

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

MANOELA VIEIRA DE MENEZES

**INCIDÊNCIA DE ÓBITO INTRA-UTERINO: uma questão de
Saúde Pública**

**Aracaju – SE
2009**

MANOELA VIEIRA DE MENEZES

**INCIDÊNCIA DE ÓBITO INTRA-UTERINO: uma questão
de Saúde Pública**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-Gra-
duação e Extensão da FANESE, como
requisito para obtenção do título de
Especialista em Gestão em Saúde
Pública e da Família.**

Aracaju – SE

2009

MANOELA VIEIRA DE MENEZES

**INCIDÊNCIA DE ÓBITO INTRA-UTERINO: uma
questão de Saúde Pública**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família.

Avaliador

Coordenador de Curso

Manoela Vieira de Menezes

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2009.

RESUMO

Este estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com abordagem quantitativa, cujo objetivo é identificar a incidência do diagnóstico de óbito intra-uterino nas mulheres com idade gestacional a partir de 20 semanas de gestação, anteparto e intraparto, assistidas em uma Maternidade Pública de Sergipe, no período entre 10 de julho a 10 de agosto de 2006. Como também, verificar se essas mulheres tiveram acompanhamento com consultas de pré-natal pela Equipe Saúde da Família no município onde residem. Os resultados foram obtidos através de um formulário aplicado às participantes. Foi encontrada uma incidência de óbito fetal de 6%. Evidenciou-se que todas as mulheres se submeteram a consultas pré-natais, sendo que 84% (16) com médicos e enfermeiros e 16% (3) somente com médicos, e que 90% (17) realizaram consultas na rede pública, 5% (1) na rede privada, 5% (1) na rede pública e privada.

Palavras-chave: Óbito Intra-Uterino. Óbito Fetal. Pré-natal.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição das mulheres com diagnóstico de óbito intra-uterino de acordo com o número de consultas realizadas.	15
GRÁFICO 2 – Distribuição das mulheres com diagnóstico de óbito intra-uterino de acordo com o tipo de assistência.	17
GRÁFICO 3 – Distribuição das mulheres com diagnóstico de óbito intra-uterino de acordo com o tipo de serviço prestado.	18

SUMÁRIO

RESUMO.....	3
LISTA DE GRÁFICOS.....	4
SUMÁRIO.....	6
1 INTRODUÇÃO	6
2 ÓBITO INTRA-UTERINO	8
3 INCIDÊNCIA.....	9
4 FATORES DE RISCO	10
5 ETIOLOGIA.....	10
6 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	12
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	14
7.1 Incidência de Óbito Intra-Uterino.....	14
7.2 Aspectos Relativos à Saúde Pública: Assistência Pré-Natal.....	15
7.2.1 Número de Consultas.....	15
7.2.2 Consultas Médicas e de Enfermagem.....	16
7.2.3 Rede Pública e Rede Privada.....	18
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS.....	21
ABSTRACT	24

1 INTRODUÇÃO

O óbito fetal refere à morte do feto antes de sua completa expulsão ou extração a partir de 20 semanas completas de gestação, podendo ocorrer durante a gravidez ou no trabalho de parto, respectivamente, anteparto e intraparto.

Em relação à etiologia do óbito fetal, esta pode ser de origem materna ou intrínseca ao feto (feto-anexais). Vale ressaltar a existência de fatores que aumentam o risco de morte intra-uterina, entre eles: idade materna, cor negra, nuliparidade, multiparidade, menor grau de escolaridade, baixo nível sócio-econômico, peso pré-gestacional igual ou maior que 85 kg, antecedente de natimortalidade, assistência pré-natal inadequada e condições patológicas durante a gestação.

As causas mais prevalentes de óbito fetal na população brasileira são processos passíveis de controle e/ou tratamento. Com isso, para reduzir a incidência de morte fetal é indispensável detectar precocemente as condições patológicas, sendo necessário um adequado programa de assistência pré-natal, oferecido em quantidade e qualidade suficientes para a população, sobretudo a de baixa renda.

Essa temática foi foco de interesse durante as aulas práticas da disciplina Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia do Curso de Enfermagem Bacharelado da Universidade Federal de Sergipe, realizadas numa Maternidade-Escola pertencente à Rede Estadual de Saúde, onde se observou um grande número de gestantes admitidas naquela Instituição com diagnóstico de óbito fetal.

Assim, considerando que a incidência de óbito fetal é um reflexo da saúde pública, em relação à assistência pré-natal, o presente estudo teve por objetivo identificar a incidência do diagnóstico de óbito intra-uterino nas mulheres com idade gestacional a partir de 20 semanas, anteparto e intraparto, em uma determinada Instituição Pública de Saúde, localizada no município de Aracaju. Como também, verificar se essas mulheres tiveram acompanhamento com consultas de pré-natal pela Equipe Saúde da Família no município onde residem.

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, de natureza descritiva e quantitativa. O universo foi o município de Aracaju, tendo como ambiente de estudo a Maternidade Hildete Falcão Batista pertencente à Rede Estadual de Sergipe, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), situada à Rua Recife s/n no 2º Distrito Sanitário da cidade de Aracaju/Se.

A população foi composta por todas as mulheres internadas na referida maternidade durante o período de 10 de julho a 10 de agosto de 2006, totalizando 323 mulheres. Para a seleção da amostra utilizou-se o critério não-probabilístico do tipo intencional por permitir a escolha de uma amostra mais específica, favorecendo o levantamento dos dados em questão.

Na concepção de Polit; Beck; Hungler (2004), na amostra não-probabilística do tipo intencional, o pesquisador pode decidir, ou seja, selecionar intencionalmente, a mais ampla variedade possível de respondentes, ou, ainda, pode selecionar os sujeitos tidos como característicos da população em questão, ou particularmente conhecedores das questões que estão sendo estudadas.

Desta forma, a amostra constituiu-se de 19 mulheres internadas na referida maternidade, durante o período de 10 de julho a 10 de agosto de 2006 com diagnóstico de óbito intra-uterino.

Foi necessária a permissão das entrevistadas ou do responsável, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, deixando claro às entrevistadas o seu direito em participarem ou retirarem o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo da sua imagem. Foi garantido às entrevistadas o sigilo absoluto das informações fornecidas e o esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa e da possibilidade da pesquisadora utilizar os resultados da análise da entrevista para divulgação e publicação.

Após o consentimento das entrevistas, foi aplicado um formulário que se trata de um instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas ordenadas, correlacionadas com os objetivos desta pesquisa. As perguntas deste formulário foram enunciadas, preenchidas, explicadas e adaptadas de acordo com o nível sócio-cultural das entrevistadas pela pesquisadora.

Os dados coletados foram submetidos a um tratamento estatístico sendo representado por meio de tabelas e gráficos, uma vez que estes facilitam a compreensão e a interpretação dos dados.

Espera-se que este trabalho possa contribuir com os profissionais de saúde, uma vez que proporcionará reflexão sobre essa problemática de saúde pública, despertando o interesse por medidas de prevenção nas ações de saúde, com assistência médica e de enfermagem adequadas para a população.

2 ÓBITO INTRA-UTERINO

Na concepção de Neme (2000), o óbito fetal consiste na morte do feto antes de sua completa expulsão ou extração a partir de 20 semanas de gestação. Anteriormente a esse período, as perdas dos produtos da concepção são decorrentes de abortamento que significa a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal, podendo ser espontâneo ou induzido (CORRÊA, 1999).

Para Brasil (2000, p.67), óbito fetal é: "... a morte do feto que ocorre antes da completa expulsão do produto conceptual a partir de 22 semanas de gestação".

O óbito intra-uterino pode ser classificado, segundo a idade gestacional, em precoce, quando acontece entre 20 e 28 semanas, e em tardio, quando ocorre a partir de 28 semanas de gestação (NEME, 2000). Classifica-se, ainda, em relação à época do acontecimento, em anteparto, no decorrer da gravidez, e intraparto, durante o trabalho de parto (CORRÊA, 1999; NEME, 2000).

Esta forma de classificação tem grande importância, uma vez que existem grandes diferenças no que diz respeito à etiologia, complicações maternas e assistência obstétrica (Zlantini *apud* NEME, 2000).

3 INCIDÊNCIA

Segundo Aquino; Cecatti (1998), pouca atenção tem sido dada à morte fetal como problema de saúde pública, principalmente quanto a sua epidemiologia, pois, raramente, tem-se analisado a mortalidade fetal separadamente das mortalidades perinatal e infantil.

A incidência de óbito fetal é medida pela taxa de mortalidade fetal, índice que, na maioria das vezes, é mostrado pela taxa de mortalidade perinatal (NEME, 2000).

A OMS e o Comitê Perinatal da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), segundo Neme (2000), definem mortalidade perinatal como sendo a soma das perdas fetais com mais de 22 semanas (mortalidade fetal) com as mortes neonatais até 7 dias, dividida pela soma das perdas fetais com mais de 22 semanas com o número de nascidos vivos.

De acordo com Moraes; Mauad Filho (2000), as taxas de mortalidade perinatal variam muito de continente para continente, de país para país, e de uma região para outra região, dentro de um mesmo país. Podendo apresentar menos de 10 por 1000 nascimentos nos países desenvolvidos e taxas acima de 100 por 1000 nascimentos nos países em piores condições sócio-econômicos. Esta disparidade reflete a influência direta das políticas de saúde implementadas, como estímulo à assistência pré-natal, a melhoria das técnicas de acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao neonato.

Nos Estados Unidos, no ano de 1991, de acordo com o National Center for Health Statistics, a taxa de mortalidade fetal geral foi de 7,3/1000, representando aproximadamente 50% de toda taxa de mortalidade perinatal total (FREDERICKSON; WILKING-HAUG, 2000; NEME, 2000).

Em relação ao Brasil e aos países da América Latina, os coeficientes de mortalidade perinatal ainda são relativamente elevados, acima de 20% (MORAIS; MAUAD FILHO, 2000; NEME, 2000).

4 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco associados à incidência de óbito fetal, de acordo com Neme (2000), correspondem a:

- Idade materna (menor que 20 anos e igual ou superior a 35 anos);
- Nuliparidade;
- Multiparidade;
- Cor negra;
- Menor grau de escolaridade;
- Baixo nível sócio-econômico;
- Peso pré-gestacional igual ou maior que 85 kg;
- Antecedente de natimortalidade;
- Assistência pré-natal inadequada;
- Condições patológicas durante a gestação.

Pacientes com nível sócio-econômico-cultural mais baixo apresentam grande incidência de óbito fetal. Isso se deve à inexistência da assistência pré-natal qualificada ou à procura tardia pelo pré-natal, à presença freqüente de patologias associadas à gestação, à subnutrição, o que leva à gestação de alto risco, à reprodução em faixas etárias extremas e à freqüência elevada de parto prematuro.

5 ETIOLOGIA

Para Aquino; Cetatti (1998), é de suma importância o conhecimento sobre a etiologia da morte fetal para que se possa reduzir a sua incidência. Entretanto, para essa redução há necessidade de uma melhoria das organizações de saúde, manual de princípios e cuidados pré-natais qualificados, leis de proteção a gestantes, regionalização de casos de risco, disponibilidade de recursos médicos na

essa redução há necessidade de uma melhoria das organizações de saúde, manual de princípios e cuidados pré-natais qualificados, leis de proteção a gestantes, regionalização de casos de risco, disponibilidade de recursos médicos na assistência à gestante (monitorização fetal eletrônica, técnicas ultra-sônicas), e qualificação médica e de enfermagem para uma assistência adequada.

Segundo Frederickson; Wilkins-Haug (2000), as causas determinadas da morte intra-uterina somente são conhecidas em cerca de 40% dos casos. Sendo que, aproximadamente metade das etiologias é materna, e metade, intrínseca ao feto.

As causas determinadas de óbito fetal, no período anteparto, relacionam-se às causas maternas e feto-anexiais (NEME, 2000; CORRÊA, 1999; SANTOS, 1998). E com relação ao período intraparto, a condução inadequada é a principal causa de morte: anoxia, infecção, realização de manobras obstétricas mal indicadas ou incorretas e uso inadequado de medicamentos, ocitócitos, analgésico e anestésias (CORRÊA, 1999).

Na concepção de Neme (2000), as causas maternas potenciais de óbito intra-uterino são todas as patologias intercorrentes da gestação que podem levar à síndrome da insuficiência placentária e, conseqüentemente, provocar sofrimento fetal.

Dentre elas, destacam-se as condições patológicas, tais como: síndromes hipertensivas, gestação prolongada, endocrinopatias (disfunções tireoidianas, diabetes mellitus não-controlado), infecções agudas e crônicas, isoimunização ao fator Rh, hemorragia feto-materna, anemia em geral, desnutrição materna, drogas, presença de anticorpos antifosfolípidos e fatores uterinos.

Em relação às causas feto-anexiais, destacam-se as causas fetais, placentária e funiculares.

Para Aquino; Cecatti (1998), as causas fetais relevantes são as malformações congênitas e as anormalidades cromossômicas que, para serem diagnosticadas, dependem de protocolos que incluam a necropsia do RN e o estudo citogenético, sendo que se o decesso não for recente o diagnóstico fica prejudicado.

A avaliação do risco para as complicações maternas e fetais, associado às intervenções apropriadas e oportunas durante o período perinatal, pode prevenir a mortalidade e morbidade entre as mães e os bebês, juntamente com esforços

unificados do pessoal médico e de enfermagem na assistência gestacional (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

6 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O período gestacional é muito especial, em que acontecem alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas da mulher, gerando expectativas, emoções, ansiedades, medos e descobertas, necessitando de orientações e conselhos para ajudá-las a lidar com a gestação, seu cuidado pessoal, preparo para o parto e para a maternidade (VASQUES, 2006).

De acordo com Raul Briquet *apud* Basegio et al (2000, p.1):

A assistência pré-natal visa a proporcionar higidez ao organismo materno, pesquisar e tratar estados mórbidos, por ventura existentes, orientar a gestante, ampará-la, social e psicologicamente, e educá-la para o parto...

Aconselha que a mulher submeta-se a uma consulta pré-concepcional para que possa iniciar o período gestacional de forma consciente e saudável, descartando problemas possíveis de tratamento. Possibilitando, assim, um atendimento de saúde pré-natal o mais eficaz possível (SANCOUSKI, 1994; SOGIMIG, 2003).

Lowdermilk; Perry; Bobak (2002) revelam que o início das consultas pré-natais regulares deve ser, idealmente, após a ausência da última menstruação, para que possa oferecer oportunidades para assegurar a saúde da futura mamãe e do seu bebê. As consultas oferecem a possibilidade de diagnóstico e de tratamento de distúrbios maternos preexistentes o que se desenvolveram durante a gestação, permitem a monitorização do crescimento e desenvolvimento fetal e identificam as anormalidades que podem interferir no curso do trabalho do parto normal.

A gestante deve realizar, no mínimo, 6 consultas no decorrer da gestação. Caso não tenha risco gestacional, a gestante pode ser acompanhada somente pela Equipe Saúde da Família, e as consultas devem ter um intervalo de 4 semanas até a

36^a semana, posteriormente a esse período o acompanhamento pré-natal deverá ser semanalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Na concepção da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais (SOGIMIG) (2003), a assistência à saúde específica à gestante tem tido um grande avanço com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde (MS), Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, que visa reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil através de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade dos serviços prestados por uma série de investimentos na rede pública.

Apesar de 90% da população feminina terem acesso à assistência pré-natal, em determinadas regiões brasileiras, esse número não causa impacto na taxa de mortalidade. Com isso, a ideologia não é oferecer atendimento, e sim oferecer um atendimento de qualidade, tanto das instâncias governamentais quanto dos médicos ou dos profissionais de saúde (SOGIMIG, 2003).

Um serviço de saúde com uma assistência pré-natal bem estruturada deve ser capaz de captar precocemente a gestante na comunidade em que se insere, além de motivá-la a manter o seu acompanhamento pré-natal regular, constante para que bons resultados possam ser alcançados (VASQUES, 2006).

A maioria das mulheres, conforme Zugaib; Sancovski (1994), tem pouco conhecimento da importância do acompanhamento pré-natal. Algumas entendem o pré-natal como a realização de exames, outras como a forma de obter um encaminhamento para realizar o parto em um determinado hospital.

O profissional médico e de enfermagem devem-se mostrar mais motivados e proporcionar uma assistência mais personalizadas, uma vez que as gestantes são diferentes e necessitam ser percebidas e acolhidas diferentemente. Possibilitando o entendimento da importância da assistência pré-natal, a exposição de seus anseios, suas necessidades e de suas dúvidas. Obtendo com isso, mais segurança, motivação, participação e uma gestação mais saudável (VASQUES, 2006).

A gestação, para a maioria das mulheres, é um evento biológico normal, sem intercorrências. Porém, para uma pequena parcela de gestantes que apresentam condições que ameaçam sua saúde e a do feto ou distúrbios que interferem com o desenvolvimento fetal normal, o nascimento do bebê ou a transição para a maternidade, pode ser uma situação de risco (BRADEN, 2000).

Para Caldeyro-Barcia (1973) *apud* Brasil (2000, p.13), a gravidez de alto risco é: *“aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do recém-nascido, tem maiores chances de serem atingidas que da média da população considerada”*.

Brasil (2002) revela que os fatores gerais de risco materno e fetal são: idade menor que 15 anos e maior que 35 anos; ocupação (esforço físico, carga horária, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estress); situação conjugal instável; renda familiar baixa; baixa escolaridade (menos de 5 anos); morte perinatal (com ou sem justificativa); RN com baixo peso, pré-termo ou com má formação congênita, abortamento habitual, nuliparidade ou multiparidade, cirurgia uterina anterior, síndrome hipertensiva ou hemorrágica; doença obstétrica na gravidez atual, passado obstétrico e intercorrências clínicas.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

7.1 Incidência de Óbito Intra-Uterino

Durante o período da coleta de dados, foram admitidas na Instituição 323 mulheres, sendo que 19 delas apresentaram o diagnóstico de óbito intra-uterino, representando uma incidência de 6%.

De acordo com Santos *et al* (1998), a incidência de óbito intra-uterino corresponde a 1%. Brasil (2000) retrata que a ocorrência de óbito fetal varia de 0,6 a 1,2%, sendo que em países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade fetal chega a 30/1000 nascimentos, cerca de quatro a cinco vezes maior que nos países desenvolvidos.

Porém, de acordo com Kubli (1974) *apud* Neme (2000), a incidência de óbito intra-uterino varia de 0,6 a 12% das gestantes na segunda metade do período gestacional, não sendo, portanto, uma entidade rara. Assim, os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com esta literatura.

7.2 Aspectos Relativos à Saúde Pública: Assistência Pré-Natal

7.2.1 Número de Consultas

As 19 mulheres entrevistadas (100%) com diagnóstico de óbito intra-uterino referiram acompanhamento pré-natal, com uma média de 5 consultas por paciente, observando que apenas em 21% (4) dos casos o número de consultas pré-natais foi igual ou superior a seis. Segundo Brasil (2002), a gestante tem que realizar no mínimo seis consultas para o acompanhamento e desenvolvimento do feto e para avaliar as condições fisiológicas e emocionais da gestante.

Lowdermilk; Perry; Bobak (2002) afirmam que as consultas pré-natais oferecem a possibilidade de diagnóstico e de tratamento de distúrbios maternos pré-existent e que se desenvolveram durante a gestação, permitindo a monitorização do crescimento e desenvolvimento fetal e identificando as anormalidades que podem interferir na evolução da gravidez.

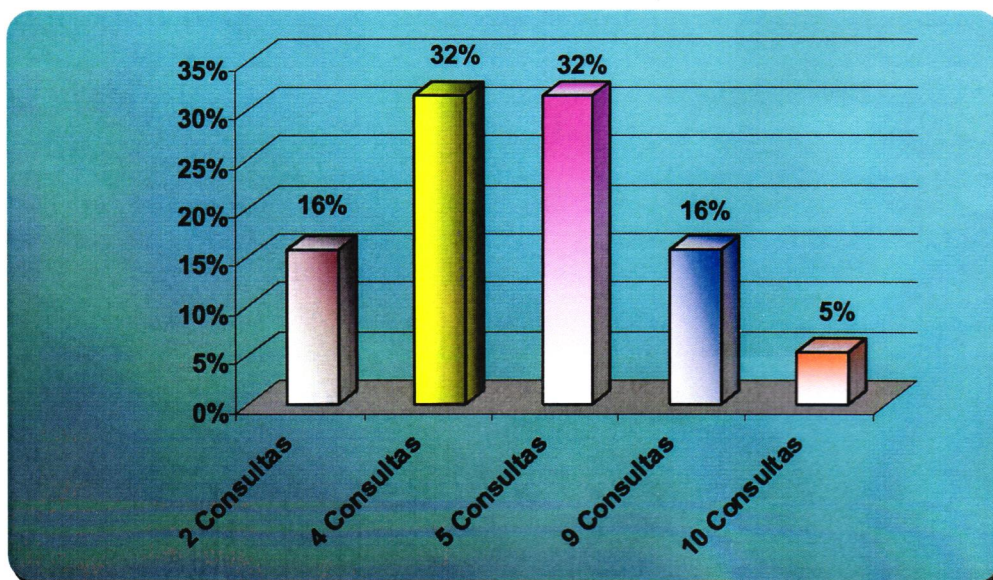


Gráfico 1 – Distribuição das mulheres com diagnóstico de óbito intra-uterino de acordo com o número de consultas realizadas. Aracaju, 10 de julho a 10 de agosto de 2006.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

No que concerne ao número de consultas realizadas, o **gráfico 1** revela que 32% (6) das mulheres interrogadas se submeteram a 4 consultas; 32% (6), a 5 consultas; 16% (3), a 9 consultas; 16% (3) a 2 consultas e 5% (1), a 10 consultas. Observa-se, portanto, que o número de consultas abaixo do preconizado pela literatura corresponde a aproximadamente 80%, o que nos chama a atenção para a valorização da assistência pré-natal para diagnosticar e investigar problemas reais e potenciais.

Na primeira consulta de pré-natal deve-se obter uma história de saúde detalhada da gestante, quanto aos antecedentes familiares, à história clínica da paciente, aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, à história da gestação atual, além do exame físico e solicitação de exames de rotinas no pré-natal com o intuito de avaliar a saúde e o nível de risco da paciente em determinada ocasião, para que possa detectar precocemente quaisquer desvios da normalidade do curso da gestação (BRANDEN, 2000; BRASIL, 2000; VASQUES, 2006).

7.2.2 Consultas Médicas e de Enfermagem

Segundo Vasques (2006), todas as gestantes, classificadas de baixo ou de alto risco, merecem atenção de diversos profissionais de saúde, uma vez que a moderna assistência pré-natal envolve ou necessita, idealmente, uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e participação de neonatologista. Sendo que, cada membro da equipe multidisciplinar tem sua estreita colaboração para um acompanhamento regular e constante, para que bons resultados possam ser alcançados.

No presente estudo constatou-se que 84% (16) das mulheres foram assistidas por consultas médicas e de enfermagem, e 16% (3), somente por consultas médicas, de acordo com o **gráfico 2**.

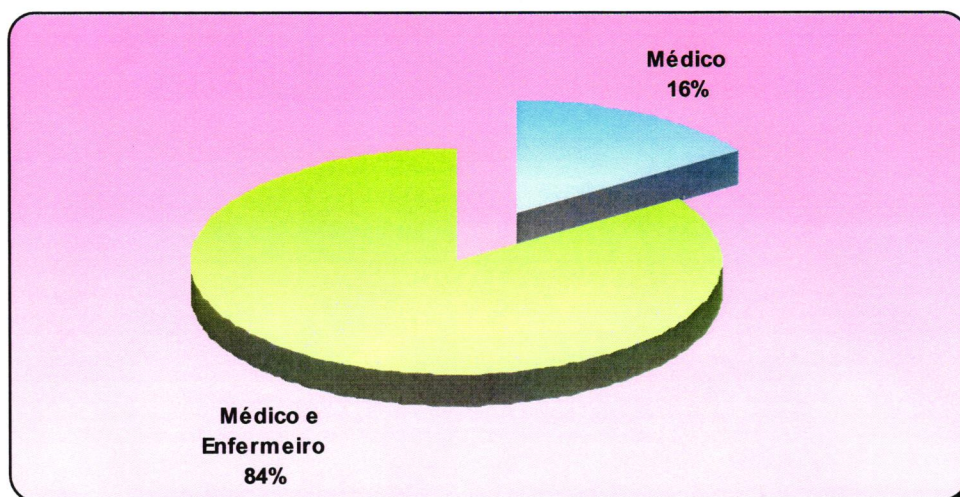


Gráfico 2 – Distribuição das mulheres com diagnóstico de óbito intra-uterino de acordo com o tipo de assistência, 10 de julho a 10 de agosto de 2006.

Fonte: Instrumento de pesquisa.

Nota-se pelo resultado obtido que as mulheres entrevistadas, apesar de assistidas somente por médicos e enfermeiros, teoricamente, deveriam ter sido assistidas de uma forma sistematizada e integral, com o objetivo de proporcionar a promoção da saúde, prevenção de complicações, detectar e controlar ou tratar distúrbios existentes que levam a um mau prognóstico tanto materno quanto fetal. Porém, a realidade vista não corrobora com a literatura, pois mesmo com um atendimento pré-natal, este não proporcionou uma assistência de qualidade, com profissionais aptos a identificar e diagnosticar uma gestante de alto risco, como também referi-la a um centro de especializações.

Para Freitas *et al* (1997), é de grande valia ter algum cuidado pré-natal, este quanto mais precoce melhor. Porém, para que esse cuidado seja adequado deve-se associar aspectos qualitativos e técnicos no que se chama de “conteúdo” do cuidado pré-natal. Isso inclui a qualidade do pré-natalista que deve ser competente, humano e dedicado. Competente para orientar devidamente, para reconhecer precocemente os problemas e enfrentá-los de forma correta, a fim de evitar ou minimizar suas conseqüências. Humano, para entender e viver com as emoções da gestante, e dedicado, para oferecer uma atenção adequada.

7.2.3 Rede Pública e Rede Privada

O Ministério da Saúde preconiza que toda mulher tem o direito a uma gravidez saudável e a um parto seguro. E para isso, desenvolveu estratégias com o objetivo de melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal. As Unidades Básicas de Saúde possuem o dever de receber com dignidade a mulher, a família e o RN, contando com a capacitação e atitude ética e solidária dos profissionais de saúde, organização da unidade para criação de um ambiente acolhedor, adoção de condutas que garantam a captação precoce de gestantes e o vínculo com o pré-natal. Além do acesso aos diferentes níveis de complexidade de assistência, caso a gestação seja de alto risco.

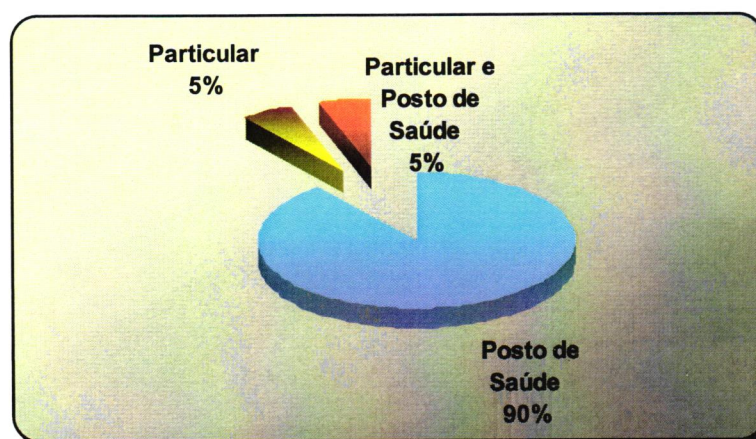


Gráfico 3 – Distribuição das mulheres com diagnóstico de óbito intra-uterino de acordo com o tipo de serviço prestado. Aracaju, 10 de julho a 10 de agosto de 2006. Fonte: Instrumento de pesquisa.

No referido estudo, verificou-se que 90% (17) da amostra realizaram consultas de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS); 5% (1), em consultório particular, e 5% (1) em consultório particular e em uma Unidade Básica de Saúde, como pode ser observado no **gráfico 3**.

Com isso, percebe-se que 95% (18) das mulheres tiveram assistência disponibilizada pelo SUS nas Unidades Básicas de Saúde, porém os profissionais não foram devidamente treinados para realizar uma avaliação precisa e identificar

qualquer problema que fosse necessário o encaminhamento para serviços especializados que atendam as gestantes de alto risco.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período que compreendeu o estudo, a incidência de óbito fetal intra-uterino nas mulheres assistidas na Maternidade Hildete Falcão Batista foi de 6%, não sendo, portanto, uma entidade rara. O que reflete um grande problema de Saúde Pública no Estado de Sergipe.

Esta pesquisa nos fez refletir sobre os padrões mínimos preconizados nas políticas de atendimento à mulher no pré-natal. Acreditamos que os mesmos não oferecem as condições necessárias ao profissional para sua capacitação e para o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico, desfavorecendo então, o desenvolvimento de uma assistência adequada e qualificada que supra as reais necessidades da mulher nesta importante fase de sua vida.

Portanto, consideramos de extrema importância uma reavaliação da assistência pré-natal oferecida pela saúde pública, para que possa favorecer uma gestação mais tranqüila e harmoniosa, isenta de males típicos da gravidez, garantindo um parto seguro e livre de complicações materno-infantis.

Identificamos a importância da realização da consulta pré-natal, chamando a atenção para a valorização da consulta médica e de enfermagem focando os aspectos preventivos, investigativos, diagnósticos, detecção, controle e tratamento de problemas potenciais e reais.

Diante dos resultados obtidos, esperamos despertar o compromisso de todos os profissionais de saúde para que se coloque diante de uma gestante para prestar-lhe assistência pautada no compromisso, seriedade, segurança, conhecimento e humanização, objetivando, dessa forma, a redução da incidência de óbitos intra-uterinos. Como também, alertar os responsáveis pelas diretrizes dos programas de saúde nessa área de pré-natal que necessitam ser repensadas e

reestruturadas para que possam ser realmente eficazes na prevenção, detecção e tratamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p.24-30.

AQUINO, Márcio M. A. *et al.* Conduta obstétrica no óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**. n. 3. v. 20.Abril, 1998. p.145-149.

AQUINO, Márcio M. A. de; CECATTI, José Guilherme. Epidemiologia do óbito fetal em população de baixa renda. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. n. 2. v. 20. Março, 1998. p.71-75.

BARROS, A de J. P. de; LEHFELD, N. A. de S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 12. ed. Ver. E at. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. p.14-17.

BASEGIO, Diógenes Luis *et al.* **Manual de Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Reverter, 2000. p.1-9.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno – Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. p.53-166.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Normas e Manuais Técnicos**. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. p.3-55.

_____, Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: manual técnico**. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. p.9-163.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prenticehall, 2004. p.55-60.

CORRÊA, Mário Dias. **Noções práticas de obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, Médico Científico, 1999. p.19-33, 53-69, 229-233, 245-251, 334-342, 391-405, 437-470, 561-576, 593-608.

FONTES, José Américo Silva. *et al.* **Perinatologia Social**. 1. ed. São Paulo: Fundo Editorial, 1984.

FREDERICKSON, Helen L.; WILKINS-HAUG, Louise. **Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, no clínica, em exames orais e escritos**. Trad. Ricardo Savaris. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.74-80.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.37-44, 104-113, 118-126, 272-307.

GABBE, Steven G.; NIEBYL, Jennifer R.; SIMPSON, Joe Leigh. **Obstetrícia: gestações normais e patológicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p.24-29.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6. ed. Ver. E ampl. São Paulo: Atlas, 2005. p.20-25.

_____. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6. ed. Ver. E ampl. São Paulo: Atlas, 2001. p.9-16.

LAMBROU, N.C.; MORSE, A. N.; WALLACH, E. E. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins**. 1. reimp. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p.24-46.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p.63-69, 606-623, 648-665.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004; p.24-30.

MORAIS, Edson Nunes de; MAUAD FILHO, F. **Medicina Materna e Perinatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.4-8, 47-54, 101-103, 136-140, 167-174, 470-473.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p.579-586.

NURDAN, N.; MATTAR, R.; CAMANO, L. Óbito Fetal em Microrregião de Minas Gerais: causas e fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. n. 2. v. 25. Rio de Janeiro. Março, 2003. p. 103-107.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratamento de Metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999. p.15-20.

POLIT, D. F. ; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisas em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Art méd, 2004. p.64-78.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos A. D. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.88-111, 227-239, 290-296, 362-365, 385-394, 639-645.

SANTOS, Luiz Carlos *et al.* **Obstetrícia: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. p.553-559.

SOGIMIG, Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais. **Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.76-89.

VASQUES, Flávio A. Prado. **Pré-Natal: um enfoque multiprofissional**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. p.1-3, 37-42, 105-110.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Discos CBS, 1985. p.163-165, 180-194, 666-670.

ZUGAIB, Marcelo; SANCOVSKI, Mauro. **O Pré-Natal**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1994. p.4-24.

ABSTRACT

This study is a field research, with descriptive quantitative approach, whose goal is to identify the incidence of diagnosis of intra-uterine death in women with gestational age from 20 weeks, antepartum and intrapartum, attended in a Maternity Publishes of Sergipe, in the period from July 10 to August 10, 2006. As well, check that these women had follow up with pre-Christmas consultations by the Family Health Team in the municipality where they live. The results were obtained through a form applied to participants. We found an incidence of fetal death of 6%. It was proven that all women are subjected to pre-Christmas appointments, with 84% (16) with doctors and nurses and 16% (3) only with doctors, and that 90% (17) held consultations on the public network, 5 % (1) in the private network, 5% (1) in public and private network.

Key-words: Intra-uterine Death. Fetal Death. Pre-Christmas.