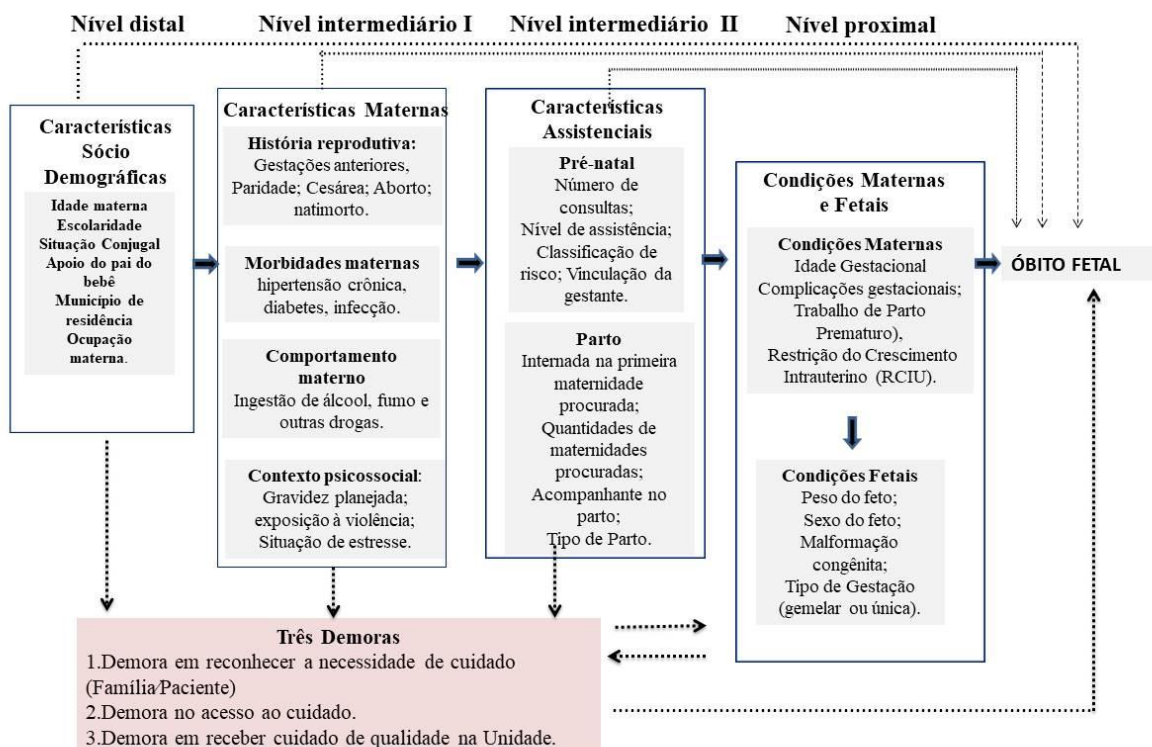
A incerteza que rodeia o risco para a morte fetal dificulta aos médicos aconselhar casais e saber qual o nível de cuidado fornecer em gestações subsequentes. Há hipótese de que as mulheres cuja primeira gravidez resultou em natimorto inexplicável tiveram um risco aumentado de morte fetal em gravidez posterior. Nesse sentido, com a finalidade dos pais receberem informações precisas sobre o risco futuro, deve ser dada prioridade ao estabelecimento da causa da morte fetal (LAMONT *et al.*, 2015).

4 MODELO TEÓRICO CONCEITUAL PARA EXPLICAÇÃO DO ÓBITO FETAL

A seleção das variáveis para a elaboração do modelo hierarquizado foi realizada a partir da revisão de literatura considerando-se os atuais referenciais teóricos sobre as diversas dimensões para a explicação da ocorrência do óbito fetal. Foram organizadas em níveis de hierarquia de acordo com a proximidade com o desfecho (Distal, Intermediário I, Intermediário II e Proximal). Assim, através de uma estrutura hierarquizada foi possível considerar fatores distintos de acordo com sua precedência no tempo e de sua relevância para a explicação do desfecho (NASCIMENTO, 2011).

Para o entendimento do óbito fetal, os fatores distais (sócio demográficos) influenciam os fatores intermediários (características maternas e assistenciais) e estes influenciam os fatores proximais (condição de saúde materna e do feto). Supõe-se que a variável das “Três Demoras” exerça efeitos diretos e indiretos sobre o óbito fetal. Os efeitos indiretos estariam relacionados à produção das complicações maternas e fetais ou complicações do parto. (Figura 1).

Figura 2 - Modelo Teórico Conceitual para explicação de Óbitos Fetais (adaptado de Nascimento, 2011).



Fonte: Elaborado pelos autores.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

Estudo observacional, analítico, de base hospitalar, do tipo Caso-Controle com componente qualitativo. Foi realizada a vigilância prospectiva dos casos de óbito fetal e nascidos vivos de mulheres admitidas no serviço de obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará (MEAC/UFC), no período de Janeiro a Novembro de 2017. Os casos incidentes de óbito fetal foram captados e comparados a controles selecionados entre os nascidos vivos no período, numa razão de 1:2 e pareados por idade gestacional e por procedência (capital/interior). O referencial teórico utilizado para o estudo destes casos foi o Modelo das Três Demoras (THADDEUS, MAINE, 1994).

O Componente qualitativo emergiu das narrativas das mulheres envolvidas no estudo. Das 72 mulheres com diagnósticos de perda fetal do estudo, foram selecionados 19 discursos sobre a história da perda fetal, de acordo com o critério de saturação teórica de informações (FONTANELLA *et al.*, 2008). Os registros forneceram informações importantes a partir da perspectiva das mulheres e foi utilizado como recurso complementar para subsidiar a análise e discussões sobre a perda fetal e as “Três Demoras” na assistência obstétrica (ANGELINI, 2016).

5.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) a qual faz parte do Complexo de Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará (UFC) localizada no município de Fortaleza, capital do Ceará.

A MEAC/UFC é referência terciária para atendimentos de gestantes de alto risco e atende a uma população predominantemente de baixa renda da região metropolitana de Fortaleza e do interior do estado do Ceará. Dispõe de Serviços de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Materna e Neonatal. Na maternidade são realizados cerca de 5.000 partos por ano. A MEAC foi considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais da Rede Cegonha (Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, prioritária para o sistema de saúde brasileiro).

5.3 População do Estudo

5.3.1 Critérios de Inclusão

Casos: mulheres que apresentaram diagnóstico de óbito fetal (antes ou depois da admissão hospitalar) ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou peso ao nascer igual ou superior a 500g e admitidas na MEAC no período de janeiro a novembro de 2017.

Controles: mulheres que tiveram nascidos vivos com internação materna no mesmo período, pareadas por idade gestacional e municípios de procedência (capital/interior) aproximados aos casos.

5.3.2 Critérios de Exclusão (casos e controles)

Gravidade do estado clínico das puérperas que impossibilitam a entrevista. E, pacientes menores de 18 anos não acompanhadas pelos seus responsáveis ou se estes não assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

5.4 Amostragem¹

De acordo com o Departamento de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente da MEAC, no período de 2012 a 2016 ocorreram 22.475 partos, sendo 21.934 nascidos vivos e 541 natimortos notificados na Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará (MEAC-UFC) (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de Óbitos Fetais, nascidos vivos e Taxa de mortalidade fetal (TMF). MEAC-UFC, 2012-2016.

Ano	Número de óbitos fetais	Número de nascidos vivos	TMF
2012	107	3.639	27,8
2013	106	3.774	27,3
2014	95	3.937	23,3
2015	122	5.385	22,1
2016	111	5.199	21,0

Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. MEAC, 2017.

Estimou-se uma amostra de 80 casos e 80 controles (total=160) adotando-se um poder do estudo (1-β) de 80%, erro alfa de 5%, com razão de 1:2 (caso-controle). O número

¹ <http://www.vsai.pt/amostragem.php>

final de casos (óbitos fetais) incluídos nessa casuística foi de 72 casos e 144 controles.

A determinação do tamanho da amostra levou-se em consideração, basicamente, a magnitude do valor da razão de chance (RC) das variáveis em estudo, a prevalência dessas variáveis no grupo controle, o poder estatístico e o nível de significância.

5.5 Operacionalização da Pesquisa e Coleta de Dados

No início da pesquisa foi realizada a etapa piloto com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados, como não houve alterações, estes formulários foram inseridos na amostra.

Os casos e controles foram recrutados por meio do Livro de registros diários de nascimento do setor de neonatologia da MEAC. No primeiro momento, foram consultados os dados disponíveis nos prontuários para verificação da elegibilidade dos critérios de inclusão. Em seguida, deu-se a confirmação dos casos e controles de acordo com os critérios de pareamento pelos dados dos prontuários e o seguimento das entrevistas (coleta de dados). As entrevistas foram realizadas na enfermaria do puerpério da MEAC pela própria pesquisadora, de acordo com a ocorrência dos casos. Após entrevistar a mãe do natimorto na enfermaria, antes da alta, outras duas mães de nativos, selecionadas, foram entrevistadas.

Antes da entrevista, houve esclarecimento a respeito dos objetivos da pesquisa e solicitação da autorização para participação do estudo e divulgação em meios científicos, ressaltando a preservação da identificação da paciente. A autorização da participação ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento (ou Assentimento) Livre Esclarecido (TCLE) pelas puérperas ou do responsável, no caso de menores de 18 anos (APENDICE B).

As informações sobre a ocorrência das “Três Demoras” foram coletadas através de entrevistas com as puérperas com a utilização de formulário padronizado (APENDICE A) e escuta qualitativa sobre a história da ocorrência da perda fetal desde o início do problema à chegada à MEAC/UFC. As informações também foram viabilizadas pela consulta aos prontuários e outros registros médicos, como Declaração de Óbito (DO) e cartão da gestante.

Os procedimentos de revisão sistemática dos questionários e verificação da fidedignidade dos dados coletados foram realizados em 100% da amostra visando à qualidade dos dados primários coletados e a correção de erros de consistência e digitação.

5.6 Variáveis

5.6.1 Variável Dependente: Óbito Fetal

- Ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm (CID-10).
- Indica o óbito, o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009).

5.6.2 Variáveis Independentes

Nível distal- Características Sócio-demográficas: Idade materna (10-14; 15-19; 20-34 e 35 ou mais); Escolaridade categorizada em anos de estudo concluídos (≤ 7 anos; 8 a 10 anos e 11 a 14 anos); situação conjugal (Com companheiro ou sem companheiro); recebeu apoio do pai do bebê; Município de residência (capital ou outros municípios); trabalhar for (sim ou não).

Nível intermediário I- Características Maternas: História reprodutiva: Gestações anteriores (nenhuma, 1, 2, 3 ou mais); paridade (0, 1, 2, 3 ou mais); cesárea anterior (sim ou não); aborto anterior (sim ou não); natimorto anterior (sim ou não); prematuro anterior (sim ou não); morbidades prévias (hipertensão crônica, diabetes, infecção).

Gestação atual: Gravidez planejada (sim ou não); exposição à violência (sim ou não); Comportamento materno (álcool, fumo e outras drogas); Situação de estresse (sim ou não).

Nível intermediário II- Características Assistenciais - Pré-natal e Parto

Pré-natal: Número de consultas realizadas (Nenhuma; 1 a 3; 4 a 6; 7 ou mais); Serviço onde foram realizadas as consultas (Atenção Primária, secundária, terciária ou particular); Classificação de gestação de alto risco (sim ou não); Vinculação da gestante ao local de referência ao parto (sim ou não).

Parto: Utilizou transporte do Sistema de Saúde (sim ou não); Internada na primeira maternidade (sim ou não); Quantidades de maternidades procuradas (1; 2; 3; 4 ou mais); Acompanhante no parto (sim ou não); Tipo de Parto (Cesárea ou Vaginal).

Nível proximal- Condições Maternas e Fetais:

Condições Maternas: Idade Gestacional em semanas no momento do óbito fetal (22 a 27; 28 a 36; ≥ 37); momento em que ocorreu o óbito (anteparto ou intraparto); complicações gestacionais (síndromes hemorrágicas; síndromes hipertensivas; diabetes gestacional; infecções; Sífilis; Infecção Urinária); complicações na evolução do trabalho de parto (Ruptura Prematura das Membranas Ovulares; Trabalho de Parto Prematuro), Restrição do Crescimento Intrauterino (CIUR).

Condições Fetais: Peso do feto em gramas (≤ 1.500 ; 1.500 a 2.499; 2.500 a 2.999; 3.000 a 3.499; ≥ 3.500); ≤ 2500 ou ≥ 2500); sexo do feto (Masculino ou Feminino); malformação congênita (sim/não); Tipo de Gestação (gemelar ou única).

Quadro 2 - Critérios padronizados para análise das “Três Demoras” (THADDEUS; MAINE, 1994):

Demora em reconhecer a necessidade de cuidado (Família/Paciente):	
<i>Desconhecia os sinais de risco</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Subutilização dos serviços influenciada por desconhecimento de sinais de risco e falta de avaliação de que são graves para justificar cuidados médicos. • Fatores, "barreiras" ou "restrições" que afetam a decisão de procurar cuidados e utilização de serviços.
<i>Recusa do Cuidado</i>	
Demora no acesso ao cuidado adequado:	
<i>Ausência ou inadequação do Pré-natal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso aos serviços influencia a tomada de decisão e determina o tempo gasto em alcançar o serviço adequado em tempo oportuno após a decisão de procurar cuidados.
<i>Dificuldade com Transporte</i>	
<i>Dificuldade Geográfica.</i>	
Demora em receber cuidado de qualidade na Unidade:	
<i>Demora no Diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Atrasos no reconhecimento de transtornos maternos de alto risco e prestação de cuidados inadequados nas unidades de saúde.
<i>Dificuldade de comunicação com centro regulador</i>	
<i>Falta de pessoal treinado</i>	
<i>Demora na transferência do caso</i>	
<i>Atraso no início do tratamento</i>	
<i>Conduta inadequada com a paciente.</i>	

5.7 Análise dos Dados

Foi realizada análise univariada para verificar associação entre os grupos (casos e controles), as diferenças observadas entre os grupos de mulheres com óbitos fetais e nascidos vivos foram avaliadas quanto à significância estatística pelo valor de $p < 0,05$. Em seguida, realizou-se análise de regressão logística múltipla para determinação da força de associação das “Três Demoras” com o desfecho (óbito fetal), calculou-se a Odds Ratio (OR) bruta e ajustada quando significativo, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson, selecionando-se para o modelo final, aquelas com associação ao óbito fetal ao nível de significância de 5%. Foram utilizados os programas SPSS versão 24 e software R 3.31.

5.8 Fontes de Viés

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é uma unidade de referência terciária no estado para alta complexidade na área de atenção à saúde da mulher e da criança. O serviço admite diariamente gestantes de alto risco (GAR) diagnosticadas e encaminhadas para tratamento de doenças associadas à gravidez. Esse fato pode ter gerado um viés de seleção, uma vez que tanto casos como controles têm probabilidade de apresentar complicações obstétricas, e conseqüentemente, pode ter reduzido a magnitude da associação entre o óbito fetal e estas complicações.

5.9 Aspectos Éticos

O Projeto foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/MEAC/UFC através da Plataforma Brasil e aprovado com o número Parecer N 2.144.962. Tendo sido obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado pelas mães antes da realização da entrevista.

Ocasionais descontroles emocionais foram contornados com uma postura ética de acolhimento e escuta qualificada antes do início da entrevista, procurando estabelecer relacionamento de vínculo e confiança.

Obtiveram-se as anuências das assinaturas do Gerente de Atenção à Saúde da MEAC pelo Termo de Fiel depositário.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 ARTIGO 1

DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO DE ÓBITO FETAL: ESTUDO DE CASO-CONTROLE.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre as demoras na assistência prestada à gestante em busca de cuidados obstétricos e o desfecho óbito fetal em uma maternidade de referência terciária.

Métodos: Estudo observacional, analítico do tipo Caso-Controle, incluindo 72 casos de óbitos fetais e 144 controles (nascidos vivos) de mulheres admitidas no serviço de obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, Ceará, no período de Janeiro a Novembro de 2017. Os controles foram pareados (2:1) por idade gestacional e município de procedência aproximado aos casos. Os grupos foram comparados quanto ao modelo das três demoras na assistência obstétricas. Utilizou-se o Teste do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher na comparação entre os grupos. Considerou-se $p < 0,05$ como significância estatística. **Resultados:** Não houve diferença estatística entre os grupos quanto às variáveis socioeconômicas. O grupo do óbito fetal apresentou menor número de consultas no pré-natal (>6 consultas: 27,8% x 40,3%, $p=0,003$), menos classificação em gestação de risco (41,7% x 55,9%, $p=0,048$), menos orientação sobre local de parto (44,5% x 64%, $p=0,009$), menor frequência de cesariana (25,4% x 65,7%) e maior prevalência de síndromes hemorrágicas (33,3% x 19,4%, $p=0,024$) e sífilis (15,3% x 4,2%, $p=0,004$). Na análise bivariada todas as demoras, exceto dificuldade com transporte e dificuldade geográfica foram estatisticamente diferentes entre os grupos. Na regressão logística, as variáveis que persistiram significativamente associadas ao óbito fetal foram: Recusa do Cuidado (OR=10,7; IC95%: 1,92-59,6), demora no diagnóstico (OR=22,2; IC95%: 4,41-112,3) e Conduta inadequada com a paciente (OR=4,56; IC95%: 1,08-19,2). **Conclusão:** A invisibilidade dada aos óbitos fetais nos diversos níveis de atenção têm como desdobramentos as demoras em busca de cuidados por parte da gestante, bem como a “normalização” das queixas e complicações determinantes para o desfecho do óbito. São necessários maiores investimentos e atenção às mortes fetais como uma medida direta do acesso e qualidade dos cuidados na rede de atenção materno infantil.

Palavras-chave: Natimorto. Assistência integral à saúde da mulher. Assistência perinatal.

Abstract

Objective: To evaluate the association between delays in the care provided to pregnant women seeking obstetric care and the fetal death outcome in a tertiary reference maternity.

Methods: Observational study, Case-Control type analytical, including 72 cases of fetal deaths and 144 controls (live births) of women admitted to the obstetrics service at Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), in Fortaleza, Ceará, from January to November 2017. The controls were matched (2: 1) by gestational age and municipality of approximate origin to cases. The groups were compared regarding the model of the three delays in obstetric care. The Pearson's Chi-square test and the Fisher's exact test were used to compare the groups. It was considered at $p < 0.05$ as significant. **Results:** There was no statistical difference between the groups regarding socioeconomic variables. The fetal death group had a lower number of prenatal consultations (>6 appointment: 27,8% x 40,3%, $p=0,003$), less rating at gestation of risk (41,7% x 55,9%, $p=0,048$), less guidance about place of birth (44,5% x 64%, $p=0,009$), lower cesarean frequency (25,4% x 65,7%) and higher prevalence of hemorrhagic syndromes (33,3% x 19,4%, $p=0,024$) and syphilis (15,3% x 4,2%, $p=0,004$). In the bivariate analysis, all delays, except difficulty with transportation and geographical difficulty were statistically different between groups. In logistic regression, the variables that persisted significantly associated with fetal death were: Refusal of Care (OR=10,7; CI95%: 1,92-59,6), delay in diagnosis (OR=22,2; CI95%: 4,41-112,3) and inadequate conduct with the patient (OR=4,56; CI95%: 1,08-19,2). **Conclusion:** The invisibility given to fetal deaths at the various levels of attention has as a consequence the delays in seeking care by the pregnant woman, as well as the "normalization" of the complaints and determining complications for the outcome of death. More investments are needed and attention to fetal deaths as a direct measure of access and quality of care in the maternal and child care network.

Key words: Stillbirth. Comprehensive Health Care. Perinatal Care.

Introdução

Vários fatores de risco têm sido descritos para o óbito fetal na literatura mundial, sabendo-se que sua etiologia é complexa e não está bem compreendida (1). Pouca atenção tem sido dada a esse tema, principalmente quanto aos aspectos epidemiológicos, de forma que raramente se tem analisado a mortalidade fetal separadamente das mortalidades perinatal e infantil. O caráter invisível e o luto silencioso têm como desdobramento a inexistência de políticas públicas voltadas para sua prevenção (2).

Os fatores que envolvem os natimortos são inseparáveis de problemas de saúde materna e a maioria é evitável com melhorias do sistema de saúde através de pré-natal de qualidade, assistência ao parto em tempo oportuno e atenção contínua na rede de assistência (3). O modelo para avaliação de assistência, criado por Thaddeus e Maine, em 1990, conhecido como “Três Demoras”, desenvolvido para estudar as mortes maternas, é relevante para natimortos (5). Esse modelo relaciona a mortalidade a uma série de atrasos na assistência obstétrica, que impedem a mulher de ter acesso a uma assistência qualificada e eficaz em tempo oportuno (6).

Essas demoras revelam a espera entre a complicação e o tratamento, e podem ser divididas em três fases: O primeiro atraso ocorre quando a paciente ou sua família não reconhece a gravidade da situação e atrasa a decisão de procurar atendimento. O segundo atraso é evidenciado pela dificuldade da gestante em obter acesso aos cuidados adequados devido a barreiras geográficas, sociais ou econômicos ou falta de transporte sanitário. O terceiro atraso diz respeito ao retardo em receber o cuidado adequado e oportuno na unidade de saúde, o que pode resultar em desfechos maternos e fetais adversos. Essas demoras estão relacionadas entre si e a mortalidade pode ser advinda da combinação desses atrasos (6).

Há carência de estudos que examinam o impacto das demoras sobre o desfecho de óbito fetal. Encontraram-se três estudos para mortes perinatais com aplicação da análise das três demoras: duas revisões, uma realizada em Kigali, Ruanda (7) e outra na Tanzânia (8), e uma meta-análise sobre atrasos na obtenção de cuidados efetivos durante o trabalho de parto e o nascimento (9).

O objetivo desse estudo foi analisar a associação entre as demoras na assistência prestada à gestante em busca de cuidados obstétricos e o desfecho óbito fetal. Essa proposta está alinhada e inserida no atual esforço da Organização Mundial da Saúde e da International Stillbirth Alliance (ISA) em promover estratégias baseadas em evidências com o objetivo da prevenção do óbito fetal (3).

Métodos

Estudo observacional, analítico, de base hospitalar, do tipo Caso-Controle. Foi realizada a vigilância prospectiva dos casos de óbito fetal e nascidos vivos de mulheres admitidas no serviço de obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará (MEAC/UFC), no período de Janeiro a Novembro de 2017. Os casos incidentes de óbito fetal foram captados e comparados a controles selecionados entre os nascidos vivos no período, numa razão de 1:2, pareados por idade gestacional e município de procedência.

A MEAC/UFC é referência terciária para atendimentos de gestantes de alto risco e atende a uma população predominantemente de baixa renda da região metropolitana de Fortaleza e do interior do estado do Ceará. Dispõe de Serviços de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Materna e Neonatal. Na maternidade são realizados cerca de 5.000 partos por ano. A MEAC foi considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais da Rede Cegonha (Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, prioritária para o sistema de saúde brasileiro).

A amostra final do estudo foi constituída por 72 casos e 144 controles. Os critérios de inclusão utilizados para os casos foram: diagnóstico de óbito fetal (antes ou depois da admissão hospitalar) ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou peso ao nascer igual ou superior a 500g. Para os controles foram: nascidos vivos com internação materna no mesmo período dos casos. Os critérios de exclusão para os dois grupos foram: mulheres que apresentaram incapacidade física e/ou mental que inviabilizava a entrevista, mulheres menores de 18 anos não acompanhadas por seus responsáveis ou que recusaram participar da entrevista. O critério de elegibilidade comum aos casos e controles foi o parto realizado na maternidade MEAC.

A operacionalização da Pesquisa transcorreu com a seleção dos casos e controles no livro de registros diários de nascimento do setor de neonatologia da MEAC. A confirmação da participação ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelas puérperas ou do responsável, no caso de menores de 18 anos.

As variáveis selecionadas para o estudo foram: Sóciodemográficas- idade materna, escolaridade, situação conjugal, apoio recebido pelo pai do bebê, município de residência (capital ou outros municípios); Maternas- paridade, cesárea anterior, aborto anterior, natimorto anterior, planejamento da gestação, exposição à violência, situação de estresse. Assistenciais- número de consultas de pré-natal, classificação de risco na gestação, local das

consultas, orientação sobre o local do parto, número de maternidades procuradas, tipo de parto, complicações obstétricas (síndromes hemorrágicas, síndromes hipertensivas, diabetes, sífilis).

Os critérios de análise das “Três Demoras” são descritos a seguir (4):

- 1) Demora em reconhecer a necessidade de cuidado:
 - Desconhecimento dos sinais de risco;
 - Recusa do cuidado: Fatores ou barreiras que afetam a decisão de procurar cuidados e utilização de serviços.
- 2) Demora no acesso ao cuidado adequado:
 - Ausência ou inadequação do Pré-natal;
 - Dificuldade com transporte,
 - Barreira Geográfica.
- 3) Demora em receber cuidado de qualidade na Unidade:
 - Demora no diagnóstico;
 - Dificuldade de comunicação entre hospital e centro regulador;
 - Falta de pessoal treinado;
 - Demora na transferência do caso;
 - Atraso no início do tratamento,
 - Conduta inadequada com a paciente.

As informações sobre a ocorrência das demoras foram coletadas através de entrevistas com as puérperas com a utilização de formulário padronizado e escuta qualitativa sobre a história da ocorrência da perda fetal desde o início do problema à chegada à MEAC/UFC. As informações também foram viabilizadas pela consulta aos prontuários e outros registros médicos, como Declaração de Óbito (DO) e cartão da gestante.

Foi realizada comparação entre os casos e controles utilizando o teste de Qui-quadrado de Pearson. Considerou-se estatisticamente significativo valor de $p < 0,05$. Em seguida, para determinação da força de associação dos fatores das “Três Demoras” com o desfecho (óbito fetal), realizou-se a regressão logística múltipla, calculando-se a Odds Ratio bruta e ajustada com seus respectivos intervalo de confiança (IC) a 95%. Utilizaram-se os programas SPSS versão 24 e software R 3.31. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) /Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/MEAC/UFC com o número do Parecer 2.144.962.

Resultados

Do total de óbitos fetais analisados neste estudo, 86,1% ocorreram no período anteparto (antes do trabalho de parto) e 13,9% no período intraparto (durante o trabalho de parto e parto). As principais causas dos óbitos ocorridos no período anteparto foram: Síndromes hipertensivas (40,3%), Síndromes hemorrágicas (29,0%), infecção do trato urinário (27,4%) e sífilis (16,1%). E, no período intraparto foram: Síndromes hemorrágicas (60,0%), infecção do trato urinário (50,0%) e Síndromes hipertensivas (40,0%). Em relação à idade gestacional, os resultados revelaram que 25% ocorreram antes da 28ª semana de gestação e 75% ocorreram após a 28ª semana de gravidez, considerada como “morte fetal tardia”.

Quanto à procedência das mulheres que tiveram perdas fetais na MEAC, 57% eram residentes da capital, 21% de municípios da região metropolitana de Fortaleza e 21% de municípios do interior. O estudo apresentou uma mulher residente de outro estado.

Na análise das características sócio-demográficas observou-se que as mulheres (mães de natimortos e nascidos vivos) atendidas na MEAC possuem as mesmas dificuldades relacionadas às condições de vida, como idade, anos de estudo, condição socioeconômica, situação conjugal, portanto, não houve diferença significativa entre os grupos, exceto para a variável *não receber apoio do pai do bebê*, onde 20,8% das mulheres que tiveram natimortos não receberam esse apoio emocional durante a gestação, o que se mostrou significativamente associada a ocorrência de óbito fetal ($p=0,019$). Em relação às características maternas, apenas a variável *Situação de estresse na gestação* manteve-se associada significativamente ao óbito fetal ($p \leq 0,001$). (Tabela 1.1).

Na Tabela 1.2 são apresentadas as características assistenciais e complicações maternas dos casos de óbitos fetais e nascidos vivos. Em relação à assistência pré-natal, observou-se que 12,5% das mulheres que tiveram natimortos não realizaram consultas de pré-natal comparadas às mulheres que tiveram nascidos vivos (1,4%). Essas mulheres, mães de natimortos, 41,7% referiram que a gestação foi classificada como de risco, 27,7% realizaram consultas de pré-natal em serviços de atenção especializada (secundária ou terciária), menos da metade das mulheres que tiveram perdas fetais (45%) receberam orientação sobre o local onde seria realizado o parto e 56,9% destas mulheres tiveram a necessidade de percorrer mais de uma maternidade.

Na análise bivariada, todas as variáveis selecionadas no estudo para a assistência pré-natal apresentaram significância estatística: número de consultas ($p=0,003$), diagnóstico de

gestação de alto risco ($p=0,048$), local de realização das consultas ($p=0,003$) e receber orientação sobre o local onde seria realizado o parto ($p=0,009$).

Quanto aos fatores da assistência ao parto, a variável *tipo de parto* apresentou-se estatisticamente significativa ao óbito fetal ($p\leq 0,001$). Das mães de natimortos, 25,4% realizaram cesárea como via de parto, comparado aos partos de nascidos vivos (65,7%). As principais complicações maternas associadas à indicação de cesariana foram as síndromes hemorrágicas ($p=0,024$) nos óbitos intraparto e a sífilis ($p=0,004$) nos óbitos anteparto. Essas complicações foram identificadas como fatores de risco significativos para a natimortalidade. Quanto às vias de parto para os óbitos intraparto, 60% foram cesáreas e 40% foram vaginais.

A Tabela 1.3 apresenta a análise dos fatores associados às “Três Demoras” na assistência obstétrica. A demora com maior frequência para os casos foi ausência ou inadequação ao pré-natal (81,9%), seguido de atraso no início do tratamento (72,2%) e demora no diagnóstico (51,4%). Para o grupo dos controles, estas categorias apresentaram: ausência ou inadequação do Pré-natal (36,1%), atraso no início do tratamento (35,4%) e demora no diagnóstico (3,5%). Todos os fatores associados à primeira “*demora em procurar o cuidado*” e terceira demora “*receber cuidado de qualidade na unidade*” se mostraram fortemente associados ao desfecho óbito fetal, na segunda demora apenas “*ausência ou inadequação do pré-natal*”.

A análise multivariada apresentada na Tabela 1.4 foi realizada para determinação da força dos fatores de risco das “Três Demoras” na ocorrência de óbitos fetais. Uma associação importante foi encontrada entre natimortalidade e a primeira demora, com uma chance 4,0 vezes maior das mães dos natimortos apresentarem a *recusa ao cuidado*. Na segunda demora as mães de natimortos obtiveram 2,7 vezes maior chance de apresentarem *ausência ou inadequação do Pré-natal*.

E, na terceira demora relacionada a *Receber cuidado de qualidade na Unidade*, dentre todos os fatores de risco analisados, a *demora no diagnóstico* foi o que apresentou maior peso estatístico, com uma chance 10,3 vezes maior da mãe do natimorto encontrar falhas e dificuldades para realização de diagnóstico para detecção de risco na gestação. Ainda na terceira demora, foi comprovada associação significativa entre óbito fetal e *condutas inadequadas com a paciente*, verificando-se uma chance 4,8 vezes maior de os natimortos serem filhos de mães que receberem condutas inadequadas em unidades de saúde durante a gestação ou intraparto.

A Tabela 1.5 apresenta o resultado da análise multivariada e as variáveis que persistiram significativamente associadas ao óbito fetal foram: Recusa do Cuidado (OR=10,7;

IC95%: 1,92-59,6), Demora no diagnóstico (OR=22,2; IC95%: 4,41-112,3) e Conduta inadequada com a paciente (OR=4,56; IC95%: 1,08-19,2).

Discussão

O estudo utilizando como referencial teórico o Modelo das “Três Demoras” permitiu a compreensão dos fatores inter-relacionados que criam barreiras ao acesso a cuidados maternos de qualidade e eficaz em tempo oportuno para mulheres e suas famílias (4).

Embora o estudo não tenha encontrado associação significativa relacionada aos aspectos sócio-demográficos, os resultados deste estudo refletem o diferencial de acesso aos cuidados de saúde que ainda existe entre a população menos favorecida. Percebe-se o contínuo avanço das tecnologias de assistência perinatal no Estado com ampliação e qualificação da cobertura da atenção nos diferentes níveis de assistência, o que têm influenciado decisivamente os resultados. Por outro lado, vem acentuando as desigualdades nas sociedades em que o acesso a esse tipo de assistência não está garantido, onde, infelizmente, não se conseguiu ainda implantar um sistema de saúde realmente universalizado e equitativo. Este cenário contrapõe aos objetivos da Rede Cegonha de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade (10; 11).

Estudos confirmam que, em todos os países o risco de natimortalidade é mais elevado nas populações marginalizadas em que o acesso a serviços de saúde torna-se menor e a qualidade é afetada pelas desigualdades sociais. Sugerem, portanto, que a abordagem baseada no direito à atenção universal à saúde tem que incluir as mulheres mais pobres, suas famílias e seus bebês (12; 13; 14).

Em nosso estudo quando avaliamos as causas dos óbitos ocorridos nos períodos anteparto e intraparto, encontramos as causas maternas como principais, dentre estas podemos destacar as síndromes hemorrágicas e a sífilis como estatisticamente significativas ao óbito fetal. A predominância de causas maternas permite a discussão sobre a qualidade da assistência ao pré-natal, o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno poderiam reduzir a ocorrência de óbitos intrauterinos.

Primeira Demora - Reconhecer a necessidade de cuidado (Gestante/família)

A análise da primeira demora demonstrou um importante fator de risco que se manteve estatisticamente associado à ocorrência de óbito fetal, a *recusa ao cuidado*, demonstrada pela recusa a comparecer às consultas de pré-natal sendo justificado pelas mulheres por:

“desleixo”, “desconhecimento da gestação”, “gravidez indesejada”, “falta de interesse” e barreiras culturais construídas por rivalidades entre bairros. Entre essas mulheres verificaram-se fatores de risco relacionados ao estilo de vida (alcoolismo, tabagismo) e uma sobreposição de complicações na gravidez que se associaram ao aumento da morbidade e mortalidade fetal. Esse quadro traduziu-se em uma forte associação ao desfecho óbito fetal.

Algumas mulheres diante dos sinais de risco adotaram a conduta de "ficar esperando passar", percebidos inicialmente, como parte "normal" do processo de gravidez, o que agravou o quadro e por fim, o óbito. Estudo considera que há uma noção cultural de que gravidez e parto são considerados eventos naturais. Tais visões fatalistas podem levar à percepção de que a condição não é passível de tratamento, e assim atuar como barreiras efetivas a uma decisão em tempo oportuno de buscar cuidado (4).

Estudo realizado na Tanzânia confirma a evidência de que a primeira demora geralmente ocorre com mulheres em que a gravidez é indesejada (8). É fundamental que as Equipes de Saúde da Família estabeleçam vínculo de confiança com as pessoas de sua área de abrangência, objetivando oferecer apoio em situações de crise, como no caso de uma gravidez indesejada (12). Resultados semelhantes foram observados em outro estudo que reforça a necessidade de que os serviços tenham mecanismos para identificar essas mulheres, que são as que mais se beneficiariam de um acompanhamento precoce e adequado (15).

Outros estudos evidenciam a ausência às consultas de pré-natal como um fator de risco potencialmente modificável em que o aumento do acesso e disponibilidade destes serviços pode atenuar os índices de natimortalidade (16; 17; 18; 19). Considerando que no Brasil houve aumento na cobertura do acompanhamento pré-natal, indica ainda o comprometimento de um dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal em que as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde (20).

O número de consultas tem relevância limitada como indicador da saúde materna e perinatal, por outro lado, a qualidade do cuidado neste período pode incentivar futuros comportamentos de busca de saúde (21).

Segunda demora - Acesso ao cuidado adequado

O componente da segunda demora que se apresentou neste estudo estatisticamente associada ao desfecho óbito fetal na análise multivariada foi *Ausência ou inadequação ao Pré-natal*. Nesse sentido, o estudo sinaliza o comprometimento de indicadores de qualidade do pré-natal: Em ordem de importância, a demora na detecção de risco durante as consultas de

pré-natal que se apresentou associada a ocorrência de natimorto na análise bivariada ($p=0,048$), refletida no atraso ao tratamento oportuno para se evitar o desfecho. Uma grande proporção de mulheres que tiveram perdas fetais apresentou complicações como hemorragia, pré-eclâmpsia grave (PEG), infecção do trato urinário (ITU), sífilis, diabetes, as quais não foram diagnosticada em tempo oportuno, outro grupo não foi encaminhado para consultas especializadas e outro não conseguiu vaga em pré-natal de alto risco para realizar tratamento adequado ao seu caso. O local da realização das consultas também se apresentou como um fator fortemente associado ao óbito fetal ($p=0,003$). Em alguns casos, observou-se a desvalorização das queixas das mulheres as quais foram traduzidas como “normais” ou erroneamente diagnosticadas e tratadas.

A Rede Cegonha preconiza como uma de suas diretrizes, que logo no início do pré-natal na atenção primária, a gestante deve realizar os exames e ter os resultados em tempo oportuno os quais subsidiarão a avaliação de risco e o projeto terapêutico específico para cada caso (11). A má interpretação dos sinais clínicos e a má gestão constituem em um importante fator contribuinte para as mortes fetais (8). Portanto, todos os profissionais de saúde devem estar atentos à presença de fatores de risco durante o período gestacional e devem ser capacitados para avaliá-los continuamente, de modo que, seja possível determinar o momento em que a gestante precisa de atenção mais especializada. A assistência no momento oportuno e de maneira adequada diminuirá os atrasos assistenciais causadores de morbimortalidade materna e fetal (20).

Outra importante evidência observada em nosso estudo relacionada à segunda demora que apresentou associação significativa com o óbito fetal foi a fragilidade na referência sobre o local do parto ($p=0,009$), ou seja, o comprometimento da Lei da Vinculação que garante que toda gestante tem direito à informação prévia sobre a maternidade de referência (22). Observou-se a ineficiência ou ausência de um sistema organizado de referência e contra referência na assistência, pois, mesmo quando as gestantes procuraram os hospitais indicados no pré-natal, elas não foram prontamente atendidas. Muitas dessas pacientes estavam em trabalho de parto prematuro e/ou apresentando complicações obstétricas. Chama-se à atenção a proporção de mulheres (56,9%) que buscaram atendimento em outras maternidades, tendo superado a proporção encontrada pela Pesquisa Nascer no Brasil, que encontrou 25,1% das gestantes do Nordeste e 16,2% no Brasil (23; 15; 24).

Essas demoras no atendimento também foram encontradas em outros estudos que constataram que a expectativa de internação não atendida além de identificar as insuficiências na atenção, pode representar risco potencial à vida materna e fetal. Isso se configura como

uma violência de caráter institucional (25; 26; 24).

A discussão de mudanças desse cenário tem sido foco das políticas públicas atuais no país e no estado, com destaque para a estratégia do governo federal a Rede Cegonha (SUS). No Ceará houve a ampliação da assistência obstétrica e neonatal através da habilitação de leitos de gestantes de alto risco e neonatais. Entretanto, ainda enfrenta desafios de insuficiência desse atendimento nas regiões, sendo grande parte desses serviços concentrados na capital, ocasionando em superlotação das maternidades de alta complexidade e a peregrinação das gestantes em busca de leitos.

Terceira Demora - Receber cuidado de qualidade na Unidade

A terceira demora neste estudo com forte chance de associação ao óbito fetal foi representada pelos componentes: *demora no diagnóstico* e *conduta inadequada com a paciente*. A *Demora no Diagnóstico* apresentou-se 22 vezes chance de ocorrência ao óbito fetal no modelo final. A primeira evidência marcante associada ao desfecho foi a falha no diagnóstico precoce de morbididades na gestação já discutida na segunda demora como *ausência e inadequação ao pré-natal* pela demora na detecção do risco e no encaminhamento ao tratamento em tempo oportuno às consultas especializadas. A segunda evidência foi a constatação de que algumas mulheres mediante a modificação dos movimentos fetais ainda estão sendo informadas de que é "normal" e, uma vez que o batimento cardíaco é detectado, são indicadas para "não se preocupar". Esse falso equívoco, leva à confusão e coloca em risco a vida da mãe e do feto (27). Pesquisas internacionais recomendam que os profissionais valorizem as queixas maternas sobre os movimentos fetais e realizem gerenciamento padronizado para detectar sofrimento fetal para reduzir a incidência de natimortalidade (28; 29).

A falta de diagnóstico precoce de agravos pode retardar a adoção de condutas importantes para a prevenção do óbito. Portanto, é necessário estabelecer mecanismos para a capacitação continuada dos profissionais para atender o pré-natal, especialmente no sentido de reconhecer as complicações da gestação e fazer os encaminhamentos necessários (12).

O segundo componente da terceira demora que permaneceu como fator determinante associado ao óbito fetal apresentando-se uma chance 4,8 vezes maior de os natimortos serem filhos de mães que receberam *condutas inadequadas* em unidades de saúde. Este fator foi evidenciado pelo *atraso na transferência das pacientes* para a maternidade de alta complexidade associado ao diagnóstico tardio e condutas equivocadas pela equipe.

Uma das razões pelas altas taxas de natimortos em países de baixa e média renda é o atraso que muitas mulheres experimentam em receber cuidados adequados, incluindo atrasos no reconhecimento de transtornos maternos de alto risco, em providenciar transporte e a prestação de cuidados inadequados nas instalações. A capacidade de atender a esses requisitos é importante para reduzir a taxa de morte fetal (30).

Os protocolos ministeriais preconizam a utilização do dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) “Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR)” que pressupõe a agilidade no atendimento, definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento (31).

Outros resultados de nosso estudo merecem discussão. Ficou evidente o alto percentual de casos de óbitos fetais relacionados aos partos vaginais (74,6%). Este resultado corresponde à recomendação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e de outras organizações mundiais, que indicam a via de parto vaginal como preferencial para gestantes com óbito fetal (32). De acordo com a literatura, o óbito fetal não constitui indicação de cesariana, devendo ser reservada para condições específicas, como placenta prévia centro-total, cesáreas de repetição e descolamento de placenta (33). Por outro lado, a alta taxa de cesariana (65,7%) no grupo controle, pode ter sido motivada pelas mesmas complicações maternas encontradas em ambos os grupos, com a diferença que as mães de natimortos não tiveram acesso à cesárea como indicação para a prevenção do óbito.

Observam-se, neste estudo, que as síndromes hemorrágicas apresentaram-se entre as intercorrências, significativamente associadas ao óbito fetal ($p=0,024$), apresentando entre estas mulheres, como uma complicação associada às síndromes hipertensivas, portanto, potencialmente prevenível com a identificação precoce, tratamento adequado e rápido encaminhamento a serviços de referência (23). Devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal a Febrasgo recomenda que diante do diagnóstico de descolamento prematuro da placenta (DPP), o parto seja resolvido o mais precoce possível, sendo a interrupção da gravidez indicada (32).

Muitos estudos, principalmente internacionais, evidenciam a cesárea como fator de proteção para redução da mortalidade fetal, o que justifica o aumento da frequência de cesariana em países de alta renda e em muitos países de renda média, em parte devido à crescente preocupação com o risco de morte fetal (34; 8; 35; 36).

A redução da mortalidade fetal está mais relacionada com a qualidade da assistência obstétrica do que com a via de parto. Portanto, o mais importante é assegurar um adequado acompanhamento do trabalho de parto, com adoção de medidas que favoreçam o parto normal

e o diagnóstico precoce de situações que requerem o parto cirúrgico, a tempo de evitar o óbito fetal (12).

Este presente estudo concentrou-se principalmente na avaliação do período anteparto. Embora a proporção de mortes fetais intraparto (13,9%) tenha sido semelhante ao encontrado em países desenvolvidos, considera-se a limitação deste estudo no tocante a análise dos fatores que envolvem o manejo do parto e nascimento. Muitos eventos ou incidentes adversos podem ter a sua origem na aplicação inadequada ou mesmo a não aplicação das melhores práticas baseadas em evidências para lidar com situações específicas. Portanto, o desenvolvimento e implementação de diretrizes clínicas e protocolos otimizados devem fazer parte das ações de um programa de promoção da qualidade na atenção materna e neonatal (37).

Outro fator importante a ser considerado em relação aos casos de óbitos fetais deste estudo, é a situação de estresse emocional na gestação que se apresentou como fator significativo para o óbito fetal na análise bivariada ($p \leq 0,001$). Grande proporção dessas mulheres relatou ter vivenciado alguma situação de estresse na gestação, entre as quais, luto pela perda de familiares, situação de conflito com companheiro, relações instáveis, e outras. Os resultados são consistentes com investigações anteriores os quais encontraram um risco aumentado de morte fetal em mulheres com alta dificuldade psicossocial ou um diagnóstico de transtorno afetivo (12; 1). Estudo em um hospital da Dinamarca evidenciou que os mecanismos fisiológicos do estresse materno além de efeitos fisiológicos diretos, podem afetar os resultados da gravidez através de estilos de vida insalubres ou má adesão aos horários de pré-natal, prejudiciais ao feto (39). Esse achado suscita reflexões, já que são poucos estudos nacionais que abordam esta questão como relevante para a ocorrência de natimortos.

Preconiza-se que a atenção perinatal de qualidade compreenda a atenção integral à mulher e à família e que na identificação de fatores de risco sejam valorizados os aspectos relacionados às situações de estresse e dificuldades psicossociais os quais influenciam nos resultados (40).

Os resultados deste presente estudo reforçam a mortalidade fetal como um marcador sensível da qualidade do cuidado prestado à gravidez e ao parto, bem como uma medida direta do acesso e qualidade aos cuidados intraparto (5). Os fatores associados a ocorrência de óbitos fetais evidenciam que grande parte desses óbitos poderiam ter sido evitados com a melhoria dos cuidados durante o pré-natal, o pronto reconhecimento das complicações e o rápido encaminhamento aos serviços adequados de acordo com o grau de risco, isto é, com

atenção contínua e integrada entre o pré-natal e o parto como intervenção prioritária.

Conclui-se, portanto, que a prevenção da natimortalidade não pode ser um tema individualizado, exige-se uma abordagem programática integrada, com ações coordenadas e contínuas nos vários níveis de atenção.

Não há necessidade de grandes investimentos, pois, a implementação de medidas básicas de atenção à saúde, como o fortalecimento da atenção primária como ordenadora do cuidado; postura acolhedora, estabelecimento de vínculo com a população; organização de Linhas de Cuidado prioritárias com atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência; incentivo à utilização de protocolos baseados em evidências científicas, são melhorias que devem ser implementadas com substancial impacto na redução dos "três atrasos", bem como para a saúde materna e redução dos óbitos fetais evitáveis.

Referências

1. LÁSZLÓ, K.D. et al. Maternal Bereavement During Pregnancy and the Risk of Stillbirth: A Nationwide Cohort Study in Sweden, May 23, 2012. American Journal of Epidemiology © The Author 2013. Vol. 177. No. 3. Advance Access publication: January 7, 2013. Acesso em: 02 set. 2016.
2. SCOTT J. Stillbirths: breaking the silence of a hidden grief. Volume 377, n. 9775, p1386-1388, 23 April 2011. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60107-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60107-4/fulltext).
3. FRØEN J.F., FRIBERG I.K., LAWN J.E., et al, Ending preventable stillbirths An Executive Summary for The Lancet's Series. <http://www.thelancet.com/series/ending-preventable-Series> 2016.
4. THADDEUS'.S, MAINE D. Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context- Sm. Sci. Med. Vol. 38. Elsevier Science Ltd Printed in. No. 8, pp. 1091-1110, 1994.

5. LAWN, J.E. et al., Ending preventable stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. www.thelancet.com.2016. Published <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736> (15).
6. PACAGNELLA, R.C. Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico. Campinas, SP, 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
7. AIMABLE, M. Review of perinatal deaths with application of a three-delay analysis of hospitals in Kigali, Ruanda. Universidade de Uppsala, Departamento de Saúde Internacional Materno-Infantil (IMCH). <http://www.diva-portal.org/smash/record>. Last updated: 2015-09-04.
8. MBARUKU G., ROOSMALEN J., KIMONDO I., BILANGO F., BERGSTRÖM S., Perinatal audit using the 3-delays model in western Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106 (2009) 85–88.
9. LEE, A. C.; LAWN, J. E.; COUSENS S. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Oct; Volume 107. Pages S65–S88. Published by Elsevier Ireland Ltd. on behalf of International Federation of Gynecology and Obstetrics.
10. LANSKY, S., FRANÇA, E., LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2002; www.fsp.usp.br/rsp.
11. BRASIL, Ministério da saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha, 2011. www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062.
12. MARTINS, E.F. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, Belo Horizonte, Minas Gerais. [Tese]. Esc. Anna Nery, 2013. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/18D.PDF>. Acesso em: 23 maio 2016.

13. HAMID S., MALIK A.U., RICHARD F. Stillbirth- a neglected priority: Understanding its social meaning in Pakistan. Vol. 64, No. 3, março 2014. 332- <http://www.jpma.org.pk/Pdf>.
14. HEAZELL, A. E. P.; WHITWORTH, M. K. WHITCOMBE J. et al. Research priorities for stillbirth: process overview and results from UK Stillbirth Priority Setting Partnership. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015; 46: 641–647. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26336941>.
15. VIELLAS, E.F.D et al. Pesquisa Nascer no Brasil: Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* V. 30 (supl.1), 2014. pp. S85. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311 X-csp-30-s1-0085.pdf>.
16. ROUQUAYROL M.Z., CORREIA L.L., BARBOSA L. M. M., XAVIER L.G.M., OLIVEIRA J.W., FONSECA W. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 1996; 72 (6):374-378. *Jornal de Pediatria - Vol. 72, Nº6, 1996*.
17. NELIN K.C.A. Risk factors for antepartum stillbirth: a case-control study in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015; 15:146. Published online 2015 Jul 5. DOI: 10.1186/s12884-015-0567-3.
18. BARBEIRO F.M.S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Departamento de Epidemiologia e Bioestatística. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: 2015. <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/pdf>. *Rev. Saúde Pública*, 2015; 49:22.
19. MAZOTTI B.R., ZILLY A., FERREIRA H., CALDEIRA S., SILVA R.M.M. Fatores epidemiológicos correlacionados ao risco para morte fetal: revisão integrativa da literatura. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)- Foz do Iguaçu-PR, Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2016.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

21. KEARNS A.D. Antenatal and postnatal care: a review of innovative models for improving availability, accessibility, acceptability and quality of services in low-resource settings. *BJOG* 2016; 123: 540–548. www.bjog.org a Department of Global Health and Population, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA b ICS Integrare, Barcelona, Spain.
22. BRASIL, Presidência da República Federativa. Lei nº11.634, de 27.12.2007- Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 21 set.2008. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br>>. Acesso em: 18 mar. 2012.
23. ANDRADE, L. G.; AMORIM, M. M. R.; CUNHA, A. S. C.; LEITE, S. R. F.; VITAL, S. A. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(6): 285-92.
24. FORTALEZA L.M.M. Incidência e Risco do Near Miss Materno na Região Nordeste do Brasil Teresina, 2016. Ministério da Educação. Universidade Federal do Piauí. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. [Dissertação]. <http://Repositorio.Ufpi.Br/Xmlui/Bitstream>.
25. PINHEIRO H.D.M. Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE, 2014. Universidade Federal de Pernambuco [Dissertação].
26. RODRIGUES, D.P., ALVES V.H., PENNA L.H.G, PEREIRA A.V., BRANCO M.B.L.R, SILVA L.A. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Out-Dez*,2015. *Esc. Anna Nery*,2015;19(4):614-620. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>.
27. MAGUIRE S., ENNISKILLEN N.I. Awareness of reduced fetal movements: a one-way street? Irlanda do Norte. *BMC Gravidez e parto* 2017, 17 (Suplemento 1): P55.
28. O’SULLIVAN O. et al. Predicting poor perinatal outcome in women who present with decreased fetal movements – a preliminary study. *J. Obstet Gynaecol* 2009; 29(8):705–10.

29. JOKHAN, S. et al. Evaluation of the quality of guidelines for the management of reduced fetal movements in UK maternity units. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:54 DOI 10.1186/s12884-015-0484-5.
30. GOLDENBERG R. et al. Stillbirths: the vision for 2020. For The Lancet's Stillbirths Series steering committee* *Lancet* 2011; 377: 1798–805 Published Online April 14, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(10)62235-0.
31. BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: 2010. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1583-6.
32. SAMPAIO Â.G., SOUZA A.S.R.-Indicação de cesarianas em óbito fetal-*Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(4):169-75 <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a04.p>
33. NASCIMENTO M.I., CUNHA A.A., OLIVEIRA S.R.S.M. Manejo clínico na indução de parto de feto morto: avaliação da incidência e condições associadas à cesariana. *Revista Bras. Epidemiologia*, 2014; 203-216.
34. BHUTTA Z.A., DARMSTADT G.L., HAWS R.A., YAKOUB M.Y., LAWN J.E. Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand- *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009, 9 (Suppl 1):S7.
35. GOLDENBERG R.L., SALEEM S., PASHA O., HARRISON M.S., MCCLURE E.M. Reducing stillbirths in low-income countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 Feb 95(2):135-43. doi: 10.1111/aogs.12817. Epub 2015 Nov 29.
36. ZHU, J. et al. Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. *Vol 4 February 2016.* www.thelancet.com/lancetgh.
37. ANVISA. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

38. LÁSZLÓ, K.D.; SVENSSON, T. et al. Maternal Bereavement During Pregnancy and the Risk of Stillbirth: A Nationwide Cohort Study in Sweden, **Am J Epidemiol**. 2013 Feb 1;177(3):219-2.

39. WISBORG K.; BARKLIN A.; HEDEGAARD M.; HENRIKSEN et al. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. **TBJOG**. 2008 Jun; 115(7):882 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18485167>. [ww.scielo.br/pdf/rbgf](http://www.scielo.br/pdf/rbgf).

40. WEISSHEIMER, AM – Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Pre-natal Psychosocial Profile. Ribeirão Preto, 2007. Tese de Doutorado, Escola de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Tabela 1.1 - Características sócio-demográficas e maternas dos casos de óbitos fetais e nascidos vivos. MEAC-UFC, 2017.

Características	Óbitos Fetais		Nascidos Vivos		Total		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Características sócio demográficas							
Faixa etária							0,729
10-14	1	1,4	3	2,1	4	1,9	
15-19	14	19,4	22	15,3	36	16,7	
20-34	47	65,3	92	63,9	139	64,4	
35 ou mais	10	13,9	27	18,8	37	17,1	
Escolaridade							0,794
≤ 7 anos	29	40,3	55	38,2	84	38,9	
8 a 10 anos	36	50,0	78	54,2	114	52,8	
11 a 14 anos	7	9,7	11	7,6	18	8,3	
Situação Conjugal							0,145
Com companheiro	54	75,0	120	83,3	174	80,6	
Sem companheiro	18	25,0	24	16,7	42	19,4	
Recebeu apoio do pai do bebê							0,019
Sim	57	79,2	127	90,7	184	86,8	
Não	15	20,8	13	9,3	28	13,2	
Mora na Capital							0,499
Sim	41	56,9	75	52,1	116	53,7	
Não	31	43,1	69	47,9	100	46,3	
Características maternas							
Paridade anterior							0,185
Nulípara	35	48,6	62	43,4	97	45,1	
Primípara	18	25,0	38	26,6	56	26,0	
Multipara	19	26,4	43	30,1	62	28,9	
Cesárea anterior							0,663
Sim	20	28,2	35	25,4	55	26,3	
Não	51	71,8	103	74,6	154	73,7	
Natimorto anterior							0,686
Sim	5	6,9	8	5,6	13	6,0	
Não	67	93,1	136	94,4	203	94,0	
Aborto anterior							0,260
Sim	14	19,4	38	26,4	52	24,1	
Não	58	80,6	106	73,6	164	75,9	
Planejamento/gestação							0,508
Sim	28	41,2	64	46,0	92	44,4	
Não	40	58,8	75	54,0	115	55,6	
Exposição à Violência							0,666
Sim	5	7,4	8	5,8	13	6,3	
Não	63	92,6	130	94,2	193	93,7	
Situação de Estresse/gestação							< 0,001
Sim	34	47,9	36	25,9	70	33,3	
Não	37	52,1	103	74,1	140	66,7	

Tabela 1.2 - Características Assistenciais e complicações maternas dos casos de óbitos fetais e nascidos vivos. MEAC/UFC, 2017.

Características	Óbitos Fetais		Nascidos Vivos		Total		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Número de Consultas							0,003
Nenhuma	9	12,5	2	1,4	11	5,1	
1 a 6	42	58,3	79	54,9	121	56,1	
7 ou mais	20	27,8	58	40,3	78	36,1	
Gestação de Alto Risco							0,048
Sim	30	41,7	80	55,9	110	51,2	
Não	42	58,3	63	44,1	105	48,8	
Local das Consultas							0,003
Atenção Primária	40	55,6	71	49,3	111	51,4	
Atenção Especializada	20	27,7	65	45,2	85	39,3	
Privado	3	4,2	6	4,2	9	4,2	
Orientação sobre o local do parto/Vinculação							0,009
Sim	31	44,9	87	64,0	118	57,6	
Não	38	55,1	49	36,0	87	42,4	
Quantidades de maternidades procuradas							0,092
Uma	31	43,1	76	52,8	107	49,5	
mais de uma	41	56,9	68	47,3	109	50,4	
Tipo de Parto							< 0,001
Cesárea	18	25,4	94	65,7	112	52,3	
Vaginal	53	74,6	49	34,3	102	47,7	
Síndromes Hipertensivas							0,268
Sim	29	40,3	47	32,6	76	35,2	
Não	43	59,7	97	67,4	140	64,8	
Hemorragia							0,024
Sim	24	33,3	28	19,4	52	24,1	
Não	48	66,7	116	80,6	164	75,9	
Sífilis							0,004
Sim	11	15,3	6	4,2	17	7,9	
Não	61	84,7	138	95,8	199	92,1	
Diabetes							0,144
Sim	4	5,6	17	11,8	21	9,7	
Não	68	94,4	127	88,2	195	90,3	

Fonte: MEAC-UFC, 2017

Tabela 1.3 As “Três Demoras” na Assistência Obstétrica entre casos e controles (óbitos fetais e nascidos vivos). MEAC/UFC, 2017.

Tipo de Demora	Óbitos Fetais		Nascidos Vivos		Total		Valor <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
1. Demora em reconhecer a necessidade de cuidado (Família/Paciente)							
Demora em Procurar o cuidado							
Sim	33	45,8	6	4,2	39	18,1	< 0,001
Não	39	54,2	138	95,8	177	81,9	
Desconhecia os sinais de risco							
Sim	27	37,5	3	2,1	30	13,9	< 0,001
Não	45	62,5	141	97,9	186	86,1	
Recusa do Cuidado							
Sim	16	22,2	5	3,5	21	9,7	< 0,001
Não	56	77,8	139	96,5	195	90,3	
2. Demora no acesso ao cuidado							
Ausência ou inadequação do Pré-natal							
Sim	59	81,9	52	36,1	111	51,4	< 0,001
Não	13	18,1	92	63,9	105	48,6	
Dificuldade com Transporte							
Sim	5	6,9	9	6,3	14	6,5	0,845
Não	67	93,1	135	93,8	202	93,5	
Dificuldade Geográfica							
Sim	29	40,3	48	33,3	77	35,6	0,315
Não	43	59,7	96	66,7	139	64,4	
3. Demora em receber cuidado de qualidade na Unidade							
Demora no Diagnóstico							
Sim	37	51,4	5	3,5	42	19,4	< 0,001
Não	35	48,6	139	96,5	174	80,6	
Dificuldade de Regulação							
Sim	28	38,9	34	23,6	62	28,7	0,019
Não	44	61,1	110	76,4	154	71,3	
Falta de Pessoal Treinado							
Sim	17	23,6	9	6,3	26	12,0	< 0,001
Não	55	76,4	135	93,8	190	88,0	
Demora na Transferência do caso							
Sim	33	45,8	23	16,0	56	25,9	< 0,001
Não	39	54,2	121	84,0	160	74,1	
Atraso no início do tratamento							
Sim	52	72,2	51	35,4	103	47,7	< 0,001
Não	20	27,8	93	64,6	113	52,3	
Conduta inadequada com a paciente							
Sim	28	38,9	8	5,6	36	16,7	< 0,001
Não	44	61,1	136	94,4	180	83,3	

Tabela 1.4. Modelo de Regressão logística para as Demoras na assistência obstétrica associadas ao desfecho óbito fetal. MEAC/UFC, 2017.

“Três Demoras na Assistência Obstétrica”	OR*	IC 95%	Valor <i>p</i>	OR**	IC 95%	Valor <i>p</i>
Demora 1: Demora em reconhecer a necessidade de cuidado:						
Demora em Procurar o cuidado	19,5	7,60-49,8	<0,001	3,42	0,76-15,3	0,108
Desconhecia os sinais de risco	28,2	8,16-97,3	<0,001	3,21	0,50-20,4	0,216
Recusa do Cuidado	7,94	2,77-22,7	<0,001	4,07	1,08-15,3	0,038
Demora 2: Acesso à unidade de saúde adequada						
Ausência ou inadequação do Pré-natal	8,03	4,02-16,0	<0,001	2,69	1,07-6,75	0,034
Demora 3: Atrasos em receber cuidado de qualidade na Unidade						
Demora no diagnóstico	29,3	10,7-80,2	<0,001	10,3	2,58-41,4	0,001
Dificuldade de regulação	2,05	1,11-3,8	0,020	1,13	0,39-3,26	0,820
Falta de pessoal treinado	4,63	1,94-11,0	0,001	0,64	0,10-3,82	0,628
Demora na transferência do caso	4,45	2,34-8,47	<0,001	0,55	0,15-1,92	0,348
Atraso no início do tratamento	4,74	2,55-8,80	<0,001	1,43	0,48-4,25	0,520
Conduta inadequada com a paciente	10,8	4,59-25,4	<0,001	4,88	1,43-16,6	0,011

*OR: Odds Ratio; OR**: Odds Ratio ajustado. IC95%: Intervalo de 95% de confiança. Valor *p*: Valor de significância do Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 1.5 Fatores associados ao óbito fetal (Análise multivariada). MEAC, 2017.

Variáveis	OR	IC 95%	Valor <i>p</i>
Recusa do Cuidado	10,7	1,92-59,6	0,007
Ausência ou inadequação do Pré-natal	2,76	0,98-7,81	0,054
Demora no diagnóstico	22,2	4,41-112,3	<0,001
Conduta inadequada com a paciente	4,56	1,08-19,2	0,039

ARTIGO 2

VIVÊNCIAS DE MULHERES SOBRE PERDAS FETAIS NA REDE MATERNO-INFANTIL: ANÁLISE DAS “TRÊS DEMORAS”

WOMEN'S EXPERIENCES ABOUT FETAL LOSSES IN THE MATERNAL-CHILD NETWORK: ANALYSIS OF THE "THREE DELAYS"

RESUMO

Esse estudo enfatiza os óbitos fetais como indicador da qualidade e acessibilidade dos cuidados disponibilizados à gestante, bem como a qualidade da assistência intraparto. Relaciona a mortalidade a uma série de atrasos na assistência obstétrica que impedem a mulher de ter acesso a uma assistência qualificada e eficaz em tempo oportuno. O estudo objetiva compreender as percepções das mulheres que vivenciaram perda fetal a partir da análise das “Três Demoras” na rede de atenção à saúde materno infantil. É uma Pesquisa qualitativa realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand /Universidade Federal do Ceará no período janeiro a novembro de 2017. Utilizou-se a técnica de entrevista individual semiestruturada para a coleta de dados e técnica de análise de conteúdo baseada no modelo teórico das “Três Demoras”. Na primeira demora, evidenciou-se atraso em reconhecer a necessidade de cuidado pelo desconhecimento sobre os sinais de risco e recusa do cuidado pelas mulheres. Na segunda demora atraso ao acesso à unidade de saúde, peregrinação de gestantes em busca de atendimento e barreiras geográficas devido a longa distância. Na terceira demora, encontraram-se condutas inadequadas evidenciadas por má interpretação dos sinais de risco e atrasos na provisão oportuna dos cuidados necessários.

Palavras-chaves: Natimortos. Acesso aos Serviços de Saúde. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The number of fetal deaths reflects the quality and accessibility of the primary health care provided to pregnant women, as well as the quality of intrapartum care. Besides the inevitable psychological burden for pregnant women, it may also be associated with increased maternal morbidity and mortality. The study aims to understand the perceptions of women who

experienced fetal loss from the analysis of the "three delays" in the healthcare network for maternal-child health. Qualitative research carried out at the Assis Chateaubriand Maternity School / Federal University of Ceará from January to November 2017. It was used the technique of semi-structured individual interview for data collection and technique of content analysis based on the theoretical model of "Three Delays". At first delay, it was evident a delay in recognizing the need for care by lack of knowledge about the signs of risk and refusal of care by women. At the second delay, delay to access to the health unit, pilgrimage of pregnant women in search of care and geographical barriers due to long distance. In the third delay, inadequate conducts were evidenced by misinterpretation of signs of risk, late diagnosis and delays in the timely provision of necessary care.

Keywords: Stillbirth. Health Services Accessibility. Comprehensive Health Care.

Introdução

O número de óbitos fetais reflete o estado de saúde da mulher, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados primários de saúde disponibilizados à gestante, bem como a qualidade da assistência intraparto. Além do inevitável ônus psicológico para a gestante, também pode se associar ao incremento da morbidade e mortalidade materna ¹⁻³.

Embora há de se considerar a magnitude e a importância dos óbitos fetais em termos da situação concreta de dor para a família e a sociedade, têm recebido pouca atenção como problema de saúde pública e pouco se tem estudado a seu respeito separadamente da mortalidade perinatal ⁴⁻⁶. O caráter invisível e o luto silencioso, não reconhecido socialmente, têm como desdobramento a inexistência de políticas públicas voltadas para sua prevenção ^{7,8}.

O modelo para avaliação de assistência, criado por Thaddeus e Maine, em 1990, conhecido como "Três Demoras" foi desenvolvido para estudar as mortes maternas, entretanto, é relevante para natimortos, pois relaciona a mortalidade a uma série de atrasos na assistência obstétrica que impedem a mulher de ter acesso a uma assistência qualificada e eficaz em tempo oportuno ^{9,10}.

Essas demoras revelam a espera entre a complicação e o tratamento e podem ser divididas em três fases: A primeira se refere ao atraso na decisão de procurar o cuidado por parte da mulher e da família. A segunda relaciona-se à dificuldade em obter acesso aos cuidados adequados devido a barreiras geográficas, sociais, econômicas ou falta de transporte sanitário. A terceira demora é o atraso em receber cuidado adequado e oportuno na unidade de

saúde. Essas demoras estão relacionadas entre si e a mortalidade pode ser advinda da combinação desses atrasos ⁹.

Assim, emergiu a questão norteadora do estudo: Quais as vivências emocionais das mulheres com perdas fetais a partir das experiências de demanda pelo cuidado na rede de atenção à saúde? E como estão inseridas nas “Três Demoras”?

Esse estudo objetivou compreender as percepções das mulheres que vivenciaram a perda fetal a partir da análise das “Três Demoras” na rede de atenção à saúde materno infantil no Estado do Ceará.

Métodos

Pesquisa qualitativa descritiva emergente das narrativas das mulheres envolvidas em um estudo de Caso-Controle que visava avaliar a associação entre as demoras na assistência prestada à gestante em busca de cuidados obstétricos e o desfecho óbito fetal. O estudo foi realizado com mulheres admitidas no serviço de obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal do Ceará (MEAC/UFC) no período janeiro a novembro de 2017. Os critérios de inclusão foram: mulheres com diagnóstico de óbito fetal (antes ou depois da admissão hospitalar), ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação ou fetos com peso ao nascer igual ou superior a 500g. Os critérios de exclusão foram mulheres que apresentaram incapacidade física e/ou mental que inviabilizava a entrevista ou menores de 18 anos não acompanhadas por seus responsáveis.

As participantes incluídas neste estudo foram identificadas no livro de registros diários de nascimento do setor de neonatologia da MEAC. Das 72 mulheres com diagnósticos de perda fetal do primeiro estudo, foram selecionados 20 discursos de acordo com o critério de saturação teórica de informações ¹¹. As entrevistas foram conduzidas na enfermaria do puerpério da MEAC, mediante a confirmação da participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelas puérperas.

A entrevista se procedeu em dois momentos: no primeiro momento ofereceu-se a escuta qualitativa sobre os aspectos subjetivos envolvidos na perda fetal desde o início da constatação da complicação materna ou óbito fetal à chegada à MEAC/UFC. Estas narrativas foram registradas espontaneamente incluindo as expressões emocionais ¹².

No segundo momento transcorreu a entrevista individual semiestruturada com a coleta das informações pertinentes às “Três Demoras” na assistência obstétrica. Os pontos abordados nas entrevistas contemplavam aspectos sobre o perfil epidemiológico materno (idade materna,

escolaridade, situação conjugal, município de residência), características obstétricas (paridade, tipo de parto, presença de complicações obstétricas) e características assistenciais relacionadas ao pré-natal e parto.

Como técnica de tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, utilizando-se a análise temática como modalidade. Seguiram-se os critérios da análise temática com a leitura exaustiva dos discursos que permitiu desenvolver as impressões, orientações e direções para a análise de acordo com o objetivo do estudo e do referencial teórico das “Três Demoras”¹³. Em seguida, foi realizada a seleção e o reagrupamento dos trechos de falas com categorização das expressões significativas no sentido de descrever os resultados e buscar inferências e interpretações¹⁴.

Para a compreensão e interpretação dos registros seguiram-se os critérios do modelo teórico das “Três Demoras” descritos a seguir¹³.

Demora em reconhecer a necessidade de cuidado:

- Desconhecimento dos sinais de risco,
- Recusa do cuidado: Fatores ou "barreiras" que afetam a decisão de procurar cuidados e utilização de serviços.

Demora no acesso ao cuidado adequado:

- Ausência ou inadequação do Pré-natal,
- Dificuldade com transporte,
- Barreira Geográfica.

Demora em receber cuidado de qualidade na Unidade:

- Demora no diagnóstico,
- Dificuldade de comunicação entre hospital e centro regulador,
- Falta de pessoal treinado,
- Demora na transferência do caso,
- Atraso no início do tratamento,
- Conduta inadequada com a paciente.

Após a análise, resultados da discussão foram revisados pelos pares do grupo de pesquisa em que todos os autores estavam institucionalmente vinculados. Quanto aos cuidados éticos em relação ao sigilo das entrevistas, as mulheres foram identificadas por “Maria” sendo seus discursos enumerados na ordem em que foram apresentados. Discursos também foram emitidos por uma mesma mulher. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis

Chateaubriand/MEAC/UFC com o nº do Parecer 2.144.962.

Resultados e Discussão

As histórias relatadas pelas mulheres selecionadas ilustram a percepção sobre a perda fetal acerca das repercussões clínicas, emocionais e psicossociais envolvidas na demanda pelo cuidado na rede de atenção à saúde.

Quanto ao perfil epidemiológico dessas 19 mulheres, 74% possuíam entre 20 a 34 anos, 68% vivem com companheiro, 63% residem na capital. Quanto às características obstétricas, 53% são multigestas, 63% realizaram consultas apenas na atenção primária, 21% não fez pré-natal e 74% percorreram mais de uma maternidade em situação de trabalho de parto ou complicação materna. As intercorrências clínicas mais frequentes foram: síndromes hipertensivas (42%), síndromes hemorrágicas (32%), Infecção do Trato Urinário (26%) e sífilis (26%). Em relação ao período da ocorrência do óbito, 79% ocorreram no período anteparto (antes do trabalho de parto) e 21% no período intraparto (durante o trabalho de parto e parto).

Embora a mortalidade fetal esteja associada a múltiplos fatores este artigo concentrou-se no intervalo entre o início da complicação obstétrica e o desfecho. Apresenta primordialmente, os fatores que: atrasam a decisão de procurar cuidados; atraso no acesso a uma unidade de saúde; e atraso na prestação de cuidados adequados. Segue a análise dos discursos categorizados a partir da análise das “Três demoras” vivenciadas na rede atenção materno infantil.

Primeira Demora: Atraso na decisão de buscar o cuidado

O estudo evidenciou que o atraso em reconhecer a necessidade de cuidado é influenciado pelos seguintes fatores: desconhecimento sobre os sinais de risco e recusa do cuidado pelas mulheres.

Em relação ao desconhecimento sobre os sinais de risco, as mulheres que relataram que mediante sintomas como dor, cefaleia, perda de líquido, sangramento ou mudanças dos movimentos fetais, adotaram a conduta de "ficar esperando passar" ou perceberam como parte do processo "normal" da gravidez. Algumas deram preferência a consultar a internet e os amigos. Conforme os relatos a seguir:

“[...] senti dor e fiquei calada, fiquei com medo de ir ao médico. No outro dia, amanheci com dor, fui para o médico à tarde e o médico disse que já estava com três dias que

o feto estava morto [...]” (Maria 1).

“[...] Há uma semana sentia ele durinho de lado. É o primeiro filho eu não entendia, ele mexia bastante do nada parou. No Pré-natal, só faziam perguntas básicas, só perguntava se estava bem. Media a pressão, gostaria que dessem mais atenção. [...]” (Maria 2).

“[...] Foi do nada, exames nunca deram problemas, ela mexia muito, o dia em que ela não mexeu achei estranho. Todo mundo falava que para de mexer no final, achei que era normal então não dei atenção, fui trabalhar. Perguntei às colegas se era normal, elas disseram que sim [...]” (Maria 3).

As mulheres tem a tendência a procurar cuidados somente depois de reconhecer sua condição como potencialmente ameaçadora da vida. Evidências sugerem que os profissionais não orientam as mulheres como reconhecer a gravidade dos problemas obstétricos e como lidar com eles, muitas vezes, o cuidado à saúde da gestante encontra-se condicionado às queixas físicas, faltando ações de promoção da saúde, viabilizando riscos de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal ¹⁵.

Algumas mulheres relataram sintomas interpretados e tratados como “virose”, os quais poderiam sugerir sintomas de síndromes hipertensivas, como ocorreu no caso a seguir, no qual a mulher tinha hipertensão não tratada na gestação:

“[...] tive uma gripe muito forte, muita dor de cabeça, tosse, falta de ar e não cuidei. Quando a virose foi embora percebi que o bebê não se mexia mais, isso há três semanas (antes da entrevista). Tive dificuldades de ir ao pré-natal era longe, ia sozinha de ônibus, passava mal e ainda não tinha com quem deixar as crianças [...]” (Maria 4).

Os resultados demonstram a necessidade de realização de ações de educação em saúde como um dos marcadores de qualidade do pré-natal para o fortalecimento da autonomia da gestante e da família, principalmente quanto à capacidade de reconhecimento de sinais de risco ¹⁶⁻¹⁸. As mulheres precisam ser empoderadas no sentido de saber quando as intervenções médicas são necessárias, o que é essencial para tomar decisões rápidas durante complicações obstétricas ¹⁵.

Outro importante componente incluído na primeira demora, evidenciado neste estudo foi a recusa ao cuidado. O comportamento relacionado a este atraso foi demonstrado pela ausência às consultas de pré-natal, sendo justificada pelo desconhecimento da gestação, gravidez indesejada, vergonha por ser solteira e barreiras culturais construídas por rivalidades entre bairros, estes aspectos são evidenciados nos discursos a seguir:

“[...] Eu perdi porque passei raiva antes da perda, devido ele ter me traído. A gravidez era indesejada, por isso não fiz pré-natal. Ele me insultou durante a gestação

dizendo que iria estragar a vida dele [...]” (Maria 5).

“[...] Não fiz pré-natal devido o posto pertencer a outro bairro que é rival ao bairro que eu moro. O trilho divide, é difícil passar para outro lado, quando fui à pé o pessoal perguntou de qual bairro que é, e me impediram de ir [...]” (Maria 6).

“[...] Não sabia que estava grávida. Sentia alguma coisa ‘bulir’ (mexer), mas diziam que era mioma. Comia cinco salgados com coca-cola. Sempre fui comilona. Estava em casa assistindo televisão, lanchando e tomando cerveja, então senti algo descendo, era sangue [...]” (Maria 7).

“[...] Não estava preocupada em ir atrás das coisas do bebê. Parecia que não era para ser, não era para mim, não era para ter nascido. Foi uma gravidez muito perturbada. [...]” (Maria 8).

Em nosso estudo, a recusa ao cuidado também foi ilustrada com alguns relatos sobre experiências negativas e insatisfações com os serviços de saúde que influenciaram a decisão de procurar cuidados. A baixa utilização atual dos serviços de saúde reflete a má qualidade do cuidado e desempenha um papel importante para o desincentivo à busca de tais cuidados ¹³. Entre essas mulheres que apresentaram recusa ao cuidado pré-natal verificaram-se fatores de risco relacionados ao estilo de vida (alcoolismo, tabagismo) e uma sobreposição de complicações na gravidez que se associaram ao aumento da morbidade e mortalidade fetal.

Considerando que no Brasil houve aumento na cobertura do acompanhamento pré-natal, a alta proporção de mulheres deste estudo que não fizeram consultas de pré-natal confirma a diversidade de contextos regionais que o cenário brasileiro é caracterizado com marcantes necessidades de saúde da população entre as regiões ¹⁹. Estudo de revisão realizado no Brasil confirmou que o pré-natal é um fator de forte associação: quando adequado é protetor e sua ausência ou baixo número de consultas aumenta o risco do óbito fetal ²⁰.

Segunda Demora: Demora no acesso ao cuidado adequado

A segunda demora é relacionada às dificuldades de acesso ao serviço de saúde adequado que pode ocorrer devido à inadequação de transporte e a ineficiência de redes de comunicação ²¹.

No presente estudo, embora a maioria das mulheres tenham recebido orientações quanto ao hospital para a realização do parto, nem todas conseguiram realizar o parto no hospital indicado, parcela significativa teve que peregrinar em busca dessa assistência, ocasionando maior incidência dos casos. Constatou-se também risco crescente à medida que se aumentava o número de hospitais procurados, conforme relato a seguir:

“[...] A bolsa estourou, comecei a sangrar, mexia muito. Sentia dor nas costas, o marido chamou a ambulância. No hospital da região, estava sangrando, escorrendo na minha perna e disseram que estava lotado. Na capital, fui para um hospital municipal e disseram que também estava lotado, não aceitaram. Fui para um hospital terciário, fizeram exame de toque, mas, não tinha vaga na UTI para o bebê se nascesse com problemas. Ao chegar na MEAC o bebê estava sofrendo, não reagiu ao nascer [...]” (Maria 9).

Cabe destacar que, a expectativa de internação não atendida além de identificar insuficiências na atenção, pode representar risco potencial à vida das parturientes, pois, na maioria das vezes, essas mulheres estão em trabalho de parto e/ou em situações de risco, e o longo tempo perdido à procura de vagas para a assistência ao parto poderá contribuir para desfechos materno-fetais desfavoráveis^{18,22}. Tal risco evidencia a fragilidade ou inexistência de vínculo entre os serviços que prestam assistência pré-natal e aqueles que atendem ao parto. Esse aspecto foi destacado pela Pesquisa Nascer no Brasil em que se encontrou grande percentual de puérperas que não consegue realizar o parto no serviço indicado, principalmente em residentes da região Nordeste²³.

São evidentes os avanços importantes ocorridos no Estado na última década relacionados às tecnologias de assistência perinatal com ampliação de leitos de cuidados intermediários e intensivos e profissionais qualificados. Por outro lado, a desigualdade na distribuição de leitos obstétricos deve ser considerada, uma vez que persiste maior concentração desses serviços de alta complexidade nas maternidades da capital, ficando as cidades do interior desprovidas de assistência qualificada²². Como consequência, é frequente a superlotação nas unidades da capital, com prejuízo da qualidade da assistência e a peregrinação das mulheres em busca de vagas nas maternidades²⁴.

O problema se torna mais grave quando a gestante em situação de risco e urgência encontra barreiras geográficas devido a longa distância percorrida, e principalmente, devido às demoras enfrentadas no sistema de referência para acesso às maternidades de maior complexidade²².

“[...] Levantei às quatro horas com sangramento e dor, fui ao hospital do município e tomei dois comprimidos para baixar a pressão. O coração estava batendo e estava se movimentando. Às oito horas fui encaminhada para a MEAC, foram cinco horas de percurso sentindo dor e sangramento. Ao chegar à MEAC não ouviram mais o coração. Meu bebê morreu no caminho, eu senti a hora que o bebê parou de mexer, eu ainda estava na ambulância [...]” (Maria 10).

É necessária a avaliação clínica imediata em qualquer local em que a gestante procure

assistência em situação de risco e de urgência pela grande vulnerabilidade e possibilidade de rápido agravamento que pode colocar em risco a sua vida e do feto. Dessa forma, o Ministério da Saúde recomenda a implementação do Acolhimento e a Classificação de Risco nos serviços de atenção à saúde da mulher e neonato a partir de uma escuta qualificada garantindo o acesso e a qualificação do cuidado ²⁵.

Terceira Demora: Demora em receber cuidado de qualidade na Unidade

A terceira demora está relacionada a receber cuidados adequados e oportunos na unidade de saúde. Um grupo de mulheres participantes deste estudo relataram condutas inadequadas evidenciadas por má interpretação dos sinais de risco e diagnóstico tardio que contribuíram para atrasos na provisão oportuna dos cuidados necessários, bem como para o óbito intraútero.

Percebeu-se uma grande proporção de mulheres que tiveram complicações como hemorragia, pré-eclampsia grave, infecção do trato urinário, sífilis, diabetes gestacional, que não foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco e outras não conseguiram vaga em tempo oportuno para realizar o tratamento especializado ao seu caso.

Algumas mulheres relataram descaso relacionado à desvalorização das queixas e complicações durante a gestação as quais não foram diagnosticadas em tempo oportuno para realizar tratamento adequado. E, mesmo quando poderiam ter realizado o tratamento na unidade básica de saúde, este não foi efetivado, como no relato de uma das mulheres que diante o diagnóstico de infecção do trato urinário o enfermeiro disse: ‘coisinha boba’. Em outros casos o diagnóstico e a conduta foram equivocadas, como no relato a seguir de uma gestante de um município com gestação gemelar:

“[...] Durante três dias não me senti bem, indo direto ao banheiro, com vontade de urinar. Desde os quatro meses tive pressão alta, mas a equipe disse que quando tivesse perto encaminhava para atendimento de alto risco. Quando me senti mal fui ao hospital do município disseram que não era perda de líquido, passou comprimidos para infecção urinária e fui para casa, mas a dor continuou, voltei para o hospital e tive o primeiro bebê (gemelar). Levaram o bebê de oxigênio para a MEAC. Chegando na maternidade o coração do segundo bebê estava presente, e ainda sentia seus movimentos. Mas ele nasceu morto [...]” (Maria II).

Todos os profissionais de saúde devem estar atentos à presença de fatores de risco durante o período gestacional, e capacitados para avaliá-los continuamente, de modo que, seja possível determinar o momento em que a gestante precisa de atenção especializada. A

assistência no momento oportuno e de maneira adequada diminuirá os atrasos assistenciais causadores de morbimortalidade materna e perinatal ¹⁷. Portanto, é necessário estabelecer mecanismos para a capacitação continuada dos profissionais para atender o pré-natal, especialmente no sentido de reconhecer as complicações da gestação para fazer os encaminhamentos recomendados ²⁶.

Ainda relacionada à demora na detecção de risco gestacional, neste estudo perceberam-se dois casos de diabetes gestacional detectada no último trimestre de gestação, não tendo tempo oportuno para tratamento. Um desses casos, o bebê foi a óbito durante o parto, sendo diagnosticada a macrosomia fetal após o parto cesárea de urgência, em consequência da diabetes.

“[...] Não sabia que tinha diabetes, sentia falta de ar, muita indisposição, falava para eles e diziam que era ‘normal’. Hoje entendo que é por causa da doença que não foi tratada e diagnosticada. [...] O primeiro exame deu alteração, a enfermeira disse que poderia ser devido a alimentação, ‘mas não é diabete’. Foi irresponsabilidade deles, eles entendem mais do que eu, eles estavam me acompanhando era para ter mais cuidado de mim e do bebê [...]” (Maria 12).

Estudos afirmam que estes fatores são determinantes de óbitos fetais, pois, a prevalência de sífilis, diabetes e hipertensão não diagnosticada e tratada na gestação entre os natimortos sugerem oportunidades perdidas no pré-natal ^{26,27}. O atraso no reconhecimento de uma condição potencialmente grave diminui a probabilidade de que os cuidados adequados sejam fornecidos de forma oportuna e limitam o acesso aos procedimentos que poderiam evitar o óbito ^{15, 28}.

Outra importante dificuldade foi o acesso ao ultrassom de urgência no sistema único de saúde para constatação do óbito fetal após percepção de redução de movimentos fetais e ausência de batimentos cardíacos fetais nas unidades básicas de saúde. Algumas mulheres aguardaram a consulta com o médico ocorrida no mês seguinte, ou a data agendada do ultrassom, e outras, diante da angústia pelo diagnóstico, recorreram à rede privada.

“[...] Achei que estava mexendo pouco, na consulta a enfermeira disse: ‘mãezinha, aparentemente está tudo bem’ e não solicitou a ultrassom. No mês seguinte, na consulta com o médico, examinou e disse que o bebê estava pequeno para a idade gestacional, mas não escutou o coração do bebê. Fui fazer ultrassom particular e o médico disse: ‘não quero precipitar, mas sua bebê provavelmente está morta’[...]” (Maria 13).

“[...] Na consulta de Pré-natal o médico não encontrou o coração do bebê e disse que era porque eu era ‘gordinha’, ‘tem muita gordura, não tinha como ouvir’. Esperei o dia

marcado do ultrassom e só sosseguei quando vi. O médico ficou olhando e disse: ‘seu bebê está em óbito dentro de você’ [...]” (Maria 14).

Corroborando com os achados de nossa pesquisa, estudos internacionais alertam que a mudança nos movimentos fetais é um dos fatores de risco para indicar um sofrimento fetal e recomendam que os profissionais valorizem os sinais de movimentos fetais reduzidos ^{29,30}.

Neste presente estudo, outro fator que merece destaque está relacionado a conduta dos profissionais diante a constatação do óbito fetal, em solicitar às pacientes que “vá para casa e espere que seu corpo expulse o feto”. Embora seja uma recomendação ministerial ³¹, no entanto, duas mulheres relataram que não foi considerada a condição de risco em que se encontravam, ambas eram hipertensas e uma delas desenvolveu pré-eclâmpsia grave. Entretanto, recusaram a orientação e foram para a MEAC por demanda espontânea.

“[...] Fui para a emergência e o médico disse para ir para casa que eu poderia ficar até um mês com o bebê dentro de mim. Não fiquei conformada com a resposta dele, liguei para uma médica que disse que não era confortável ficar com o feto morto dentro de mim, pois, como sou hipertensa poderia ser prejudicial a minha saúde e ainda ‘Bulia’ (mexia) com meu psicológico, então vim para a emergência da MEAC [...]” (Maria 15).

Em nosso estudo, outro importante fator relatado por algumas mulheres foi à demora na transferência para maternidades de alta complexidade por parte, principalmente, dos hospitais de média complexidade. O relato a seguir é de uma adolescente que apresentou hipertensão gestacional, infecção do trato urinário, descolamento prematuro da placenta e hemorragia, complicações que não foram tratadas adequadamente no hospital da região ocorrendo em risco materno e óbito fetal.

“[...] Senti dor na barriga e sangramento e fui para a Maternidade da região. A pressão estava alta, passei o dia internada e liberaram, estava ainda com sangramento, mas sem dor. A placenta estava baixa. No outro dia comecei a sentir dor de novo fui para o hospital novamente, foi então que encaminharam para cá (MEAC). Cheguei e o coração do bebê já não tinha batimentos. Eles só faziam me examinar e voltava para casa, deveriam passar algum tratamento, deixar internada” (Maria 16).

Toda demanda que leva a gestante a procurar as unidades de saúde, sobretudo quando for motivada por alguma intercorrência, deve ser valorizada, acolhida e ter o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada. Muitos eventos ou incidentes adversos podem ter a sua origem na aplicação inadequada ou mesmo a não aplicação das melhores práticas baseadas em evidências para lidar com situações específicas. Portanto, o desenvolvimento e implementação de diretrizes clínicas e protocolos otimizados devem fazer parte das ações de

um programa de promoção da qualidade na atenção materna e perinatal ³².

Outro fator evidenciado como conduta inadequada por parte dos profissionais relatadas foi o tratamento desrespeitoso em momentos de fragilidade diante da iminência ou da constatação da perda fetal. O relato a seguir é de uma adolescente no qual o feto havia parado de desenvolver por volta de 35 semanas. A médica indicou retorno na semana seguinte, mas a enfermeira e a atendente do posto negaram a consulta, justificando que a prioridade seria para gestantes de alto risco.

“[...] O tratamento foi com arrogância da recepcionista e da enfermeira. Poderiam ter resolvido da melhor forma, voltei para casa, fiquei nervosa, chorando, com cólica e ardência. A noite senti dificuldades na respiração e foi a última vez que percebi os movimentos do bebê [...]” (Maria 17).

No caso a seguir, além do tratamento desrespeitoso, percebeu-se a falha em garantir o direito do adolescente a acompanhante pelo Estatuto da Criança e Adolescente e pela Lei do Acompanhante à gestante ³³.

“[...] O médico que fez a ultrassom era um homem muito ignorante, já foi dizendo ‘Tá morta!’ Então chorei muito e ainda estava sozinha, pois o hospital não permite acompanhante do sexo masculino e minha mãe estava trabalhando. [...] Quando minha mãe chegou, foram fazer o ultrassom novamente, era o mesmo médico e ele disse: ‘Ela precisa de psicólogo, eu já falei que a menina está morta’ [...]” (Maria 18).

Observou-se em nosso estudo, através dos relatos o despreparo por parte dos profissionais para lidar com as mulheres em situação de perdas fetais. Muitas mulheres perceberam esse fato através de expressões do tipo: “dê graças a Deus que está viva, você tem um filho para cuidar”. O relato a seguir é de uma mãe de gemelar que teve um dos fetos morto, durante a entrevista ela estava em estado de apatia e tristeza, mesmo na presença do outro bebê (nascido vivo).

“[...] Não deixaram pegar porque estava com pressão alta e poderia agravar. Disseram: ‘Não se preocupe, depois você vai ter mais [...]’” (Maria 19).

O relato a seguir é representativo de todas as mães de natimortos que clamam pela valorização de seus sentimentos nesse momento de dor pela perda de um filho:

“[...] As pessoas já estão dizendo que tenho que estar bem para cuidar dos outros filhos. [...] Eu quero chorar, preciso chorar, o coração parece que está inchado, nem sei o que estou sentindo. Mãe sente, eu conversava, cantava para ele, todo dia olhava as coisas dele. Tenho medo que as pessoas vão me criticar, vão dizer que não adianta que ele não vai voltar. Minha vontade é chegar em casa e não ver ninguém, ficar só com os meus sentimentos, para

ninguém ficar perguntando. A gente se sente inferior, desvalorizada quando menosprezam nossos sentimentos [...]” (Maria 20).

O argumento de que “foi a vontade de Deus” foi muito frequente no relato dessas mulheres. Esse fato é evidenciado por alguns estudos que reforçam que a noção de que natimortos podem ser causados por forças cosmológicas, pode servir de base à tomada de decisão em moldar o seu acesso e utilização dos serviços em situações de emergência de saúde materna ³⁴.

É necessária a investigação sobre o ônus do cuidado desrespeitoso e as práticas de cuidados desejados pelas famílias ³⁵. A partir do momento do diagnóstico à intervenção, as mulheres afetadas muitas vezes se sentem vulneráveis e abandonadas, com muitos custos psicológicos, físicos e sociais negativos, com efeitos sobre relações interpessoais e gestações subsequentes ^{36,37}. Diversos estudos reforçam a evidência de que existe uma lacuna social no que se refere à rede de apoio a essas mulheres. O despreparo por parte dos profissionais, além do medo de intensificar a dor sentida pela perda do bebê, contribui para a intensificação dos problemas emocionais enfrentados após a alta hospitalar ⁷. Portanto, obter o conhecimento das vivências das mulheres em relação à perda fetal deve ser obviamente importante às equipes de saúde para que possam ir além das questões biomédicas.

A história de cada mulher deve ser acolhida integralmente, inclusive os fatos, emoções ou sentimentos. A sensibilidade e a capacidade de percepção dos profissionais são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família, atores principais da gestação e parto ¹⁷.

Conclusão

Os atrasos no reconhecimento de transtornos maternos de alto risco, expectativas de internação não atendida, intervenções inadequadas, resultados deste presente estudo, diminuíram a probabilidade de que os cuidados adequados fossem fornecidos de forma oportuna e limitaram o acesso aos procedimentos que poderiam evitar as complicações maternas o que contribuíram para a determinação do óbito fetal.

A invisibilidade aos óbitos fetais e o luto não reconhecido socialmente, têm como desdobramentos as demoras em busca de cuidados por parte da gestante, bem como a “normalização” das queixas e complicações determinantes para o desfecho do óbito. São necessários maiores investimentos e atenção às mortes fetais como uma medida direta do acesso e qualidade dos cuidados na rede de atenção materno infantil.

Nesse sentido, apesar dos avanços na melhoria da atenção perinatal, a atenção à

mulher na gestação e parto permanece um desafio, tanto no que se refere à qualidade da assistência quanto ao que se observa no cotidiano dos serviços com a fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado. A descontinuidade entre a assistência pré-natal e o parto repercutem em uma rede fragmentada na qual predomina o atraso do cuidado e exposição da mulher e feto a riscos desnecessários.

Os elementos ricos da maternidade emotiva derivam de múltiplas fontes e não podem estar restritos ao domínio da causalidade fisiológica direta. Além disso, podem tecer complicações que demandam amparo e suporte de uma rede de cuidado. Dessa maneira, o acolhimento, vínculo e responsabilização entre os profissionais e a população, ganham sentido como algo que qualifica o cuidado e como proteção contra o isolamento que hoje se apresenta como normalidade no momento de parir, conformando continuidade do cuidado em uma rede de atenção integral.

Conclui-se, portanto, que a prevenção da natimortalidade não pode ser um tema individualizado, exige-se uma abordagem programática integrada, com ações coordenadas e contínuas nos vários níveis de atenção.

Referências

1. Andrade LG, Amorim MMR, Cunha ASC, Leite SRF, Vital SA. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2018 Jan 12]; 31(6): 285-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n6/04.pdf>
2. Bittencourt DAS, Dias MAB, Wakimoto MD. *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e atuação em Comitês de Mortalidade*. Manual Técnico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 268.
3. Assis HM. *Mortalidade fetal: um estudo para os óbitos evitáveis ocorridos no Município de Belo Horizonte, 2008-2010* [tese]. Minas Gerais: Faculdade de Ciências Econômicas; 2013.
4. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2018 Jan 12]; 36(6):759-2. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2002.v36n6/759-772/pt>
5. Holanda AAS. *Caracterização da mortalidade fetal em Pernambuco, de 2000 a 2011: causas e fatores associados* [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
6. Zhu J, Liang J, Mu Y, Li X, Guo S, Scherpbier R, Wang Y, Dai L, Liu Z, Li M, He C, Deng C, Yi L, Deng K, Li Q, Ma X, Wen C, Mu D, Ronsmans C. Sociodemographic and obstetric

- characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. *Lancet Glob Health* [serial on the Internet]. 2016 Feb [cited 2018 Jan 12]: 4(2):e109-18. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00271-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00271-5/fulltext)
7. Frøen JF, Cacciatore J, McClure EM, Kuti O, Jokhio AH, Islam M, Shiffman J. Stillbirths: why they matter. *Lancet* 2011; 377(9774):1353-6.
 8. D'Souza R, Shah PS. *Predicting stillbirths* – still a distant reality. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2014. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.13110>
 9. Pacagnella RC. *Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2011.
 10. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, Flenady V, Frøen JF, Qureshi ZU, Calderwood C, Shiekh S, Jassir FB, You D, McClure EM, Mathai M, Cousens S. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; 387(10018):587-603.
 11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saude Publica* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2018 Jan 12]; 24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
 12. Angelini CFR. *Além dos critérios clínicos: efeitos em longo prazo da morbidade materna grave sobre a vida das mulheres* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2016.
 13. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38(8):1091-110.
 14. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* 12ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 407.
 15. Mgawadere F, Unkels R, Kazembe A, Van den Broek N. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2017 Jul [cited 2018 Jan 12]; 17(1): [about 9 p.]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506640/pdf/12884_2017_Article_1406.pdf
 16. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [periódico na Internet]. 2010 Jul-Set [acessado 2018 Jan 12]; 10(3): 359-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. p. 318.

18. Fortaleza LMM. *Incidência e Risco do Near Miss Materno na Região Nordeste do Brasil Teresina* [dissertação]. Teresina (PI): Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde; 2016.
19. Brasil. Ministério da saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*; 2011. p. 45.
20. Barbeiro FMS, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira MSS; Silva FP, Ventura PM, Quadros JI. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2018 Jan 12]; 49(22): [cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf
21. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, Souza JP, Pattinson RC. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 12]; 14(159): [about 9 p.]. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-159?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>
22. Menezes DCS , Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad. Saude Publica* [periódico na Internet]. 2006 Mar [acessado 2018 Jan 12]; 22(3): 553-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/10.pdf>
23. Viellas EF, Domingues RMS, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JVC, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saude Publica* [periódico na Internet]. 2014 [acessado 2018 Jan 12]; 30(Supl. 1):s85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>.
24. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of car. *Cad. Saude Publica* [serial on the Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 12]; 30 (Sup: 1):192-207. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
26. Martins EF. *Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido* [tese]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem; 2010.
27. Maaløe N, Housseine N, Bygbjerg IC, Meguid T, Khamis RS, Mohamed AG, Nielsen BB, van Roosmalen J. Stillbirths and quality of care during labour at the low resource referral

- hospital of Zanzibar: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Jan 12]; 16(1):351. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5103376/pdf/12884_2016_Article_1142.pdf
28. Mbaruku G, Roosmalen JV, Kimondo I, Bilango F, Bergström S. Perinatal audit using the 3-delays model in western Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet* [serial on the Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 12]; 106: 85–8. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2009.04.008>
29. O’Sullivan O, Stephen G, Martindale E, Heazell AE. Predicting poor perinatal outcome in women who present with decreased fetal movements. *J. Obstet Gynaecol* 2009; 29(8):705–10.
30. Jokhan S, Whitworth MK, Jones F, Saunders A, Heazel AEP. Evaluation of the quality of guidelines for the management of reduced fetal movements in UK maternity units. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2015 Mar [cited 2018 Jan 12]; 15:54. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0484-5?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª. Edição. Brasília Editora do Ministério da Saúde; 2012. p. 302
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade*. 1ª. Edição 2014. Brasília: ANVISA; 2014. p. 103.
33. Brasil. Lei nº11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 07 abr.
34. Hamid S, Malik AU, Richard F. Stillbirth- a neglected priority: understanding its social meaning in pakistan. *J Pak Med Assoc* [serial on the Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Jan 12]; 64(3):331-3. Available from: <http://jpma.org.pk/PdfDownload/6125.pdf>
35. Sacks E, Boyle F, Wojcieszek A, Horey D, Farrales L, Flenady V. Preliminary analysis of respectful care after stillbirth: results from a multi-country survey (US, Canada, Australia and New Zealand). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17 (Supl. 1): 66.
36. DiMiceli-Zsigmond M1, Williams AK, Richardson MG. Expecting the Unexpected: Perspectives on Stillbirth and Late Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies. *Anesth Analg* 2015;121(2):457-64.
37. Burden C, Bradley S., Storey C., Ellis A., Heazell AEP, Downe S, Cacciatore J, Siassakos D. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and metaanalysis

of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* [serial on the Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 12]; 16(9): [about 12 p.]. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf>

Contribuição dos Autores

MCFM e FHCC trabalharam na concepção, delineamento e na revisão final do artigo e SMFP, na revisão crítica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem das “Três Demora permitiu a compreensão e análise dos principais fatores ocorridos no período entre a gestação e o parto. Percebeu-se que os fatores associados a ocorrência de óbitos fetais poderiam ter sido evitados com a melhoria dos cuidados durante o pré-natal, o pronto reconhecimento das complicações e o rápido encaminhamento a serviços adequados de acordo com o grau de risco, isto é com atenção contínua e integrada entre o pré-natal e o parto como intervenção prioritária.

A prevenção da natimortalidade e o seu resultado não podem ser um tema individualizado, as estratégias para reduzir estes óbitos requerem ações coordenadas e contínuas nos vários níveis de atenção. É comprovado que abordagens centradas na família e nas mulheres com suporte dos prestadores de saúde podem encorajar a continuidade do cuidado. Nesse sentido e de acordo com a literatura que embasou este estudo, recomenda-se as seguintes implementações:

- Fortalecimento do trabalho em Rede através do estabelecimento de Linhas de Cuidado prioritárias para qualificação do acesso e das práticas do cuidado;
- Estratégias de grupos de gestantes e famílias no sentido de fortalecer a autonomia para reconhecimento dos riscos obstétricos e como lidar com eles em tempo hábil;
- Garantia aos exames de pré-natal de risco habitual e de alto-risco e acesso aos resultados em tempo hábil;
- Vinculação da UBS à maternidade de referência para risco habitual e Alto-risco;
- Qualificação do acesso e das práticas do cuidado em todos os pontos de atenção da Rede, com incentivo à utilização de práticas e protocolos baseados em evidências científicas;
- Acolhimento e avaliação de risco obstétrico para oferecer assistência imediata em situações de intercorrências em tempo oportuno;
- Qualificação do sistema de informação por meio de um processo dinâmico de Gestão voltada por resultados,
- Visibilidade aos óbitos fetais como “evento sentinela” com realização de auditorias nos diferentes níveis de atenção para a identificação de fatores determinantes e planejamento de soluções para prevenção dos óbitos evitáveis.

Estas são algumas melhorias que devem ser implementadas com substancial resultado tanto para a saúde materna como para a redução dos óbitos fetais evitáveis, reduzindo assim o impacto dos “três atrasos”.

8 REFERÊNCIAS

AIMABLE, M.. Review of perinatal deaths with application of a three-delay analysis of hospitals in Kigali, Ruanda. University of Uppsala, **Department of International Maternal and Child Health (IMCH)**. <http://www.diva-portal.org/smash/record>.

ANDRADE, L. G.; AMORIM, M. M. R.; CUNHA, A. S. C.; LEITE, S. R. F.; VITAL, S. A. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2009; 31(6): 285-92.

ANGELINI C.F.R. Além dos critérios clínicos: efeitos em longo prazo da morbidade materna grave sobre a vida das mulheres—Campinas, SP: 2016. [Tese]— **Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.**

ASSIS, H. M. Mortalidade fetal: um estudo para os óbitos evitáveis ocorridos no Município de Belo Horizonte, 2008-2010 [Tese] - Faculdade de Ciências Econômicas da **Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG - UFMG 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843>. Acesso em: 01 jun.2016.

AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados – **Rev. Saúde Pública** 2008; 42 (5): 877-85.

BARBEIRO, F. M. S.; FONSECA, S. C.; TAUFFER, M. G et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. **Departamento de Epidemiologia e Bioestatística. Universidade Federal Fluminense.** Rio de Janeiro, RJ, Brasil: 2015.

BITTENCOURT, S. Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e atuação em Comitês de Mortalidade. Manual Técnico. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ, 2013.**

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2a ed. Brasília (DF): **Ministério da Saúde, 2006.**

_____. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, V. 1. **Ministério da Saúde**, 2007.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. Ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009.

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 72, de janeiro de 2010. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt72l>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. Portaria nº 1.459, de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, **Ministério da Saúde**, 2011. Acesso em: 07 fev. 2012.

_____. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. Ed. rev. – Brasília: Editora do **Ministério da Saúde**, 2013. p. 318 – Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Acesso em: 27 nov. 2013

COSTA, G. N. Mortalidade perinatal, determinantes biológicos, de atenção à saúde materno infantil e socioeconômico: uma análise das desigualdades entre os bairros do Recife. 2008 a. 156 f.: il. [Tese] **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3885>>. Acesso em: 21 agosto 2016.

COSTA, M. L. S. Morte Perinatal e evitabilidade dos óbitos a partir de uma amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001– 2008b. 87 p. [Dissertação] **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, FIOCRUZ. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-527612>> Acesso em: 24 maio 2016.

CUNHA, A. A.; NASCIMENTO, M. I. Natimorto: uma revisão dos sistemas de classificação. **Femina** - Maio/Junho 2015-vol 43-nº 3- p.125-134- Acesso em: 20 agosto 2016.

DE LORENZI, D. R. S. *et al.* A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 17(1): 141-146, jan-fev, 2001.

D'SOUZA, R.; SHAH, P. S. Predicting stillbirths – still a distant reality. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25236962>>. Acesso em: 18 set. 2016.

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1):17-27, jan, 2008. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.

FORTALEZA, L.M.M. Incidência e Risco do Near Miss Materno na Região Nordeste do Brasil Teresina, 2016. Ministério da Educação. **Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde**. [Dissertação]. <http://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/103>.

FRØEN, J. F.; FRIBERG, I. K.; LAWN, J. E.; et al, Ending preventable stillbirths An Executive Summary for **The Lancet's Series**. Janeiro de 2016. Disponível em: [http://www.thelancet.com/series/ending-preventable - Series 2016](http://www.thelancet.com/series/ending-preventable-Series-2016). Acesso em: 23 agost. 2016.

HAMID, S.; MALIK, A.U.; RICHARD, F. Stillbirth — a neglected priority: Understanding its social meaning in Pakistan. **J Pak Med Assoc**. 2014 Mar; 64(3):331-3.

HEAZELL, A. E. P.; WHITWORTH, M. K. WHITCOMBE J. et al. Research priorities for stillbirth: process overview and results from UK Stillbirth Priority Setting Partnership. **Ultrasound Obstet Gynecol**. 2015; 46: 641 – 647.

HOLANDA, A. A. S. Caracterização da mortalidade fetal em Pernambuco, de 2000 a 2011: causas e fatores associados. Recife: 2013. 61 p. [Monografia]. **Departamento de Saúde Coletiva**, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013holanda-aas.pdf>. Acesso em: 30 Abr. 2016.

KLEIN, C. J.; et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 56 (1): 11-16, jan.-mar. 2012.

LAMONT, K.; SCOTT, N. W.; JONES, G. T. et al. Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. **Obstetrical & Gynecological Survey**, 70(10), 610-612. THE BMJ, 2015; Subscribe: <http://www.bmj.com/subscribe>. Acesso em: 30 junh. 2016.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ)**. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Rev. Saúde Pública 2002; www.fsp.usp.br/rsp.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; DA SILVA, A. A. M. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: Perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, vol.30, supl.1. Rio de Janeiro, 2014.

LÁSZLÓ, K.D.; SVENSSON, T. et al. Maternal Bereavement During Pregnancy and the Risk of Stillbirth: A Nationwide Cohort Study in Sweden, **Am. J. Epidemiol.** 2013 Feb 1;177(3):219-2.

LAWN, J.E. *et al.*, Ending preventable stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030, for **The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group**. Volume 387, No. 10018, p. 587–603, 6 February 2016.

LEE, A. C.; LAWN, J. E.; COUSENS S. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? **Int. J. Gynaecol Obstet.** 2009 Oct; Volume 107. Pages S65–S88. Published by Elsevier Ireland Ltd. on behalf of International Federation of Gynecology and Obstetrics.

MARTINS, E.F. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, Belo Horizonte, Minas Gerais. [Tese]. Esc. Anna Nery, 2013; **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/18D.PDF>. Acesso em: 23 maio 2016.

MARTINS, E. F.; REZENDE, E. M.; LANA, F. C. F. et al. Óbitos Perinatais Investigados e falhas na Assistência Hospitalar ao Parto. **Esc. Anna Nery**, vol.17, nº1, Rio de Janeiro, Jan./Mar.2013.

MAZOTTI, B. R.; ZILLY, A.; FERREIRA, H. et al. Fatores epidemiológicos correlacionados ao risco para morte fetal: revisão integrativa da literatura. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)- Foz do Iguaçu-PR, Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2016 abr-jul; 23(2) 09-15. Acesso em: 28 agosto 2016.

MBARUKU, G. et al. Perinatal audit using the 3-delays model in western Tanzania. Godfrey. **International Journal of Gynecology and Obstetrics** 106 (2009) 85–88.

MENEZES, D. C. S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (3): 553-559, mar, 2006. Acesso em: 17 agost. 2016.

NASCIMENTO, R. M. Determinantes da mortalidade neonatal em Fortaleza-Ce: um estudo caso-controle. Fortaleza, 2011. 122. [Dissertação] **Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina**. Departamento de Saúde Comunitária. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7065/1/2011_dis_rmnascimento.pdf> Acesso em: 21 agost. 2016.

NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 5662, 2012.

NELIN, K C A. Risk factors for antepartum stillbirth: a case-control study in Nepal. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2015; 15: 146. Published online 2015 Jul 5. doi: 10.1186/s12884-015-0567-3.

PACAGNELLA, R. C. Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico. Campinas, SP: [s.n.], 2011. [Tese] - **Universidade Estadual de Campinas**, Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_29e4f0b9e1fdb7ef5f82a767ba8335> Acesso em: 20 set. 2016.

RODRIGUES, D. P et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Out-Dez, 2015. **Esc Anna Nery** 2015;19(4):614-620.

ROUQUAYROL, M.Z.; CORREIA, L.L.; BARBOSA, L.M.M. *et al.* Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. **Jornal de Pediatria** - Vol. 72, Nº6, 1996.

THADDEUS' .S, MAINE D. Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context- Sm. Sci. Med. Vol. 38. **Elsevier Science Ltda.** Printed in. Nº. 8, pp. 1091-1110, 1994.

VIELLAS, E. F. D. *et al.* Pesquisa Nascir no Brasil: Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública** V. 30 (supl.1), 2014. pp. S85.

WISBORG, K.; BARKLIN, A.; HEDEGAARD, M.; HENRIKSEN, T. B. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. **BJOG**. 2008 Jun; 115 (7):882-5.

ZHU, J. *et al.* Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. **Lancet Glob Health**. 2016 Feb;4(2):e109-18.

APENDICE – A

FICHA DE COLETA DE DADOS

Demoras na Assistência Obstétrica de Gestantes com desfecho de Óbito Fetal (ante ou intraparto): Estudo de Caso-Controlé.			
Data da entrevista: -----/-----/-----			
1. () Caso (Óbito Fetal) 2. () Controle (Neonato)		IG:	
Nome da Paciente:		Nº Prontuário (Mãe):	
Data de nascimento da mãe: -----/-----/-----		Idade da mãe: ----- Anos	
Endereço:	Bairro:	Área de Residência: () Rural () Urbana	
Município:		Capital () Interior ()	
1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:			
Situação conjugal atual	() Casada () Solteira () União consensual () Separada () viúva.		
Recebeu apoio do pai do bebê	() Sim () Não		
Anos de estudo concluídos	() Fundamental completo () Fundamental incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto () Superior completo () Superior incompleto () Nenhuma série cursada/não alfabetizada		
Caracterização do trabalho	() trabalha fora () não trabalha fora () Outros:		
2. CARACTERÍSTICAS MATERNAS:			
Número de gestações anteriores			
Número de Partos anteriores			
Número de Partos normais			
Número de Partos cesáreas			
Número de filhos vivos			
Já teve aborto	() Sim () Não	Se sim, quantos?	
Morreu algum filho após o nascimento?	() Sim () Não	Se sim, quantos?	Com que idade?
Já teve perdas fetais anteriores?	() Sim () Não	Se sim, há quanto tempo? () Menos de um ano () 1 a 3 anos () mais de 3 anos	
Teve algum filho que nasceu prematuro?	() Sim () Não	Se sim, quantos?	
Teve algum filho que nasceu com peso menor que 2.500g?	() Sim () Não	Se sim, quantos?	
Antes de engravidar tinha alguma Doença?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Hipertensão () Diabetes () transtorno mental () AIDS () Sífilis () Outras:	
Esta gravidez foi planejada?	() Sim () Não	Se não, recebeu orientações para não engravidar? () Sim () Não	
Sofreu violência durante a gestação?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Física () Sexual () Psicológica () Assédio Moral () Outros:	Se sim, por quem? () Marido/companheiro () Ex-companheiro () Namorado () Estranho () Outros:
Fez uso de fumo, álcool, medicamentos durante a gestação?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Fumo () Álcool () Medicamentos (exceto vitaminas). () Uso contínuo () moderado	
Fez uso de drogas durante gestação?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Maconha () Cocaína () Crack () Outras:	
Teve descontrole emocional intenso durante a gestação?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Estresse () Raiva () Tristeza prolongada/Depressão () Luto () Outros:	

CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS		
PRÉ-NATAL		
Fez consultas de Pré-natal nesta gestação?	() Sim () Não	Se sim, onde foi realizado? () UBS () Médico particular/convênio () Policlínica () Hospital público () Outros: Se não, por quê?
Risco Gestacional	() Alto risco () Risco habitual Diagnóstico (se alto-risco):.....	
Idade gestacional início do Pré-natal () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre	
Número de consultas () 1-3 () 4-5 () Mais de 5	
Teve dificuldade em fazer o Pré-natal?	() Sim () Não	Se sim, por quê? () Acesso ao serviço () Falta de tempo () longa distância () Outros:
Realizou todos os exames preconizados?	() Sim () Não	O resultado foi em tempo hábil? () Sim () Não
Apresentou alguma complicação durante a gestação? (Diagnóstico na Internação)	() Sim () Não	Se sim, quais? () Hipertensão () Diabetes () Hemorragia () Infecção-() AIDS () Sífilis () Rotura Prematura das membranas () Outras.
Recebeu informações sobre a maternidade que deveria ir no momento do parto ou em situação de urgência?	() Sim () Não Qual?-----	

PARTO		
Como você percebeu que estava na hora de ir para a maternidade?	() trabalho de parto () Intercorrências	Em situação de intercorrência: () sangramento () dores intensas () diminuição/ausência de movimentos fetais () Outros:
Como você foi para a maternidade?	() Carro próprio () Ambulância () Táxi () Carro de amigos/familiares () Ônibus () SAMU () Outros:	
Você conseguiu ser internada para o parto na primeira maternidade que procurou?	() Sim () Não	Se não, por quê? () não tinha vaga () hospital não atendia alto risco () falta de equipe médica () outros: _____
Quantidade de maternidades Procuradas, incluindo a atual.	() 1 () 2 () 3 ou mais Escutaram o coração do bebê (BCF) nas outras unidades? () Sim () Não	
Ocorreu transferência de uma maternidade para outra?	() Sim () Não	Se sim, como? () Vaga garantida (Regulada) () Vaga Zero (encaminhada)
Acesso à maternidade	() Demanda espontânea () Regulada () encaminhada	
Escutaram o coração do bebê na admissão? (BCF)	() Sim () Não	Se sim, qual foi o resultado? () Ausente () presente
Data do parto	____/____/____	
Tipo de parto	() Vaginal () Cesárea () Fórceps	
Presença de acompanhante	() Sim () Não	
Foi detectada alguma dessas ou outras condições durante o trabalho de parto e/ou parto?	() Ruptura uterina () Distocia () Desproporção cefalopélvica () Período expulsivo prolongado () Outras:	

CONDIÇÕES MATERNAS E FETAIS	
Data do Diagnóstico do Óbito: (casos)	-----/-----/-----
Gestação	<input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Única Se gemelar, óbito de 1(<input type="checkbox"/>) ou 2 (<input type="checkbox"/>)
Momento em que ocorreu o óbito	<input type="checkbox"/> Anteparto <input type="checkbox"/> Intraparto Se anteparto, responder se intrahospitalar: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não; e qual o tempo do diagnóstico até o parto: _____ dias.
Peso do feto	<input type="checkbox"/> 500g a 1.499g <input type="checkbox"/> 1.500 a 1999 <input type="checkbox"/> 2.000 a 2.500g <input type="checkbox"/> Maior que 2500.
Sexo do feto	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Malformação congênita	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

“TRÊS DEMORAS”		
1. Reconhecer a necessidade de cuidado (Família/paciente)	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
Desconhecia os sinais (<input type="checkbox"/>) Recusa do cuidado (ou evasão) (<input type="checkbox"/>)	Especificar:	
2. Demora no acesso ao cuidado	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
Ausência ou inadequação do cuidado pré-natal (<input type="checkbox"/>) Dificuldades ou problemas com transporte sanitário (<input type="checkbox"/>) Dificuldade geográfica para acesso ao serviço de saúde (<input type="checkbox"/>)	Especificar:	
3. Demora em receber cuidado de qualidade na Unidade de Saúde.	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
Dificuldade de comunicação entre hospital e centro regulador (<input type="checkbox"/>) Falta de pessoal treinado (<input type="checkbox"/>) Demora no encaminhamento/transferência do caso (<input type="checkbox"/>) Demora no diagnóstico (<input type="checkbox"/>) Atraso no início do tratamento (<input type="checkbox"/>) Conduta inadequada com a paciente (<input type="checkbox"/>)	Especificar:	

APÊNDICE – B
DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO DE ÓBITO FETAL (ANTE OU INTRAPARTO): ESTUDO DE CASO-CONTROLE.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora, _____, Convidamos-lhe a participar da pesquisa *Demoras na assistência Obstétrica de Gestantes com desfecho de Óbito Fetal (Ante ou Intraparto): Estudo de Caso Controle*, na qual você terá a liberdade de escolher se deseja ou não participar. Estarei lendo as informações abaixo, você poderá interromper a qualquer momento para realizar qualquer pergunta que desejar, para que todas as questões desta pesquisa sejam esclarecidas.

O estudo objetiva avaliar a associação entre as demoras na assistência prestada à gestante em busca de cuidados obstétricos e o óbito fetal. Será realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no período de janeiro a novembro de 2017. Óbitos Fetais são aqueles ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g. Indica o óbito, o fato do feto, depois da separação do corpo da mãe, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

O benefício dessa pesquisa é subsidiar a implementação de melhorias para a organização da rede de serviços que possa assegurar a qualidade da atenção à saúde materna e infantil. Os riscos são mínimos, podendo acarretar possíveis alterações emocionais discretas ao conversar sobre a importante perda ocorrida recentemente. Por outro lado, considerando as condições as quais se encontra, oferecemos nosso apoio e se desejar, a maternidade dispõe do serviço de Psicologia para o seu acompanhamento. Se concordar em participar, será feita uma entrevista com você, colhidos dados do prontuário e do Cartão da Gestante, caso esteja disponível.

Portanto, gostaríamos de contar com a sua importante colaboração nesta pesquisa, pois essa participação muito contribuirá a conhecer melhor a ocorrência desses óbitos para a prevenção e melhoria da qualidade do atendimento. Informamos que será garantida a confidencialidade dos dados, sendo que as informações coletadas serão utilizadas e divulgadas de forma anônima, e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa acima intitulado. Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa, se recusar a participar, bem como,

deixar de participar a qualquer momento.

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Nome: Marley Carvalho Feitosa Martins

Instituição: Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, SN - Rodolfo Teófilo – CEP 60430-270 – Fortaleza-Ceará – (85) 98625-8365

Se você tiver alguma dúvida ou consideração entre em contato com a Pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC, no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, SN - Rodolfo Teófilo –Telefone: (85) 3366-8569 (Horário: 7:00 -11:00 horas e de 13:00 -16:00 horas, de segunda a sexta).

Eu, _____, portador do documento de identidade (RG) número _____, com prontuário – MEAC número ---- _____, declaro ter sido esclarecido (a), verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa *Demoras na assistência Obstétrica de Gestantes com desfecho de Óbito Fetal (Ante ou Intraparto): Estudo de Caso Controle* e, dou o meu livre consentimento para o referido estudo, Declaro ainda estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura da entrevistada

Assinatura do responsável legal

Assinatura do Pesquisador



ANEXO: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PEREGRINAÇÃO E DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO DE ÓBITO FETAL (ANTE OU INTRA-PARTO).

Pesquisador: MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60763516.0.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.144.962

Apresentação do Projeto:

PEREGRINAÇÃO E DEMORAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE GESTANTES COM DESFECHO DE ÓBITO FETAL (ANTE OU INTRA-PARTO).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a associação da peregrinação da gestante em busca de cuidados obstétricos associada ao desfecho óbito fetal anteparto ou intraparto em uma maternidade de referência terciária em gestação de alto- risco no estado do Ceará no período de novembro 2016 a maio de 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo acarretará possíveis alterações psicológicas discretas ao conversar sobre o evento com a população estudada

Benefícios:- Propiciar melhor compreensão da ocorrência dos óbitos fetais e, conseqüentemente, melhor controle e prevenção dos eventos considerados evitáveis.

- Oportunizar a visibilidade aos óbitos que ocorrem intra-útero como uma forma de identificar soluções que atendam as necessidades de ambos: mãe e bebê em simultâneo

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-370
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8500 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com