



CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS E DA ASSISTÊNCIA EM MATERNIDADE DE ALTO RISCO: ESTUDO TRANSVERSAL

CHARACTERIZATION OF FETAL DEATHS AND CARE IN A HIGH-RISK MATERNITY HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

CARACTERIZACIÓN DE LAS MUERTES FETALES Y DE LA ASISTENCIA EN UNA MATERNIDAD DE ALTO RIESGO: ESTUDIO TRANSVERSAL

Kauane Vicari¹

Tatiane Herreira Trigueiro²

Larissa de Oliveira Peripolli¹

Karine Amanda de Arruda¹

Marcelexandra Rabelo¹

ORCID: 0000-0001-8228-6046

ORCID: 0000-0003-3681-4244

ORCID: 0000-0003-0582-874X

ORCID: 0000-0001-5760-0988

ORCID: 0000-0002-0291-5373

¹ Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR/Ebserh). Curitiba, PR, Brasil

² Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

Como citar: Vicari K, Trigueiro TH, Peripolli LO, Arruda KA, Rabelo M. Characterization of fetal deaths and care in a high-risk maternity hospital: a cross-sectional study. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266926. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266926>

RESUMO

Objetivo: Descrever e analisar o perfil dos óbitos fetais e da assistência prestada em uma maternidade de alto risco. **Método:** Pesquisa quantitativa, transversal, com coleta retrospectiva de dados secundários, realizada em uma maternidade de alto risco de Curitiba, Paraná. Foram analisados 36 registros de natimortos provenientes de 35 mulheres atendidas em 2022. A coleta ocorreu em 2023, com análise descritiva e aplicação do teste exato de Fisher (nível de significância de 7%; $p=0,07$). **Resultados:** Prevaleram mulheres entre 20 e 34 anos, com estratificação de alto risco e multigestas. Quanto à assistência, registraram-se 13 métodos não farmacológicos de alívio da dor, com atuação direta de enfermeiros e médicos. A maioria dos óbitos ocorreu no anteparto, com predominância de fetos de extremo baixo peso e do sexo feminino. Houve associação estatística entre a estratificação de risco materno e o momento do óbito ($p=0,06$), bem como entre a idade gestacional e o total de métodos não farmacológicos de alívio da dor aplicados ($p=0,01$). **Conclusão:** O estudo contribuiu para a visibilidade da assistência integral na perda gestacional, evidenciando como essencial a atuação da equipe multiprofissional, a oferta de cuidados para a ressignificação do luto e a implementação de protocolos para a uniformização de condutas.

Descritores: Morte fetal; Complicações na gravidez; Parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the profile of fetal deaths and the care provided in a high-risk maternity hospital. **Method:** Quantitative, cross-sectional research with retrospective collection of secondary data, conducted at a high-risk maternity hospital in Curitiba, Paraná. Thirty-six stillbirth records from 35 women treated in 2022 were analyzed. Data collection occurred in 2023, featuring descriptive analysis and the application of Fisher's exact test (significance level of 7%; $p=0,07$). **Results:** Women aged between 20 and 34, classified as high-risk and multigravida, prevailed. Regarding care, 13 non-pharmacological pain relief methods were recorded, with direct involvement of nurses and physicians. Most deaths occurred in the antepartum period, with a predominance of extremely low birth weight and female fetuses. There was a statistical association between maternal risk stratification and the timing of death ($p=0,06$), as well as between gestational age and the total number of non-pharmacological pain relief methods applied ($p=0,01$). **Conclusion:** The study contributed to the visibility of comprehensive care in pregnancy loss, highlighting the essential role of the multidisciplinary team, the offering of care for the re-signification of grief, and the implementation of protocols for the standardization of procedures.

Descriptors: Fetal death; Pregnancy complications; Humanized childbirth.

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar el perfil de muertes fetales y de la asistencia prestada en una maternidad de alto riesgo. **Método:** Investigación cuantitativa, transversal, con recolección retrospectiva, realizada en una maternidad de alto riesgo de Curitiba, Paraná. Se analizaron 36 registros de mortinatos provenientes de 35 mujeres atendidas en 2022. La recolección ocurrió en 2023, con análisis descriptivo y aplicación de prueba exacta de Fisher (nivel de significancia del 7%; $p=0,07$). **Resultados:** Prevalcieron mujeres entre 20 y 34 años, con estratificación de alto riesgo y multigestas. En cuanto a la asistencia, se registraron 13 métodos no farmacológicos de alivio del dolor, con actuación directa de enfermeros y médicos. La mayoría de las muertes ocurrió en el anteparto, con predominancia de fetos de extremo bajo peso y sexo femenino. Hubo asociación estadística entre la estratificación de riesgo materno y el momento de la muerte ($p=0,06$), así como entre la edad gestacional y el total de métodos no farmacológicos de alivio del dolor aplicados ($p=0,01$). **Conclusión:** El estudio visibilizó la atención integral en la pérdida gestacional, destacando la importancia del equipo multiprofesional, de los cuidados para resignificar el duelo y de protocolos para uniformar conductas.

Descriptores: Muerte fetal; Complicaciones del embarazo; Parto humanizado.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)

Carla Oliveira Shubert (ORCID: 0000-0002-3406-3160)

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil

E-mail da revista: objn.cme@id.uff.br

Autor Correspondente:

Kauane Vicari

E-mail: kauane.vicari@gmail.com

O que já se sabe:

- O óbito fetal impacta diretamente os indicadores de saúde perinatal e de qualidade da assistência obstétrica, além de afetar profundamente a saúde mental das pessoas envolvidas.
- Suas causas relacionam-se a fatores fetais, maternos ou placentários, variando conforme a idade gestacional e a qualidade da assistência pré-natal.
- O acolhimento humanizado e o suporte ao luto são preconizados por diretrizes internacionais, embora a prática clínica ainda apresente lacunas.

O que este artigo acrescenta:

- A identificação de barreiras individuais e organizacionais A relevância de compreender o perfil obstétrico específico de uma população assistida em maternidade de alto risco, permitindo a identificação detalhada das práticas assistenciais viáveis no contexto do óbito fetal.
- A identificação de fragilidades na assistência, fundamentando ações que promovam a integralidade do cuidado, como o suporte emocional contínuo e a sensibilização da equipe multiprofissional.
- A proposição de elaboração e implementação de protocolos institucionais humanizados, visando padronizar condutas e facilitar a vivência e a elaboração do luto pelos envolvidos.

INTRODUÇÃO

O óbito fetal gera impactos profundos nos indicadores de saúde perinatal e na qualidade de vida dos envolvidos⁽¹⁾. Além disso, a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) constitui um importante indicador da qualidade da assistência prestada durante a gestação e o parto⁽²⁾.

Aproximadamente 1,9 milhão de natimortos foram registrados globalmente em 2023, o que corresponde a uma taxa estimada de 14,3 óbitos fetais por 1.000 nascimentos totais — valor significativamente inferior aos observados em décadas anteriores. Essa tendência de declínio ressalta avanços nos padrões de saúde reprodutiva e no acesso aos serviços de obstetrícia em muitos países, embora disparidades entre regiões de alta e baixa renda permaneçam acentuadas⁽³⁾. No Brasil, a TMF apresenta um quadro de relativa estabilidade nas últimas décadas; dados indicam que o índice passou de 8,19 a cada 1.000 nascimentos em 1996 para 9,5 em 2015⁽²⁾.

As definições conceituais acerca do óbito fetal apresentam variações e demandam clareza terminológica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o óbito fetal é definido como a morte do produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo materno, independentemente da duração gestacional, sendo caracterizado pela ausência de respiração, batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos voluntários de contração muscular^(4,5). Adicionalmente, o óbito fetal tardio (ou natimorto) refere-se aos casos em que o peso ao nascer é igual ou superior a 1.000 g ou com idade gestacional estimada a partir de 28 semanas⁽⁵⁾.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), a emissão da Declaração de Óbito (DO) é obrigatória quando o óbito ocorre a partir da 20ª semana gestacional e/ou o feto possui peso igual ou superior a 500 g e/ou estatura a partir de 25 cm (coroa-calcanhar), integrando-o ao cálculo do coeficiente de natimortalidade. Até a 28ª semana de gestação, a natimortalidade é classificada como precoce; após esse período, é denominada tardia. Sob o referencial do momento do parto, o óbito pode ainda ser classificado como anteparto ou intraparto⁽⁶⁾.

As causas relacionam-se a fatores fetais, maternos ou placentários e variam conforme a idade gestacional. Infecções, descolamento prematuro de placenta e malformações fetais predominam entre a 24ª e a 27ª semana gestacional, enquanto, a partir da 28ª semana, uma parcela significativa dos óbitos é de origem desconhecida. Existem, ainda, fatores de risco que podem propiciar tal desfecho, como a etnia (maior incidência em populações vulneráveis), doenças maternas (síndromes hipertensivas, diabetes e trombofilias), gemelaridade, extremos da idade materna, histórico de nati-

mortalidade ou complicações em gestações anteriores, idade gestacional superior a 41 semanas e exposição a teratógenos, como tabaco, álcool ou drogas ilícitas⁽⁶⁾.

Nesse contexto, a assistência ao parto de um feto sem vida constitui uma situação de extrema fragilidade para os profissionais, a mulher e sua rede de apoio⁽⁷⁾. Assim, cabe à equipe de saúde a oferta de uma assistência humanizada e holística às mulheres com diagnóstico de óbito fetal⁽⁸⁾.

Diante do exposto, este estudo justifica-se pela relevância de caracterizar a população assistida em uma unidade de referência sob a circunstância do óbito fetal, visando identificar particularidades diagnósticas e assistenciais em relação à literatura vigente. O objetivo deste trabalho é descrever e analisar o perfil dos casos de óbitos fetais e da assistência prestada em uma maternidade de alto risco.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, de corte transversal e com coleta retrospectiva de dados secundários. A pesquisa quantitativa utiliza procedimentos ordenados para a obtenção de informações, enquanto o estudo descritivo visa observar, descrever e documentar aspectos de determinada situação⁽⁹⁾. Delineamentos transversais são empregados para investigar fenômenos em um único momento no tempo e, frequentemente, possuem caráter retrospectivo⁽¹⁰⁾.

O estudo foi realizado na maternidade de alto risco de um hospital universitário de grande porte em Curitiba, Paraná. Em 2022, a unidade registrou uma média de 294 partos mensais no Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG), setor que conta com enfermeiros obstetras e médicos obstetras na equipe de assistência direta ao parto.

A coleta de dados ocorreu entre julho e dezembro de 2023, mediante a análise da planilha de indicadores de nascimentos e do livro físico de registros de admissões e de óbitos fetais do CCOG. Foram incluídos todos os atendimentos de óbitos fetais anteparto e intraparto cujos nascimentos ocorreram na instituição no período de janeiro a dezembro de 2022. Foram excluídos registros duplicados (n=1), casos com pontuação na escala de Apgar maior ou igual a 1 no primeiro minuto (n=5), nascimentos ocorridos fora da maternidade (n=1) ou domiciliares (n=3) e perdas gestacionais que não se enquadravam no conceito de óbito fetal do Ministério da Saúde (n=7). Assim, a amostra final perfaz 36 registros de natimortos provenientes de 35 mulheres atendidas.

Para a organização da coleta de dados, elaborou-se um instrumento no programa Microsoft Excel contendo variáveis relativas às pacientes (idade, estratificação de risco, paridade, setor de origem e motivo do internamento); à assistência (métodos de indução, métodos farmacológicos e

não farmacológicos de alívio da dor, intervenções, via de nascimento, posição materna no parto, presença de laceração perineal, profissional assistente, cuidados no puerpério, assistência multiprofissional e tempo de internação); e aos recém-nascidos (momento do óbito, classificação por peso e idade gestacional, sexo, manobras de reanimação, contato pele a pele, tempo de permanência do corpo no CCOG e solicitação de necropsia).

Os dados foram submetidos à análise descritiva no programa Microsoft Excel 2013. Para verificar a associação entre as variáveis “idade gestacional” e “total de métodos de alívio da dor”, bem como entre “estratificação de risco materno” e “momento do óbito fetal”, aplicou-se o teste exato de Fisher com nível de significância de 7% ($p=0,07$) e análise de resíduos padronizados ajustados. O nível de significância adotado justifica-se pelo tamanho amostral, visando identificar correlações substanciais e assegurar a inclusão de variáveis com poder explicativo relevante.

Para garantir o rigor metodológico, o estudo seguiu as diretrizes do checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹¹⁾. A pesquisa cumpre os preceitos éticos para estudos com seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em 18 de janeiro de 2022 (Parecer CAAE: 51476321.2.0000.0096), em conformidade com as resoluções vigentes no Brasil.

RESULTADOS

Das 35 (100%) mulheres atendidas, a principal porta de entrada ao CCOG foi o Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico (PAGO) em 31 (88,57%) dos casos, enquanto quatro (11,43%) foram encaminhadas das unidades de Alojamento Conjunto. Entre os motivos de internação no CCOG, destacaram-se a indução do parto por óbito fetal em 16 (45,71%) casos e o trabalho de parto prematuro em nove (25,71%). Outras causas incluíram o óbito fetal (diagnóstico prévio) em três (8,57%), trabalho de parto a termo em dois (5,71%) e casos isolados (2,86% cada) por hipertermia, pré-eclâmpsia, suspeita de óbito fetal, pós-datismo e rotura prematura de membranas ovulares.

Quanto à assistência pré-natal, 18 (51,43%) mulheres realizaram ao menos uma consulta; em 16 (45,71%) casos não houve registro dessa informação e uma (2,86%) paciente não realizou o acompanhamento. As características maternas detalhadas encontram-se na Tabela 1.

No que tange aos métodos de indução do parto, utilizou-se misoprostol vaginal em 14 (40,00%) casos, sonda de Foley intracervical em 12 (34,29%) e ocitocina sintética endovenosa em 10 (28,57%). Das 21 (100%) pacientes submetidas à indução, nove (42,86%) utilizaram apenas um método, enquanto em nove (42,86%) houve associação de dois métodos e, em três (14,29%), utilizaram-se os três métodos combinados. Ressalta-se que 12 (34,29%) mulheres não passaram por indução e, para duas (5,71%), não houve registro.

Sobre a assistência ao parto e nascimento (Tabela 2), 33 (94,28%) pacientes utilizaram ao menos um método não farmacológico de alívio da dor. No âmbito farmacológico, a analgesia (raquianestesia ou peridural) foi realizada em apenas três (8,57%) casos, não tendo sido utilizada em 19 (54,29%); contudo, houve elevada ausência de registros sobre essa intervenção, correspondendo a 13 (37,14%) pacientes.

Tabela 1 - Características maternas das pacientes atendidas no CCOG em 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variáveis	N	%
Idade (anos)	35	100,00
15 – 19	2	5,71
20 – 24	8	22,87
25 – 29	14	40,00
30 – 34	7	20,00
35 – 39	2	5,71
40 – 44	2	5,71
Estratificação de Risco	35	100,00
Alto Risco	21	60,00
Baixo Risco	13	37,14
Sem estratificação	1	2,86
Número de gestações	35	100,00
Primigestas	12	34,29
Multigestas	23	65,71

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Tabela 2 - Características da assistência ao trabalho de parto e nascimento de pacientes atendidas no CCOG em 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variáveis	N	%
Métodos de alívio da dor não farmacológicos	35	100,00
Acompanhante	31	88,57
Deambulação	11	31,43
Chuveiro	10	28,57
Quatro apoios	10	28,57
Massagem	8	22,86
Agachamento	6	17,14
Penumbra	6	17,14
Bola	3	8,57
Banqueta	3	8,57
Banheira	2	5,71
Spinning Babies	2	5,71
Música	1	2,86
Cavalinho	1	2,86
Intervenções	35	100,00
Amniotomia	6	17,14
Fórceps	4	11,43
Episiotomia	1	2,86
Via de nascimento	36	100,00
Parto vaginal	28	77,78
Cesárea	8	22,22
Laceração	28	100,00
Grau I	2	7,14
Grau II	3	10,71
Períneo íntegro	19	67,86
Desconhecido	4	14,29
Posição de nascimento	36	100,00
Decúbito dorsal	10	27,78
Semi sentada	9	25,00
Desconhecido	6	16,66
Quatro apoios	2	5,56
Em pé	2	5,56
Litotômica	2	5,56
Sentada	2	5,56
Banqueta	1	2,77
Decúbito lateral	1	2,77
Profissional assistente no nascimento	36	100,00
Médicos e residentes médicos	23	63,89
Enfermeiros	6	16,66
Médicos	2	5,56
Enfermeiros e residentes de enfermagem	2	5,56
Enfermeiros e residentes médicos	2	5,56
Enfermeiros e médicos	1	2,77

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Em relação às intervenções, em 22 (62,86%) registros apontou-se que não houve a manobra de Kristeller; contudo, em 13 (37,14%) casos, esse dado é desconhecido devido à incompletude das informações. Ainda, 14 (40,00%) mulheres não receberam nenhuma das intervenções descritas na Tabela 2, sete (20,00%) foram submetidas a pelo menos uma delas, duas (5,71%) a duas e, em 12 (34,29%) prontuários, não houve o registro dessa informação. Além disso, 12 (34,29%) pacientes foram submetidas à curetagem no puerpério.

No que se refere aos cuidados puerperais, a inibição farmacológica da lactação foi administrada a 32 (91,43%) mulheres. Após a alta, 12 (34,29%) foram encaminhadas

para acompanhamento psicológico na Atenção Primária à Saúde. O cuidado multiprofissional durante a internação caracterizou-se pela assistência médica a todas as 35 (100%) mulheres, de enfermeiros a 34 (97,14%), do serviço social a 30 (85,71%) e da psicologia a 21 (60,00%); terapia ocupacional, fisioterapia, odontologia e nutrição prestaram assistência a uma (2,86%) paciente cada. O tempo médio de internação na instituição foi superior a 46 horas, com intervalo variando entre 7 e 218 horas.

As características fetais estão detalhadas na Tabela 3. Observou-se a presença do pediatra em 17 (47,22%) nascimentos e a ausência em um (2,78%); em 18 (50,00%) casos, não houve registro sobre essa assistência.

Tabela 3 - Características dos recém-nascidos em óbito atendidos no CCOG em 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Variáveis	N	%
Momento do óbito	36	100,00
Anteparto	23	63,89
Intraparto	12	33,33
Desconhecido	1	2,78
Classificação de acordo com o peso	36	100,00
Extremo baixo peso	15	41,67
Muito baixo peso	5	13,89
Baixo peso	8	22,22
Acima de 2500g	7	19,44
Desconhecido	1	2,78
Classificação de acordo a idade gestacional	36	100,00
Pré-termo extremo	13	36,11
Muito pré-termo	8	22,22
Pré-termo moderado	2	5,56
Pré-termo tardio	8	22,22
Termo	5	13,89
Sexo	36	100,00
Feminino	21	58,33
Masculino	11	30,56
Desconhecido	4	11,11
Realização de manobras de reanimação neonatal	36	100,00
Realizada	8	22,22
Não realizada	10	27,78
Desconhecido	18	50,00
Contato Pele a Pele	36	100,00
Imediato	8	22,22
Não imediato	5	13,89
Não realizado	10	27,78
Desconhecido	13	36,11
Intervalo de tempo do corpo no CCOG	36	100,00
Inferior a 1 hora	3	8,33
Entre 1 a 3 horas	7	19,44
Entre 3 a 6 horas	10	27,78
Entre 6 a 9 horas	4	11,11
Acima de 10 horas	2	5,56
Desconhecido	10	27,78
Solicitação de necropsia	36	100,00
Sim	13	36,11
Não	21	58,33
Desconhecido	2	5,56

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Também houve associação estatística significativa entre o total de métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados pelas mulheres e a classificação dos recém-nascidos (RN) de acordo com a idade gestacional. A análise dos resíduos padronizados ajustados evidenciou uma associação positiva quando o RN é classificado como muito pré-termo e há o registro de apenas um método de alívio da dor aplicado, bem como nos casos de RN a termo com a aplicação de oito e nove métodos. Inversamente, observou-se uma fre-

quência menor de casos quando o RN é pré-termo tardio e apenas um método foi executado. Esses dados estão detalhados na Tabela 4.

Adicionalmente, o teste exato de Fisher demonstrou associação entre as variáveis "estratificação de risco materno" e "momento do óbito fetal" ($p=0,06$). A análise dos resíduos padronizados ajustados entre essas variáveis está descrita na Tabela 5.

Tabela 4 - Análise dos resíduos padronizados ajustados entre a classificação do recém-nascido de acordo com a idade gestacional e a quantidade de métodos de alívio da dor não farmacológicos executados em 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Número de métodos	Muito Pré-termo	Pré-termo extremo	Pré-termo moderado	Pré-termo tardio	Termo
	NA / (p-valor)	NA / (p-valor)	NA / (p-valor)	NA / (p-valor)	NA / (p-valor)
Nenhum	0 / (-0,54)	0 / (-0,76)	0 / (-0,24)	1 / (1,89)	0 / (-0,40)
1	7 / (2,06)	9 / (1,24)	2 / (1,30)	1 / (-2,77)	1 / (-1,72)
2	0 / (-0,96)	1 / (-0,10)	0 / (-0,43)	2 / (1,93)	0 / (-0,72)
3	0 / (-0,77)	1 / (0,42)	0 / (-0,35)	1 / (0,97)	0 / (-0,58)
5	0 / (-0,77)	1 / (0,42)	0 / (-0,35)	0 / (-0,77)	1 / (1,51)
6	0 / (-0,54)	0 / (-0,76)	0 / (-0,24)	1 / (1,89)	0 / (-0,40)
7	1 / (0,48)	0 / (-1,36)	0 / (-0,43)	2 / (1,93)	0 / (-0,72)
8	0 / (-0,54)	0 / (-0,76)	0 / (-0,24)	0 / (-0,54)	1 / (2,52)
9	0 / (-0,77)	0 / (-1,09)	0 / (-0,35)	0 / (-0,77)	2 / (3,62)
Desconhecido	0 / (-0,54)	1 / (1,34)	0 / (-0,24)	0 / (-0,54)	0 / (-0,40)

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Tabela 5 - Análise dos resíduos padronizados ajustados entre o momento do óbito fetal e a estratificação de risco materno em 2022. Curitiba, PR, Brasil, 2023

	Anteparto	Intraparto	Desconhecido
	NA / (p-valor)	NA / (p-valor)	NA / (p-valor)
Alto Risco	14 (-0,03)	8 (0,48)	0 (-1,27)
Baixo Risco	9 (0,50)	4 (-0,24)	0 (-0,76)
Sem estratificação	0 (-1,34)	0 (-0,71)	1 (6,00)

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

DISCUSSÃO

No que concerne ao perfil obstétrico, a faixa etária predominante (25 a 29 anos) concentrou 40% dos casos de óbito fetal, com densidade expressiva no intervalo entre 20 e 34 anos. Tais dados corroboram o cenário nacional de 2021, no qual essa faixa etária foi prevalente em quase todas as regiões do país, exceto na região Norte⁽¹²⁾. Na região Sul, especificamente, observa-se que mulheres entre 25 e 29 anos apresentam índices de óbito fetal superiores aos daquelas entre 20 e 24 anos⁽¹²⁾.

Em relação ao tipo de gestação, para o mesmo ano, o número de óbitos fetais em gestações únicas no Brasil foi superior ao de gestações múltiplas, correspondendo a 91,91%⁽¹²⁾. Diante do exposto, os resultados desta pesquisa alinham-se à realidade nacional. Quanto ao pré-natal, embora 51,43% das mulheres tenham realizado ao menos uma consulta, o elevado índice de registros incompletos compromete a análise fidedigna desse fator. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas, com início precoce no primeiro trimestre e periodicidade crescente conforme o avanço da idade gestacional, intercalando o atendimento entre médicos e enfermeiros no pré-natal de baixo risco⁽¹³⁾.

No âmbito da assistência ao parto, destaca-se a presença do acompanhante em 88,57% dos casos como método não farmacológico de alívio da dor. Este é um direito garantido por lei desde 2005 e reforçado em 2023, assegurando a presença de uma pessoa de escolha da mulher em unidades públicas e privadas durante todo o período de atendimento^(14,15). A literatura demonstra que o apoio emocional do acompanhante fortalece laços familiares e humaniza a conduta profissional, auxiliando na segurança da paciente e na evolução fisiológica do processo, bem como na amenização da dor⁽¹⁶⁾.

A pesquisa evidenciou que, quanto menor a idade gestacional no momento do óbito, menor o número de métodos de alívio da dor utilizados. É imperativo que o cuidado holístico e humanizado seja garantido independentemente da

viabilidade fetal. Estudo realizado em uma maternidade pública do Sul do Brasil apontou que, diante de uma situação de perda gestacional, a assistência ao trabalho de parto é percebida como de difícil acompanhamento pelos profissionais; a fragmentação do cuidado e a pouca oferta de orientações sobre métodos de alívio da dor resultam na restrição do poder de escolha das mulheres quanto à via de nascimento⁽¹⁷⁾.

Acerca da equipe multiprofissional, sua importância pauta-se tanto na prevenção quanto no desfecho da assistência ao óbito fetal. O acompanhamento pré-natal de qualidade e o cuidado à saúde integral são fundamentais para prevenir desfechos desfavoráveis, bem como para o acolhimento no enfrentamento ao luto. Ressalta-se a necessidade de pesquisas que investiguem o acompanhamento gestacional no alto risco — público que representou o maior quantitativo de óbitos anteparto neste estudo —, a fim de identificar fragilidades na rede de atenção e aprimorar a assistência.

Estudos comparativos entre Brasil e Canadá evidenciam diferenças assistenciais, principalmente acerca do suporte para a prevenção do luto complicado. O contato físico com o bebê, a interação e o ato de guardar lembranças (objetos, fotos ou vídeos), além do apoio profissional após a perda, são meios que auxiliam a família na elaboração do luto⁽¹⁸⁾. Outras pesquisas abordam a responsabilidade da equipe em incentivar a criação de memórias: ver, tocar, banhar, trocar e nomear o bebê são rituais de cuidado fundamentais⁽¹⁹⁾. Enfatiza-se a necessidade de respeitar a cultura de cada família e sua possível recusa ao contato, cabendo à equipe, com ênfase no enfermeiro, a oferta sensível desses cuidados.

Embora a instituição não possua registros formais desses rituais, os dados mostram que o corpo do bebê permanece no setor entre 1 e 6 horas em 47,22% dos casos — intervalo viável para a oferta de suporte pela equipe. Ainda, os indicadores demonstraram que o contato pele a pele ocorreu em 36,11% dos casos; esse cuidado pode ser mais estimulado para que mais famílias se beneficiem. Ressalta-se que a assistência ao nascimento de um feto sem vida representa uma vivência delicada para os profissionais, cujo incômodo pode

refletir na qualidade da assistência, especialmente pela falta de suporte institucional para lidar com tais situações^(7,20). Protocolos como o SPIKES e o *guideline* do *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* podem guiar a equipe nesse processo^(21,22).

Neste estudo, observou-se que 91,43% das mulheres realizaram a inibição farmacológica da lactação, 60,00% receberam atendimento psicológico institucional e 34,29% foram encaminhadas para a atenção primária. A falta de um protocolo institucional específico resulta em uma cobertura de atendimento psicológico que pode ser reflexo de limitações estruturais ou do quantitativo de profissionais para atender à demanda.

Quanto às características fetais, 63,89% dos óbitos ocorreram no anteparto, o que corrobora dados do IBGE de 2021 (89,84%)⁽¹²⁾. Entretanto, houve divergência quanto ao sexo: nesta pesquisa prevaleceu o feminino (58,33%), enquanto no cenário nacional prevalece o masculino⁽¹²⁾. Em relação ao peso e idade gestacional, este estudo apontou predominância de pré-termos extremos e de extremo baixo peso, opondo-se à tendência nacional de pré-termos moderados e baixo peso⁽¹²⁾.

Dentre as limitações do estudo, destacam-se a dificuldade na coleta devido à segmentação dos registros e a ausência de um protocolo institucional, o que dificulta a compilação de informações. A incompletude dos dados demonstra fragilidade no processo de registro pelos profissionais e in-

eficácia do atual método de captação de informações nos casos de óbito fetal.

CONCLUSÃO

Enfatiza-se que o cuidado humanizado deve iniciar-se no acolhimento realizado pelo enfermeiro já na porta de entrada do serviço, permeando o pré-parto, o parto e o puerpério. É imprescindível que essas pacientes tenham acesso a cuidados holísticos, independentemente da viabilidade fetal.

Este estudo contribui para dar visibilidade à assistência ao luto, destacando como essenciais o acompanhamento multiprofissional, a oferta de rituais de cuidado para a ressignificação do processo e a implementação de protocolos que uniformizem as condutas na perda gestacional.

Por fim, infere-se que o objetivo proposto foi atingido, sugerindo-se uma reorganização da assistência e do registro das perdas. Tal medida visa conferir maior visibilidade a esses casos, considerando a estreita relação entre a taxa de mortalidade fetal e a qualidade da assistência prestada na rede de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Linha de cuidado à saúde da mulher na perda perinatal [Internet]. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2025 [citado 2025 Dez 01]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2025/01/RESOLUCAO-525-ANEXO-Linha-de-Cuidado-a-Saude-da-Mulher-na-Perda-Perinatal.pdf>
2. Rocha JBF, Bezerra IMP, Oliveira EK da S, Sena ABE, Leitão FNC, Abreu LC. Space-time trends in fetal mortality in Brazil, 1996-2021. *Rev Saude Publica*. 2025;59:e2. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006194>. PMID: 40172471
3. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs, United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Standing up for stillbirth: current estimates and key interventions. Report of the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2024 [Internet]. New York: UNICEF; 2024 [citado 2025 Dez 2]. Disponível em: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2025/04/UNIGME-Stillbirth-Report-2024.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2025 Jul 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_mortalidade_perinatal_3ed.pdf
5. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 Jun 10]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2025 Jun 11]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA4Ng%ED2%87%92>
7. Ssegujja E, Ddumba I, Andipatin M. An exploration of health workers' experiences in providing bereavement care to mothers following a stillbirth: results from a subnational level health system in Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):588. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05913-x>. PMID: 37592205
8. O'Connor E, Leitao S, Fogarty AP, Greene R, O'Donoghue K. A systematic review of standardised tools used in perinatal death review programmes. *Women Birth*. 2024;37(1):88-97. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.09.006>. PMID: 37793961
9. Kosie J, Lew-Williams C. Open Science Considerations for Descriptive Research in Developmental Science. *Infant Child Dev*. 2024;33(1):e2377. <https://doi.org/10.1002/icd.2377>. PMID: 38389731
10. Pérez-Guerrero EE, Guillén-Medina MR, Márquez-Sandoval F, Vera-Cruz JM, Gallegos-Arreola MP, Rico-Méndez MA et al. Methodological and Statistical Considerations for Cross-Sectional, Case-Control, and Cohort Studies. *J Clin Med*. 2024;13(14):4005. <https://doi.org/10.3390/jcm13144005>. PMID: 39064045
11. Dewidar O, Shamseer L, Melendez-Torres GJ, Akl EA, Ramke J, Wang X, et al. Improving the Reporting on Health Equity in Observational Research (STROBE-Equity): Extension Checklist and Elaboration. *JAMA Netw Open*. 2025;8(9):e2532512. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.32512>. PMID: 40899932.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

- [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2025 Out 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [citado 2025 Maio 10]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
14. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 7 abr 2005 [citado 2025 Maio 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
15. Brasil. Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial da União [Internet]. 27 nov 2023 [citado 2025 Maio 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14737.htm
16. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub6>. PMID: 28681500
17. Rocha L, Costa R, Gomes Í EM, Alves IFB de O, Rosa R, Lima MM. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. *Saberes Plurais Educ. Saude*. 2023;7(1):e128168. <https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.128168>
18. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Professional practice in caring for maternal grief in the face of stillbirth in two countries. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3):e20200253. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253>. PMID: 34133679
19. Peberdy L, Young J, Massey D, Kearney L. Integrated review of the knowledge, attitudes, and practices of maternity health care professionals concerning umbilical cord clamping. *Birth*. 2022;49(4):595-615. <https://doi.org/10.1111/birt.12647>. PMID: 35582849
20. Serafim TC, Camilo BHN, Carizani MR, Gervasio M de G, Carlos DM, Salim NR. Attention to women in situation of intrauterine fetal death: experiences of health professionals. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42:e20200249. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>. PMID: 34037113
21. Martins NQB, Thomazini MG, Rodrigues MT, Matos MS, Souto RR. Comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES: uma revisão bibliográfica. *Rev. Master*. 2023;8(15). <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v8i15.414>
22. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Care of parents following stillbirth and neonatal death [Internet]. London: RCOG; 2022 [citado 2025 Nov 14]. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/care-of-parents-following-stillbirth-and-neonatal-death-green-top-guideline-no-55/>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Trigueiro TH, Rabelo M.

Obtenção de dados: Peripolli LO, Arruda KA, Rabelo M.

Análise de dados: Vicari K, Trigueiro TH.

Interpretação dos dados: Vicari K, Trigueiro TH.

Todos os autores se responsabilizam pela redação textual e revisão crítica do conteúdo intelectual, pela versão final publicada e por todos os aspectos éticos, legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.



Copyright © 2026 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.