

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ - UNIVÁS  
MESTRADO EM BIOÉTICA

WAGNER JOSÉ CORRÊA SILVEIRA

AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS NO PERÍODO DE 2014 A 2018, EM  
ITAJUBÁ-MG, SOB O OLHAR BIOÉTICO

POUSO ALEGRE - MG

2020

WAGNER JOSÉ CORRÊA SILVEIRA

AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS NO PERÍODO DE 2014 A 2018, EM  
ITAJUBÁ-MG, SOB O OLHAR BIOÉTICO

Dissertação apresentada para o programa de  
Pós-Graduação em Bioética da Universidade  
do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de  
mestre em Bioética.

Área de pesquisa: Política de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Míriam de Fátima Brasil Engelman

POUSO ALEGRE - MG

2020

Silveira, Wagner José Corrêa

Avaliação dos óbitos fetais no período de 2014 a 2018, em Itajubá-MG, sob o olhar bioético. 2020. / Wagner José Corrêa Silveira- Pouso Alegre, MG: Universidade do Vale do Sapucaí, 2020.

64: il.

Dissertação (Mestrado em Bioética), Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2020.

Orientadora: Prof. Dra. Míriam de Fátima Brasil Engelman.

1. Óbito fetal. 2. Infecção. 3. Mortalidade fetal. 4. Natimorto. 5. Stillbirth. 6. Infecção do trato urinário e gravidez. 7. Bioética. 8. Bioética da proteção. 9. Vulnerabilidade. 10. Vulneração. I. Título.

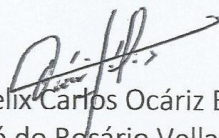
CDD 618.32

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

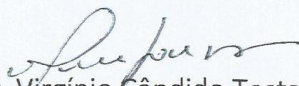
Certificamos que a dissertação intitulada "AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS NO PERÍODO DE 2014 A 2018, EM ITAJUBÁ-MG SOB O OLHAR BIOÉTICO" foi defendida, em 22 de dezembro de 2020, por **WAGNER JOSÉ CORRÊA SILVEIRA**, aluno regularmente matriculado no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98014880, e aprovado pela Banca Examinadora composta por:



Profa. Dra. Míriam de Fátima Brasil Engelman  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Orientadora



Prof. Dr. Felix Carlos Ocáriz Bazzano  
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS  
Examinador



Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Examinador

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a meu pai, Silveira que, com muita alegria me viu entrar neste mestrado, mas infelizmente, não me viu formar e Eneida, esposa, que soube entender e tolerar momentos tensos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos professores Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça, Augusto Castelli Von Atzingen, Camila Claudiano Quina Pereira, Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen, José Vítor da Silva, Luiz Roberto Martins Rocha, Marcos Antônio Batista, Marcos Mesquita Filho, e em especial ao professor Antônio Marcos Coldibelli Francisco como meu primeiro orientador e a professora Mírian de Fátima Brasil Engelman pela continuidade da orientação, ao professor Virgínio Cândido Tosta de Souza, que além do conhecimento, agradeço a atenção e o carinho dispensado comigo. Agradeço também a Michelle (Biblioteca da Unidade Central) e não poderia deixar de agradecer aos grandes, novos e eternos amigos Leandro, Claudio, Gutemberg e Marcos que contribuíram muito, com sabedoria, alegria e, porque não dizer, com muita diversão para vencermos mais esta nova fase de nossas vidas.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer os dados sobre óbitos fetais (OF) no município de Itajubá, entre 2014 e 2018, com o intuito de estudar as variáveis influentes ao término desfavorável destas gestações. Foi feita pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, transversal e retrospectiva. A coleta aconteceu nos relatórios do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Infantil e Materna em Idade Fértil (CIMIM) da cidade de Itajubá, no SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos) e no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). Ocorreram neste período 40 óbitos fetais, dos quais, por critérios de exclusão foram avaliados 36 casos. As variáveis estudadas foram a própria Taxa de Mortalidade Fetal (TMF), sexo dos fetos, número de consultas no pré-natal (PN), presença ou não de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos bairros onde aconteceram os OF, morbidades maternas, idade e escolaridade das mães. Os resultados foram analisados sob o olhar da Bioética de Proteção.

**Palavras-chave:** Óbito fetal. Infecção. Mortalidade fetal. Natimorto. Infecção do trato urinário e gravidez. Bioética. Bioética da proteção. Vulnerabilidade. Vulneração.

## ABSTRACT

The objective of the study was to know the data on fetal deaths in the municipality of Itajubá, between 2014 and 2018, in order to study the variables influencing the unfavorable outcome of these pregnancies. Descriptive research was carried out with a quantitative, transversal and retrospective approach. The collection took place in the reports of the Municipal Committee for Investigating Infant and Maternal Mortality in Fertile Age (CIMIM) in the city of Itajubá, in SINASC (Live Birth Information System) and in SIM (Mortality Information System). During this period, 40 fetal deaths occurred, of which, by exclusion criteria, 36 cases were evaluated. The variables studied were the Fetal Mortality Rate (MPT), sex of the fetuses, number of consultations in the Prenatal, presence or absence of Family Health Strategy (FHS) teams in the neighborhoods where the OF occurred, maternal morbidities, age and mothers' schooling. The results were analyzed from the perspective of Protection Bioethics.

**Key-words:** Fetal death. Infection. Fetal mortality. Spontaneous abortion. Stillbirth. Urinary tract infection and pregnancy. Bioethics. Protection bioethics.



## LISTAS DE ABREVIATURAS

<b>OF</b>	Óbito fetal
<b>TMF</b>	Taxa de Mortalidade Fetal
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>CIMIM</b>	Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Infantil, Materna e Mulheres em Idade Fértil
<b>SINASC</b>	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
<b>SIM</b>	Sistema de Informação de Mortalidade
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ITU</b>	Infecção do Trato Urinário
<b>BA</b>	Bacteriúria Assintomática
<b>DPP</b>	Descolamento Prematuro de Placenta
<b>CIUR</b>	Crescimento Intra Uterino Restrito
<b>HÁ</b>	Hipertensão Arterial
<b>BP</b>	Bioética de Proteção
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do SUS
<b>DO</b>	Declaração de Óbito
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Situações de risco maternas e fetais relacionadas ao Óbito fetal.....	18
--	----

## LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de Óbitos Fetais Segundo o Sexo de Nascimento no Período de 2014 a 2018.....	30
Gráfico 2 - Presença de Pré-Natal nos Casos de OF.....	30
Gráfico 3 - Presença das Equipes de ESF nos Bairros onde ocorreram os OF.....	31

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Nascidos Vivos, Óbitos Fetais e TMF no Brasil no Período de 2014 a 2018.....	29
Tabela 2 - Número de Consultas Durante o Pré-Natal em Casos de Nascidos Vivos e Óbitos Fetais .....	31
Tabela 3 - Morbidades mais frequentes associadas aos casos de OF, em Itajubá, no período de 2014 a 2018 .....	32
Tabela 4 - Idade Materna em Relação a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF).....	32
Tabela 5 - Escolaridade materna em relação a TMF.....	33
Tabela 6 - Evitabilidade dos OF após avaliação feita pelo CIMIM-Itajubá, no período de 2014 a 2018.....	33

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	15
1.1 Assistência Pré-Natal .....	15
1.2 Situação de Risco Maternas e Fetais Relacionadas ao Óbito Fetal.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	19
3 OBJETIVO.....	23
4 JUSTIFICATIVA.....	24
5 METODOLOGIA .....	25
5.1 Delineamento do estudo.....	25
5.2 Dimensionamento amostral.....	25
5.2.1 Critérios de inclusão.....	25
5.2.2 Critérios de exclusão.....	25
5.3 Metodologia .....	26
5.4 Procedimentos éticos.....	28
6 RESULTADOS.....	29
6.1 Número de nascidos vivos, óbitos fetais e TMF.....	29
6.2 Número de Óbitos Fetais Segundo o Sexo de Nascimento.....	29
6.3 Óbito fetal relacionado ao acompanhamento pré-natal materno.....	30
6.4 Cobertura das Equipes de ESF nos Bairros com Ocorrência de Óbitos Fetais.....	31
6.5 Morbidades associadas aos casos de OF no município de Itajubá.....	31
6.6 Correlação da Taxa de Mortalidade Fetal com a Idade e a Escolaridade Materna ...	32
6.7 Avaliação da Evitabilidade dos OF.....	33
7 DISCUSSÃO .....	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS .....	39
ANEXO A - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL: SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL.....	43
ANEXO B - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL: SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR.....	45
ANEXO C - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL: ENTREVISTA DOMICILIAR.....	46
ANEXO D - FICHA DE COLETA DE DADOS DE LAUDO DE NECROPSIA .....	51

ANEXO E - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL: SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	52
ANEXO F - CLASSIFICAÇÃO DE EVITABILIDADE DA FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE .....	56
ANEXO G - CLASSIFICAÇÃO DE WIGGLESWORTH EXPANDIDA – CEMACH, 2005.....	62
ANEXO H – AUTORIZAÇÃO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE ITAJUBÁ-MG .....	64

## 1 INTRODUÇÃO

A Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) é considerada um dos melhores indicadores de qualidade de assistência prestada à gestante no pré-natal (PN) e ao parto. A TMF é calculada usando o número de óbitos fetais (OF) no numerador e o número de nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) no denominador, variando, porém, o critério de idade gestacional e peso para definir o óbito fetal, no nosso caso foram considerados fetos com peso de nascimento igual ou maior que 500 g ou estatura ao nascimento igual ou maior que 25 centímetros ou idade gestacional igual ou superior a 22 semanas (BRASIL, 2009a). Este indicador é usado para analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade fetal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; avaliação nos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil (BRASIL, 2009a). De acordo com dados recentes no Brasil, entre 2001 e 2011 a TMF caiu de 12,3/1000 nascimentos para 10,7/1000 nascimentos neste período (BRASIL, 2011).

O óbito fetal é definido como a morte de um produto da concepção antes da expulsão completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal de vida como movimentos respiratórios espontâneos, batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta

### 1.1 Assistência Pré-Natal

No Brasil, as políticas públicas relacionadas à atenção à saúde da mulher se resumiam à preocupação com o grupo materno-infantil. Apenas em 1983 o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), (BRASIL, 1984), que considera a mulher como sujeito ativo em um contexto social, englobando a assistência à mulher nas alterações clínico-ginecológicas; no controle do pré-natal, parto e puerpério; nas doenças sexualmente transmissíveis; no câncer cérvico-uterino e de mama; na concepção e contracepção, desde a adolescência. Em 2004, sob o

enfoque de gênero, o MS progrediu com a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), (BRASIL, 2004), que visava melhorias na integridade e promoção da saúde da mulher, dos direitos sexuais e reprodutivos, na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto e no combate à violência doméstica e sexual. E em 2011, o MS, através da Secretaria de Vigilância em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), se propõe a fomentar a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que engloba um pacote de ações para estruturar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério e ao nascimento seguro das crianças, assim como seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Em 2016 o MS associado ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa publicaram Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres, reconhecendo a importância da atenção básica (AB), na proximidade e acolhimento das mulheres, na resolutividade de seus problemas, levando em conta as características sociais, demográficas, culturais, religiosas de cada região (BRASIL, 2016). Além de valorizar a AB orienta também na necessidade de encaminhamento para profissionais especializados, em especial nos casos de gestações que tenham evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe, classificadas como gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Este protocolo de Saúde das Mulheres traz um fluxograma para os casos de atraso menstrual/amenorreia, valorizando o acolhimento, a idade da paciente, presença ou não de menstruações anteriores, presença de relações sexuais desprotegidas, oferecimento de teste rápido de gravidez, até a confirmação com exames e seguimento do pré-natal (BRASIL, 2016).

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016).

Com referência ao número de consultas este protocolo é claro com no mínimo de 6 consultas médicas com consultas de enfermagem intercaladas, mas em casos em que haja alguma situação de risco estas consultas devem ser mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais da 28ª a 36ª semana e semanais da 36ª a 41ª semana. Nos casos em



que a gestante estiver em acompanhamento nos serviços de alto risco o acompanhamento pela equipe da AB deve continuar por meio de consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares, busca ativa, ações educativas entre outras, de forma individualizada, de acordo com o grau de risco e as necessidades da gestante (BRASIL, 2016).

## **1.2 Situação de Risco Maternas e Fetais Relacionadas ao Óbito Fetal**

A literatura cita inúmeras patologias e hábitos que podem comprometer o bom andamento da gravidez (BRASIL, 2016). O quadro 1 resume tais situações.

Na gestação pode ocorrer proliferação de germes causando a vaginose bacteriana que pode estar associado a trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas e corioamnioite, podendo levar ao OF (NUNES; FRANÇA; TRAEBERT, 2018).

A infecção de urina na gestante pode estar presente, até porque fisiologicamente, nesta fase, ocorre estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, alteração da posição da bexiga, aumento na produção de urina, dilatação do sistema coletor, diminuição do tônus vesical, relaxamento da musculatura lisa além da glicosúria e aminoacidúria que contribui para a proliferação bacteriana. A infecção urinária é definida como a presença de microrganismos no sistema urinário, que podem causar lesão tecidual desde a uretra até os rins. É classificada nas formas clínicas como: bacteriúria assintomática (BA), cistite, uretrite e pielonefrite. A BA corresponde a presença de bacteriúria significativa sem os sintomas da infecção do trato urinário (ITU), ocorre em 2% a 10% das grávidas. As ITU são as complicações mais prevalentes, e a principal causa de sepse durante a gestação, associando-se à prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito perinatal. Entre as gestantes com BA e não tratadas, 40% evoluem para infecções sintomáticas e aproximadamente 30% destas, desenvolvem pielonefrite aguda (BRASIL, 2000; YANASE, 2018; DARZÉ, BARROSO, LORDELO, 2011).

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição clínica que pode aparecer antes da gestação, mas pode aparecer também durante a gestação e perdurar até após o parto. A HA está muito relacionada a complicações da gravidez como Descolamento prematuro de placenta (DPP), crescimento intrauterino restrito (CIUR), prematuridade, parto cesariana, OF e complicações cardiovasculares, renais e pulmonares materna (HENRIQUE *et al.*, 2012).

A Diabetes Mellitus é doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrosomia e mal formações fetais, mas também são responsáveis por OF e prematuridade (MOURA *et al.* 2018).

Quadro 1 - Situações de risco maternas e fetais relacionadas ao Óbito fetal

<b>Situações De Risco Maternas E Fetais Relacionadas Ao OF</b>	
<b>Hiperêmese gravídica</b>	
<b>Síndromes hemorrágicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abortamento</li> <li>- Gravidez ectópica</li> <li>- Doença Trofoblástica Gestacional (mola hidatiforme)</li> <li>- Descolamento cório-amniótico</li> <li>- Descolamento prematuro de placenta (DPP)</li> <li>- Placenta prévia</li> </ul>
<b>Patologias do líquido amniótico e da membrana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oligoidramnio</li> <li>- Polidrâmnio</li> <li>- Ruptura prematura das membranas ovulares (amniorexe prematura) e ruptura alta e precoce das membranas (coriomniointe)</li> </ul>
<b>Patologias da gestação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemias</li> <li>- Crescimento intrauterino restrito (Ciur)</li> <li>- Varizes e tromboembolismo</li> <li>- Síndromes hipertensivas da gestação</li> <li>- Diabetes gestacional</li> <li>- Infecção do trato urinário (bacteriúria assintomática, cistite aguda, pielonefrite aguda)</li> <li>- Trabalho de parto prematuro</li> <li>- Gravidez prolongada</li> </ul>
<b>Patologias do feto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mal formações</li> </ul>
<b>Doenças infecciosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatite B</li> <li>- HIV</li> <li>- Sífilis</li> <li>- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)</li> <li>- Toxoplasmose</li> <li>- Tuberculose</li> <li>- Hanseníase</li> <li>- Malária</li> </ul>
<b>Patologias comportamentais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabagismo</li> <li>- Uso e abuso de álcool</li> <li>- Uso e abuso de drogas ilícitas</li> <li>- Violência contra a mulher na gestação</li> </ul>

Fonte: Brasil (2012)

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A bioética, segundo a definição da Encyclopedia of Bioethics, é “o estudo sistemático do comportamento humano na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, quando se examina esse comportamento à luz dos valores e dos princípios morais” (BELLINO, 1997, p.21-22).

A ética, segundo a bela definição de Aristóteles, é “o mister do Homem”. Há uma equivalência entre os atos morais e os atos que realizam a nossa humanidade, como de maneira explícita afirma Tomás de Aquino: *idem sunt morales et actus humani* (BELLINO, 1997).

A bioética, como diz Humbert Doucet, é “uma empresa de sabedoria” e que serve para responder aos novos desafios da biomedicina. A tais desafios o médico não pode responder sozinho com seu código de ética, já que os problemas propostos pela bioética referem-se a todos nós; é preciso uma abordagem sistemática que envolva todos os profissionais da saúde, os pacientes, a sociedade, a comunidade científica (cientistas, juristas, sociólogos, psicólogos, filósofos), (BELLINO, 1997).

A Bioética de Proteção (BP) é uma proposta que surge no começo do Século XXI no âmbito da bioética construída na América Latina e no contexto das tentativas de pesquisadores de pensar as condições de possibilidade de uma bioética sanitária, preocupada *inter alia* com as políticas públicas de saúde, para que sejam moralmente legítimas, socialmente justas (equitativas) e respeitosas dos Direitos Humanos, após constatar os limites das ferramentas bioéticas tradicionais, essencialmente aplicadas somente aos conflitos interpessoais dos agentes e pacientes morais envolvidos nas práticas da biomedicina (SCHRAMM, 2017).

A proteção é uma dimensão ética que vem participando da vida política, social e filosófica desde o século XVII, quando Thomas Hobbes firmou as bases do seu modelo de contratualismo social. O ser humano é predatório, agressivo, consumidor e, se deixado ao seu livre-arbítrio, luta para estabelecer hegemonias – *homo homini lúpus* – mas, como deve necessariamente viver em sociedade, haverá de buscar um modo de conviver em paz, para chegar ao que Savater (1995 apud SCHRAMM *et al.*, 2005) denomina *homo homoni homo*. A solução, diz Hobbes, é entregar ao Estado – o Leviatã – o domínio monopólico sobre a violência, em troca do qual o poder central protegerá a integridade física e patrimonial dos cidadãos. Este mesmo requerimento de proteção é

formulado de forma mais elegante por John S. Mill, quando assinala que o Estado deve assegurar os direitos básicos dos indivíduos. O liberalismo político reconhece, então, que o Estado, ainda que seja mínimo ou apenas guardião noturno, não pode se esquivar da tarefa fundamental de proteger seus cidadãos (NOZICK, 1974 apud SCHRAMM *et al.*, 2005).

A missão política de proteger os membros da sociedade não tem sido questionada; o que continua em discussão é a extensão desta proteção. Proteger a nação contra o agressor externo é tarefa aceita e encomendada às forças armadas; igualmente acatada é a proteção social interna exercida pela polícia. A função protetora do Estado ampliou-se para além dos conflitos humanos, sendo aceito que a proteção contra catástrofes telúricas – maremotos, terremotos, inundações, secas, incêndios de grandes proporções – deve ser preocupação estatal; também os aspectos higiênicos e epidemiológicos foram incorporados à agenda daquilo que os cidadãos esperam do Estado, de maneira que abundam os antecedentes históricos sobre a proteção coletiva exercida por esse.

Hans Jonas, ao fundamentar a sua ética da responsabilidade, recorre duas vezes ao exemplo da proteção. Evoca a situação do ser humano recém-nascido que, por sua própria presença desamparada, estabelece a obrigação, societal ou parental, de ser protegido. Mais adiante, fala da responsabilidade de proteger o direito a existir de futuras gerações. Conhecidos são os escritos de Emanuel Levinas, que fundamenta a totalidade da ética no encontro com o outro, cujo o rosto expressa a solicitação de ser amparado, o eu sentindo-se chamado a exercer a diaconia (= prestação de serviço ao próximo). Sem utilizar o termo expressamente, Levinas recria a figura do protetor frente ao desamparado e o situa no princípio, como início e como fundamento, da ética. Em comentários mais oblíquos, Levinas estabelece uma ética de justiça baseada no fato de que o cuidado e a proteção ao outro devem ser indiscriminadamente extensivos.

Ancorado na filosofia anglo-escocesa, Richard Brandt (1995 apud SCHRAMM *et al.*, 2005) reconhece uma natural empatia/simpatia entre os seres humanos, que os leva a preferir uma sociedade moralmente ordenada na qual prima a proteção dos mais débeis, incluindo os animais e as futuras gerações. Esta ordem social tem de ser reforçada mediante leis desejáveis “em prol da proteção, que dispunham contra diversas formas de lesão, privação de propriedade e similares” (BRANDT, 1995, p. 61 apud SCHRAMM *et al.*, 2005, p. 32) e conclui: “a aceitação de uma moralidade utilitária para

uma sociedade é mais o resultado do altruísmo empático e das pessoas e de seu desejo de proteção” (BRANDT, 1995, p. 61 apud SCHRAMM *et al.*, 2005, p. 33).

Quatro são, portanto, as raízes que nutrem o desenvolvimento de uma ética de proteção:

- a) O compromisso político de todo o Estado;
- b) O fundamento ético da convivência;
- c) As limitações de um pensamento principialista;
- d) A necessidade de uma ética própria para a América Latina, que faça eco à realidade socioeconômica de países precariamente desenvolvidos.

As inquietudes sanitárias mais prementes no subconsciente latino-americano ocorrem na esfera pública, quando esta enfrenta as necessidades preventivas e terapêuticas de uma parte majoritária da população. Os programas de saúde pública relacionadas a prevenção, higiene e à educação são reconhecidamente de responsabilidade estatal; na verdade esses programas só são eficazes quando aplicados indiscriminadamente ao universo populacional suscetível, ou a toda sociedade, caso exista uma vulnerabilidade geral.

Para práticas sanitárias de ordem coletiva e com caráter preventivo, a ética de proteção tem cinco proposições:

**a) Beneficência**

Deve existir um problema ou uma ameaça à saúde pública de magnitude para justificar um programa central de prevenção. É difícil validar programas sanitários destinados a beneficiar uma minoria às custas de requerer compromissos sociais, éticos e materiais de toda a população; por outro lado, um problema minoritário poderia ser tão severo – risco de extinção de uma etnia – a ponto de requerer um sacrifício solidário de todos, pois a magnitude dos benefícios o justifica (SCHRAMM *et al.*, 2005).

**b) Eficácia**

A política sanitária proposta deve ser eficaz e a melhor possível, ou seja, deve ser a melhor maneira para a solução dos problemas (SCHRAMM *et al.*, 2005).

**c) Não-discriminação de riscos**

Os riscos inevitavelmente inerentes à ação sanitária devem ser aleatórios, todos os participantes tendo a mesma (im)probabilidade de sofrer efeitos secundários. Se

é possível prever que um programa causará mais riscos ou trará menos benefícios para determinados indivíduos ou grupos sociais, o uso desse programa será discriminatório e eticamente reprovável (SCHRAMM *et al.*, 2005).

#### **d) Restrições à autonomia**

Um programa público apoiado nos conhecimentos empíricos assinalados poderá ser imposto à população às custas do sacrifício parcial da autonomia individual. É este o princípio amplamente aceito que o ameaça ou prejudica. Bem entendido, não se trata do sacrifício da liberdade pessoal em prol do interesse coletivo, como propõe e proclamam os totalitarismos. Trata-se de impulsionar práticas comprovadamente efetivas em prol do bem comum, negando-se, como solicitara H. Jones, o pensamento utópico que propõe sem fundamentos ou compromisso com a aplicabilidade, restringindo-se apenas aqueles aspectos da autonomia exercidos pelos que venham a interferir no programa sanitário (SCHRAMM *et al.*, 2005).

#### **e) Obrigatoriedade de programas sanitários**

Aceita a legitimidade de suspender a autonomia pessoal naqueles aspectos que dizem respeito ao programa sanitário, a saúde pública tem a validação ética para impor um curso de ação obrigatório. A saúde pública trabalha com a disciplina cidadã, a proposta da ética de proteção, sendo que as regulamentações sociais, também na área sanitária, são legítimas quando se sustentam em uma fundamentação ética sólida (SCHRAMM *et al.*, 2005).

A ética de proteção em saúde pública pode ser explorada mais além das ações epidemiológicas preventivas, para englobar políticas sanitárias terapêuticas baseadas em vulnerabilidade, suscetibilidade, necessidade e pobreza (SCHRAMM *et al.*, 2005).

Itajubá está localizada na região Sul do estado de Minas Gerais, com uma população de 90.658 no último censo de 2010 e com expectativa de 96.869 habitantes para 2019 segundo o IBGE (2010). A Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,1% em 2010, a Taxa de Mortalidade Infantil é de 11,49 casos por mil nascidos vivos, em 2017. No município existem dois hospitais públicos com maternidade e a cidade é referência para o atendimento da micro região composta por 14 municípios e uma população de 205.097 habitantes, estimativa de 2017 (IBGE, 2010).

### **3 OBJETIVO**

Conhecer os resultados da TMF em Itajubá, no período de 2014 a 2018 e analisar os prováveis fatores que influenciaram na variação deste indicador.

#### **4 JUSTIFICATIVA**

O conhecimento e o entendimento dos fatores que influenciam os óbitos fetais podem resultar em estratégias preventivas, sobretudo na assistência pré-natal, objetivando o direito à vida entendido à luz da dignidade da pessoa humana.



## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, transversal e retrospectiva, que analisou todos os óbitos fetais no período de 2014 a 2018 na cidade de Itajubá-MG.

### **5.2 Dimensionamento amostral**

No período avaliado ocorreram 42 casos de OF dos quais 40 foram de gestantes residentes em Itajubá e dois casos de gestantes de cidades vizinhas.

#### **5.2.1 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão contemplam a avaliação dos casos de OF somente de mulheres residentes em Itajubá e a avaliação dos casos que tiveram fetos com peso de nascimento igual ou maior que 500 g e/ou estatura de nascimento igual ou maior que 25 cm e/ou idade gestacional igual ou maior que 22 semanas.

#### **5.2.2 Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão consideram as gestantes que residiam fora do município de Itajubá e que tiveram seus fetos com peso de nascimento menor que 500 gramas e/ou estatura de nascimento menor que 25 centímetros e/ou idade gestacional menor que 22 semanas. Com isso a nossa amostragem caiu para 36 casos.

### 5.3 Metodologia

As informações sobre nascidos vivos e de óbitos fetais são de domínio público e a coleta dos dados aconteceu na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), além dos relatórios do Comitê de investigação de mortalidade infantil e materna (CIMIM) da cidade de Itajubá-MG.

Os comitês de investigação foram regulamentados pelas portarias do Ministério da Saúde, como segue: Portaria Nº 1.119, de 5 de Junho de 2008, que REGULAMENTA a VIGILÂNCIA de ÓBITOS MATERNOS (BRASIL, 2008), e Portaria Nº 72, de 11 de Janeiro de 2010, que Estabelece que a VIGILÂNCIA do ÓBITO INFANTIL e FETAL é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Toda Declaração de Óbito (DO) é constituída por três cópias, carbonadas, e distribuídas pelo Ministério da Saúde através das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Uma das vias da DO é encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica dos municípios, para além de alimentar o SIM, os trabalhos de investigação sejam iniciados. Essa investigação inicia através de entrevistas, com instrumentos predeterminados, nos ambientes: ambulatórios (ou consultórios na clínica privada) onde ocorreu o pré-natal, nos hospitais onde ocorreram as perdas fetais e nas residências das gestantes. Após o levantamento destes dados o CIMIM se reúne para discussão de cada evento, classificar cada caso quanto a: evitável, não evitável ou mal definidos, para tal usamos Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, e após as conclusões e sugestões, estes dados são encaminhados a Regional de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

- F 1 – Ficha de Investigação de Óbito Fetal
- Serviço de Saúde Ambulatorial (ANEXO A)
- F 2 - Ficha de Investigação de Óbito Fetal
- Serviço de Saúde Hospitalar (ANEXO B)
- F 3 - Ficha de Investigação de Óbito Fetal
- Entrevista Domiciliar (ANEXO C)
- F 4 – Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia (ANEXO D)

- F 5 – Ficha de Investigação de Óbito Fetal (ANEXO E)
- Síntese, conclusões e recomendações
- Classificações sugeridas pelo Ministério da Saúde para classificação de evitabilidade:
- Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (ANEXO F)
- Classificação de Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005 (ANEXO G)

Para avaliar a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) foram considerados os seguintes fatores:

- ✓ Número de nascidos vivos
- ✓ Número de óbitos fetais
- ✓ Sexo dos fetos
- ✓ Presença de pré-natal
- ✓ Número de consultas no pré-natal
- ✓ Cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF)
- ✓ Morbidades mais frequentes
- ✓ Idade da mãe
- ✓ Escolaridade da mãe
- ✓ Avaliação quanto a evitabilidade do óbito
- ✓ Taxa de Mortalidade Fetal

Os dados foram tabulados e analisados de forma descritiva, para em seguida serem discutidos com base na literatura de pesquisa.

Itajubá está localizada na região Sul do estado de Minas Gerais, com uma população de 90.658 no último censo de 2010 e com expectativa de 96.869 habitantes para 2019 segundo o IBGE (2010). A Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,1% em 2010, a Taxa de Mortalidade Infantil é de 11,49 casos por mil nascidos vivos, em 2017. No município existem dois hospitais públicos com maternidade e a cidade é referência para o atendimento da micro região composta por 14 municípios e uma população de 205.097 habitantes, estimativa de 2017 (IBGE, 2010).

#### **5.4 Procedimentos éticos**

O estudo não foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos por se tratar de dados públicos. O acesso aos dados no setor da Vigilância Epidemiológica foi autorizado pelo Gestor Municipal de Saúde da cidade de Itajubá-MG (ANEXO H).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Número de nascidos vivos, óbitos fetais e TMF

A tabela 1 apresenta os dados obtidos no período de 2014 a 2018, no Brasil, no estado de Minas Gerais e no município de Itajubá, respectivamente.

Tabela 1 - Número de Nascidos Vivos, Óbitos Fetais e TMF no Brasil no Período de 2014 a 2018

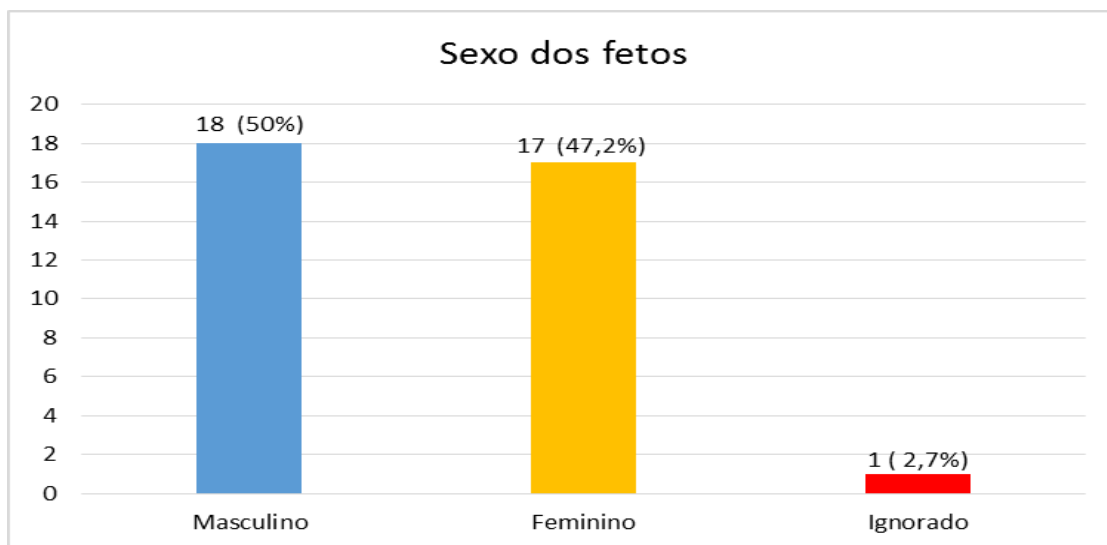
Ano	Nascidos Vivos	Óbitos Fetais	TMF	Local
2014	2.979.259	32.145	10,67 ‰	Brasil
	267.130	3.001	11,10 ‰	Minas Gerais
	1.293	3	2,31 ‰	Itajubá
2015	3.017.668	32.994	10,81 ‰	Brasil
	268.305	3.020	11,13 ‰	Minas Gerais
	1.235	6	4,83 ‰	Itajubá
2016	2.857.800	30.210	10,46 ‰	Brasil
	253.520	2.758	10,7 ‰	Minas Gerais
	1.198	10	8,27 ‰	Itajubá
2017	2.923.535	30.620	10,36 ‰	Brasil
	260.959	2.769	10,4 ‰	Minas Gerais
	1.218	4	3,27 ‰	Itajubá
2018	2.944.932	30.690	10,31 ‰	Brasil
	263.640	2.699	10,1 ‰	Minas Gerais
	1.204	13	10,68 ‰	Itajubá

Fonte: Datasus

### 6.2 Número de Óbitos Fetais Segundo o Sexo de Nascimento

Quando confrontamos o número de óbitos fetais em relação ao sexo de nascimento encontramos os resultados que estão resumidos no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Número de Óbitos Fetais Segundo o Sexo de Nascimento no Período de 2014 a 2018.

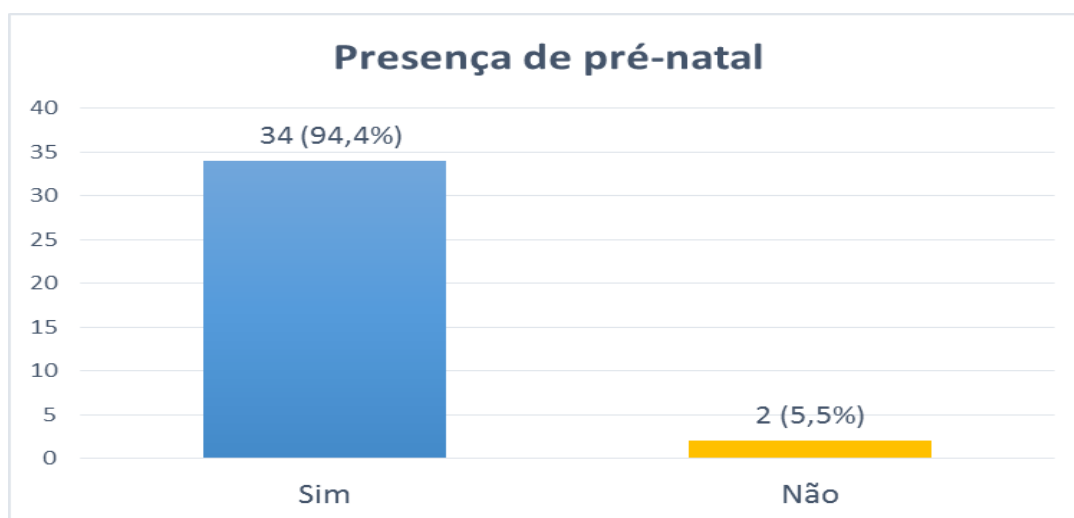


Fonte: Elaborado pelo autor (2020)

### 6.3 Óbito fetal relacionado ao acompanhamento pré-natal materno

No estudo realizado, a maioria dos óbitos fetais ocorreram em casos de gravidez assistida por consultas pré-natal, como mostra o Gráfico 2. A tabela 2 considera o número de consultas, durante a gestação.

Gráfico 2 - Presença de Pré-Natal nos Casos de OF



Fonte: Elaborado pelo autor (2020)

Tabela 2 - Número de Consultas Durante o Pré-Natal em Casos de Nascidos Vivos e Óbitos Fetais

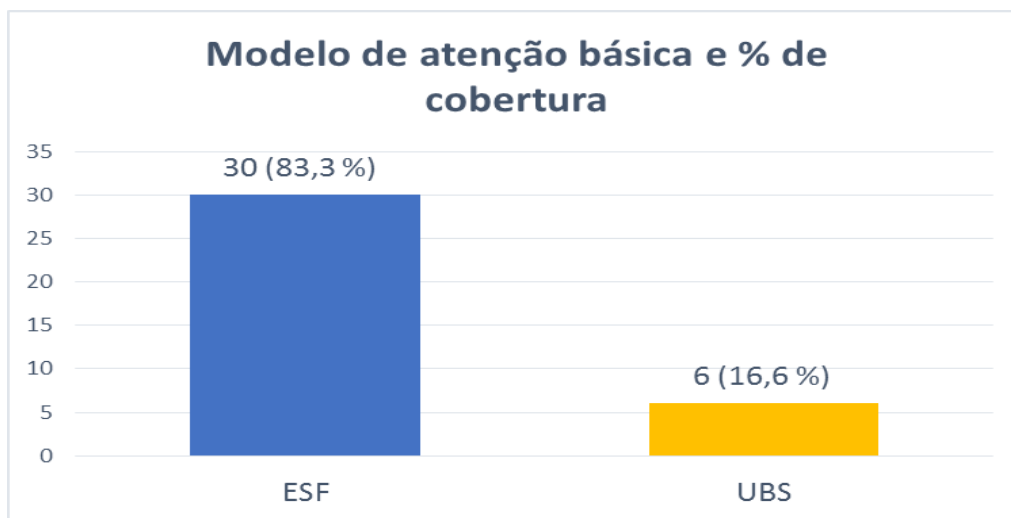
Número de Consultas	Nascidos Vivos	% dos NV	Óbitos Fetais	% dos OF	TMF
0	41	0,60%	1	2,70%	23,80 ‰
1 a 2	195	3,10%	5	13,80%	25 ‰
4 a 6	1030	16,70%	13	36,10%	12,46 ‰
≥ 7	4842	78,70%	16	44,40%	3,29 ‰
Ignorado	40	0,60%	1	2,70%	24,39 ‰
<b>Total</b>	<b>6148</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	

Fonte: DATASUS (2008)

#### 6.4 Cobertura das Equipes de ESF nos Bairros com Ocorrência de Óbitos Fetais

A Figura -3 descreve a cobertura da Atenção primária à saúde, nos locais onde ocorreram óbitos fetais.

Gráfico 3 - Presença das Equipes de ESF nos Bairros onde ocorreram os OF



Fonte: Elaborado pelo autor (2020)

#### 6.5 Morbidades associadas aos casos de OF no município de Itajubá.

As Morbidades mais frequentes associadas aos casos de OF, em Itajubá, no período de 2014 a 2018 estão relacionadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Morbidades mais frequentes associadas aos casos de OF, em Itajubá, no período de 2014 a 2018

Morbidades mais frequentes	2014	2015	2016	2017	2018	Total
ITU	1	2	4	1	6	14
Hipertensão Arterial	1	2	3	2	3	11
Tabagismo	1	2	4	1	1	9
Diabetes	1	2	1	0	2	6
Mal Formação	0	1	2	0	3	6
Descolamento Prematuro De Placenta (Dpp)	1	1	1	2	1	6
Corioamnioite	0	0	0	2	2	4
Acidente Doméstico (Queda)	0	0	1	0	3	4
Amniorexe Prematura	0	1	0	1	2	4
Hemorragia	0	0	0	0	2	2
Sífilis	0	0	0	0	2	2
Nó Verdadeiro De Cordão	0	1	1	0	0	2
Anóxia Intrauterina	1	0	0	0	1	2
Crescimento Intra Uterino Restrito (Ciur)	0	0	2	0	0	2
Toxoplasmose	0	0	0	0	1	1
Prolapso De Cordão	0	0	0	0	1	1

Fonte: Departamento de Epidemiologia SMS de Itajubá (2018)

## 6.6 Correlação da Taxa de Mortalidade Fetal com a Idade e a Escolaridade Materna

As Tabelas 4 e 5 relacionam a Taxa de mortalidade fetal com a idade e a escolaridade materna

Tabela 4 - Idade Materna em Relação a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF)

Idade da mãe	Nascidos Vivos	Óbitos fetais	TMF
< de 10 anos	0	0	
10 a 14 anos	13	0	
15 a 19 anos	800	3	3,73 ‰
20 a 34 anos	4419	23	5,17 ‰
≥ a 35 anos	916	10	10,79 ‰
<b>Total</b>	<b>6148</b>	<b>36</b>	

Fonte: Departamento de Epidemiologia SMS de Itajubá (2018)



Tabela 5 - Escolaridade materna em relação a TMF

<b>Escolaridade da mãe</b>	<b>Nascidos vivos</b>	<b>Óbitos fetais</b>	<b>TMF</b>
<b>Nenhuma</b>	5	1	166,66 ‰
<b>1 a 3 anos</b>	46	0	0
<b>4 a 7 anos</b>	662	10	14,88 ‰
<b>8 a 11 anos</b>	3.826	10	2,60 ‰
<b>≥12 anos</b>	1.608	15	9,24 ‰

Fonte: Departamento de Epidemiologia SMS de Itajubá (2018)

### 6.7 Avaliação da Evitabilidade dos OF

A tabela 6 apresenta a evitabilidade dos óbitos fetais ocorridos durante o período estudado, no município de Itajubá.

Tabela 6 - Evitabilidade dos OF após avaliação feita pelo CIMIM-Itajubá, no período de 2014 a 2018.

<b>Classificação do óbito</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2014</b>	<b>Total</b>
<b>Número de Óbitos</b>	3	6	9	4	14	36
<b>Evitável</b>	3	5	7	4	12	31
<b>Não Evitável</b>	0	0	1	0	2	3
<b>Inconclusivo</b>	0	0	1	0	0	1
<b>Indeterminado</b>	0	1	0	0	0	1
<b>% de Evitabilidade</b>	100%	83%	77,70%	100%	85,70%	86,10%

Fonte: Departamento de Epidemiologia SMS de Itajubá (2018)

## 7 DISCUSSÃO

No período de 2014 a 2018, enquanto o número de óbitos fetais segue um padrão de descendência, no Brasil de 4,53%, em Minas Gerais de 10,7%, em Itajubá este padrão é de ascendência, aumento de 433%.

Não houve prevalência dos sexos, masculino ou feminino, nos casos de OF apesar que os autores Chiavegatto Filho e Laurenti, citarem existir uma vulnerabilidade inata do sexo masculino para o óbito fetal, principalmente quando associado a outras variáveis como idade, escolaridade e idade gestacional das mães (BRASIL, 2008).

Das 36 gestantes que constitui nossa amostra 34 fizeram pelo menos uma consulta de pré-natal (PN) e somente 2 não o fizeram, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) os números adequados de consultas no PN deveriam ser igual ou superior a 6. No nosso estudo observamos que no caso das mulheres que tiveram seus filhos vivos a grande maioria fez um número adequado de consultas, ou seja, o número de consultas no PN foi um fator protetor de suas gestações. Na amostra dos casos de OF a maioria das mulheres fizeram um número adequado de consultas no PN e o mesmo fator de proteção (número de consultas no PN) reflete no cálculo da TMF, ou seja, a mortalidade dos conceptos foi maior nos casos em que houve número menor ou ausência dessas consultas (KALE *et al.*, 2018; LIMA, OLIVEIRA JUNIOR, TAKANO, 2016; FONSECA, COUTINHO, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) iniciou com o Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994. Desde então é definido como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no País. Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar) que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade.

O PSF surge no Brasil como uma reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Assim, o PSF se apresentou como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para

ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. Cada equipe de ESF é composta por um médico, uma enfermeira e seis agentes comunitários de saúde, e este último grupo, entre outras ações, fazem visitas mensais a todas as famílias de suas micro áreas de atuação. Considerando os bairros onde ocorreram os OF, 83,3 % deles tinha cobertura de atendimento com equipes de ESF.

A literatura refere várias patologias como morbidades que, quando presentes, podem até transformar uma gravidez de baixo risco em uma gravidez de alto risco. Estas morbidades mais citadas são Hipertensão Arterial, infecção do trato urinário (ITU), diabetes gestacional ou anterior, hemorragias, principalmente no terceiro trimestre, infecções parasitárias, entre elas a sífilis, alterações placentárias como descolamento prematuro de placenta (DPP), alterações do cordão umbilical (prolapso de cordão, nó verdadeiro de cordão), rupturas prematuras de membranas com corioamnioite como consequência (KALE *et al.*, 2018; LIMA, OLIVEIRA JUNIOR, TAKANO, 2016). Nesta amostra estudada as morbidades mais presentes foram a ITU em 14 casos, hipertensão arterial em 11, a diabetes melitus, os casos de mal formações fetais e descolamento prematuro de placenta ocorrem em 6 casos cada e o tabagismo esteve presente em 9 gestantes.

Um fator importante que pode influenciar a um aumento na mortalidade fetal é a idade da mãe, e vários estudos mostram que esta relação é diretamente proporcional, ou seja, quanto maior a idade da mãe maior será a TMF, como constatado na nossa pesquisa. Na nossa amostra não tivemos casos de OF em gestantes com idade de até 14 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos a TMF foi de 3,73 ‰, e na faixa etária  $\geq$  a 35 anos essa taxa foi de 10,79.

A escolaridade da mãe também é um fator importante na variação da TMF, aqui esta proporção seria inversa, ou seja, quanto mais tempo de escolaridade menor seria esta taxa. Há relatos de os extremos da idade reprodutiva da mulher, ou seja, abaixo de 14 anos e acima de 35 anos, acompanha o menor tempo e o maior tempo de escolaridade, respectivamente. O fator escolaridade traria um “empoderamento”<sup>1</sup> para a mulher, alcançado pelo grau de instrução 28-32. Na nossa amostra a TMF foi de 166,66‰ no caso de ausência de escolaridade e foi de 9,24‰ nos casos de  $\geq$  12 anos de escolaridade das mães.

---

<sup>1</sup> Empoderamento: Passar a ter domínio sobre a sua própria vida; ser capaz de tomar decisões sobre o que lhe diz respeito. DICIONÁRIO AURÉLIO. **Significado do Empoderamento**, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/empoderamento/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

A análise dos casos de OF é feita pelos comitês locais de cada município com a finalidade de classificá-los quanto a Evitável, Não Evitável, Indeterminado ou Inconclusivo e a literatura mostra que a maioria dos casos, assim como os da nossa amostra, tem um grande potencial evitável, e menciona também, em determinados locais, alto índice de casos indeterminados (RÊGO *et al.*, 2018; ASSIS *et al.*, 2014). No município de Itajubá a média dos casos de OF evitáveis no período estudado foi de 86,1%, variando de 85,7% a 100%.

A TMF é um indicador que mostra a atenção à mulher no pré-natal e parto, e no Brasil tem tido um valor estável, como mostra a tabela anterior, o que chama a atenção, neste período analisado no município de Itajubá uma variação preocupante e uma curva de ascendência.

A visão bioética deste trabalho deve iniciar pela conceituação de vulnerabilidade e vulneração. Vulnerabilidade por seu sentido semântico, que deriva do latim *vulnus*, cujo significado é ferida. Assim a vulnerabilidade refere-se à possibilidade de ser ferido englobando tanto o aspecto relacionado à dimensão física quanto o atinente à perspectiva social (SOTERO, 2011).

Inicialmente, em bioética, considera-se vulnerabilidade apenas como a susceptibilidade de a pessoa ser ferida, própria de alguns modos de vida, populações e classes sociais específicas. Neves estabelece,

grupos de pessoas desprotegidas ou institucionalizadas como órfãos, prisioneiros, idosos e, mais tarde, judeus e outros grupos étnicos considerados inferiores e mesmo subumanos pelos nazistas(...) São, sobretudo, estes grupos que vem a ser classificados como vulneráveis, aos quais se juntaram, também, posteriormente, e em contextos mais ampliados, outras etnias minoritárias, grupos socialmente desfavorecidos e as mulheres (NEVES, 2006, p. 159).

Entretanto, o princípio da vulnerabilidade carrega duas significações distintas: uma geral, pretendendo correlacionar a vulnerabilidade a todos e a tudo aquilo que vive, entendendo que a morte é inexorável à vida; e uma específica relacionando a vulnerabilidade a grupos específicos: mulheres, crianças e idosos.

Refletindo sobre tal diferença semântica Schramm aprofunda a distinção conceitual, passando a considerar que todos são suscetíveis a ser feridos em algum grau, bastando para isso estar vivos. Porém, para o autor, nem todos são suscetíveis na mesma intensidade, existindo disparidade nas formas e graus de suscetibilidade. Assim, é

estabelecida a distinção entre vulnerabilidade e vulneração (SCHRAMM, 2006). Nas palavras de Schramm,

a aceitabilidade quase universal do termo vulnerabilidade por eticistas e bioeticistas parece indicar que o sentido do conceito vulnerabilidade seja algo evidente, o que de fato não é. De fato vulnerabilidade é uma categoria sui generis que pode ser aplicada a qualquer ser vivo que, enquanto tal, pode ser “ferido”, mas necessariamente o será, ou seja, a mera potencialidade inscrita no termo vulnerabilidade não pode ser confundida logicamente com aquilo que chamamos “vulneração”, de acordo com a distinção já estabelecida por Aristóteles entre potência e ato. De fato, se todos são potencialmente (ou virtualmente?) vulneráveis como seres vivos, nem todos são vulnerados concretamente devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde. Em suma, parece razoável considerar mais correto distinguir a mera vulnerabilidade da afetiva “vulneração”, vendo a primeira como potencialidade e a segunda como uma situação de fato, pois isso tem consequências relevantes no momento da tomada de decisão (SCHRAMM, 2006, p. 191-192).

Ainda sobre vulnerabilidade e vulneração, Kottow acrescenta, la vulnerabilidade es condición universal de amenaza, no existindo la dicotomía vulnerable-no vulnerable; no es um estado de daño sino de fragilidad. Si alguien deja de ser vulnerable es porque se há vuelto vulnerado<sup>2</sup> (KOTTOW, 2008).

No nosso estudo parece claro que mulheres grávidas não estão em estado de vulnerabilidade mas podem estar em estado de vulneração, principalmente, se associados a fatores como baixo número de consultas no pré-natal, ter idade  $\geq$  a 35 anos de idade, ter baixa escolaridade, apresentar patologias como ITU, hipertensão arterial, diabetes melitus, sífilis, ter o hábito de fumar.

Do ponto de vista da Bioética da Proteção como da Saúde Pública, o Estado tem o papel de dar amparo ao cidadão vulnerado, que não tenha condições objetivas e subjetivas necessárias a uma qualidade de vida satisfatória. Dentre as condições objetivas existe a capacidade de satisfazer as necessidades e exigências legítimas (moradia, educação, acesso aos serviços de saúde e liberdades básicas); dentre as subjetivas, a competência cognitiva e emocional para “cuidar de si”, exercer suas capacidades de maneira autônoma e responsável (SCHRAMM, 2007).

---

<sup>2</sup> A vulnerabilidade é uma condição de ameaça universal, não há dicotomia vulnerável-não vulnerável. Não é um estado de dano, mas de fragilidade. Se alguém deixa de ser vulnerável, é porque se tornou vulnerável (KOTTOW, 2008, tradução nossa).

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O propósito deste trabalho foi analisar todos os casos de óbitos fetais (OF) no período de 2014 a 2018 no município de Itajubá, com a finalidade de conhecer as variáveis que possam ter influenciado sua ocorrência, mas com o olhar bioético.

Do ponto de vista dos fatores clínicos, sociais, demográficos presentes neste estudo os dados encontrados confirmam com os que se encontram na literatura sobre o assunto mas valeria a pena uma discussão em saúde pública do nosso município, com a participação das academias de medicina e enfermagem para “tratarmos” as nossas gestantes, realmente vulneradas, com mais equidade e respeito para diminuir o número de óbitos fetais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. *et al.* Fatores de risco para mortes fetais anteparto no município de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 35-43, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 jul. 2019.

ASSIS, H. M. *et al.* Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. **Caderno Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 314-317, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300314&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300314&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 25 mar. 2019.

BELLINO, F. **Fundamentos da bioética, aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. Bauru, SP: EDUSC, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Manual\\_gestante\\_de\\_alto-risco.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Manual_gestante_de_alto-risco.pdf). Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito: documento necessário e importante**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2.ed. Brasília; 2009a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf). Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascidos Vivos**, [201-?]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação pragmática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf). Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica:** saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.119, de 5 de Junho de 2008.** Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html). Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010.** Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072\\_11\\_01\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html). Acesso em: 01 nov. 2019.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. O sexo masculino vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 720-728, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000400011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 25 mar. 2019.

DARZÉ, O. I. S. P, BARROSO, U.; LORDELO, M. Preditores clínicos de bacteriúria assintomática na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S. l.], v. 33, n. 8, p. 196-200, 2011; Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n8/a05v33n8.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 240-252, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 mar. 2020.

HENRIQUE, A. J. *et al.* Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, nov./dez. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600017](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600017). Acesso em: 25 jul. 2020.



IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itajuba/panorama>. Acesso em: 02 nov. 2019.

KALE, P. L. *et al.* Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 1577-1590, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000501577&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000501577&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 mar. 2019.

KOTTOW, M. Vulnerabilidad y protección. *In*: TEALDI, J. C. **Diccionario latinoamericano de bioética**. Bogotá: Unesco/Red Latinoamericana Y Del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colômbia; 2008. p. 340-342. Disponível em: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionario-latinoamericano-de-Bio%C3%A9tica-UNESCO.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LIMA, J. C.; OLIVEIRA JUNIOR, G. J.; TAKANO, A. O. Fatores associados à ocorrência de óbitos fetais em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 363-371, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-38292016000300353&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292016000300353&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 18 jul. 2019.

MOURA, B. L. A. *et al.* Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, Brasil, **Caderno Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000105012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000105012&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 ago. 2020.

NEVES, M. C. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira Bioética**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 159-172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966/6538>. Acesso em: 19 mar. 2020.

NUNES, R. D.; FRANÇA, C. O.; TRAEBERT, J. L. Prevalência de vulvaginites na gestação e sua associação com complicações perinatais, **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 47, n. 1, p. 121-132, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/293/232>. Acesso em: 10 mar. 2020.

RÊGO, M. G. S. *et al.* Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, [S. l.], p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0084.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**; [S. l.], v. 22, n. 5, p. 1531-1538, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1531.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira Bioética**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7969/6541>. Acesso em: 19 mar. 2019.

SCHRAMM, F. R. *et al.* **Bioética riscos e proteção**. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz, 2005.

SCHRAMM, F. R. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. **Revista Brasileira Bioética**, [S. l.], 2007; v. 3, n. 3, p. 377-389. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7952/6521>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 799-817, 2011. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/677/709](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677/709). Acesso em: 25 mar. 2019.

YANASE, L. E. Padrão da microbiota em uroculturas das gestantes do Hospital Santo Antônio de Blumenau e os padrões de sensibilidade aos antimicrobianos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 47, n. 4, p. 73-79, 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/399/307>. Acesso em: 10 jun. 2020.

# ANEXO A - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL: SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL

F1



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

Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde ambulatorial

1 Nome da mãe			
2 Nº da Declaração de Óbito		3 Data do óbito	____
4 Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	5 Peso ao Nascer	____ gramas
6 Idade gestacional	____ semanas ou ____ meses		<input type="checkbox"/> Ignorado
7 Nº do Cartão SUS da mãe		8 Equipe / PACS / PSF	____ sem cobertura
9 Centro de Saúde / UBS		10 Distrito Sanitário / Administrativo	____
<b>ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL</b>			
Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão/Caderneta da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.			
11 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal		Código CNES	
Nome		____	
12 Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Consultório convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal		
13 Idade gestacional na primeira consulta	____ semanas ou ____ meses		<input type="checkbox"/> SR
14 Número de consultas pré-natal	____ consultas		<input type="checkbox"/> SR
15 Já esteve grávida antes?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> SR
15.1 Número de gestações (inclusive esta)	____	Número de partos	____
		Número de abortos	____
			<input type="checkbox"/> SR
15.2 Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos cesáreos		<input type="checkbox"/> SR
16 Foi considerada gestante de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> SR
16.1 Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim, qual? ____ <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> SR
16.2 A partir de	____ semanas		<input type="checkbox"/> SR
16.3 Manteve o acompanhamento pela atenção básica durante o PNAR?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> SR
17 Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> SR
17.1 Quantas vezes?	____ vezes		<input type="checkbox"/> SR
17.2 Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> SR
17.3 Com quantas semanas de gestação?	1ª internação	____ Local	<input type="checkbox"/> SR
	2ª internação	____ Local	<input type="checkbox"/> SR
18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez:			
<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> Hepatite	
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Anemia	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Rubéola	
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Sífilis		
<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)		
<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências		
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose		
<input type="checkbox"/> Outras, especificar			<input type="checkbox"/> SR

22	Tipo de maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	
23	Data da internação	<input type="text"/>	Data da internação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR
24	Condição à internação	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____
		<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> SR
25	Registros à admissão da gestante na maternidade				
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial: Anotar valores:	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíofetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR	
	<input type="checkbox"/> Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="checkbox"/> SR	
26	Foram realizados na admissão	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV	<input type="checkbox"/> SR
27	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
28	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
29	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
30	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação				
	Avaliação da mãe	<input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
	Avaliação do feto - BCF	<input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
31	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação	
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			
32	Se foi realizada cesárea, qual a indicação				
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	<input type="checkbox"/> Prematuridade		
	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo		
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrâmnio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa		
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia			
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR	
33	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
33.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raqui
33.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO					
34	Peso ao nascer	<input type="text"/> gramas	<input type="checkbox"/> SR		
35	Quem assistiu a criança na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Residente	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
36	Foi realizada alguma tentativa de reanimação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
37	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento
37.1	Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (maceração, mal formação, etc.)				
37.2	Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto				
38	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver				
40	Observações gerais				
41	Segundo o investigador, o que aconteceu neste caso?				
42	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>			
43	Responsável pela investigação	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		



## ANEXO C - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL: ENTREVISTA DOMICILIAR

25	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> parente adulto		
		<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe		
<b>GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL</b>						
Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.						
26	A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.1	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
27	A gravidez foi	<input type="checkbox"/> única	<input type="checkbox"/> gemelar	<input type="checkbox"/> trigemelar ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe	
28	A mãe fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.1	Se não fez pré-natal, por quê não?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe	
28.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	____	____	meses	<input type="checkbox"/> não sabe	
28.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe	
28.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	_____			<input type="checkbox"/> consultas	<input type="checkbox"/> não sabe
28.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.6	Quantas doses?	____	____	doses	<input type="checkbox"/> não sabe	
28.7	Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)	_____ _____ _____				
28.8	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> não sabe	
28.9	Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a:					
	<input type="checkbox"/> Consulta no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Exames	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Ultra-som	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29.1	Qual o nome da maternidade indicada?	_____				
30	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?	_____				
	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe	
	Por que?	_____				
31	O cartão de pré-natal está completo?	_____				
Completo(a) significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização para tétano) de acordo com a idade gestacional						
	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> cartão/caderneta não disponível	<input type="checkbox"/> não se aplica		

**31.1** Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

**32** Durante a gravidez, a mãe apresentou

<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____			

**32.1** Houve tratamento?  sim, qual \_\_\_\_\_  
 não, por que? \_\_\_\_\_  não sabe

**32.2** Em que época da gravidez? no \_\_\_\_\_ mês de gestação ou a partir do \_\_\_\_\_ mês de gestação

**33** Durante a gestação, a mãe fez uso de

<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	_____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	_____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe

**ASSISTÊNCIA AO PARTO**

**34** Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/maternidade) na ocasião do parto?

<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê
<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____		

**34.1** Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ dias  Não sabe

**34.2** Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ dias  Não sabe

**35** Quando rompeu a bolsa d'água?

<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto
<input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto
<input type="checkbox"/> Não sabe	

**35.1** Como estava o líquido?  Claro  Escuro  Com sangue  Não sabe

**35.2** O líquido tinha mau cheiro?  Sim  Não  não sabe

36	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas	ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe			
37	O parto ocorreu:	<input type="checkbox"/>	No domicílio	<input type="checkbox"/>	No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/>	No hospital / maternidade	<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	não sabe		
37.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?													
37.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não foi indicado hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe		
37.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?													
38	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?													
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe		
	<input type="checkbox"/>	Não. Por que	<input type="text"/>											
38.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
	<input type="text"/>													
39	Como a mãe foi transportada na hora do parto?													
	<input type="checkbox"/>	Taxi	<input type="checkbox"/>	Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/>	Carro particular	<input type="checkbox"/>	Carro da polícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ônibus	<input type="checkbox"/>	não sabe	
	<input type="checkbox"/>	Parto foi domiciliar/Não foi transportada	<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar	<input type="text"/>									
40	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?													
	<input type="checkbox"/>	menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>	de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/>	duas horas ou mais	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe		
41	Estava com acompanhante na sala de parto?													
	<input type="checkbox"/>	sim, quem?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe		
42	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?													
	<input type="checkbox"/>	dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/>	toque vaginal	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	medida de PA	<input type="checkbox"/>	ausculta do bebê	<input type="checkbox"/>	não se aplica	<input type="checkbox"/>	não sabe
42.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?													
	<input type="checkbox"/>	sim, normais	<input type="checkbox"/>	sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/>	sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/>	não, antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/>	não, durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/>	não sabe		
43	Quem fez o parto?													
	<input type="checkbox"/>	médico	<input type="checkbox"/>	enfermeira	<input type="checkbox"/>	parteira	<input type="checkbox"/>	pariu sozinha	<input type="checkbox"/>	outro	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	não sabe	
44	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê													
	<input type="checkbox"/>	ótimo	<input type="checkbox"/>	regular	<input type="checkbox"/>	não se aplica	<input type="checkbox"/>	bom	<input type="checkbox"/>	ruim	<input type="checkbox"/>	não sabe		







# ANEXO D - FICHA DE COLETA DE DADOS DE LAUDO DE NECROPSIA



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

IF4

Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia

1	Nome da Criança	ou Óbito Fetal	____	
2	Nome da mãe			
3	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado
4	Nº da Declaração de Óbito	5	Data do óbito	____
6	Número do Laudo de Necropsia	Data de emissão do Laudo	____	
	Órgão Emissor do Laudo	Município	____	
7	Município de ocorrência do óbito	UF	____	
8	Causas da morte, que constam no Laudo de Necropsia			
	____			
	____			
	____			
9	Descrição do caso no Laudo e/ou informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento do médico ou serviço de saúde			
	____			
	____			
	____			
10	Exame macroscópico – transcrever os principais achados			
	____			
	____			
	____			
11	Exame microscópico e/ou toxicológico – transcrever os principais achados			
	____			
	____			
	____			
12	Data da conclusão	____		
13	Responsável pela investigação	Carimbo e rubrica		
	Nome	____		

# ANEXO E - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL: SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

IF5



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

Nº do Caso  
\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

Síntese, conclusões e recomendações

1 Nome da Criança _____	ou Óbito Fetal	anteparto <input type="checkbox"/>	intraparto <input type="checkbox"/>
2 Nome da mãe _____			
3 Nº da Declaração de Nascido Vivo _____	4 Data de Nascimento _____		
5 Nº da Declaração de Óbito _____	6 Data do óbito _____		
7 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8 Peso ao Nascer _____ gramas		
9 Idade ao óbito (infantil) _____ meses _____ dias _____ horas _____ minutos <input type="checkbox"/> Ign			
10 Idade gestacional _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> Ign			
11 Faixa etária ao óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Neonatal precoce <input type="checkbox"/> Neonatal tardio <input type="checkbox"/> Pós-neonatal <input type="checkbox"/> Ign			
12 Idade da mãe (em anos) _____ anos	13 Escolaridade materna _____ série _____ grau <input type="checkbox"/> Ign		
14 Município de residência da família _____			UF _____
15 Município de ocorrência do óbito _____			UF _____
Resumo do caso _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
16 Fontes de informações da investigação			
<input type="checkbox"/> Prontuários ambulatoriais (I1/F1)		<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar (I3/F3)	
<input type="checkbox"/> Registros do atendimento de urgência/emergência (I1/F1)		<input type="checkbox"/> SVO (IF4)	
<input type="checkbox"/> Registros hospitalares (I2/F2)		<input type="checkbox"/> IML (IF4)	
17 Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal _____		<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal	
17.1 Nome _____		Código CNES _____	
Nome _____		Código CNES _____	
17.2 Tipo de estabelecimento <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal <input type="checkbox"/> Ign			
17.3 Idade gestacional quando realizou a primeira consulta _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> Ign			

18	Local do parto	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Ign
18.1	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto					<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome	_____				Código CNES _____
18.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado	<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Ign
18.3	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
18.4	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19	A criança era acompanhada na atenção básica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19.1	Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:					<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome	_____				Código CNES _____
19.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal	<input type="checkbox"/> Ign
19.3	A vacinação estava em dia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
20	A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
21	Causas do óbito após a investigação					CID
	Parte I a)	_____				
	b)	_____				
	c)	_____				
	d)	_____				
	Parte II	_____				
22	Causa básica após a investigação	_____				
23	A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
23.1	Quais campos e que alterações					
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
24	A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo?	<input type="checkbox"/> Não se aplica		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
24.1	Quais campos e que alterações					
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			

25	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Não se aplica			<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não		
26	Descrever os problemas identificados após a investigação	Falha no acesso			Falha na assistência					
	Assinalar com um X a alternativa mais adequada (itens 26 a 35)	1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo								
26.1	Planejamento familiar	1	2	3		1	2	3		
26.2	Pré-natal	1	2	3		1	2	3		
26.3	Assistência ao parto	1	2	3		1	2	3		
26.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS / PSF / PACS	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.6	Assistência à criança na urgência / emergência	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.7	Assistência à criança no hospital	1	2	3		1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica	
26.8	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3		
26.9	Causas externas				1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica		
26.10	Organização do sistema / serviço de saúde				1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo					
	a Cobertura da atenção primária				1	2	3			
	b Referência e contra-referência				1	2	3			
	c Pré-natal de alto risco				1	2	3			
	d Leito de UTI - gestante de alto risco				1	2	3			
	e Leitos de UTI Neonatal				1	2	3			
	f Central de regulação				1	2	3			
	g Transporte pré e inter-hospitalar				1	2	3			
	h Bancos de sangue				1	2	3			
	i Outros. Especificar. _____									

27	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Inconclusivo						
28	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada)									
	Wigglesworth	<input type="checkbox"/> W1	<input type="checkbox"/> W2	<input type="checkbox"/> W3	<input type="checkbox"/> W4	<input type="checkbox"/> W5	<input type="checkbox"/> W6	<input type="checkbox"/> W7	<input type="checkbox"/> W8	<input type="checkbox"/> W9
	SEADE	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6	<input type="checkbox"/> S7	<input type="checkbox"/> S8	
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2.1	<input type="checkbox"/> 1.2.2	<input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
29	Recomendações e medidas de prevenção									
29.1	Planejamento familiar									
29.2	Pré-natal									
29.3	Assistências ao parto									
29.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade									
29.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS									
29.6	Assistência à criança na urgência / emergência									
29.7	Assistência à criança no hospital									
29.8	Organização do sistema / serviço de saúde									
30	Data da conclusão do caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Responsável									
	Nome					Carimbo e rubrica				

## **ANEXO F - CLASSIFICAÇÃO DE EVITABILIDADE DA FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE**

### **Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE**

Definição dos grupos de causas de morte:

#### **A- Evitáveis**

##### **• Grupo 1 – Redutíveis Por Imunoprevenção:**

- Tuberculose
- Difteria
- Coqueluche
- Tétano
- Poliomielite aguda
- Varicela
- Sarampo
- Hepatite B
- Meningite
- Rubéola congênita

##### **• Grupo 2 – Redutíveis por Adequado Controle na Gravidez**

- Sífilis congênita (A50)
- Afecções maternas da gravidez que afetam o feto ou RN (P00 e P04)
- Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou RN (P01)
- Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte (P07)
- Isoimunização Rh e ABO do feto ou RN (P55.0, P55.1)
- Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal (P05)

##### **• Grupo 3 – Redutíveis por Adequada Atenção ao Parto**

- Complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas que afetam o feto ou RN (P02)
- Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o feto ou RN (P03)



- Transtornos relacionados com a gestação prolongada e peso elevado ao nascer (P08)
- Traumatismo de parto (P10 a P15)
- Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer (P20 a P 21)

• **Grupo 4 – Redutíveis por Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Precoces**

**Doenças infecciosas e parasitárias**

- Outras doenças bacterianas (A30 a A49, exceto A35, A36 e A37)
- Infecções virais doo Sistema Nervoso Central (A81 a A89, exceto A82)
- Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas (B00 a B09, exceto B01 e B05)
- Outras doenças causadas por Clamídias (A70 a A74)
- Outras doenças causadas por Espiroquetas (A65 a A69)
- Micoses (B35 a B49)

**Doenças das glândulas endócrinas e metabolismo**

- Transtornos da Glândula Tireoide (E00 a E07)
- Diabetes melitus (E10 a E14)
- Transtornos de outras glândulas endócrinas (E20 a E35)
- Distúrbios metabólicos (E70 a E90 exceto E86)

**Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos**

- Meningite (G00 e G03 exceto G00.0)
- Encefalite, mielite e encefalomielite (G04)
- Abscesso e granuloma intracranianos e intraraquidianos (G06)
- Flebite e tromboflebite intracranianos e intraraquidianos (G08)
- Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central (G09)
- ataxia hereditárias (G11)
- Paralisia cerebral infantil (G80)
- Outras síndromes paralíticas (G83)
- Epilepsia (G40)
- Outros transtornos do encéfalo (G93)
- Outros transtornos do sistema nervoso (G90 a G99)
- Transtornos do sistema nervoso periférico (G50 a G72)

- Doenças do olho e anexos (H00 a H59)
- Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60 a H95)

### **Doenças do aparelho circulatório**

- Doenças hipertensivas (I10 a I15)
- Doenças isquêmicas do coração (I20 a I25)
- Doença cardíaca e doenças da circulação pulmonar (I26 a I28)
- Outras forma de doenças do coração (I30 a I52)
- Doenças cerebrovasculares (60 a I69)
- Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares (I70 a I79)
- Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificados em outra parte (I80 a I99)

### **Doenças do aparelho respiratório**

- Infecções agudas das vias aéreas superiores (J00 a J06)
- Outras doenças das vias aéreas superiores (J30 a J39)
- Pneumonia (J12 a J21)
- Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 a J47)
- Doenças pulmonares devido a agentes externos (J60 a J70)
- Outras doenças do aparelho respiratório (J80 a J99)

### **Afecções perinatais**

- Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P23 a P29)
- Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39 exceto P35.0)
- Hemorragia fetal e neonatal (P50 a P54)
- Doenças hemolíticas do feto ou RN devido a isoimunização (P55 a P57 exceto P55.0 e P55.1)
- Outras icterícias perinatais (P58 a P59)
- Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto de do RN (P70 a P74)
- Transtornos hematológicos do feto e do RN (P60 e P61)
- Transtornos do aparelho digestivo do feto e do RN (P75 a P78)

- Afecções que comprometem o tegumento e a regulação do feto e do RN (P80 a P83)
- Reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e no RN (P93)
- Síndrome de abstinência do uso de drogas terapêuticas ao RN (P96.2)

### **Causas externas**

- Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos (Y60 a Y69)
- Reação anormal em pacientes ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento (Y83 a Y84)
- Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (Y40 a Y59)

### **Outras causas redutíveis por diagnóstico e tratamento precoce**

- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (D50 a D77, exceto G50.9, D52.9, D53.0 e D53.2)
- Transtornos mentais (F70 a F79 e F84)
- Doenças do aparelho digestivo (K00 a K93)
- Doenças do aparelho geniturinário (N00 a N99)
- Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 a L99)
- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 a M99 exceto M93.1)

### **• Grupo 5 – Redutíveis Através de Parcerias Com Outros Setores**

- Doenças infecciosas intestinais (A00 a A09)
- Outras doenças infecciosas (B99)
- Neoplasias
  - Neoplasias malignas (C00 a C97)
  - Neoplasias benignas (D10 a D36)
  - Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido (D37 a D48)
  - Neoplasia maligna, sem especificação de localização (C80)
- Algumas doenças bacterianas zoonóticas (A20 a A28)
- Febre por arbovirus e febre hemorrágicas virais (A90 a A99)

- Rickettsioses (A75 a A79)
- Raiva (A82)
- Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24)
- Outras doenças por vírus (B25 a B34)
- Doenças devido a protozoários (B50 a B64)
- Helmintíases (B65 a B83)
- Deficiências nutricionais (E40 a E64)
- Anemias por deficiências de elementos (D50.9, D52.9, D53.0 e D53.2)
- Anomalias congênitas não especificadas no grupo de causas evitáveis não-evitáveis
- Causas externas
  - Acidentes de transportes (V01 a V99)
  - Envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas (X40 a X44)
  - Intoxicação acidental por outras substâncias (X45 a X49)
  - Quedas acidentais (W00 a W19)
  - Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 a X09)
  - Exposição às forças da natureza (X30 a X39)
  - Afogamento e submersão acidentais (W65 a W74)
  - Outros riscos acidentais à respiração (W75 a W84)
  - Exposição a corrente elétrica, a radiação e as temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 a W99)
  - Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados (X58 a X59)
  - Agressões (X85 a Y09)
  - Eventos cuja intensão é indeterminada (Y10 a Y34)

## **B- Não Evitáveis**

- Síndrome de Waterhouse-Friderichsen (A39.1)
- Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário (D80 a D89)
- Doenças do sistema nervoso central
  - Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso central (G10 a G13, G20 a G26)
  - Doenças desmielinizantes (G35 a G37)
- Influenza devido a vírus da influenza identificado ou não (J10 e J11)

- Desconforto respiratório de RNN (P22)
- Síndrome da morte súbita na infância (R95)
- Anomalias congênicas
  - 6.7.1- Malformações congênicas do sistema nervoso central (Q00 a Q07)
  - 6.7.2- Malformações congênicas da laringe, da traqueia e dos brônquios (Q31 e Q32)
  - 6.7.3- Pulmão cístico congênito (Q33.0)
  - 6.7.4- Agenesia, hipoplasia e displasia do pulmão (Q33.3 e Q33.6)
  - 6.7.5- Outras malformações congênicas do pulmão (Q33.8)
  - 6.7.6- Malformações congênicas não especificadas do aparelho respiratório (Q34.6)
  - 6.7.7- Malformações congênicas do pâncreas (Q45.0 a Q45.3)
  - 6.7.8- Malformações congênicas não especificadas do aparelho digestivo (Q45.9)
  - 6.7.9- Síndrome de Edwards não especificada (Q91.3)
  - 6.7.10- Síndrome de Patau, não especificada (Q91.7)
  - 6.7.11- Síndromes autossômicas de deleção (Q93.4)
  - 6.7.12- Anomalias cromossômicas, não classificadas em outra parte (Q90 a Q99, exceto Q91.3, Q91.7 e Q93.4)
  - 6.7.13- Outras anomalias congênicas (Q89.7 a Q89.9)

### **C - Mal Definidas**

- Outros transtornos originados no período perinatal (P90 a P96)
- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95)

### **• Grupo 8 – Não Classificadas / Outras**

## ANEXO G - CLASSIFICAÇÃO DE WIGGLESWORTH EXPANDIDA – CEMACH, 2005

Classificação de Wigglesworth Expandida - – CEMACH, 2005

<p>• <b>Grupo 1. Malformação congênita (grave ou letal / potencialmente letal):</b> apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidades bioquímicas graves ou severas como a doença de Tay Sach's e qualquer defeito genético reconhecido como de alto risco para o óbito, devem ser incluídos.</p>
<p>• <b>Grupo 2 – Morte fetal anteparto:</b> mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indício/ relato / evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. A morte de uma criança nascida viva decorrente de problemas durante o período anteparto deve ser considerada na categoria “outras causas específicas” (categoria 6).</p>
<p>• <b>Grupo 3 – Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma'):</b> Óbitos fetais ou infantis; Esta categoria reúne bebês que sobreviveriam se não tivessem ocorrido complicações/problemas durante o trabalho de parto e parto. Esses bebês geralmente são bem formados, natimortos e/ou receberam baixo escore de Apgar, sofreram aspiração meconial ou tiveram evidências de acidose ao nascimento. Bebês muito prematuros (menor que 1000 gramas) podem sofrer asfixia durante o nascimento, mas não devem ser registrados neste grupo de causas – devem ser classificados no grupo Imaturidade/ prematuridade, ou outro específico como o grupo 5 (Infecção).</p>
<p>• <b>Grupo 4 – Imaturidade/ prematuridade:</b> Aplica-se apenas a bebês nascidos vivos que morrem devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intra-ventricular ou outras conseqüências tardias da prematuridade – incluindo dano pulmonar crônico. Incluir todo neonato com peso ao nascer menor que 1000 gramas.</p>

• **Grupo 5 – Infecção:** Aplica-se aos óbitos fetais e infantis em que há evidência clara de infecção microbiológica que pode ter causado a morte, p.ex., infecção materna por estreptococo do grupo B, rubéola, parvovírus, sífilis, etc, morte por septicemia, outras infecções, incluindo as pneumonias e diarreias. Podem ser enquadrados em duas subcategorias: – 5a- Infecções perinatais/materna – 5b- Pneumonias, diarreias, outras infecções

• **Grupo 6 – Outras causas específicas de morte:** Em caso de condição fetal, neonatal ou pediátrica específica reconhecida, não contemplada nos grupos anteriores de causas. Exemplos:– Condições fetais: transfusão feto-fetal e hidropsia fetal – Condições neonatais: hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido a perda prolongada de líquido (hipoplasia pulmonar primária deve ser classificada como malformação), persistência de circulação fetal (na ausência de infecção, aspiração ou deficiência de surfactante), perda sanguínea não associada a trauma (p. ex., vasa praevia); – Condições pediátricas: bronquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como volvo sem antecedente de má-rotação congênita).

• **Grupo 7 – Causa externa:** Morte provocada por acidente ou violência confirmada deve ser codificada neste grupo.

• **Grupo 8 – Morte súbita, causa desconhecida:** Inclui mortes de causa desconhecida de bebês nascidos vivos. Pode ser modificada após exame postmortem.

• **Grupo 9 – Não classificada:** Deve ser usada como último recurso (óbito infantil) e maior detalhamento deve ser fornecido se esta opção é registrada.

**ANEXO H – AUTORIZAÇÃO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE  
DE ITAJUBÁ-MG**



Itajubá, 19 de Novembro de 2019

OF: 64/2019

Assunto: Solicitação (faz)

Solicito à V.Sa. a gentileza de autorizar a liberação de dados sobre óbitos fetais ocorridos entre 2014 e 2018, ocorridos em Itajubá junto à Epidemiologia local, no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Esses dados serão por mim utilizados na elaboração da dissertação de mestrado em Bioética.

Conto com sua colaboração.

Muito grato.

  
Dr. Wagner José Correa Silveira

Presidente do Comitê de Prevenção de Óbito  
Infantil e Materno

Ilmo. Sr.:  
Nilo Cesar do Vale Baracho  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do SUS

  
Autorizado!!!