



PREVENÇÃO E
ENFRENTAMENTO DA
NATIMORTALIDADE
NA CONTINUIDADE
DE CUIDADOS:

UM GUIA GLOBAL PARA
IMPLEMENTAÇÃO E
DEFESA DE DIREITOS

PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA **NATIMORTALIDADE** NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS:

UM GUIA GLOBAL PARA
IMPLEMENTAÇÃO E
DEFESA DE DIREITOS

Versão 1

MAIO DE 2023



CITAÇÃO SUGERIDA:

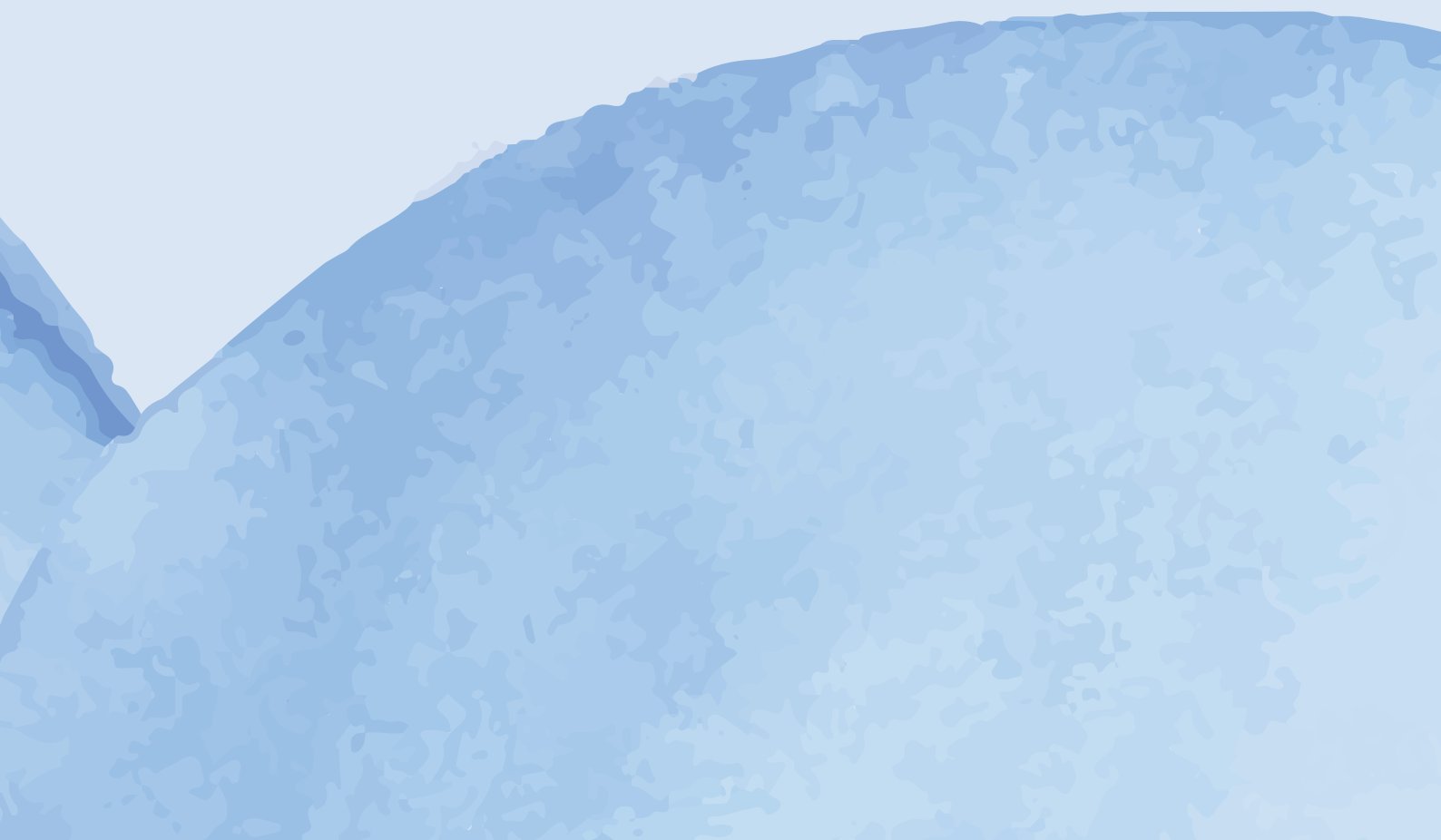
Prevenção e enfrentamento da natimortalidade na continuidade de cuidados: um guia para implementação e defesa de direitos: versão 1. New Jersey: International Stillbirth Alliance Stillbirth Advocacy Working Group; 2023.

CONTEÚDO

VISÃO	V	4. DEFESA DE DIREITOS	19
PREFÁCIO	VI	Introdução à defesa de direitos das famílias de natimortos	19
MENSAGEM CONJUNTA DAS ORGANIZAÇÕES COLABORADORAS	VII	Fundamentos da defesa de direitos	19
AGRADECIMENTOS	VIII	Orientação para o desenvolvimento de estratégias em defesa de direitos	22
ACRÔNIMOS	IX	5. IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS	32
COMO USAR ESTE GUIA	X	Acesso ao cuidado	32
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	1	Liderança	40
O impacto da natimortalidade	1	Infraestrutura, equipamentos e insumos	44
Fatores de risco subjacentes associados à natimortalidade	6	Recursos humanos na área da saúde	47
2. OPORTUNIDADES PARA SUPERAR DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA NATIMORTALIDADE	8	6. AVALIAÇÃO DO PROGRESSO	55
Quais são os desafios?	8	Por onde começar	55
Oportunidades ao longo da continuidade de cuidados	11	Contagem de bebês natimortos	56
3. O CUIDADO NO LUTO É ESSENCIAL	15	7. ALCANÇANDO O OBJETIVO	61
O que é cuidado respeitoso e acolhedor no luto?	15	Ações necessárias em âmbito nacional	61
		Progressos podem ser alcançados	66
		8. REFERÊNCIAS	68
		9. ANEXOS	74

VISÃO

Almejamos um mundo em que não ocorram mais casos evitáveis de natimortalidade e em que o cuidado oferecido às famílias e aos profissionais de saúde após um natimorto seja compassivo, de alta qualidade e culturalmente adequado.



PREFÁCIO



Quando um bebê nasce morto, o impacto nos pais, nas famílias e nos profissionais de saúde que prestaram os cuidados pode ser devastador. O luto decorrente é tão intenso quanto aquele vivido pela perda de qualquer filho; no entanto, o baixo reconhecimento do nascimento desses bebês e das gestações que resultaram em natimorto, combinado ao estigma, à culpa e ao silêncio, continua limitando a aceitação e a legitimação dessas experiências trágicas em todo o mundo. A qualidade inadequada do cuidado durante a gravidez, o trabalho de parto e o nascimento impacta a prevenção da natimortalidade. A visão compartilhada da International Stillbirth Alliance e de seus membros é melhorar o acesso a um cuidado de qualidade ao longo de toda a continuidade de cuidado materno e neonatal. Para isso, é necessário apoio aos pais e às famílias, bem como aos profissionais que prestam os cuidados, em diversas instituições de saúde e na comunidade.

Como muitos de nós que contribuimos para este prefácio vivemos experiências de luto após a morte de um bebê, acolhemos este guia com satisfação e expressamos nossos agradecimentos à Fundação Bill & Melinda Gates pelo financiamento geral, bem como aos autores e colaboradores que dedicaram seu tempo e sua experiência para tornar este guia uma realidade.

A essência deste guia são as vozes, experiências e imagens de muitos pais enlutados que

colaboraram em cada etapa do processo para coproduzir um documento único. Estendemos nossa mais profunda gratidão e agradecimento a esses pais e a seus bebês.

Esperamos que este guia seja lido e aplicado por todos aqueles que trabalham para integrar a prevenção e o cuidado relacionados ao bebê natimorto em programas e políticas nacionais, subnacionais e de unidades de saúde, porque cada gestação e cada bebê contam. Ao adotar uma abordagem holística e colaborativa para o desenvolvimento e a implementação de políticas, e ao ouvir e incluir as famílias enlutadas, é possível garantir que todas as mulheres e bebês experimentem o cuidado de qualidade, seguro e respeitoso que merecem em toda a continuidade de cuidados.

Claire Storey, Diretora da Divisão de Luto, Comunidade e Voz dos Pais, em nome da International Stillbirth Alliance

Marti Perhach, CEO e cofundadora do Group B Strep International

Grace Mwashigadi, Coordenadora de Pesquisa, Aga Khan University, Quênia

MENSAGEM CONJUNTA DAS ORGANIZAÇÕES COLABORADORAS

Todos os dias, mais de 5 mil bebês nascem mortos, impactando quase 2 milhões de famílias todos os anos. Duas em cada cinco dessas mortes ocorrem durante o trabalho de parto, sendo a maioria evitável com cuidados maternos de alta qualidade.

Alguns progressos foram alcançados na redução da taxa global de natimortalidade, porém desigualdades significativas persistem em regiões e países, principalmente entre os grupos mais vulneráveis. Cuidados e apoio oportunos podem amenizar os impactos conhecidos da natimortalidade sobre mulheres, famílias, comunidades e profissionais de saúde. No entanto, esse tipo de apoio ainda é insuficiente e pouco progresso tem sido feito para reduzir as falhas no acesso. Apesar das chamadas à ação já feitas, os progressos têm sido lentos.

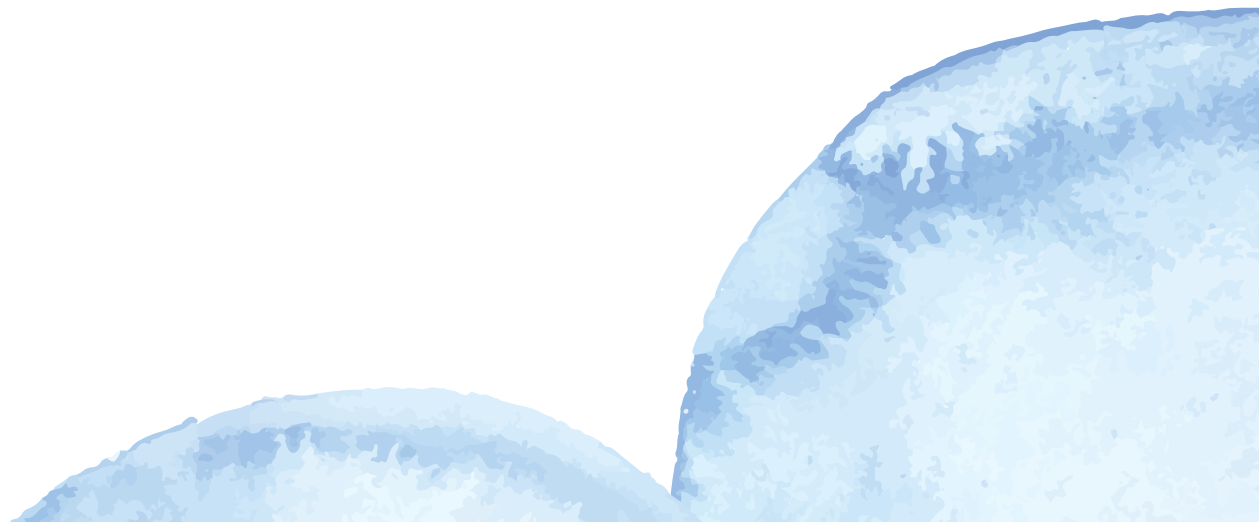
Podemos e devemos fazer melhor.

Em seu último relatório, *Never Forgotten: The Situation of Stillbirth Around the Globe* (Nunca Esquecidos: A Situação da Natimortalidade ao Redor do Mundo), o Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Infantil descreve a grave situação dos bebês

natimortos ao redor do mundo. Fica claro que, para impulsionar a mudança na prevenção da natimortalidade, deve haver políticas sólidas e investimentos direcionados na continuidade de cuidados.

Da equipe de voluntários que representa organizações das Nações Unidas, doadores, acadêmicos, associações profissionais, diretores de unidades de saúde, administradores, médicos, organizações de pais e outros envolvidos na elaboração deste guia global de implementação e defesa de direitos no contexto da natimortalidade, esperamos ajudar e capacitar os leitores a utilizá-lo para inspirar as mudanças necessárias. Nosso objetivo é promover o fim da natimortalidade evitável e garantir cuidados respeitosos e de apoio a todas as mulheres e famílias após o nascimento de um bebê natimorto. Ao tomar ações imediatas como uma comunidade global de porta-vozes, podemos garantir cuidados maternos e neonatais respeitosos e de qualidade na continuidade de cuidados, tornando a visão deste guia uma realidade.

Esperamos que você se junte a nós.



AGRADECIMENTOS

Grupo de trabalho técnico

Hannah Blencowe, Susannah Hopkins Leisher, Joolan Saroor, Theresa Shaver, Claire Storey e Aleena Wojcieszek.

Redator principal

Aleena Wojcieszek

Líder da voz dos pais

Claire Storey

Líderes de divisão da equipe de redação

Bethany Atkins, Hannah Blencowe, Aliko Christou, Alka Dev, Asheber Gaym, Alexander Heazell, Caroline Homer, Susannah Hopkins Leisher, Lucia Hug, Olga Joos, Lennie Kamwendo, Mary Kinney, Tomomi Kitamura, Rebecca Levine, Margaret Murphy, Anne Rerimoi, Francesca Sadler, Theresa Shaver e Aleena Wojcieszek.

Colaboradores da equipe de redação

Neelam Aggarwal, Elena Ateva, Sarah Bar-Zeev, Amy Boldosser-Boesch, Kel Currah, Rakhi Dandona, Alka Dev, Vicki Flenady, Mandy Forrester, Anna Gruending, Gagan Gupta, Tsakane Hlongwane, Bo Jacobsson, Salome Maswime, Lori McDougall, Allisyn Moran, Margaret Murphy, Lyudmila Nepomnyashchii, Inês Nunes, Monica Oguttu, Robert Pattinson, Emma Sacks, Joolan Saroor, Bharti Sharma, Sue Steen, Claire Storey, Marleen Temmerman e Petra ten Hoope-Bender.

Estudos de caso

Mohamed Afifi, Neelam Aggarwal, Mamadou Berthé, Billie Bradford, Vicki Flenady, Mandy Forrester, Karima Gholbzouri, Clea Harmer, Marc Harder, Tsakane Hlongwane, Kristi Izod, Diana Jepkosgei, Wanjiru Kihusa, Tomomi Kitamura, Farzana Maruf, Monica Oguttu, Marti Perhach, Neena Raina, Bharti Sharma, Khalid Siddeeg, Ilana Siegal, Modibo Soumaré, Sue Steen e Lorena Suárez-Idueta.

Comitê consultivo

Caroline Homer (Instituto Burnet), Carole Kenner (Council of International Neonatal Nurses e International Council of Nurses), Bo Jacobsson, Cornélie Martin, Wanda Nicholson, Inês Nunes and Monica Oguttu (International Federation of Gynecology and Obstetrics), Mandy Forrester (International Confederation of Midwives), Fitsum Belay e Anne Rerimoi (International Pediatric

Association), Paula Quigley (International Stillbirth Alliance), Lori McDougall (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health), Gagan Gupta, Tedbabe Degefie Hailegebriel, Lucia Hug, Tomomi Kitamura and Danzhen You (Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)), Sarah Bar-Zeev e Petra ten Hoope-Bender (Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)), Chandani Anoma Jayathilaka, Allisyn Moran and Neena Raina (Organização Mundial da Saúde (OMS)), Lennie Kamwendo (White Ribbon Alliance) e Mary Ellen Stanton (consultora).

Apoio e contribuições técnicas

O apoio às sessões virtuais de discussão foi prestado pelo UNFPA. Agradecemos especiais à Danielle Okoro pela administração e pelo suporte técnico às sessões virtuais. Agradecemos ao UNICEF, à Stacey Fletcher (fotógrafa de cuidados no luto) e à White Ribbon Alliance pelo apoio na obtenção das imagens utilizadas neste guia.

Edição e diagramação

Agradecemos à Scriptoria pela edição e ao REC Design pelo design e diagramação.

Apoio financeiro

O financiamento principal para a elaboração deste guia foi fornecido pela Fundação Bill & Melinda Gates. O financiamento e o apoio para o design e a diagramação deste guia foram fornecidos pelo UNFPA.

Coordenação da tradução para o português e o espanhol

Heloisa de Oliveira Salgado

Revisão final da tradução para o português

Carla B. Andreucci, Heloisa de Oliveira Salgado

Revisão da tradução para o português

Letícia Wendel Silva, Mônica Ferro Zocca dos Reis, Raquel Mary Rodrigues Peres

Tradução para o português

Daniela Tolezano, Letícia Wendel Silva, Janaina Almeida, Mônica Ferro Zocca dos Reis, Raquel Mary Rodrigues Peres, Suzue Victoria Higa

Diagramação

Daniela Marques Saccaro e Vanessa Lima

ACRÔNIMOS

CID	Classificação Internacional de Doenças
ENAP	Every Newborn Action Plan (Plano de Ação para Cada Recém-Nascido)
EPMM	Ending Preventable Maternal Mortality (Fim da Mortalidade Materna Evitável)
ICM	International Confederation of Midwives (Confederação Internacional de Parteiras)
IMPROVE	Improving Perinatal Mortality Review and Outcomes Via Education (Aprimoramento da revisão da mortalidade perinatal e dos desfechos por meio da educação)
ISA	International Stillbirth Alliance (Aliança Internacional para Natimortalidade)
ISA-SAWG	International Stillbirth Alliance Stillbirth Advocacy Working Group (Grupo de Trabalho de Advocacy sobre Natimortalidade da Aliança Internacional para Natimortalidade)
MOH	Ministry of Health (Ministério da Saúde)

NBCP	National Bereavement Care Pathway (Protocolo Nacional de Cuidado no Luto do Reino Unido)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMNCH	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil)
PVI	Parent Voices Initiative (Iniciativa vozes de pais e mães)
RCEV	Registro Civil e Estatísticas Vitais
RMNCAH	Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health (Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente)
UN-IGME	United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Infantil)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fundo de População das Nações Unidas)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
VRMMP	Vigilância e Resposta à Mortalidade Materna e Perinatal

COMO USAR ESTE GUIA



Objetivo deste guia

Este guia tem o objetivo de oferecer recursos técnicos e orientações práticas para a defesa de direitos e o planejamento de programas relacionados à natimortalidade, nos âmbitos nacional e subnacional. O guia não apresenta novas informações, mas reúne os recursos existentes, as orientações globais e os kits de ferramentas em um só lugar, com o objetivo de subsidiar o planejamento, os investimentos e os programas voltados para eliminar a natimortalidade evitável e melhorar o cuidado prestado a todas as mulheres e famílias que sofrem com o óbito de bebês. Dessa forma, também se evidenciam lacunas nos recursos disponíveis.



Público-alvo

O público-alvo deste guia inclui:

- Governos e partes interessadas em âmbito nacional e subnacional, incluindo ministros de saúde, autoridades de registro civil e serviços nacionais de estatística.
- Entidades profissionais de saúde, incluindo associações nacionais de medicina, enfermagem e parteiras, além de outras entidades relevantes.
- Diretores, gestores e administradores de hospitais e unidades de saúde.

Espera-se que o guia também seja útil para pais, organizações de pais, líderes comunitários, profissionais de saúde e outros defensores da prevenção da natimortalidade. Este guia também visa promover cuidados respeitosos e de apoio para os bebês natimortos e suas famílias na continuidade de cuidados à saúde materna e infantil.



Definições dos grupos de partes interessadas

O conteúdo deste guia é, por vezes, direcionado a grupos específicos entre as partes interessadas. As seguintes definições foram utilizadas:

- **Nível político:** inclui aqueles que trabalham em ministérios ou agências das Nações Unidas em países e fazem ou influenciam diretamente as políticas.
- **Nível intermediário:** inclui aqueles que trabalham em ministérios ou agências das Nações Unidas em países, mas não fazem ou influenciam diretamente as políticas.
- **Nível local:** inclui aqueles que não trabalham em ministérios ou agências das Nações Unidas, cujo trabalho é baseado em comunidades (vilarejos, cidades, municípios).



Tipos de recursos incluídos

Neste guia estão incluídos links para diretrizes globais, kits de ferramentas, iniciativas estratégicas, recursos de formação, fontes de dados e publicações sobre natimortalidade e cuidados ao longo do continuum da saúde materna e infantil. Também estão incluídos estudos de caso de uma ampla variedade de contextos geográficos para ilustrar o que pode ser alcançado.

Um sistema de cores foi utilizado para organizar características específicas do guia:

- Quadros azuis: reflexões, definições de termos e dados principais, com suas respectivas fontes (estes últimos apresentados como “Dados em destaque”).
- Quadros grandes em lilás: estudos de caso, apresentados como “Experiências que deram certo”.
- Quadros verdes: links para os recursos, apresentados como “Recursos”.
- Quadros azuis-claros: links para mais informações, apresentados como “Saiba mais”.
- Quadros laranja: conteúdo específico para cuidado no luto.



Como navegar pelo documento

Este guia inclui links para recursos externos na internet, bem como links internos para seções do próprio guia. Para voltar à sua posição no guia ao usar links internos, pressione *ALT + seta para a esquerda* (PC) ou *Command + seta para a esquerda* (Mac) no teclado.



Comentários e atualizações

O International Stillbirth Alliance-Stillbirth Advocacy Working Group (ISA-SAWG) agradece o envio de comentários sobre este guia, bem como sugestões para recursos adicionais a serem incluídos nas atualizações futuras, para o e-mail sawg@stillbirthalliance.org.



1.CONTEXTUALIZAÇÃO

O impacto da natimortalidade

Taxas de natimortalidade

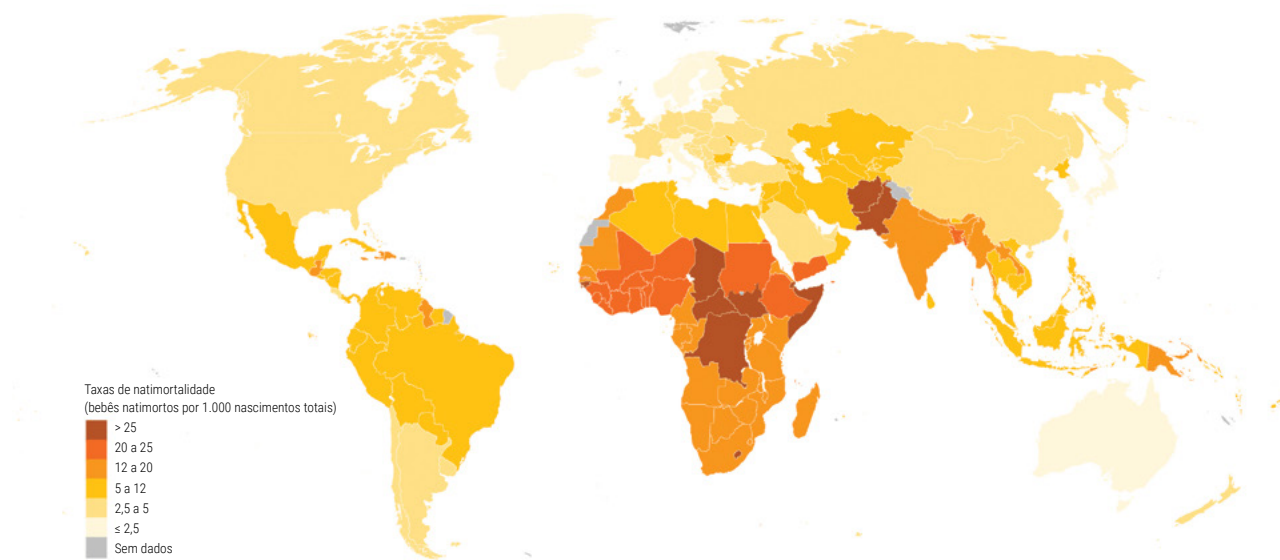
A natimortalidade ocorre quando um bebê morre nas últimas fases da gravidez ou durante o parto. É um desfecho devastador da gravidez. A cada 17 segundos, uma gravidez resulta em um bebê natimorto no mundo — aproximadamente 1,9 milhão de casos em 2021. As mães e as famílias esperavam que esses bebês nascessem com vida. Mais de três quartos dos casos de bebês natimortos ocorrem na África Subsaariana e no sul da Ásia ([Figura 1.1](#)). Os países de baixa e média-baixa rendas são responsáveis por 89% de todos os bebês natimortos, mas por apenas 71%

de todos os nascidos vivos. Do total de bebês natimortos, 45% morrem após o início do trabalho de parto. Muitos desses casos de natimortalidade ocorrem em bebês a termo e poderiam ser evitados com o acesso justo a cuidados de alta qualidade durante a gravidez e o parto ([1](#)). Nas últimas duas décadas, o progresso na redução das taxas de natimortalidade não acompanhou os avanços obtidos na diminuição dos óbitos maternos nem os progressos na prevenção de óbitos de recém-nascidos nos primeiros 28 dias de vida. Entre 2000 e 2021, a redução anual da taxa global de natimortalidade foi de apenas 2%, em comparação com 2,7% de redução na mortalidade neonatal (óbitos no primeiro mês após o nascimento) e 3,9% entre crianças de 1 mês a 59 meses ([1](#)). Entretanto, entre 2000 e 2020, a taxa de mortalidade materna (TMM) global diminuiu 2,1% ao ano ([2](#)).

© UNICEF/UNI73176/Holtz

Nadège NDI Rose, de 20 anos, em trabalho de parto na maternidade do Hospital Saint Luc, um hospital privado na cidade de Mbalmayo (Camarões). Dois profissionais de saúde cuidam dela. Rose dará à luz seu quinto bebê prematuro e natimorto. Ela nunca teve acesso a uma consulta pré-natal.



FIGURA 1.1: TAXAS DE NATIMORTALIDADE POR PAÍS (2021)

Fonte: [Never Forgotten: The Situation of Stillbirth Around the Globe](#). Relatório do Grupo Interagencial das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil, 2022. Nota: O mapa não reflete o posicionamento do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) ou de quaisquer organizações colaboradoras neste guia sobre o status legal de qualquer país, território ou a delimitação de quaisquer fronteiras. As taxas nacionais de natimortalidade mais recentes para 195 países estão disponíveis em www.childmortality.org.



Uma nota sobre a terminologia de gênero

Este guia reconhece a diversidade de gênero entre gestantes e parturientes. Os termos “mulher” e “mãe” foram empregados para garantir a concisão do texto. O guia busca ser inclusivo em relação a todas as pessoas grávidas e parturientes, ainda que algumas não se identifiquem como mulher ou mãe (3).

A natimortalidade é um problema de saúde global cada vez mais grave. Em 2000, bebês natimortos representavam 23% do total de mortes entre crianças menores de 5 anos. Em 2021, esse número aumentou para 27% (1). Na África Subsaariana, o número estimado de natimortos aumentou de 765 mil em 2000 para 847 mil em 2021, pois o crescimento do número total de nascimentos superou a redução da taxa de natimortalidade na região (1). Em alguns países de alta renda, há mais natimortos do que óbitos neonatais, e o número de bebês natimortos supera até mesmo o de óbitos infantis (crianças entre 1 e 12 meses de idade).

Em 2014, 194 Estados-Membros aprovaram o [Every Newborn Action Plan](#) (ENAP) (4) na 67ª Assembleia Mundial da Saúde. O ENAP estabeleceu como meta que, até 2030, todos os países tenham 12 ou menos bebês natimortos a cada 1.000 nascimentos. Para atingir essa meta, mais de 45 países precisam mais do que duplicar o progresso atual (1). O ENAP também teve como objetivo eliminar as lacunas de equidade, ou seja, as diferenças nas taxas de natimortalidade entre os grupos mais e menos favorecidos. Porém, poucos países, mesmo aqueles com baixa mortalidade geral, fizeram progresso na utilização de dados e de ações específicas para eliminar essas lacunas.

Impacto emocional e psicológico

A experiência de ter um bebê natimorto é um evento que muda a vida, com amplos e complexos impactos psicológicos, psicossociais e emocionais em mães, pais e familiares (5). Para mães e pais, a perda inesperada de um filho, assim como os cuidados necessários após essa perda, afeta a maneira como lidam com a vida e a morte, a autoestima e a identidade (6).



Ninguém diz que você vai perder completamente a noção de quem você é. Sua vida, sua identidade, seus interesses, seus relacionamentos — tudo parece ter que ser compreendido novamente pela primeira vez.” – Alex, mãe do bebê natimorto Robin

Fonte: whatsyourgrief.com/loss-of-identity-after-stillbirth

Embora os impactos da natimortalidade na saúde mental variem em gravidade e na forma como se manifestam, as emoções mais comuns entre pessoas em luto incluem choque, culpa, uma profunda necessidade de entender a causa da morte e de guardar lembranças do nascimento — além de pensamentos confusos ou angustiantes (7). Vários estudos mostram que, embora esses impactos pareçam ser mais frequentes e intensos nos primeiros meses após a morte do bebê, há impactos emocionais e psicológicos complexos e duradouros nas mulheres que dão à luz e em seus parceiros. Estes impactos duradouros incluem aumento da morbidade psicológica em gestações subsequentes e aumento do risco de transtornos mentais graves (8).



A perda do meu bebê mudou muitas coisas em mim. Contar às pessoas era tão vergonhoso. As pessoas diziam que a culpa pelo meu bebê ter morrido era minha, então comecei a me culpar também, dizendo a mim mesma que eu não tinha sido cuidadosa o suficiente. Todos os dias eu voltava para casa [do trabalho] chorando.” – Oyele, Nigéria

Fonte: blogs.unicef.org/evidence-for-action/shrouded-in-silence-the-untold-story-of-stillbirths

Pesquisas também mostram que as consequências emocionais de ter um bebê natimorto são frequentemente influenciadas por normas e contextos sociais e culturais. Em algumas culturas, as mulheres são consideradas responsáveis pela morte do bebê, o que leva à humilhação pública e à discriminação. Em outras, os bebês natimortos não são reconhecidos ou são ignorados e negados, o que pode afetar consideravelmente a capacidade de um indivíduo de viver o luto (9, 10). Estudos também revelaram que, em certos contextos, o ambiente alegre e agitado da ala obstétrica é um lugar extremamente doloroso para mães, pais e familiares que tiveram um bebê natimorto, e que as tentativas bem-intencionadas dos profissionais de saúde de proporcionar conforto muitas vezes têm o efeito contrário (11).

Embora nada possa evitar a dor e o luto de ter um bebê natimorto, a disponibilidade de cuidados e de apoio psicossocial centrados na pessoa e culturalmente adequados pode ajudar a reduzir a gravidade, a magnitude e a duração do impacto psicológico e emocional sobre as mulheres e as famílias.



Crystal e LP Nielsen se despedem de sua filha Aleia Nielsen após seu funeral em 8 de julho de 2020. Aleia é a única filha do casal.

Fonte: Stacey Fletcher



O que queremos dizer com “cuidados culturalmente adequados”?

Este guia define os cuidados culturalmente adequados como um cuidado que é informado, respeitoso e alinhado com as crenças e normas culturais particulares da mulher, ao mesmo tempo que adere às normas globais aceitas sobre direitos humanos e cuidados que respeitam a maternidade, como a [Declaração Universal dos Direitos Humanos](#) e a [Carta para Cuidados Respeitosos na Maternidade: Direitos Universais das Mulheres e Recém-nascidos](#).

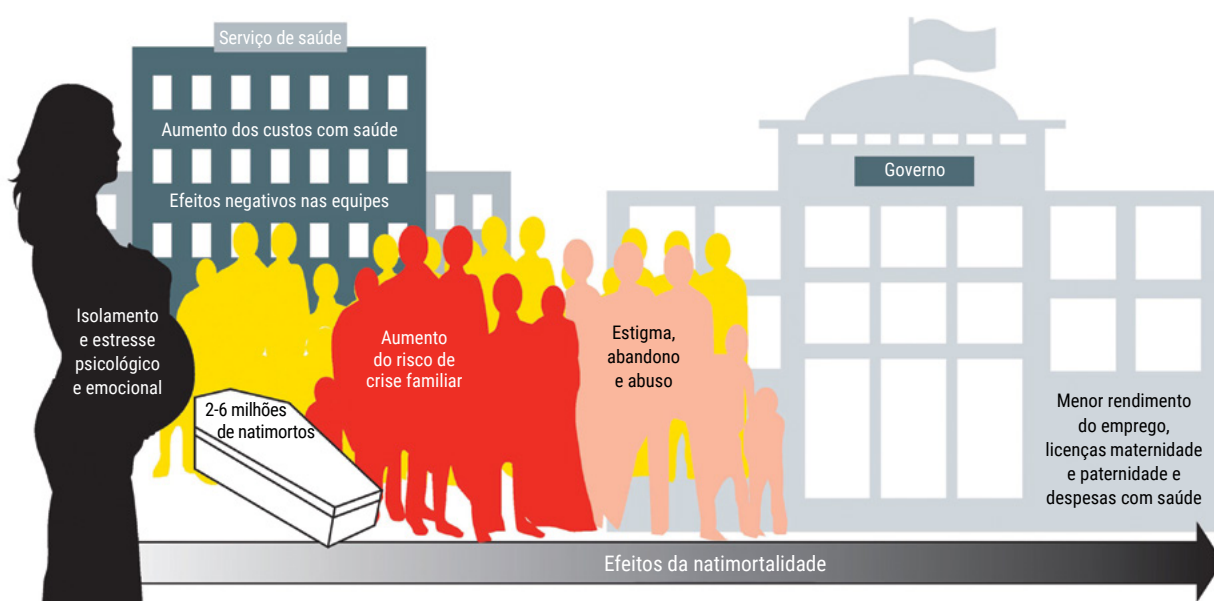
Impacto financeiro e social

Estimar o impacto econômico e social da natimortalidade é um desafio, mas é importante entender quanto as ações de prevenção e de melhoria dos cuidados após a perda de um bebê podem fazer a diferença. As perdas atribuídas à natimortalidade podem ser difíceis de estimar porque incluem custos diretos (o custo financeiro da utilização dos serviços de saúde quando um bebê morre), custos indiretos (o custo da perda

de produtividade ou recursos humanos) e custos intangíveis/imateriais (os custos não monetários que refletem amplamente o impacto emocional da natimortalidade) (12). A Figura 1.2 descreve o efeito da natimortalidade, incluindo os custos diretos, indiretos e intangíveis associados ao bebê, à mãe, à família, aos serviços de saúde, à sociedade e aos governos.

Em 2018, Campbell e colaboradores estimaram que a média de 802 libras esterlinas correspondia ao custo direto por natimorto. Corrigido para valores de 2022 e convertido em dólares americanos para comparação global, esse valor corresponde a aproximadamente 1.000 dólares por bebê natimorto (13). O custo direto associado à ansiedade e à depressão dos pais foi de aproximadamente 820 dólares por bebê natimorto (10). Os custos dos cuidados nas gestações subsequentes variaram conforme a causa da natimortalidade e foram maiores quando a morte era inexplicável, com valores de aproximadamente 5.500 dólares por caso (14). Além das consequências impostas às mães e aos pais, a morte de um bebê tem um impacto negativo sobre os profissionais de saúde, com um custo estimado de 900 dólares por caso (13).

FIGURA 1.2: OS EFEITOS DA NATIMORTALIDADE CAUSADOS PELA MORTE DO BEBÊ, QUE AFETAM A MÃE, A FAMÍLIA, OS SERVIÇOS DE SAÚDE, A SOCIEDADE E O GOVERNO



Fonte: Republicação de The Lancet, Vol. 387, Heazell, Siassakos, Blencowe, et al., Stillbirths: economic and psychosocial consequences, páginas 604-616, Copyright (2016), com permissão da Elsevier. Nota: 2,6 milhões de natimortos por ano refletem a estimativa no momento da publicação da figura (2016). A estimativa de 2021 é de 1,9 milhões de natimortos.

Uma revisão sistemática agrupou os custos intangíveis da natimortalidade em oito temas: luto profundo, depressão, isolamento social, problemas de relacionamento, problemas com irmãos, retorno à normalidade, necessidade de apoio e evento de mudança de vida (12). Esses extensos custos intangíveis são experimentados pelas mães, bem como pelos pais/parceiros, irmãos, avós e outros membros da família. Os custos intangíveis podem levar a custos financeiros, que geralmente recaem apenas sobre mães ou pais e são provavelmente muito maiores do que os custos diretos e indiretos.

Poucos países concedem licença-maternidade ou licença-paternidade após a morte do bebê, levando à perda de rendimentos ou presenteísmo (estar presente no trabalho, mas com produtividade reduzida) (10). Quando se leva em conta o impacto da natimortalidade, o investimento necessário para implementar intervenções eficazes que salvem vidas de bebês cai para 2.143 dólares por vida salva, em comparação com 3.994 dólares quando são considerados apenas os óbitos neonatais (10). Considerar todos esses aspectos do ônus da natimortalidade revela o grande custo econômico associado aos natimortos que, em última análise, recai sobre os governos e a sociedade.

Impacto nos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde correm o risco de desenvolver a síndrome do esgotamento profissional (burnout) devido ao impacto psicológico de trabalhar em meio a eventos estressantes, como o atendimento às mulheres que deram à luz um natimorto (15). Para os profissionais de saúde, os principais impactos negativos de cuidar das famílias após o nascimento do natimorto incluem sofrimento pessoal, sensação de sobrecarga, esforço para manter o controle das próprias emoções, dificuldade de concentração e dificuldade de voltar ao trabalho depois do ocorrido (16-20). O estresse traumático secundário e os sintomas do transtorno de estresse

pós-traumático também foram identificados entre os profissionais de saúde que estiveram presentes em partos traumáticos, incluindo de bebês natimortos (21). Um estudo realizado no Quênia e na Uganda mostrou que sentimentos de tristeza, frustração, culpa e vergonha eram frequentemente vivenciados, e os profissionais de saúde sentiam culpa, medo e comportamentos negativos, como repassar a responsabilidade pela comunicação com as famílias a outras pessoas (22). Outro estudo realizado em Papua-Nova Guiné mostrou que profissionais de saúde se sentiam em risco de sofrer violência física por parte de familiares irritados após cuidarem de uma mulher que teve um bebê natimorto (23).



Sempre que cuido de uma mulher que teve um bebê natimorto, é devastador para ela e para sua família, mas também para mim como cuidadora. Tenho que lidar com a minha própria dor e com a dor da mulher e da sua família, porém não é culturalmente aceitável lamentar em público, uma vez que a sociedade não considera os natimortos como seres humanos...” – Parteira do Malawi

Fonte: Homer, Malata, ten Hoop-Bender (2016) (24)

No entanto, há evidências de alguns impactos positivos, especialmente quando os profissionais de saúde percebem que podem oferecer cuidados de qualidade no luto. Cuidar das famílias pode ser gratificante quando os profissionais de saúde são capazes de se conectar com elas, oferecer oportunidades para criar memórias especiais, ouvir e compartilhar o luto, fazendo uma diferença positiva (25).

© UNICEF/UNI59991/Nesbitt

Uma mulher olha para roupas de bebê e cobertores na sua casa em Lusaka (Zâmbia). Ela acaba de retornar após a morte do seu bebê.

Ela acredita que seu bebê nasceu morto devido a complicações relacionadas às suas condições de saúde (diabetes e HIV positivo).



Fatores de risco subjacentes associados à natimortalidade

Fatores de risco são condições ou características que aumentam o risco ou a chance de uma pessoa desenvolver uma doença ou experimentar um desfecho de saúde adverso, como o nascimento de um bebê sem vida. Esses fatores de risco podem atuar direta ou indiretamente, aumentando o risco de outras causas mais diretas de morte. Por exemplo, a infecção é um fator de risco que pode causar a morte diretamente, enquanto a falta de profissionais qualificados é um fator de risco indireto que pode contribuir para a morte. Os fatores de risco para a natimortalidade geralmente aumentam o risco de outros desfechos adversos ao nascimento, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e óbito neonatal. A [Figura 1.3](#) descreve um modelo de risco para natimortalidade

(chamado de modelo ecológico social) e os fatores de risco estratificados que afetam os bebês natimortos, incluindo fatores maternos, familiares, comunitários, estruturais e do sistema de saúde. Exemplos de fatores de risco específicos são apresentados na [Tabela 1.1](#), de acordo com este modelo. A tabela apresenta uma lista de exemplos de fatores de risco, porém não de forma exaustiva. É importante observar que esses fatores de risco podem interagir entre si de maneiras complexas, ampliando, potencialmente, o risco (26).

FIGURA 1.3: MODELO ECOLÓGICO SOCIAL DE RISCO PARA NATIMORTALIDADE

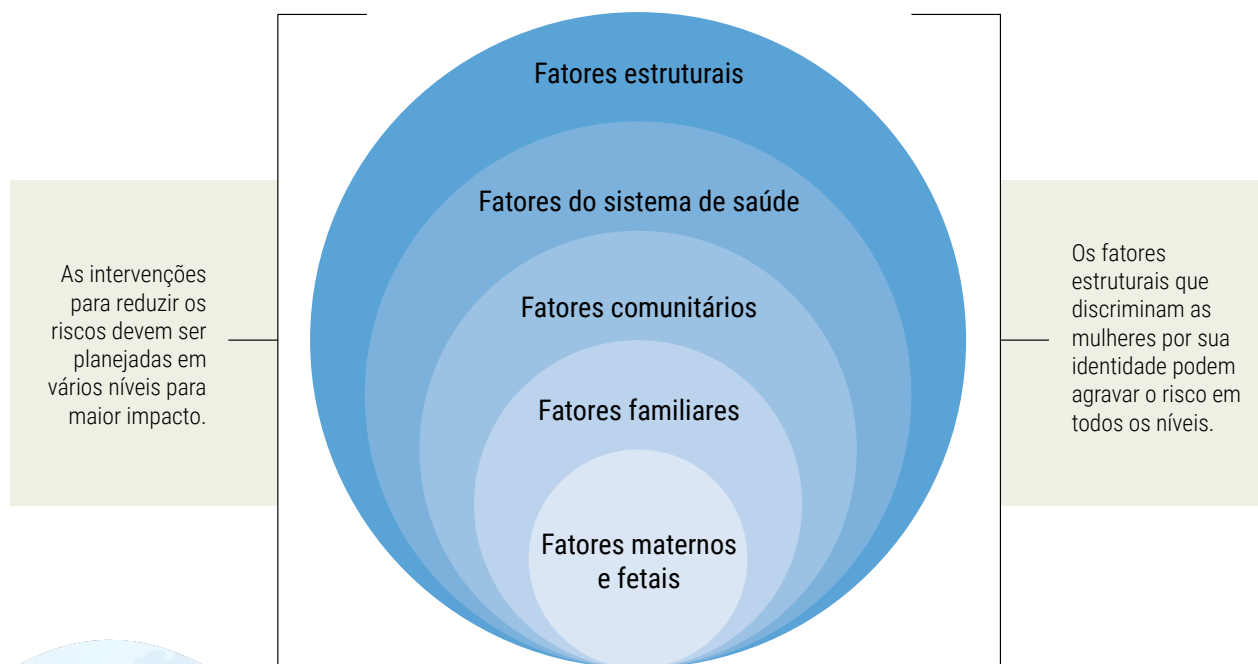


TABELA 1.1: FATORES DE RISCO PARA NATIMORTALIDADE SEGUNDO O MODELO ECOLÓGICO SOCIAL

Componente do modelo	Exemplos de fatores de risco
FATORES DE RISCO ESTRUTURAIS	
Discriminação e inequidade	Com base em raça, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero ou outras características
	Recusa ou má qualidade dos serviços de saúde e falta de cuidados respeitosos
	Falta de políticas de proteção à saúde reprodutiva
FATORES DE RISCO DO SISTEMA DE SAÚDE	
Força de trabalho em saúde	Falta de profissionais qualificados, especialmente no turno da noite e nas zonas rurais
	Falta de treinamento inicial e de formação continuada na gestão de riscos
	Má supervisão e prestação de contas
Qualidade dos cuidados	Falta de continuidade ao longo da linha de cuidados
	Fatores relacionados aos cuidados abaixo do padrão, incluindo (mas não se limitando a) falha dos profissionais da saúde em reconhecer e gerenciar riscos, falha em seguir as diretrizes da prática clínica e má comunicação
	Ausência ou atraso no encaminhamento para gestações de alto risco
	Cuidados obstétricos ausentes ou de má qualidade durante o trabalho de parto e o nascimento
Infraestrutura e insumos de saúde	Falta de infraestrutura para a saúde, como água potável, eletricidade, insumos médicos
	Cadeia de suprimentos deficiente para insumos essenciais, como oxigênio e anestesia
FATORES DE RISCO COMUNITÁRIOS	
Longa distância e difícil acesso aos cuidados de saúde	Falta de cuidados especializados nas zonas rurais
	Longas distâncias, falta de infraestrutura rodoviária e de transporte, custos de deslocamento
Bairros sem segurança	Níveis elevados de criminalidade, violência e insegurança nas ruas
Exposições ambientais	Falta de água potável e serviços de saneamento; poluição do ar interna e externa
FATORES DE RISCO FAMILIARES	
Estruturas e dinâmicas familiares	Abuso emocional e físico
	Falta de autonomia sobre as decisões relacionadas à saúde e aos cuidados em saúde
FATORES DE RISCO MATERNOS E FETAIS	
Estresse emocional, interpessoal e financeiro	Pobreza ou baixa renda e insegurança alimentar ou habitacional associada
	Falta de apoio social ou familiar
Isolamento geográfico e contexto rural	Falta de acesso a transporte
	Falta de acesso e de disponibilidade de serviços obstétricos de emergência
Falta de autoeficácia	Baixo letramento em saúde, levando a uma compreensão limitada das informações sobre saúde
Fisiológicos ou biomédicos	Idade materna igual ou superior a 35 anos
	Alto índice de massa corporal/obesidade
	Condições preexistentes, como transtornos hipertensivos, malária, infecção por HIV
	Pouca ingestão nutricional; uso de substâncias como tabaco, álcool e opiáceos
Placentários/fetais	Restrição do crescimento fetal, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção
	Hemorragia pré-parto ou intraparto

Nota: Esta lista fornece exemplos de fatores de risco e não deve ser exaustiva.

2. OPORTUNIDADES PARA SUPERAR DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA NATIMORTALIDADE

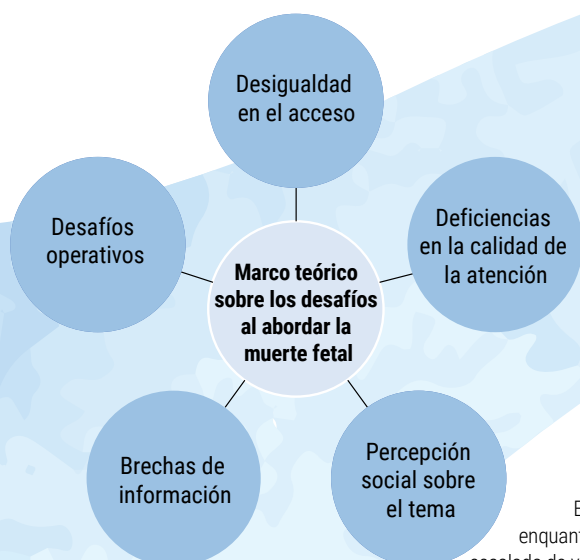
Quais são os desafios?

Apesar dos avanços recentes na inclusão de natimortos no controle de dados globais sobre mortalidade infantil (1), a natimortalidade ainda permanece invisível em termos de reconhecimento social, investimentos e ações programáticas, devido a falhas em cinco categorias amplas (27): falta de equidade no acesso aos cuidados, falta de qualidade no cuidado, percepções sociais, insuficiência de dados e desafios programáticos (Figura 2.1). Essas categorias amplas descrevem por que o nascimento de natimortos evitáveis — que poderiam ser prevenidos por meio de ações dos sistemas de saúde — continua ocorrendo. Elas também destacam porque, com frequência, o cuidado de qualidade após o nascimento de um bebê natimorto é insuficiente. Exemplos de desafios específicos são apresentados no Anexo 1.

Falta de equidade no acesso ao cuidado

Equidade em saúde materna significa que todas as mulheres têm acesso — e podem utilizar — os cuidados adequados e no tempo oportuno, independentemente de raça, status social, etnicidade, religião, idade, sexualidade ou outras características individuais. As autoridades de saúde devem tomar medidas para garantir que os serviços de saúde materna estejam disponíveis a todas as mulheres, principalmente àquelas com maior probabilidade de precisar deles, mas com menos chance de utilizá-los. Entre elas estão: mulheres migrantes, refugiadas e mulheres e famílias que vivem em ambientes frágeis e acampamentos humanitários.

FIGURA 2.1: ESTRUTURA DOS DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA NATIMORTALIDADE



© UNICEF/UNI166910/d'Aki

Em 25 de julho de 2014, no Estado da Palestina, Soha Mosleh estava deitada em uma maca enquanto se recuperava na maternidade do Hospital Al-Shifa, em Gaza. No segundo dia da recente escalada de violência entre Israel e Gaza, a Sra. Mosleh, que estava no nono mês de gravidez, deixou sua casa no distrito de Zeitoun em busca de um lugar mais seguro para se refugiar. "Parecia uma pedra", disse ela sobre a dor vaginal que começou a sentir. No hospital, ela deu à luz uma menina natimorta. De acordo com os médicos, o nascimento da bebê natimorta foi causado pelo estresse induzido pelo conflito.



A pobreza me devastou. Tive quatro bebês natimortos seguidos. A maioria das pessoas aqui é analfabeta, pobre e conservadora. Não permitem que as mulheres façam consultas de pré-natal. Mas, as mulheres ricas não enfrentam esses problemas. Elas têm mais liberdade do que nós.”

Fonte: Zakar, Zakar, Mustafa, et al. (mulher no Paquistão, 2018) (28)

Deficiência na qualidade dos cuidados

A taxa de natimortalidade é um indicador-chave da qualidade dos cuidados durante a gravidez e no parto.



A qualidade do cuidado é definida pela OMS como “o grau em que os serviços de saúde oferecidos a indivíduos e populações de pacientes melhoram os desfechos de saúde desejados... o cuidado em saúde deve ser seguro, eficaz, oportuno, eficiente, equitativo e centrado nas pessoas” (29).

Evidências mostram que uma maior frequência de consultas pré-natais para mulheres e adolescentes está associada a uma redução na probabilidade de bebês natimortos. Esse risco reduzido está, em grande parte, relacionado ao aumento das oportunidades para que os profissionais de saúde identifiquem e, junto com as mulheres, lidem com as possíveis complicações. Em comparação com quatro consultas, a realização de oito ou mais consultas para cuidados pré-natais pode reduzir mortes perinatais (natimortos e mortes de recém-nascidos) em até 8 a cada 1.000 nascimentos (30). Porém, ainda existem muitas barreiras para oferecer cuidados pré-natais de alta qualidade. Também existem barreiras para oferecer cuidados intraparto de qualidade, e aproximadamente metade de todos os natimortos resultam de

complicações durante o trabalho de parto e o nascimento (31). Existem muitos desafios para melhorar a qualidade dos cuidados no que diz respeito a fatores emocionais, informativos e sistêmicos, como questões relacionadas à equipe de saúde e ao financiamento (32).

Percepções Sociais

A perda significativa de vidas devido à natimortalidade, muitas vezes, não é reconhecida e é ocultada. Entre os desafios comuns enfrentados por países e sociedades estão o estigma persistente e os tabus que mantêm o nascimento de bebês natimortos oculto (33), além da falta de reconhecimento e de amparo legal para os casos de natimortalidade em muitos países. Também há a necessidade de uma maior conscientização da comunidade sobre o luto e o trauma que ocorrem após o nascimento de um bebê natimorto, e como responder a ele, pois esta é uma etapa crucial para reduzir o isolamento, o luto e o estigma que muitos pais enfrentam (veja o [Capítulo 1](#) e a seção [Supressão do luto: um estudo de caso da Índia](#)).



Nossa sociedade tem muita dificuldade em falar sobre a morte e sobre emoções intensas, e a morte de um bebê ou de uma criança é uma situação extremamente dolorosa e difícil de encarar.” –

Deborah de Wilde, voluntária da Stillbirth Foundation Australia

Fonte: [Senate Select Committee on Stillbirth Research and Education. 2018 Report](#)

Supressão do luto: um estudo de caso da Índia

Sra. S, uma mulher de 29 anos, estava feliz com sua primeira gestação em 2019. Em seu oitavo mês de gestação, um exame de rotina para avaliar o crescimento do feto mostrou inchaço na cabeça do bebê com dano da massa encefálica (hidrocefalia grave com córtex cerebral muito fino). Os pais foram orientados sobre o prognóstico do bebê. O apoio da família ajudou a Sra. S, enquanto ela aguardava o início espontâneo do trabalho de parto. Após nove meses de gestação, nasceu um lindo menino, já sem vida. Perguntaram à Sra. S se ela queria ver e segurar seu bebê. O bebê estava bem-vestido, com uma touquinha cobrindo a cabeça (para esconder as marcas do procedimento), mas a Sra. S se recusou. Ela pediu ao obstetra que tirasse uma foto do bebê, caso algum dia desejasse vê-lo no futuro. Naquele momento, não havia expressão de luto aparente.

Após a morte do bebê, o casal ficou tão abalado que pediu demissão e se mudou para o exterior, tentando fugir das lembranças dolorosas. A Sra. S engravidou novamente e deu à luz uma menina saudável. Depois de quase dois anos e meio, a Sra. S ligou para seu antigo obstetra e pediu as fotos de seu filho falecido. Ela compartilhou que, na época da morte do filho, estava sob intensa pressão sociocultural para não ver o bebê. Embora sua família tenha sido solidária, acreditavam que o bebê natimorto era um mau presságio e que vê-lo poderia trazer má sorte para a próxima gravidez. Quando o obstetra compartilhou as fotos com a Sra. S, ela começou a chorar. Até então, ela não havia chorado pelo filho, o que fez com que a culpa se acumulasse durante o processo de luto tardio. O obstetra entendeu a situação e disse que era normal chorar. O obstetra sugeriu que ela buscasse acompanhamento psicológico para apoio contínuo.

Insuficiência de dados

Um dos desafios para a realização de estudos epidemiológicos sobre a natimortalidade — assim como para o desenvolvimento e a implementação de intervenções baseadas em evidências, programas de treinamento e políticas de saúde voltadas à redução da natimortalidade — tem sido a falta de dados precisos, de qualidade e completos sobre os casos de natimortos. A falta de atenção ao problema, aliada ao financiamento insuficiente e à escassez de recursos humanos, contribuiu para ampliar a insuficiência. A falta de categorização dos dados fez com que se perdessem oportunidades de prevenir o nascimento de bebês natimortos. Por exemplo, sem dados categorizados de acordo com o momento da morte, não é possível monitorar

bebês natimortos intraparto — que, em grande parte, poderiam ser evitados.

Muitos dos casos de bebês natimortos não são registrados devido ao estigma social ou à falta de exigência legal de se fazer o registro. Mesmo quando os dados estão disponíveis, seu uso tem sido frequentemente prejudicado pela falta de comunicação eficaz com o público, os governos, os financiadores, os profissionais de saúde, entre outros, sobre os impactos emocionais e financeiros do nascimento de bebês natimortos (10, 31).

Também são necessários dados para orientar ações específicas de prevenção à natimortalidade e para monitorar os cuidados após o óbito. Os dados que já são coletados rotineiramente para monitorar

o cuidado intraparto e o pré-natal, incluindo informações sobre o conteúdo, a qualidade, a cobertura e a equidade desses serviços, poderiam ser mais bem aproveitados para orientar sobre a prevenção de natimortos. Mais dados são necessários para quantificar todos os custos diretos e indiretos relacionados à natimortalidade (veja o [Capítulo 1](#)).

Desafios na implementação de programas

Lacunas programáticas, como a ausência de protocolos locais claros para a investigação diagnóstica das causas de natimortos ([Anexo 1](#)), tornam ainda mais difíceis os esforços para lidar com esse problema. Essas lacunas podem refletir a falta de compromisso organizacional e político com a prevenção da natimortalidade e com a oferta de um cuidado respeitoso e acolhedor às famílias após a perda, além da crença equivocada de que a natimortalidade não pode ser prevenida. Políticas e diretrizes para abordagens programáticas de cuidado após a natimortalidade (incluindo o cuidado no luto e durante gestações subsequentes) são essenciais e exigem [liderança](#) em vários níveis.

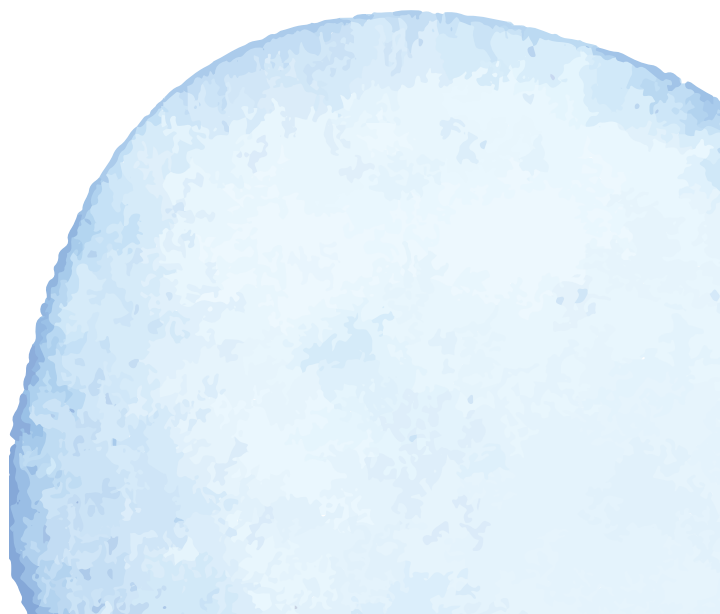
Oportunidades na continuidade de cuidados

A continuidade de cuidados (ou linha de cuidados) refere-se à continuidade do cuidado individual que é necessária ao longo de todo o ciclo de vida, do nascimento até a morte, e entre os diferentes locais de assistência, para garantir a sobrevivência e o bem-estar. Esse conceito tornou-se um dos principais focos dos esforços globais para reduzir as mortes maternas, neonatais e infantis, bem como os natimortos, e para melhorar a qualidade do cuidado em todo o mundo ([34, 35](#)). A continuidade de cuidados envolve a oferta de serviços integrais,

incluindo atendimento clínico, serviços ambulatoriais e cuidados baseados na comunidade, prestados por parteiras, enfermeiros, obstetras, ginecologistas, pediatras, neonatologistas, clínicos gerais, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde aliados e outros. Ela abrange a adolescência, o período pré-concepcional, a gestação, o parto, o pós-parto e a primeira infância, assim como o período após a morte — com ênfase na redução das inequidades ([34](#)). A integração entre os programas e entre as diferentes etapas da continuidade dos cuidados é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados, de modo que nenhuma mulher, bebê ou criança fique desassistida ([34](#)).

Diretrizes e práticas recomendadas

As diretrizes existentes da OMS fornecem um resumo completo de intervenções ao longo da continuidade dos cuidados. Embora elas não sejam específicas para a prevenção da natimortalidade, muitas das intervenções recomendadas para cuidados pré-concepcionais, pré-natais e intraparto ajudarão a prevenir o nascimento de bebês natimortos. As recomendações selecionadas para os cuidados pós-parto são aplicáveis para os cuidados físicos de mulheres que deram à luz um bebê natimorto. **No entanto, não há diretrizes da OMS dedicadas especificamente aos cuidados após o parto de um natimorto.**



Cuidado pré-concepção

- [WHO Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity \(36\)](#)

Cuidado pré-natal

- [WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience \(30\)](#)

Cuidado intraparto

- [WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience \(37\)](#)
- [WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors – 2nd Edition \(38\)](#)
- [WHO Labour Care Guide: User's Manual \(39\)](#)

Cuidado pós-parto

- [WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience \(3\)](#)

O que dizer, especificamente, sobre o bebê natimorto?

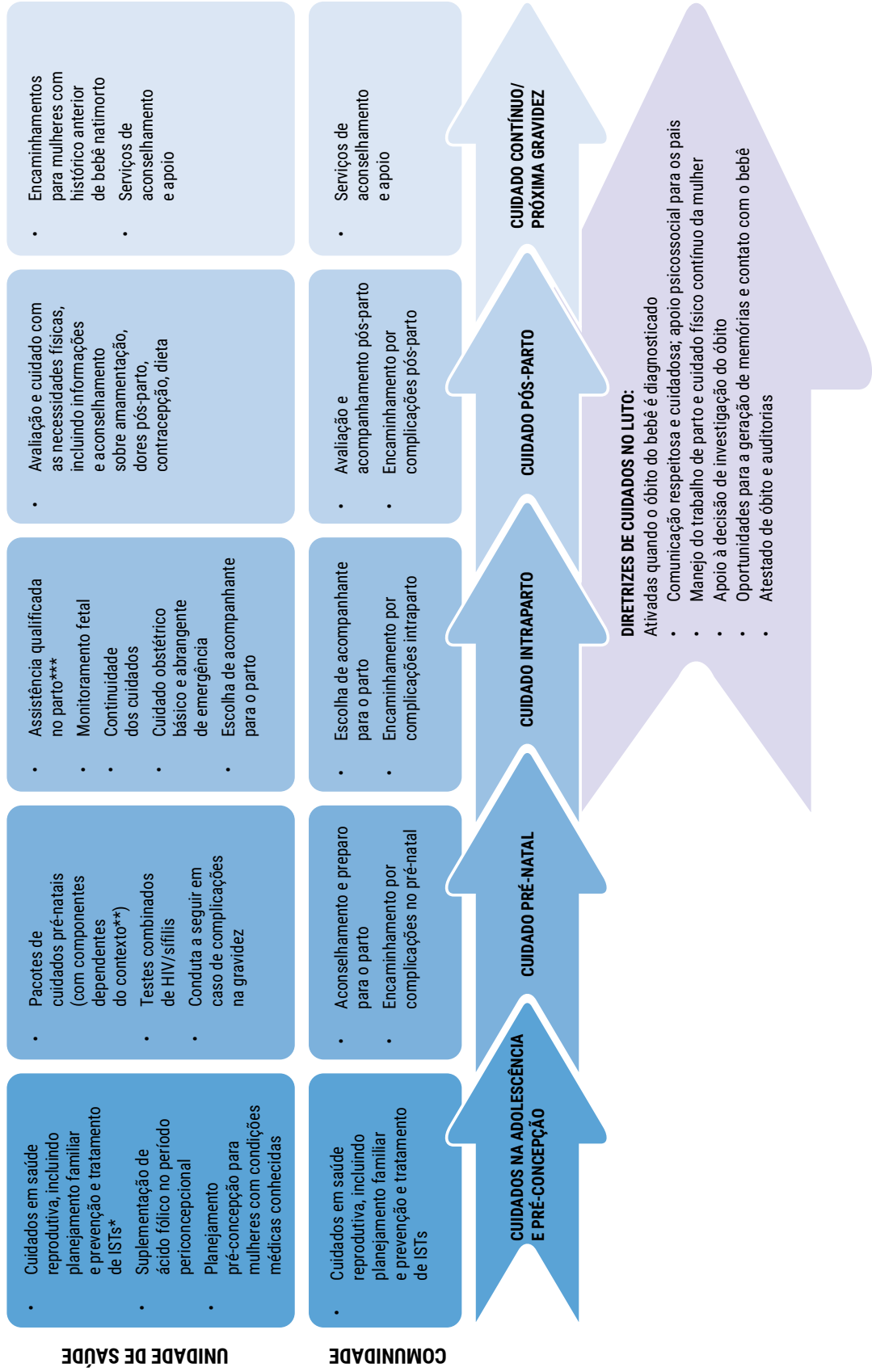
Oferecida por profissionais qualificados em um ambiente acolhedor, a abordagem da continuidade de cuidados é muito importante para a prevenção da natimortalidade e para a assistência nos casos em que ocorre o nascimento de um bebê natimorto, por meio da melhoria da saúde de cada mulher e de cada bebê. A [Figura 2.2](#) ilustra as ações voltadas para a prevenção da natimortalidade e os cuidados em cada etapa da continuidade dos cuidados, com base nas diretrizes existentes e práticas recomendadas. O [Capítulo 3](#) apresenta detalhes sobre elementos essenciais de cuidados no luto.

O [Quadro 2.1](#) descreve elementos essenciais do cuidado físico, que não devem ser negligenciados no apoio durante o luto, principalmente porque o óbito de um bebê, muitas vezes, está associado às condições de saúde materna. É muito importante que a mulher receba cuidados físicos com sensibilidade e compaixão.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- **Nível local:** garantir o acesso a diretrizes de práticas clínicas relevantes e atualizadas; implementar as intervenções recomendadas.
- **Nível intermediário:** estabelecer contato com políticos locais e desenvolver uma campanha de conscientização para mulheres sobre os serviços a que elas têm direito e responsabilizar o governo e os profissionais de saúde com relação ao desempenho.
- **Nível político:** garantir financiamento para implementação e adaptação de diretrizes em seu ambiente.
- Tomar medidas usando as diretrizes para a defesa de direitos fornecidas no [Capítulo 4](#).

FIGURA 2.2: A CONTINUIDADE DE CUIDADOS: AÇÕES DE PREVENÇÃO À NATIMORTALIDADE E CUIDADOS



IST: infecções sexualmente transmissíveis

* Além de outras medidas de saúde pública para melhorar a saúde geral e o bem-estar de todas as mulheres em idade reprodutiva.

** Pode incluir intervenções, como exame de ultrassom com Doppler da artéria umbilical, cessação do tabagismo materno e conscientização das movimentações do feto, vacinas maternas, precauções

ambientais (como mosquitoireto), decisões informadas sobre o momento do nascimento, exame para detecção de estreptococos do grupo B, entre outros.

*** Inclui monitoramento do progresso do trabalho de parto e o status materno, conforme descrito no [WHO Labour Care Guide: User's Manual \(39\)](#).

QUADRO 2.1: ELEMENTOS ESSENCIAIS DOS CUIDADOS FÍSICOS DAS MULHERES APÓS O DIAGNÓSTICO DE BEBÊ NATIMORTO**Trabalho de parto e nascimento**

- Decisão compartilhada e cuidadosa sobre as opções do momento ideal e do tipo de parto (normal ou cesariana)
- Discussão sobre as opções para alívio da dor e manejo da terceira fase do trabalho de parto (para partos normais)
- Planejamento da presença de um acompanhante durante o parto, de acordo com as preferências da gestante
- Tratamento para quaisquer condições maternas

Cuidado pós-parto

- Avaliação clínica fisiológica completa no período pós-natal
- Manejo de dor perineal e uterina após o parto normal vaginal
- Manejo da dor e cuidados com a sutura após o parto por cesariana
- Recomendações e informações nutricionais para evitar a constipação
- Manejo e supressão da amamentação, quando necessário
- Tratamento de ingurgitamento mamário e prevenção de mastite
- Orientação contraceptiva completa e oferta de métodos contraceptivos
- Tratamento contínuo de quaisquer doenças maternas e aconselhamento para planejamento da próxima gravidez



© UNICEF/UNI48209/Khemka

O médico examina Hameeda Abdul, de 25 anos, deitada na cama após uma cesariana no Hospital do Catar, na cidade portuária de Karachi. O bebê nasceu morto e Hameeda quase morreu devido a complicações decorrentes de anemia grave, hipotensão arterial e hepatite C. Esta foi sua oitava gestação e ela tem quatro filhos sobreviventes. Todos os seus partos anteriores foram em casa. Os médicos consideraram que a vida dela foi salva por sorte.

3. O CUIDADO NO LUTO É ESSENCIAL

O cuidado no luto deve ser pautado pela qualidade, respeito e acolhimento. Esse cuidado deve abranger desde o período pré-natal, o momento do parto até o período pós-nascimento, e é essencial para todos os pais enlutados ao redor do mundo. Este capítulo apresenta e define o cuidado durante o luto e descreve os princípios do cuidado respeitoso neste momento delicado. Também traz links para as diretrizes disponíveis e aponta considerações adicionais para o cuidado no luto, de acordo com o relato de mães e pais. Mais orientações sobre esse tema são apresentadas ao longo do capítulo sobre implementação do programa ([Capítulo 5](#)), destacadas nas caixas laranjas, conforme mostrado abaixo.

Para mais informações e orientações sobre o cuidado no luto, veja o [Capítulo 5](#).

O que é cuidado respeitoso e acolhedor no luto?

O cuidado no luto de um bebê natimorto envolve uma atenção integral — clínica, social e psicológica — desde os primeiros sinais de preocupação com o bem-estar do bebê, passando pelo diagnóstico, trabalho de parto, nascimento, até o período pós-parto prolongado. Esse cuidado abrange a mulher, o(a) parceiro(a), o bebê e os membros da família. Parteiras, enfermeiros, médicos obstetras, agentes comunitários de saúde e clínicos gerais têm um papel fundamental no cuidado oferecido durante o luto, em conjunto com organizações de suporte e profissionais de apoio, como doulas especializadas em luto.

Adam e JC Unferdorfer com sua filha Emmalee. A única filha do casal nasceu sem vida no dia 30 de setembro de 2017.
Fonte: Stacey Fletcher

Princípios do cuidado respeitoso no luto

Foram desenvolvidos oito princípios de cuidado no luto que podem ser aplicados a mulheres, bebês e famílias em todo o mundo ([40](#)):

1. Reduzir o estigma.
2. Oferecer um cuidado respeitoso.
3. Apoiar a tomada de decisões informada e compartilhada.
4. Fazer todo o possível para investigar e fornecer uma explicação aceitável para a morte do bebê.
5. Reconhecer a profundidade e a variedade das respostas ao luto e oferecer apoio.
6. Oferecer informações e cuidados pós-parto que atendam às necessidades físicas, práticas e psicológicas.
7. Fornecer informações sobre o planejamento de futuras gestações em momentos oportunos.
8. Garantir um cuidado de qualidade por meio de suporte e capacitação da força de trabalho em saúde (veja o [Capítulo 5](#)).



O Grupo de Trabalho sobre Luto da International Stillbirth Alliance (ISA) está atualmente empenhado em ampliar esses princípios para garantir que eles incorporem plenamente a experiência e a voz de pais e mães impactados, e dos profissionais de saúde, especialmente daqueles que são moradores de países de baixa e média rendas.

Diretrizes para o cuidado no luto após o nascimento de um bebê natimorto

As diretrizes para o cuidado no luto devem oferecer apoio a práticas culturalmente adequadas, reconhecendo as necessidades específicas de grupos minoritários e marginalizados, além de garantir que todos os pais e mães tenham poder de escolha. Embora já existam diretrizes da OMS para o cuidado em outros estágios da linha de cuidados ([Capítulo 2](#)), ainda não existem normas ou diretrizes globais específicas para o cuidado no luto. Alguns países de alta renda desenvolveram diretrizes nacionais, e várias outras publicações oferecem orientações relevantes. Veja abaixo uma lista comentada desses recursos por ordem de publicação:

- [WHO: Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guided for Midwives and Doctors, 2nd Edition](#). (2017) (38). Este guia aborda o cuidado a ser oferecido à mulher e sua família no momento do nascimento do bebê natimorto e após, com ênfase nas necessidades emocionais, na criação de memórias, na possibilidade de dar um nome ao bebê, na evitação da sedação da mulher e na organização de uma conversa com ela e seu parceiro sobre o bebê natimorto e as possíveis medidas preventivas para as gestações futuras.
- [Sands Australian Principles of Bereavement Care](#) (Australia, 2018) (41). Este guia descreve os 10 princípios do cuidado no luto após aborto espontâneo, bebê natimorto e óbito de recém-nascido: cuidado individualizado no luto; boa comunicação; tomada de decisão

compartilhada; reconhecimento da parentalidade; reconhecimento do luto do(a) parceiro(a) e da família; reconhecimento de que o luto é uma experiência individual; conscientização sobre aspectos relacionados a sepultamentos, cremações e funerais; apoio emocional e prático contínuos; profissionais de saúde preparados para oferecer o cuidado no luto; profissionais de saúde com acesso ao autocuidado.

- [Perinatal Society of Australia and New Zealand Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death](#) (2020) (42). Esta diretriz inclui um capítulo específico sobre cuidado respeitoso e acolhedor após o nascimento de um bebê natimorto ou óbito de recém-nascido. Ela descreve os 10 fundamentos para o cuidado e apresenta uma estrutura organizacional que estabelece quatro objetivos principais do cuidado: boa comunicação; tomada de decisão compartilhada; reconhecimento da parentalidade e apoio efetivo, inclusive em futuras gestações.
- [Management of Stillbirth](#) (American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine, 2020) (43). Esta diretriz descreve o manejo recomendado em caso de natimorto, incluindo os princípios do cuidado no luto adaptados do documento “Sands Australia principles of bereavement care”.
- [National Bereavement Care Pathway \(NBCP\)](#) (Reino Unido, 2022). É recomendado que o cuidado no luto seja planejado junto com os pais, para que as mulheres e suas famílias recebam um acompanhamento de qualidade após situações como aborto espontâneo, gravidez ectópica, gravidez molar, interrupção da gestação por anomalia fetal, natimorto, óbito neonatal ou morte súbita e inesperada no primeiro ano de vida. O protocolo também enfatiza a importância do treinamento em cuidado no luto para os profissionais de saúde. Leia mais sobre o desenvolvimento e a implementação do NBCP em [Experiências que deram certo](#) no [Capítulo 4](#).

- [National Standards for Bereavement Care](#) (Irlanda, 2022) (44). Essas normas nacionais são baseadas em quatro temas centrais relacionados à perda gestacional e óbito perinatal: o luto, o hospital, o bebê e seus pais e a equipe.
- [Parent Voices Initiative toolkits](#) (Índia/Quênia, 2022). A finalidade da Parent Voices Initiative (Iniciativa Vozes de Pais no Luto – PVI) é dar mais voz e participação aos pais que estão sofrendo o luto de bebês natimortos para fortalecer a defesa e promoção dos direitos em relação à prevenção da natimortalidade e ao apoio no luto. Veja [Experiências que deram certo](#).
- [NEST360 UNICEF newborn kit](#) (Quênia, Malawi, Índia, 2022). O cuidado no luto centrado na família é defendido pela NEST360. O cuidado centrado na família baseia-se em uma relação de parceria entre a família e os profissionais de saúde, seja no cuidado de uma criança saudável, doente ou em fase terminal.

Em todos esses documentos, a mensagem é consistente: a necessidade de uma comunicação efetiva e de um cuidado no luto respeitoso para todas as mulheres e suas famílias.



REFLEXÃO

Há poucas evidências sobre quais são as melhores práticas de cuidado no luto em países de baixa e média renda. Pensando nisso, o que você pode fazer, a curto e médio prazo, para oferecer um acompanhamento melhor às famílias enlutadas em sua comunidade?

Considerações adicionais

Na ausência de diretrizes globais para o cuidado no luto, ainda é possível adotar medidas que contribuam para garantir que mulheres e famílias recebam um cuidado respeitoso após o nascimento de um bebê natimorto. Além dos recursos listados neste capítulo, as recomendações e considerações de pais impactados são inestimáveis. Algumas

dessas recomendações e considerações são baseadas em evidências, enquanto outras são de caráter mais informal, refletindo a falta de pesquisa sobre o cuidado no luto. No entanto, todas elas poderiam ser incorporadas a treinamentos de profissionais, políticas institucionais de saúde ou iniciativas de defesa de direitos voltadas ao cuidado no luto após o nascimento de um bebê natimorto. Entre elas, destacam-se:

- **O que dizer aos pais** quando eles recebem a notícia da morte do bebê. Veja o [Quadro 3.1](#) para obter uma lista de frases sugeridas e de expressões a serem evitadas.
- No processo de despedida dos pais, a importância do **ato de olhar, segurar e fotografar** o seu bebê. Muitos pais relatam que criar memórias e recordações ajuda no processo do luto.
- A força do **apoio de outros pais** e do vínculo com outras famílias que passaram por perdas semelhantes. O [ISA Global Registry of Stillbirth Support Organizations and Individuals](#) é um registro de organizações que prestam apoio a famílias impactadas por um caso de bebê natimorto. Muitas organizações locais e nacionais promovem encontros comunitários de apoio. Esses serviços poderiam alcançar ainda mais famílias se houvesse mais conscientização e integração ao cuidado no luto pós-natal nas unidades de saúde.

Ruthie Mae Unkovic nasceu sem vida em 16 de setembro de 2020. Sua mãe é Rachel Unkovic. Fonte: Stacey Fletcher



- A importância do **seguimento clínico**. As famílias que recebem a notícia da morte do bebê na unidade de saúde muitas vezes ficam em estado de choque e podem precisar tanto de acompanhamento imediato, como também ao longo de semanas, meses ou até anos. A realização de encaminhamentos e a garantia de seguimento com recursos adicionais, como cuidados psiquiátricos, são essenciais e podem salvar vidas. É essencial que os profissionais de saúde compreendam que o luto não é

“superado” rapidamente e que as mulheres e seus parceiros frequentemente precisam de suporte emocional e físico adicional em gestações futuras (veja o [Quadro 3.2](#)).

- **Sepultamento, cremação e rituais de homenagem**. Embora não sejam práticas universais, o sepultamento, a cremação e os rituais de homenagem são comuns em alguns contextos e podem trazer grande conforto às famílias.

QUADRO 3.1: COMO SE COMUNICAR COM OS PAIS

O que você pode dizer aos pais:

- ✓ “Não consigo encontrar os batimentos cardíacos do seu bebê. Seu bebê não está vivo. Eu sinto muito, mas preciso te dizer que seu bebê faleceu. Eu sinto muito pela sua perda.”
- ✓ “Lamento profundamente (ou sinto muito) a perda que você está vivendo. Vamos realizar alguns exames para tentar entender as causas da morte do seu bebê.”
- ✓ “Vocês pensaram em um nome para o bebê? (Se sim) Vocês se importam de eu usar o nome para me referir a ele?”
- ✓ “Para muitas mulheres, ter a oportunidade de ver e segurar o bebê após o nascimento, mesmo sem vida, traz conforto. Gostaria(m) de segurá-lo?”

Texto adaptado do Raising Parent Voices Advocacy Toolkit (Índia)

O que você nunca deve dizer aos pais:

- ✗ “Não fiquem tristes, era apenas uma menina.”
- ✗ “Se vocês tivessem chegado antes, isso não teria acontecido.”
- ✗ “Pelo menos você sabe que pode engravidar de novo.”
- ✗ “O bebê estava doente. Foi melhor que isso tenha acontecido.”
- ✗ “A culpa foi sua porque você se atrasou para o pré-natal.”
- ✗ “Talvez houvesse algum problema com o bebê.”
- ✗ “Foi melhor assim.”

QUADRO 3.2: CUIDADO EM GESTAÇÕES FUTURAS

A maioria das mulheres engravida novamente após ter um bebê natimorto, muitas vezes ao longo dos 12 meses seguintes (45). Essas mulheres apresentam maior risco de recorrência de natimortalidade, além de níveis mais elevados de ansiedade, medo e estresse ao longo das gestações subsequentes. Ainda há pouca evidência sobre a melhor forma de oferecer cuidados a essas mulheres e suas famílias (46), mas já existe um consenso para 12 recomendações essenciais. Essas recomendações destacam a importância de atender às demandas psicossociais e de valorizar o apoio entre famílias que enfrentaram a mesma situação.

Consulte a declaração de consenso: [No. 369-Management of Pregnancy Subsequent to Stillbirth \(47\)](#).

4. DEFESA DE DIREITOS (ADVOCACY)

Introdução à defesa de direitos das famílias de natimortos

Acabar com a tragédia dos natimortos evitáveis e garantir um cuidado respeitoso e de apoio após o óbito de um bebê — incluindo o cuidado no luto e durante gestações subsequentes — não acontecerá apenas por meio de programas e intervenções. É necessário enfrentar causas sistêmicas, ampliar a conscientização, promover mudanças em políticas públicas e realizar investimentos que corrijam inequidades e melhorem a qualidade do cuidado. Esse nível de transformação exige a defesa de direitos.

Este capítulo oferece uma base introdutória sobre a defesa de direitos, além de orientações para o desenvolvimento de estratégias de defesa de direitos voltadas à prevenção da natimortalidade e ao apoio às famílias. Nele, são apresentados os fundamentos da defesa de direitos, como definir prioridades para a defesa de direitos no contexto da natimortalidade e como construir uma estratégia eficaz nessa área. Também são incluídos estudos de caso, sugestões de mensagens e exemplos de instrumentos de política pública que podem ser usados para criar um argumento sólido para ação. Outros estudos de caso estão disponíveis em um [repositório online](#). A lista dos casos abordados nesses estudos de caso está no [Anexo 2](#).

Fundamentos da defesa de direitos

A defesa de direitos é o processo de influenciar tomadores de decisão para que adotem ou modifiquem políticas ou outras medidas a fim de alcançar um objetivo desejado — geralmente a solução de um problema. As ações de defesa podem variar desde a pressão política direta até petições, grandes mobilizações e muito mais. Um defensor é a pessoa que argumenta, recomenda ou oferece suporte a determinado objetivo por meio da defesa de direitos. Muitas pessoas se engajam nesse tipo de ação em seu trabalho e também na vida cotidiana, seja ao convencer um ministro da saúde a adotar um novo programa ou a investir em uma nova área, seja ao reivindicar melhorias no abastecimento de água da comunidade local.

Tipos de defesa de direitos no contexto da natimortalidade

Para a prevenção da natimortalidade e o apoio às famílias enlutadas, existem três principais tipos de defesa de direitos: técnica, política e de sensibilização (ou “voz”). Cada tipo tem um propósito distinto, exige o engajamento de diferentes atores e demanda táticas específicas — mas os três são necessários para que a natimortalidade seja colocada como prioridade na agenda política. A [Tabela 4.1](#) descreve os tipos de defesa de direitos, seus públicos-alvo e exemplos de táticas e ferramentas para cada abordagem. Outros exemplos podem ser encontrados no [repositório online](#).



Iniciativa de saúde materna do Wilson Center e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) para um debate sobre o papel das parteiras na conquista do Acesso Universal à Saúde (UHC). O evento destacará as barreiras para alcançar o UHC, a contribuição das parteiras para a saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal, bem como as estratégias para preencher as lacunas de atendimento ao redor do mundo. Fonte: White Ribbon Alliance.

TABELA 4.1: TIPOS DE DEFESA DE DIREITOS COM PÚBLICO-ALVO, EXEMPLOS DE TÁTICAS E FERRAMENTAS PARA CADA ABORDAGEM

TIPO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO	EXEMPLO DE TÁTICAS
SENSIBILIZAÇÃO/CONSCIENTIZAÇÃO	Aumentar a conscientização sobre a prevenção da natimortalidade e o apoio às famílias; ampliar a demanda por ação das partes interessadas	- Políticos ou pessoas influentes - Mídia - Pais e mães impactados - Líderes da comunidade	- Desenvolver mensagens fortes e culturalmente adequadas para combater o estigma e transmiti-las por meio de pessoas inspiradoras que atuem como porta-vozes. → Use o kit de ferramentas para defesa de direitos da Parent Voices Initiative - Estabelecer parcerias com pais impactados e valorizar suas vozes potentes na defesa por mudanças. Ampliar o alcance das vozes dos pais criando espaços para compartilhar suas experiências e conhecimentos (artigos de opinião, participação em painéis, conversas, reuniões com autoridades). Oferecer suporte à formação e capacitação de pais em defesa de direitos e integrá-los ao planejamento e à implementação de políticas de saúde. Possibilitar o compartilhamento anônimo de histórias quando necessário (por exemplo, por meio de submissões online). → Conheça os grupos de pais e mães pelo Parent Voices Registry.
TÉCNICO	Introduzir ou aprimorar a implementação de uma política ou medida relevante – como a inclusão de novos indicadores sobre natimortalidade, o uso de dados para identificar populações com risco desproporcional de natimortalidade ou o ajuste de programas de capacitação de profissionais de saúde para incorporar a conscientização sobre o tema	- Funcionários de ministérios (como os da Saúde, Fazenda e Educação) e de departamentos de registro civil e estatística) - Governos locais - Outras instituições relevantes	- Solicitar uma reunião com autoridades para apresentar dados por meio de relatórios ou apresentações. → Considere usar os perfis de natimortalidade do UNICEF - Sugerir possíveis mudanças ou intervenções, como convidar autoridades para uma visita técnica a uma unidade de saúde que já tenha implementado medidas-chave. → Baseie-se nas recomendações do Every Newborn Action Plan (ENAP) - Elaborar um plano de investimento. → Use como referência a The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series
POLÍTICO	Aumentar a priorização governamental e o financiamento para a natimortalidade, mobilizar a estrutura governamental para apoiar ações de prevenção e cuidado às famílias enlutadas	- Políticos - Tomadores de decisão que definem a agenda política ou aprovam orçamentos	- Apresentar aos tomadores de decisão evidências da demanda por ação. → Considere utilizar compromissos nacionais vinculados à iniciativa Every Women Every Child - Garantir a apropriação e a responsabilidade do governo em relação a acordos internacionais (como o ENAP ou o Sustainable Development Goals) avaliando o progresso atual no âmbito nacional. Esclarecer que o governo é responsável por cumprir as metas globais acordadas. → Use estratégias e metas nacionais relacionadas à natimortalidade

Experiências que deram certo

O [UK National Bereavement Care Pathway \(NBCP\)](#) foi desenvolvido e implementado com sucesso por meio de estratégias-chave de defesa de direitos. A seguir, estão as etapas principais e como foram alcançadas:

- **Demonstrar a dimensão do problema:** o grupo central do NBCP utilizou relatórios, como [auditorias anuais da Sands](#) para fornecer evidências de cuidados no luto inconsistentes e insatisfatórios. Em seguida, foram realizados eventos para ouvir pais e mães apresentando histórias reais. Pontos regulares de coleta de dados evidenciaram quantas famílias são impactadas e uma avaliação independente ajudou a demonstrar as necessidades contínuas.
- **Definir a direção da solução:** o grupo central do NBCP formulou um caminho nacionalmente acordado e obteve o apoio de instituições de caridade e organizações profissionais nacionais. A conscientização, por meio da [Baby Loss Awareness Week](#) e outras iniciativas, manteve o tema do cuidado no luto respeitoso e de qualidade na agenda pública.
- **Apresentar formas de colaborar na implementação da solução:** a [Sands UK](#) ofereceu-se para presidir o grupo central do NBCP, liderar em nome da colaboração e ser a principal voz junto ao governo.

Mais informações: O NBCP, voltado à perda gestacional e à morte de bebês, oferece orientações e recursos destinados a profissionais de saúde que prestam assistência a famílias que vivenciaram aborto espontâneo, interrupção da gestação por anomalia fetal, natimortalidade, óbito neonatal ou morte súbita e inesperada de um bebê. O protocolo já foi adotado por mais de 100 instituições hospitalares na Inglaterra e está em fase de implementação na Escócia.

Prioridades para a defesa dos direitos relacionados à natimortalidade

As prioridades e o foco das ações de defesa de direitos dependerão dos principais problemas identificados, do contexto, dos recursos disponíveis e de outros fatores específicos de cada situação. No entanto, um dos referenciais que pode ajudar na definição dessas prioridades é a chamada à ação [The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series \(27\)](#), apresentada no [Anexo 3](#) e resumida no [Quadro 4.1](#). Essa chamada à ação estabelece metas e marcos para eliminar a natimortalidade evitável, reduzir as desigualdades e melhorar o apoio no luto após o nascimento de um bebê natimorto.

QUADRO 4.1: RESUMO DA CHAMADA À AÇÃO THE LANCET ENDING PREVENTABLE STILLBIRTHS SERIES (Série “Eliminação da natimortalidade evitável” da *The Lancet*) (27)

Metas de mortalidade até 2030

- Taxa nacional de natimortalidade: 12 natimortos ou menos a cada 1.000 nascimentos no total em todos os países.
- Equidade: todos os países devem estabelecer e cumprir as metas para reduzir as desigualdades e utilizar dados para monitorar os casos de natimortalidade.

Acesso universal a cuidados de saúde até 2030

- Saúde sexual e reprodutiva: acesso universal aos serviços e integração às estratégias e programas nacionais.
- Atenção pré-natal: oferta universal de cuidados pré-natais abrangentes e de qualidade.
- Atenção durante o trabalho de parto e o nascimento: cuidado universal, eficaz e respeitoso intraparto.

Marcos até 2025 (atualizados)

- Marcos estabelecidos no [Every Newborn Action Plan \(ENAP\) \(4, 48\)](#) e no [Ending Preventable Maternal Mortality \(EPMM\) \(49, 50\)](#).
- Cuidado respeitoso, que inclui um consenso global sobre um conjunto de medidas para o cuidado após a morte de um bebê durante a gestação ou no parto.
- Redução do estigma: todos os países devem reconhecer o impacto da natimortalidade e definir mecanismos para reduzir o estigma associado a ela.

Orientações para a elaboração de uma estratégia de defesa dos direitos

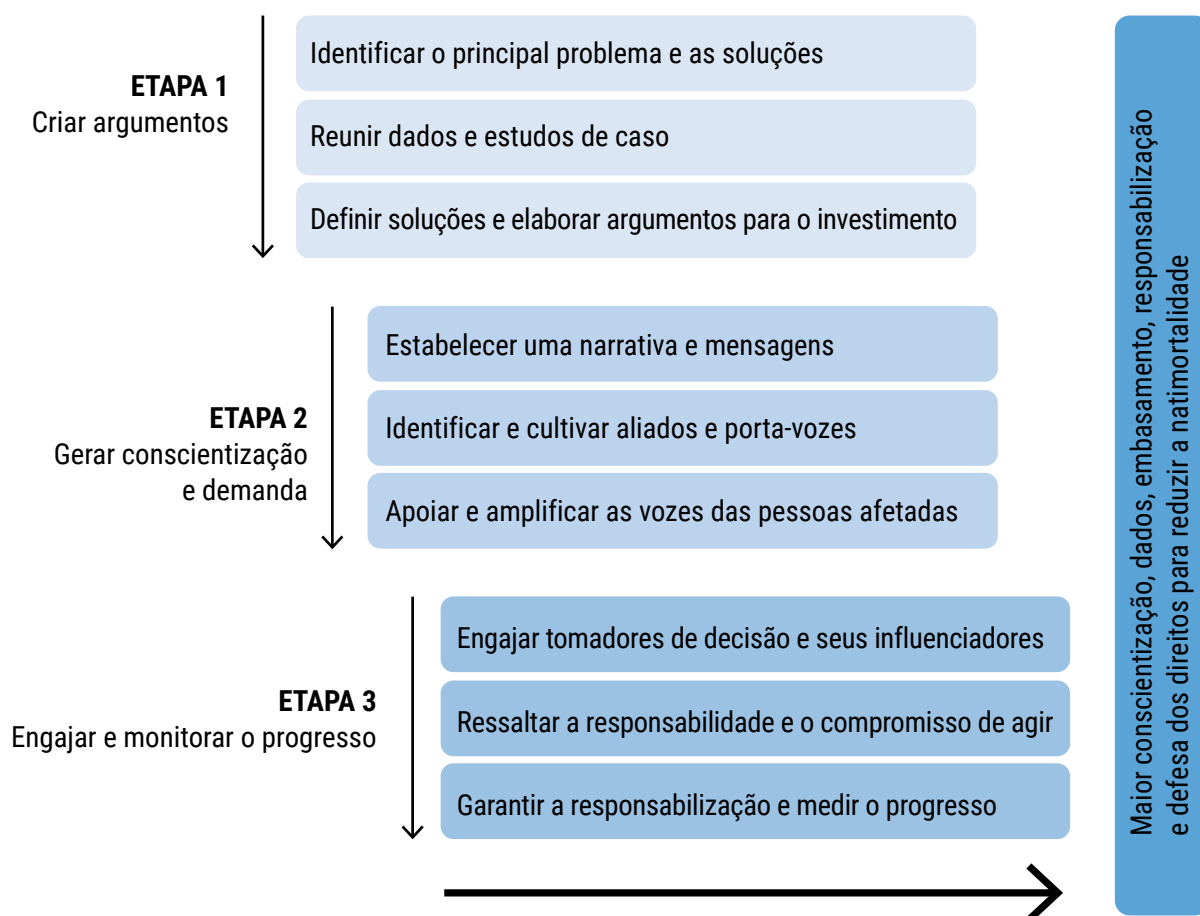
Nesta seção, o processo de defesa de direitos é detalhado em etapas, com o objetivo de oferecer uma compreensão clara dos elementos que compõem a construção de um argumento convincente em favor da mudança.

Independentemente da extensão da estratégia, é útil refletir sobre as seguintes perguntas: Qual é o problema? *Qual* é a solução? *Quem* são as pessoas responsáveis pelas decisões capazes de resolver o problema? O que essas pessoas precisam fazer e em que *prazo*? *Como* é possível influenciá-las para que isso aconteça?

A criação de uma estratégia de defesa de direitos é um processo contínuo. Embora as etapas sejam apresentadas aqui em uma sequência específica, elas podem ser executadas em outra ordem ou até mesmo de forma simultânea. Além disso, algumas etapas podem ser repetidas ou ignoradas.

Uma defesa de direitos eficaz deve criar argumentos, aumentar a conscientização, a demanda e envolver os responsáveis pelas decisões, além de monitorar o progresso ([Figura 4.1](#)).

No entanto, como se trata de um processo contínuo e dinâmico, essas etapas nem sempre são lineares. Por exemplo, pode ser útil mapear os atores envolvidos antes de criar os argumentos, de modo que esses atores também possam contribuir para os argumentos.

FIGURA 4.1: ETAPAS PARA UMA DEFESA EFICAZ DOS DIREITOS

A defesa de direitos também pode ser utilizada para alcançar metas menores, como conseguir o convite para que um pai ou mãe que teve um bebê natimorto fale em uma conferência nacional de saúde — uma forma de contribuir para metas mais amplas, como incluir um indicador sobre natimortalidade em uma estratégia nacional de saúde. No entanto, mesmo metas menores como esse exigem recursos financeiros (por exemplo, para cobrir custos de viagem e despesas incidentais), além de apoio à mãe ou ao pai, já que essa participação pode trazer à tona lembranças dolorosas.

Etapa 1: criar um caso

PERGUNTA:	AÇÃO:
Qual é o problema?	Conduzir uma análise da situação
Qual é a meta?	Identificar os principais objetivos para solucionar o problema
Quais informações estão disponíveis para explicar o problema e fundamentar a necessidade de mudança?	Reunir evidências, incluindo coletar dados e estudos de caso Definir soluções que ajudarão a dar suporte à chamada à ação Criar uma proposta de investimento, incluindo as principais demandas para os tomadores de decisão

Identificar problemas e possíveis soluções

A prevenção e o apoio em casos de natimortalidade são questões multifacetadas, que envolvem diversos atores, desafios e oportunidades (veja o [Capítulo 2](#)). Pode ser difícil identificar um único problema em torno do qual concentrar uma estratégia de defesa de direitos, já que provavelmente há vários problemas inter-relacionados. Identifique esses problemas e divida-os em objetivos menores e acionáveis. Estabelecer quais objetivos devem ser abordados primeiro ajudará a definir as “demandas” — as ações específicas que os tomadores de decisão precisarão adotar. Uma análise da situação pode ajudar.

Para realizar essa análise, é importante considerar os problemas específicos de cada instituição e quais informações estão disponíveis. Alguns desafios podem incluir limitações de dados, falta de conscientização sobre a natimortalidade, silenciamento e/ou invisibilização das vozes das pessoas impactadas, recursos financeiros limitados e estratégias frágeis para quantificar e enfrentar as causas da natimortalidade.



REFLEXÃO

Quais são os problemas mais comuns relacionados à prevenção da natimortalidade e ao apoio às famílias em sua instituição? Os exemplos apresentados aqui se aplicam à sua realidade? Existem outros que devem ser considerados? Pense em equidade: alguns desses problemas afetam de forma sistemática algum grupo populacional mais do que outros grupos?



RECURSOS

- [Every Newborn Toolkit](#), seção V: Ferramentas de análise da situação: Exemplos nacionais e lições aprendidas (51)
- [ISA webpage on advocacy](#)



Trabalho em grupo do National Dialogue – Paquistão.
Fonte: White Ribbon Alliance

Reunir dados e estudos de caso

A coleta de dados e estudos de caso envolve reunir informações essenciais relacionadas ao problema identificado, analisá-las e apresentá-las de forma compreensível — e capaz de influenciar — os tomadores de decisão. É útil usar exemplos concretos ou estudos de caso para ilustrar o problema, já que os dados, por si só, dificilmente levam à ação. Políticos e tomadores de decisão analisam grandes volumes de dados todos os dias, por isso, os estudos de caso e os dados devem vir acompanhados de demandas específicas.

RECURSOS

- [United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation \(UN-IGME\) country and regional profiles](#)
- [Guidance for how to develop case studies](#)



Definir soluções e desenvolver justificativas para o investimento

Para definir soluções para o problema, é necessário identificar as oportunidades e as lacunas nas políticas existentes. Isso significa compreender as políticas e metas do país relativas à natimortalidade. Iniciativas globais sobre

natimortalidade e óbitos neonatais também podem ser usadas para impulsionar ações em níveis nacional e subnacional. Existem duas iniciativas globais principais nas quais a natimortalidade está incorporada:

1. [Every Newborn Action Plan \(ENAP\) \(4, 48\)](#) adotado como resolução da Assembleia Mundial da Saúde (WHA 67.10) em 2014, que busca erradicar a natimortalidade e os óbitos neonatais evitáveis.
2. [Ending Preventable Maternal Mortality \(EPMM\) \(49, 50\)](#), lançado em 2015, que visa erradicar os óbitos maternos evitáveis.

O ENAP e o EPMM incluem metas globais e nacionais de mortalidade e de cobertura (isto é, acesso a cuidados de saúde de qualidade em cada etapa), além de recomendações sobre como os países podem reduzir mortalidade, morbidade e fechar lacunas de equidade subnacional por meio de planos de trabalho harmonizados coordenados pela OMS. O [Anexo 4](#) apresenta as metas de mortalidade e cobertura do ENAP e do EPMM, juntamente com perguntas orientadoras a serem consideradas na elaboração de uma estratégia de defesa de direitos. Ao revisar essas iniciativas globais, faça as seguintes perguntas:

O seu país/distrito/unidade de saúde possui metas nacionais ou subnacionais para natimortalidade?

- Se sim, quais são? Essas metas estão alinhadas com as metas nacionais e subnacionais do ENAP e do EPMM? Use os [dados mais recentes do UN-IGME](#) para elaborar diferentes cenários sobre como alcançar essas metas até 2030.

O seu país/distrito/unidade de saúde possui metas nacionais e subnacionais de cobertura em saúde materna e neonatal?

- Se sim, quais são? Essas metas estão alinhadas com as metas nacionais e subnacionais do ENAP e do EPMM?
- Se não houver metas para natimortalidade, saúde materna e neonatal, considere incluir o desenvolvimento dessas metas na estratégia de defesa de direitos.

O seu país/distrito/unidade de saúde estabeleceu metas para reduzir as desigualdades?

- Se sim, quais são? Se não houver metas de equidade, considere incorporá-las à estratégia de defesa de direitos.

Por fim, as soluções também deverão contemplar eventuais desafios que possam comprometer o sucesso das ações. Será importante identificar e mapear os objetivos necessários para alcançar as soluções e registrar possíveis obstáculos. Se os objetivos forem de longo prazo, desdobre-os em subobjetivos com metas intermediárias e de curto prazo.

RECURSOS

- A chamada à ação [The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series](#) apresenta um argumento de retorno triplo sobre o investimento na prevenção da natimortalidade, que também contribui para evitar óbitos maternos e neonatais e melhorar os desfechos de saúde. O argumento sobre retorno triplo pode ser encontrado na [The Lancet \(52\)](#).



Etapa 2: gerar conscientização e demanda

PERGUNTA:	AÇÃO:
Como posso explicar e compartilhar meus objetivos?	Estabelecer uma narrativa e desenvolver mensagens centrais com base nas evidências.
Quem pode abordar o problema? Quem pode tomar as decisões para solucioná-lo?	Identificar e mapear os principais públicos-alvo e audiências (aliados e porta-vozes) e cultivar o relacionamento com eles.
Quem os influencia? Quem pode ser um porta-voz?	Fazer uma análise de poder.
Como apoiar e engajar as vozes das pessoas impactadas?	Identificar e engajar porta-vozes, incluindo famílias impactadas e profissionais de saúde.

Estabeleça uma narrativa e mensagens

Depois de identificar o problema e os objetivos da defesa de direitos, é hora de desenvolver mensagens que transmitam a urgência, a dimensão e o impacto da questão.

Essas mensagens devem destacar a gravidade do problema e definir o tom da iniciativa de defesa de direitos. As estratégias de defesa geralmente têm uma mensagem principal e até quatro mensagens de apoio. A seguir, veja alguns exemplos de mensagens sobre natimortalidade, que podem ser adaptadas a contextos específicos:

- **Todo nascimento de um bebê natimorto é uma tragédia.** Estima-se que, todos os anos, ocorram [INSERIR AQUI os dados mais recentes antes de usar este guia] casos de natimortos, muitos dos quais poderiam ser evitados, e a maioria ocorre durante o trabalho de parto e o nascimento.
- **A natimortalidade é negligenciada** em diversos aspectos — comprometendo o avanço das políticas de saúde e agravando o sofrimento dos pais enlutados. São subnotificadas nos registros de rotina e, muitas vezes, os sistemas de saúde não têm estrutura para oferecer o apoio necessário às mulheres e famílias impactadas.

- **Mulheres de grupos em situação de vulnerabilidade têm pelo menos o dobro de risco de terem um bebê natimorto** em comparação com aquelas em grupos mais favorecidos. Políticas e programas direcionados podem ajudar a reparar inequidades e reduzir a natimortalidade.
- **O progresso na redução da natimortalidade ainda é lento**, mas nossa experiência demonstra que é possível reduzi-la com liderança forte e investimentos adequados.
- **Líderes, formuladores de políticas e defensores da causa precisam agir com urgência para dar visibilidade ao tema da natimortalidade** e integrá-lo de forma mais ampla às políticas e programas de saúde materna e infantil. Essas ações têm potencial para salvar milhões de vidas.
- **Em todos os níveis da sociedade, precisamos de mais defesa de direitos e conscientização** para enfrentar os tabus e o fatalismo em torno da natimortalidade, reduzir o estigma e garantir apoio às mulheres e famílias enlutadas.

Para saber mais sobre o papel das lideranças, veja a seção [Liderança](#) no [Capítulo 5](#).



RECURSOS

- Painel 2: Desconstruindo mitos sobre a natimortalidade em [deBernis et al. 2016 \(27\)](#) é um ponto de partida útil para orientar a elaboração de mensagens com base em fatos sobre a natimortalidade.
- O [modelo de mapeamento de mensagem, a planilha e a lista de verificação](#) criados pela Agency for Toxic Substances and Disease Registry podem ajudar.

Identificar e cultivar aliados e porta-vozes

Ao elaborar uma estratégia de defesa de direitos relacionada à natimortalidade, é essencial identificar o público-alvo, os aliados e os porta-vozes, bem como os indivíduos ou grupos a serem influenciados. Uma análise de poder pode ajudar a compreender os processos de tomada de decisão e de formulação de políticas, identificar as partes interessadas envolvidas e definir em que medida elas podem influenciar os desfechos (as mudanças que se busca alcançar).

Para realizar uma análise de poder, é importante considerar três perguntas principais:

- Quem pode mudar a situação atual? Esses são os *alvos* ou indivíduos estratégicos que ocupam posições importantes ou têm poder para promover mudanças.
- Quem são os *influenciadores*? Pessoas que exercem influência sobre os alvos e podem utilizá-la a favor ou contra as mudanças desejadas.
- O que é importante para eles — o que os motivaria a aderir a uma chamada à ação (as “demandas”)?

Os principais públicos-alvo para a defesa de direitos relacionados à natimortalidade incluem:

- Altos formuladores de políticas de saúde em governos e agências das Nações Unidas (tomadores de decisão/ influenciadores)
- Gestores de programas e formuladores de políticas em outros setores além da saúde
- Parlamentares (com foco na alocação orçamentária, prestação de contas e representação)
- Sociedade civil, incluindo organizações de pais impactados (para fortalecer a pressão externa sobre o governo)
- Agências financiadoras
- Organizações não governamentais
- Associações profissionais de obstetras e outros médicos, parteiras, enfermeiros e outros profissionais de saúde (para orientar diretrizes, protocolos e colaborar com o governo na implementação de ações)
- Mídia (para disseminação de mensagens baseadas em evidências)

A [Tabela 4.2](#) apresenta exemplos de públicos-alvo e possíveis táticas de defesa de direitos.

RECURSOS

- [Stakeholder power analysis](#)
- [Power analysis briefing](#)



TABELA 4.2: COMO IDENTIFICAR E COMPREENDER OS ALVOS DA DEFESA DE DIREITOS

ALVO	QUEM OS INFLUENCIA	O QUE LHES INTERESSA	TÁTICAS POSSÍVEIS
Autoridades dos ministérios	Ministros de departamento, centros de estudos e universidades, ex-ministros e ex-assessores de destaque, doadores e parceiros de desenvolvimento e de implementação.	Elaboração de boas políticas, embasadas em evidências sólidas que justifiquem a ação.	Produzir um relatório em coautoria com uma instituição de prestígio; organizar uma reunião com profissionais de saúde e famílias impactadas para apresentar um estudo de investimento e possíveis soluções.
Políticos no âmbito nacional	A mídia, outros legisladores, eleitores influentes, políticos regionais e colegas.	Reeleição, reputação e imagem pública – como o eleitorado os percebe.	Organizar uma reunião com outros parlamentares simpatizantes; redigir uma carta assinada por porta-vozes nacionais de destaque; publicar um artigo de opinião na mídia.
Políticos no âmbito local	Líderes comunitários e religiosos, eleitores e a mídia local.	Uma comunidade ativa; reeleição.	Publicar um artigo de opinião em um jornal local, em coautoria com um familiar impactado e um líder religioso.

Apoiar e amplificar as vozes das pessoas impactadas

O papel dos porta-vozes — pais impactados ou pessoas influentes que se dedicam à causa — pode ser extremamente relevante e contribuir significativamente para o sucesso de uma estratégia de defesa de direitos. Isso é particularmente verdadeiro no caso da natimortalidade, um tema ainda cercado por tabus culturais e estigma. Engajar e dar apoio a uma pessoa inspiradora para que se manifeste e dialogue diretamente com o público-alvo — ou por outros meios, como a mídia — pode ajudar a aumentar a conscientização sobre o problema e reduzir parte do estigma que impede o progresso. Muitas vezes, políticos são influenciados por

exemplos reais do problema e as mensagens transmitidas em encontros entre porta-vozes e tomadores de decisão podem ser extremamente eficazes. O PVI do ISA oferece recomendações sobre como alcançar esse objetivo (veja [Experiências que deram certo](#)).

RECURSOS

- [Saving Newborn Lives Champions Toolkit, 2nd edition](#) e [Toolkit Forms \(editable\)](#)
- [Raising Parents' Voices Stillbirth Advocacy Toolkit: Parents' Version – Kenya](#)
- [Raising Parent Voices Advocacy Toolkit – India Providers' Version](#)



Experiências que deram certo

A Parent Voices Initiative (Iniciativa Vozes de Pais no Luto - PVI) do ISA tem como objetivo amplificar a voz e a participação de pais enlutados por um bebê natimorto, a fim de fortalecer a defesa de direitos voltada à prevenção da natimortalidade e ao suporte no luto. Seus dois kits de ferramentas de defesa de direitos oferecem um treinamento introdutório e simples voltado a organizações de apoio a pais que vivenciaram a natimortalidade e a profissionais de saúde. No Quênia, o [kit de ferramentas de defesa de direitos para pais](#), destinado a pais que passaram pelo óbito de um bebê, busca ajudá-los a se tornarem defensores de si mesmos e de outros pais impactados, junto a profissionais de saúde, familiares, amigos e líderes comunitários, em prol de um cuidado de qualidade. Na Índia, o [kit de ferramentas de defesa de direitos para profissionais de saúde](#) nas unidades de saúde tem como propósito aumentar a conscientização sobre a natimortalidade, aprimorar o cuidado após o nascimento de um bebê natimorto e formar porta-vozes da causa, criando um ambiente mais favorável para que os pais possam reivindicar seus próprios direitos.

Etapa 3: engajar e monitorar o progresso

PERGUNTA:	AÇÃO:
Qual é a melhor tática ou combinação de táticas para alcançar o máximo de influência?	Engajar os tomadores de decisão e seus influenciadores. Definir o tipo de engajamento: reuniões, fóruns, relatórios e artigos técnicos, petições ou mobilizações
Quais ações precisam ser realizadas – e em que prazo – para implementar essas táticas?	Elaborar um plano de ação com metas e responsabilidades claras; certificar-se de ressaltar a responsabilidade e demonstrar o mandato para agir.
Quais são os momentos oportunos para colocar as táticas em prática?	Estabelecer um cronograma – aproveite eventos relevantes, datas comemorativas e outros marcos estratégicos que ajudem a reforçar os objetivos.
Como monitorar o progresso e definir os próximos passos?	Registrar as ações realizadas por meio de relatórios, blogs, resumos de eventos, publicações em redes sociais e feedback para as partes interessadas relevantes.

Engajar os tomadores de decisão e seus influenciadores

A próxima etapa de uma estratégia de defesa de direitos consiste em engajar os tomadores de decisão, seja diretamente, seja por meio de seus influenciadores ou de temas com os quais eles

se importem. Use o argumento de investimento, aliado ao aumento de conscientização gerado pelas mensagens, para pressionar os tomadores de decisão a agirem. O [Anexo 5](#) apresenta exemplos de atividades voltadas ao engajamento desses tomadores de decisão e de seus influenciadores.

É importante ter clareza sobre o público-alvo: a solicitação deve ser adaptada àquilo que o tomador de decisão realmente pode fazer. Por exemplo, um gestor da área da saúde não pode decidir o orçamento do governo para a saúde — isso é competência do Ministro da Fazenda. Da mesma forma, um parlamentar não pode resolver diretamente a questão da natimortalidade, mas pode questionar ministros para pressionar o aprimoramento da coleta de dados ou solicitar uma revisão governamental sobre o tema.

Uma vez que as mensagens tenham sido elaboradas, os porta-vozes identificados e as táticas definidas, é importante construir uma tabela que identifique o canal de comunicação adequado para cada mensagem. Esses canais podem incluir redes sociais (como Twitter/X, Instagram e Facebook), resumos de políticas públicas ou artigos de opinião na imprensa ([Tabela 4.3](#)). Avalie o momento mais estratégico para divulgar as mensagens. Muitas vezes, é mais eficaz construir o argumento gradualmente, em várias etapas.

RECURSOS



- [Launch Toolkit](#) de The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series.
- Scorecard Ending Preventable Stillbirths do Grupo de Trabalho para Defesa de Direitos Relacionados à Natimortalidade do ISA (ISA-SAWG, ISA Stillbirth Advocacy Working Group) – monitora o progresso global em relação à chamada à ação lançada pela The Lancet. Veja o placar de 2018 publicado nas páginas 88 – 89 do [2019 Every Newborn Progress Report \(53\)](#).
- [Joint technical brief](#) sobre a Situação da Natimortalidade e os Próximos Passos no Oriente Médio (leia mais sobre como esse resumo foi desenvolvido em [Experiências que deram certo](#)).

TABELA 4.3: EXEMPLO DE UM PLANO DE MÍDIA

OBJETIVO	AGENTE	CONTEÚDO DA MENSAGEM	MÉTODO DE DIVULGAÇÃO	MOMENTO E FREQUÊNCIA
Aumentar a conscientização e o senso de urgência sobre a redução da natimortalidade	Pais e mães impactados Profissionais de saúde	A natimortalidade é negligenciada e o progresso tem sido lento (incluir dados)	Série de tuítes, postagens no Instagram e Facebook, vídeos no TikTok (e/ou outras plataformas de rede social)	Uma vez — no lançamento da estratégia de defesa de direitos
Aumentar a conscientização sobre as inequidades que elevam o risco de natimortalidade	Instituições acadêmicas Organizações profissionais	(Por exemplo) A natimortalidade afeta desproporcionalmente famílias que vivem em áreas rurais e remotas	Relatórios, infográficos, entrevistas em rádio ou TV, redes sociais	Uma vez — no lançamento da estratégia de defesa de direitos
Reduzir o estigma em torno da natimortalidade	Pais e mães impactados Profissionais de saúde	Não podemos reduzir a natimortalidade se não pudermos falar sobre elas	Entrevistas em rádio ou TV, mídias sociais, participação de pais em painéis comunitários e eventos religiosos	No lançamento da estratégia de defesa de direitos e nos seis meses que antecedem o novo orçamento do Ministério da Saúde

Experiências que deram certo

O [WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean \(Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental – WHO EMRO\)](#), [United Nations Population Fund Arab States Regional Office \(Escritório Regional do Fundo de População das Nações Unidas para os Estados Árabes – UNFPA ASRO\)](#), o [Escritório Central do Fundo das Nações Unidas para a Infância \(UNICEF\)](#) e o [Regional Office for the Middle East and North Africa \(Escritório Regional do Fundo das Nações Unidas para a Infância para o Oriente Médio e Norte da África – UNICEF MENARO\)](#) desenvolveram em conjunto o [Technical Brief on Stillbirth Situation and Way Forward](#) com o objetivo de unir vozes para uma mesma causa. Nas regiões combinadas do Mediterrâneo Oriental, Estados Árabes e Oriente Médio e Norte da África, aproximadamente 380 mil bebês nascem mortos todos os anos, com uma taxa de 19 natimortos a cada 1.000 nascimentos. Esse número é superior à média global, que é de 14 a cada 1.000 nascimentos. O Escritório Central do UNICEF contribuiu com a consolidação e análise dos dados, uma vez que os países cobertos pelas três organizações na região diferem ligeiramente entre si. Devido à pandemia de COVID-19, reuniões e discussões virtuais foram realizadas entre as três agências e um webinar regional foi organizado para aumentar a conscientização sobre a situação da natimortalidade, seus principais desafios e os próximos passos. O relatório está disponível em inglês, árabe e francês [no site do UNICEF](#).

Garantir a responsabilização e medir o progresso

Uma estratégia de defesa de direitos deve contar uma história. Ela deve demonstrar como as atividades planejadas contribuirão para gerar as mudanças desejadas. É importante identificar essas atividades e incluir marcos que permitam acompanhar o progresso. O [Anexo 6](#) apresenta um modelo de plano de ação. Revise o plano e seus marcos, estabelecendo indicadores para cada objetivo. Por meio de discussões e feedback sobre quais mensagens e táticas estão funcionando — e quais não estão — a estratégia pode ser aprimorada.

Por fim, ao término do processo, reserve um momento para avaliar a estratégia (os resultados alcançados, o esforço envolvido e as lições aprendidas), a fim de embasar o desenvolvimento da próxima estratégia. O trabalho de defesa de direitos não é fácil. Celebrar até mesmo as pequenas conquistas pode ajudar a manter o impulso e demonstrar que os esforços estão fazendo a diferença.

RECURSOS



- A [Global Health Advocacy Incubator](#) oferece uma ampla variedade de orientações e ferramentas para ações de defesa de direitos.
- A [Partnership for Maternal, Newborn and Child Health](#) (PMNCH) mapeou diversos kits de ferramentas de defesa de direitos — incluindo alguns voltados especificamente à natimortalidade — que oferecem orientações adicionais e ideias sobre como realizar iniciativas de defesa de direitos. Veja o [Anexo 7](#).
- O [Australian National Stillbirth Action and Implementation Plan \(54\)](#) é outro recurso altamente útil. Mais informações sobre seu desenvolvimento estão disponíveis no [repositório online](#).)

5. IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS



© UNICEF/UNI81224/Pirozzi

Awa Sontao, sentada em uma cama no hospital regional de Djenne, na Região de Mopti (Mali), está se recuperando de complicações no parto que resultaram no nascimento de seu bebê sem vida. Ela havia enfrentado três dias de trabalho de parto doloroso antes de ser levada a um centro médico rural na vila de Mougna, a 15 km de casa, em um carro puxado por dois touros — o único meio de transporte disponível. Depois, uma ambulância a levou do centro médico até o hospital regional. Quando chegou, seu útero havia se rompido e o bebê já havia falecido.

Erradicar a natimortalidade evitável e oferecer cuidados respeitosos e de apoio após a perda — incluindo o cuidado no luto e o acompanhamento em gestações subsequentes — exige a implementação de programas que abranjam toda a continuidade de cuidados. Este capítulo descreve as estratégias e os elementos essenciais para a implementação deste programa e está estruturado em quatro áreas de ação:

- ACESSO AO CUIDADO
- LIDERANÇA
- INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E INSUMOS
- FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Este capítulo destaca, em caixas laranjas, orientações adicionais sobre o cuidado no luto, introduzido no [Capítulo 3](#), conforme mostrado abaixo. Essa estrutura foi adotada para transmitir a importante mensagem de que o cuidado no luto não é um elemento opcional ou complementar, mas sim uma parte essencial da continuidade de cuidados para famílias que tiveram bebês natimortos.

Ao longo deste capítulo, procure nas caixas laranjas por orientações específicas sobre o cuidado no luto.

Acesso ao cuidado

Para prevenir a natimortalidade, toda mulher deve ter acesso a cuidados de saúde desde o período pré-concepção até o pós-parto. Isso exige a remoção de barreiras físicas, socioeconômicas e culturais aos serviços. Garantir o acesso ao cuidado contribuirá para alcançar um “retorno triplo ou superior sobre o investimento” (52): menos óbitos neonatais e maternos, menos natimortos e melhor desenvolvimento infantil e saúde ao longo da vida.

Seis estratégias em toda a continuidade de cuidados

ESTRATÉGIA 1: fortalecer os sistemas de saúde e as intervenções baseadas na comunidade

Sistemas de saúde baseados na comunidade aproximam geograficamente os serviços das mulheres e ajudam a remover outras barreiras ao acesso.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Envolver prestadores de serviços comunitários formais e informais como aliados importantes no aumento da demanda e da oferta de serviços de saúde. Incluir parteiras indígenas, doulas, agentes comunitários de saúde, assistentes de parto tradicionais, voluntários de saúde da vila, acompanhantes e assistentes de parto da comunidade. Esses profissionais podem ajudar a reduzir inequidades no acesso ao cuidado (55-57).
 - **Nível local:** facilitar a comunicação entre a equipe das unidades de saúde e os profissionais de saúde da comunidade.
 - **Nível político:** quando apropriado, busque maneiras de integrar parteiras tradicionais aos sistemas de saúde, para que estejam mais bem preparadas para encaminhar mulheres às unidades de saúde formais e oferecer o apoio necessário. Este [artigo do BMC \(58\)](#) pode ajudar.
- Fomentar um ambiente político favorável para fortalecer a integração dos prestadores da comunidade no sistema de saúde.
 - **Nível intermediário:** encontrar-se com prestadores de serviços comunitários para identificar os obstáculos que dificultam sua integração ao sistema de saúde.
 - **Nível político:** incluir representantes dos prestadores de serviços comunitários nas avaliações de progresso regulares e no desenvolvimento de novas políticas mais inclusivas. Acompanhar sistematicamente esses prestadores para avaliar a eficácia das políticas aprimoradas.
- Investir em clínicas móveis e serviços itinerantes. Esses serviços criam vínculos cruciais entre a comunidade e o sistema de saúde, principalmente em áreas remotas. Veja [Experiências que deram certo](#).
- Engajar líderes comunitários e religiosos para estimular a demanda por cuidados de saúde e grupos de apoio ao luto por natimortalidade, transmitir mensagens de saúde e ajudar a reduzir estigmas e concepções equivocadas sobre bebês natimortos.
 - **Nível local:** convidar líderes para falar sobre natimortalidade em rádios comunitárias.
 - **Nível intermediário:** identificar líderes influentes e incluí-los em campanhas de prevenção da natimortalidade.
- Construir parcerias com pais e comunidades, aprendendo a colaborar com eles, garantindo que tenham voz nas decisões e o equilíbrio de poder necessário para cocriar programas de trabalho e serviços significativos e acessíveis.

SAIBA MAIS

- Leia sobre [modelos comunitários voltados para a melhoria dos desfechos de saúde materna e a promoção da equidade em saúde \(59\)](#) nos Estados Unidos.
- Leia sobre [cuidados comunitários para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil em contextos de baixa renda \(60\)](#).
- Consulte o [Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings \(61\)](#).
- Leia sobre [um estudo \(62\)](#) que apresenta um exemplo de serviços móveis de alcance comunitário a mães e crianças em áreas impactadas por conflitos, como no Afeganistão.
- Acesse as [Diretrizes da OMS sobre políticas de saúde e apoio sistêmico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde \(63\)](#).



Experiências que deram certo

No Quênia, voluntários comunitários de saúde atuam diretamente junto às famílias em suas vilas. Eles identificam e encaminham casos conforme necessário e orientam as mulheres sobre os serviços disponíveis, incluindo o programa Linda Mama (Protect a Mother). Esse programa oferece serviços básicos de maternidade gratuitos e tem contribuído para melhorar o comportamento de busca por cuidados durante a gestação e o parto.

→ [Saiba mais sobre o Linda Mama](#)

Além disso, serviços móveis integrados itinerantes atendem comunidades de difícil acesso por meio de parcerias entre os setores público, privado e comunitário, superando barreiras como a falta de recursos para transporte e as longas filas nas unidades de saúde. Esses serviços permitem que os ministérios da saúde e as organizações não governamentais colaborem para ampliar o alcance de suas parcerias para atingir as metas de saúde materna. As parcerias promovem uma abordagem holística, suprimindo lacunas nos serviços ou oferecendo assistência técnica onde o atendimento é limitado. O planejamento conjunto das ações é incentivado para garantir um acolhimento móvel bem coordenado.

→ [Leia mais sobre os serviços móveis itinerantes do Quênia.](#)

ESTRATÉGIA 2: estabelecer fluxos claros de encaminhamento e escalonamento

Fluxos de encaminhamento e escalonamento (para situações em que há preocupação com uma complicação aguda na gestação) são fundamentais para minimizar atrasos e garantir que as mulheres recebam, o mais rápido possível, os serviços de que necessitam. Isso inclui a articulação com serviços especializados que podem estar fora do escopo de atuação das parteiras, bem como o transporte necessário para viabilizar a implementação desses fluxos.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Verificar se o seu Ministério da Saúde possui um pacote de qualidade dos cuidados. Certifique-se de que ele inclua uma política de encaminhamento e escalonamento. Caso não inclua, colabore para o desenvolvimento dessa política e apoie sua inclusão no pacote.

- Fortalecer os vínculos de encaminhamento:

- **Nível local:** divulgar, discutir e implementar as diretrizes de encaminhamento. Se não for possível implementá-las, identifique e comunique os obstáculos existentes.
- **Nível político:** assegurar que os vínculos de encaminhamento façam parte da política de qualidade dos cuidados.

- Fortalecer as estratégias e os sistemas de transporte da comunidade. Quando combinadas com intervenções móveis, essas estratégias e sistemas podem reduzir atrasos na busca por cuidado e aumentar o número de atendimentos realizados em unidades de saúde (veja [Experiências que deram certo](#)).



Asma Begum, uma mulher grávida que busca atendimento de saúde em um hospital – Bangladesh. Fonte: White Ribbon Alliance

Experiências que deram certo

No Quênia, as políticas de escalonamento estão claramente integradas aos serviços de saúde. Para reduzir atrasos, a maioria dos condados vem fortalecendo parcerias público-privadas e encaminhamentos reversos (quando o médico se desloca até a unidade que fez o encaminhamento para realizar o manejo oportuno da complicação). Alguns condados também adotam encaminhamentos entre unidades (públicas para privadas), isto é, o médico vai junto com o paciente a uma outra unidade de saúde, pois a unidade de origem não dispõe dos insumos necessários ou de um centro cirúrgico em funcionamento.

→ Assista [a este vídeo curto](#) e leia [este artigo informativo](#) para saber mais.

ESTRATÉGIA 3: desenvolver um pacote mínimo de mensagens de saúde para as mulheres

Garantir que as mulheres conheçam os serviços aos quais têm direito é fundamental para aumentar a demanda, melhorar a qualidade do cuidado e, por fim, reduzir a natimortalidade.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Identificar e integrar mensagens-chave em programas de educação e promoção da saúde oferecidos como parte dos pacotes de cuidado ou por meio do mHealth (veja a [Estratégia 4](#)).
- Promover uma abordagem de autocuidado, garantindo que as mulheres saibam quais ações podem realizar para gerenciar e dar suporte para sua própria saúde (veja [Saiba mais](#)).
- Certificar-se de incluir mensagens específicas sobre a natimortalidade nas mensagens relacionadas à saúde. Veja [“Estabeleça uma narrativa” no Capítulo 4](#).

SAIBA MAIS

- Quando utilizadas de forma adequada, as intervenções de autocuidado podem ampliar o acesso aos cuidados e melhorar os desfechos da saúde. A [WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being, 2022 Revision \(64\)](#) inclui ações de autocuidado nos períodos pré-natal, intraparto e pós-natal, e também no planejamento familiar.
- O [Safer Baby Bundle](#) é uma iniciativa nacional para reduzir as taxas de natimortalidade na Austrália. Leia sobre como o Safer Baby Bundle foi implementado em um hospital regional australiano em [Experiências que deram certo](#).



Experiências que deram certo

O [Safer Baby Bundle](#) é uma iniciativa nacional da Austrália que incorpora cinco elementos baseados em evidências para reduzir as taxas de natimortalidade em gestações tardias. Em Townsville, Austrália, um dos maiores desafios antecipados pela equipe dessa iniciativa foi o de transmitir as mensagens-chave de saúde do Safer Baby Bundle para toda a comunidade. O Serviço de Saúde e Hospital de Townsville abrange uma área geográfica muito ampla, incluindo comunidades regionais e remotas. Para garantir que as mensagens fossem claras e consistentes em toda a região, a equipe iniciou o projeto com um lançamento local, que contou com a participação de uma mãe que teve um bebê natimorto, do setor de comunicação do hospital e do Ministro Estadual da Saúde. O lançamento teve sucesso em alcançar a comunidade de Townsville e em promover o Safer Baby Bundle. Para auxiliar a implementação, a equipe instalou uma TV na sala de espera do ambulatório pré-natal, exibindo conteúdo educativo fornecido pelo [Australian Centre of Research Excellence in Stillbirth](#). Também foram produzidos materiais promocionais, como faixas, cartazes e ímãs com os principais elementos de cuidado do Safer Baby Bundle. Esses materiais foram distribuídos aos ambulatórios pré-natais, às mulheres e suas famílias. O lançamento e a promoção contínua do Safer Baby Bundle estimularam o diálogo sobre a natimortalidade, ajudando a reduzir o estigma e a educar mulheres e suas famílias sobre como diminuir os riscos.

→ [Saiba mais sobre o lançamento do Safer Baby Bundle de Townsville](#)

ESTRATÉGIA 4: adotar estratégias inovadoras de mHealth para facilitar o acesso ao cuidado

Modelos inovadores de oferta de serviços, incluindo o mHealth e outras tecnologias, podem ajudar a superar barreiras importantes no acesso ao cuidado em nível comunitário.



O mHealth refere-se ao uso de dispositivos móveis para melhorar a saúde da população — por exemplo, por meio do envio de mensagens de saúde, coleta de dados, monitoramento de biomarcadores ou até mesmo da oferta direta de cuidados de saúde.

DADOS EM DESTAQUE

As taxas de natimortalidade são mais altas entre os grupos mais pobres e marginalizados, nas regiões rurais e remotas (31). Mesmo em países de alta renda, **as mulheres de grupos desfavorecidos têm pelo menos o dobro do risco de terem um bebê natimorto em comparação com aquelas em grupos mais privilegiados (65).**

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Identificar maneiras de integrar o mHealth ao cuidado oferecido em seu contexto (veja [Experiências que deram certo](#)).
- Adaptar o mHealth para fornecer informações e lembretes a grupos marginalizados. Estabelecer parcerias com líderes comunitários para garantir que as adaptações sejam apropriadas para esses grupos.

Experiências que deram certo

O Ministério da Saúde do Quênia está adotando, de forma progressiva, uma plataforma digital de saúde que conecta as mulheres a orientações e encaminhamentos que salvam vidas. As mulheres recebem mensagens de texto (SMS) em massa com lembretes sobre dias de consulta, sinais de perigo na gestação e ações recomendadas. Esses lembretes por SMS têm promovido mudanças importantes no comportamento, como o aumento da frequência às consultas pré-natais e da adesão ao aleitamento materno, ao planejamento familiar e à vacinação infantil. Também houve melhora nos processos de encaminhamento e triagem de casos urgentes, conectando mulheres e bebês em situação de risco com as unidades de saúde mais próximas e adequadamente equipadas.

ESTRATÉGIA 5: perguntar às mulheres o que elas desejam

A base das quatro primeiras estratégias deve ser um diálogo aberto com as mulheres sobre suas experiências, necessidades e expectativas em relação ao acesso a cuidados.

Cuidado no luto

Perguntar às mulheres e às famílias o que elas desejam é essencial para oferecer um cuidado no luto que seja respeitoso e acolhedor (veja [Experiências que deram certo](#) para ver um estudo de caso sobre ver e segurar o bebê natimorto).

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Garantir que as mulheres sejam tratadas como especialistas na identificação de gargalos no acesso ao cuidado, bem como de possíveis soluções. Uma forma de fazer isso é incluí-las na revisão de versões preliminares de políticas públicas.
- Usar as demandas da [What Women Want](#) da White Ribbon Alliance, para orientar as prioridades na oferta de serviços (veja [Saiba mais](#)).
- Incluir mulheres que tiveram um bebê natimorto ou passaram por uma morte neonatal para identificar formas de garantir o acesso ao cuidado. As opiniões e experiências dessas mulheres podem orientar melhorias no cuidado,

assegurando que ele seja respeitoso, tanto durante quanto após o óbito.

- [Entre em contato com o ISA](#) para se conectar a mulheres que vivenciaram o nascimento de um bebê natimorto em sua região.

SAIBA MAIS

- A campanha da White Ribbon Alliance [What Women Want](#) perguntou a 1,3 milhão de mulheres de mais de 115 países quais eram suas demandas sobre a qualidade do cuidado reprodutivo e materno. As cinco principais solicitações foram:

1. Cuidado respeitoso e digno
2. Disponibilidade de água, saneamento e higiene
3. Disponibilidade de medicamentos e equipamentos
4. Disponibilidade de parteiras e enfermeiras, além de melhor suporte para essas profissionais
5. Unidades de saúde próximas e em pleno funcionamento

Cuidado respeitoso na maternidade – Paquistão.
Fonte: White Ribbon Alliance.



ESTRATÉGIA 6: abordar com os vieses inconscientes nas interações entre profissionais de saúde e mulheres

Uma estratégia fundamental para ampliar o acesso ao cuidado é abordar o viés implícito entre os profissionais de saúde.

O viés implícito ocorre quando crenças e suposições inconscientes sobre raça, condição social, etnia, religião, idade, sexualidade ou outras características individuais influenciam o julgamento e as interações de uma pessoa com outra. Essas crenças e suposições podem ser prejudiciais e contribuir para inequidades no cuidado da saúde, resultando em piores desfechos de saúde para determinados grupos populacionais (66). Esses vieses não se restringem a indivíduos, também podem estar arraigados nas instituições, manifestando-se em políticas e práticas institucionais que levam a uma menor qualidade do cuidado e a uma utilização inadequada dos serviços de saúde (67).

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

→ Integrar o aprendizado sobre vieses inconscientes nas políticas institucionais.

- **Nível local:** realizar encenações com profissionais de saúde para identificar como o viés pode influenciar o tratamento. Discutir sobre as suas observações. [Introduzir treinamento](#).
- **Nível intermediário:** analisar as políticas relevantes junto a representantes de populações marginalizadas para identificar os possíveis pontos que, inadvertidamente, possibilitem vieses implícitos. Promover um debate sobre as análises.

SAIBA MAIS

- Leia sobre a [legislação da Califórnia](#) que trata sobre vieses implícitos no cuidado com a maternidade.



Experiências que deram certo

Em países de baixa e média renda, ver ou segurar um bebê natimorto é culturalmente inadequado — isso é verdade? A perspectiva de uma obstetra na Índia.



Uma mãe segura seu bebê natimorto no Instituto de Pós-Graduação em Educação e Pesquisa Médica (PGIMER), em Chandigarh, na Índia. Seus olhos foram cobertos a pedido dela. Imagem compartilhada por Bharti Sharma, consultora do Projeto SEARO da OMS, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, com autorização.

Como obstetra que trabalha em uma sala de parto movimentada, nunca pensei que ver ou segurar um bebê natimorto pudesse ajudar uma mãe a lidar com a perda. Criar lembranças nessa situação me parecia algo inadequado — algo que poderia agravar o trauma. Porém, evidências crescentes têm mostrado que ver e segurar o bebê natimorto pode ser benéfico para os pais enlutados. Devido à escassez de evidências e à grande carga de trabalho em nossa instituição, o bebê natimorto geralmente é apenas enrolado em um pano e entregue aos familiares. As decisões sobre o bebê e a mãe costumam ficar a cargo da família — as mães raramente participam. Recentemente, atendi uma mulher que teve um bebê natimorto. Quando perguntamos diretamente à mãe e à família se queriam ver ou segurar o bebê, eles concordaram. Assim, em vez de simplesmente envolver o bebê em um pano, ele foi limpo e vestido adequadamente, como fazemos com um bebê nascido vivo. Depois de segurá-lo, ambos os pais ficaram serenos e expressaram sua gratidão aos profissionais de saúde.

Desde então, outras mulheres também aceitaram ver, segurar e passar um tempo com seus bebês natimortos. Essas mães me ensinaram que o luto de uma mãe após o nascimento de um bebê natimorto não é algo específico de um país, mas sim o mesmo no mundo todo. O contato e o tempo de qualidade com o bebê natimorto têm um poder profundo e todo pai e mãe, independentemente de onde vivem, merecem essa oportunidade. Como profissionais de saúde, é nossa responsabilidade moral oferecer essas oportunidades e respeitar as preferências dos pais enlutados.

Liderança

Uma boa liderança estimula e catalisa os esforços em direção a um objetivo comum.

A liderança reúne pessoas e recursos, inspirando, apoiando e capacitando indivíduos a alcançar um objetivo comum como uma equipe unida. Liderança consiste em fortalecer e servir aos outros, a ponto de que as pessoas desenvolvam um “senso de pertencimento e responsabilidade” (68).

Como é a liderança na prevenção da natimortalidade e no apoio às famílias?

No nível comunitário

Mulheres que vivenciam o nascimento de um bebê natimorto fazem parte de uma família e de uma comunidade. Por isso, a liderança em nível comunitário é fundamental para a prevenção e o cuidado relacionados à natimortalidade.

Líderes comunitários podem desempenhar um papel importante na disseminação de mensagens de saúde entre membros da comunidade e agentes comunitários de saúde. Ao fazer isso, fortalecem as comunidades para que reivindiquem acesso a serviços de saúde e um cuidado de qualidade e respeitoso.

© UNICEF/UN0727700/Abdul Esther Achieng, integrante da Village Health Team (VHT) e mobilizadora, chega a uma residência na vila de Olibai e usa seu megafone para convocar mães e cuidadores da comunidade para a ação mensal de imunização.

RECURSOS



- A campanha [Power On: A Toolkit for Community Organizing](#) da campanha White Ribbon Alliance (69) pode servir como guia para ações comunitárias relacionadas à saúde, aos direitos em saúde e ao cuidado materno respeitoso.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Identificar líderes comunitários que possam [atuar na defesa de direitos](#) em diferentes níveis do cuidado, garantindo que nenhuma mulher ou família seja deixada para trás.
- Fornecer informações de saúde a esses líderes, especialmente no que diz respeito à prevenção e ao cuidado em casos de natimortalidade. Veja estes [exemplos de recursos informativos sobre prevenção à natimortalidade do Australian Centre of Research Excellence in Stillbirth em vários idiomas](#), com opção de português europeu.
- Trabalhar em conjunto com líderes comunitários para incentivar as mulheres a comparecerem às consultas de pré-natal, em benefício de sua própria saúde e do bem-estar de seus bebês.
- Considerar estabelecer clínicas de atendimento itinerantes nas áreas onde esses serviços não estão disponíveis (leia mais em [Acesso ao cuidado](#)).





SAIBA MAIS

- Os esforços da liderança devem refletir o entendimento dos determinantes estruturais de saúde. Leia sobre como o [pensamento sistêmico ajuda a solucionar desafios na saúde global \(70\)](#), incluindo a natimortalidade.

No nível da assistência clínica

Líderes de nível intermediário devem garantir a alocação adequada de parteiras que sejam não apenas competentes, mas também comprometidas em oferecer um cuidado obstétrico respeitoso e de qualidade. Uma liderança clara e consistente, aliada à responsabilidade, pode contribuir para a redução dos casos de natimortos.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Certificar-se de que as profissionais que cuidam das mulheres ao longo da linha de cuidados sejam formadas, qualificadas e devidamente registradas para exercer os cuidados obstétricos. Isso requer treinar, dar suporte e capacitar mais parteiras.
- Garantir que profissionais mais experientes estejam sempre disponíveis para dar suporte aos menos experientes.



SAIBA MAIS

- O fortalecimento da liderança e da responsabilidade pode salvar vidas. [Leia sobre o hospital no Zimbábue \(71\)](#) que apresentou uma redução de natimortos intraparto após a designação de parteiras competentes e a realização de cesarianas em tempo hábil.

Uma liderança eficaz na assistência clínica pode facilitar a vigilância e a resposta à natimortalidade, de forma semelhante ao que é feito para os óbitos

maternos. Isso significa identificar causas, fatores contribuintes, além de implementar mudanças nas práticas assistenciais.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Promover a colaboração entre profissionais de saúde das unidades de maternidade e as mulheres que utilizam os serviços.
- Incentivar a transparência entre a equipe em relação às preocupações dos pais e familiares. Oferecer aos pais a opção de participar da revisão de óbito do seu bebê (revisão de mortalidade perinatal) no nível da unidade de saúde.
- Colaborar com instituições de ensino para o desenvolvimento de competências prévias ao exercício profissional e para a educação continuada ou em serviço, conforme identificado como necessário com base na vigilância.
- Monitorar e avaliar a qualidade do cuidado. Usar os resultados para orientar mudanças nas práticas.



SAIBA MAIS

- A liderança deve oferecer apoio contínuo e consistente, além de feedback positivo e motivador aos profissionais de saúde. [Leia mais sobre como investir em parteiras e na obstetrícia \(72\)](#) representa uma estratégia com bom custo-benefício para reduzir a natimortalidade, além de melhorar a saúde materna e neonatal.

No nível político

Para ter impacto no nível político, é fundamental designar uma pessoa responsável por liderar, de forma abrangente, as ações de prevenção e cuidado relacionados à natimortalidade.

© UNICEF/UNI171779/Paul

Reunião de conscientização social sobre óbito materno, mortalidade infantil, natimortalidade e outras questões de saúde conduzida pelo Ministério da Saúde e do Bem-Estar Familiar em Pirganj, Thakurgaon (Bangladesh), em 8 de setembro de 2014.



O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Usar suas redes de contato para identificar uma pessoa com conhecimento em saúde materna, neonatal e infantil, bem como em políticas governamentais e não governamentais. Essa pessoa deve ter capacidade de estabelecer parcerias colaborativas com organizações locais e internacionais, reunindo recursos humanos e financeiros para ampliar o impacto das ações.
- Informar essa pessoa sobre as necessidades do seu país ou região em relação à prevenção da natimortalidade. Elaborar uma lista de propostas de políticas a serem defendidas.
- Garantir que os pais tenham um espaço para compartilhar suas histórias — esses relatos podem ser poderosos impulsionadores de mudanças em nível político. Certificar-se de envolver os pais interessados além do compartilhamento das histórias, permitindo que contribuam com sua experiência para orientar políticas e práticas.

Por fim, os esforços para prevenir ou reduzir a incidência de natimortos exigem a defesa de direitos. O papel da liderança designada inclui garantir que as vozes dos defensores sejam ouvidas, incluindo as de organizações profissionais que representam a força de trabalho em saúde.

RECURSO

- Este [Advocacy Toolkit for Midwives \(73\)](#), desenvolvido pela International Confederation of Midwives (Confederação Internacional de Parteiras — ICM), oferece informações e orientações sobre como defender o aumento de recursos para parteiras, promover a conscientização sobre questões de saúde, ampliar direitos e proteções para essas profissionais e muito mais.

DICA

- Um embaixador da saúde da mulher pode participar das discussões com formuladores de políticas e defender estratégias de prevenção e cuidado.
- Leia sobre o papel e o impacto da parteira-chefe do Quirguistão na seção [Experiências que deram certo](#).

REFLEXÃO

Você conhece alguém em sua região ou instituição que tenha defendido mudanças na saúde de mulheres e crianças? Na sua opinião, o que seria necessário para que essa pessoa também promovesse ações de prevenção e cuidado em relação à natimortalidade?

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Rever o [Capítulo 4](#) para obter orientações sobre como gerar impacto em diferentes níveis, incluindo o nível político.
- Utilizar os recursos e as dicas apresentados na próxima seção sobre [Força de trabalho em saúde](#) para orientar e apoiar ações de liderança.
- Trabalhar no desenvolvimento de padrões de cuidado clínico adequados ao seu contexto, identificando as áreas prioritárias para melhoria de qualidade. O [Australian Stillbirth Clinical Care Standard \(74\)](#) é um exemplo: ele descreve 10 afirmações de qualidade e 7 indicadores para reduzir a natimortalidade e aprimorar o cuidado após o nascimento de um bebê natimorto, incluindo em gestações subsequentes.

Experiências que deram certo

Em 2016, a Confederação Internacional de Parteiras (ICM) trabalhou em parceria com a Kyrgyz Alliance of Midwives (Aliança de Parteiras do Quirguistão – KAM), o Ministério da Saúde do Quirguistão e outras partes interessadas para introduzir a [Midwifery Services Framework](#). Foram elaborados planos de trabalho voltados ao fortalecimento da formação de parteiras, de sua regulamentação e da própria KAM, incluindo a nomeação de uma parteira-chefe pelo Ministério da Saúde. Asel Orozalieva tornou-se a segunda parteira-chefe em 2022. Ela atua promovendo e apoiando as parteiras e a profissão de obstetrícia no Quirguistão, defendendo politicamente a categoria junto ao Ministério da Saúde da República do Quirguistão. Sua presença é marcante em conferências, workshops e seminários realizados pelo Ministério da Saúde e por outros parceiros de desenvolvimento. Como líder da obstetrícia, a parteira-chefe tem exercido um impacto positivo nas relações com parceiros de desenvolvimento e partes interessadas. Ela promove ativamente o reconhecimento das parteiras – inclusive por meio de indicações para prêmios do Ministério da Saúde. Desde a criação desse cargo, houve avanço no marco regulatório e jurídico da profissão de parteira no país. Em 2018, o Ministério da Saúde aprovou um conjunto de competências para parteiras, adaptado a partir das [ICM Essential Competencies of Midwifery Practice](#). A autonomia profissional das parteiras também aumentou nas regiões em que elas prestam serviços de forma independente durante o acompanhamento da gestação, do parto e do período pós-parto.

→ Saiba mais sobre a Midwifery Services Framework na seção [Força de trabalho em saúde](#) em [Modelos de cuidado](#).

Cuidado no luto

O suporte organizacional dentro de uma unidade de saúde é fundamental para garantir a qualidade do cuidado no luto, criando as estruturas, os processos e as condições necessárias em todo o serviço de saúde para viabilizar um cuidado acolhedor e respeitoso.

O que os diretores de unidades de saúde podem fazer:

- Buscar políticas, protocolos e diretrizes relevantes baseados em evidências e garantir que estejam acessíveis a toda a equipe.
- Identificar porta-vozes locais para liderar o desenvolvimento e a implementação de iniciativas de apoio ao luto.
- Defender o direito de que todos os profissionais – incluindo estudantes e recém-formados – recebam treinamento para oferecer cuidado perinatal no luto de acordo com as melhores práticas. Mecanismos de apoio formais e informais, como reuniões de análise de resultados, também devem estar disponíveis (veja a seção [Força de trabalho em saúde](#)). Promover mentoria clínica e supervisão para fortalecer a capacidade da equipe e assegurar a continuidade de um cuidado de alta qualidade.
- Disponibilizar espaços específicos para a oferta de cuidado no luto (veja [Infraestrutura](#)).
- Estabelecer processos de coleta de dados para o monitoramento da qualidade do cuidado no luto.
- Criar parcerias locais e mecanismos de encaminhamento na comunidade (como grupos de apoio a pais).
- Identificar e colaborar com líderes comunitários, incluindo líderes tradicionais, cooperativas de mulheres, organizações de pais e grupos religiosos.

Sônia Felizberto Camilo, de 24 anos, é mãe dos gêmeos Junito e Júnior, de 9 meses. Eles nasceram no Ramiene Health Centre (RHC), após a construção das novas instalações de água e saneamento. Seus filhos mais velhos nasceram antes da existência dessas instalações, e as duas experiências foram bastante diferentes.



Infraestrutura, equipamentos e insumos

A infraestrutura, os equipamentos e os insumos são essenciais para a prevenção e o cuidado em casos de natimortalidade. Garantir que as unidades de saúde estejam totalmente equipadas para oferecer um atendimento de qualidade na continuidade de cuidados — incluindo a prevenção e o manejo de natimortos — exige inovação, capacitação, investimento e vontade política.

Infraestrutura

As necessidades de infraestrutura para a prevenção e o cuidado relacionados à natimortalidade incluem (mas não se limitam a):

- estradas que facilitem o acesso, os encaminhamentos e o transporte de insumos;
- eletricidade para o funcionamento das unidades e dos equipamentos;
- abastecimento de água potável para a prestação de cuidados;
- serviços médicos de emergência;
- rotas de encaminhamento bem definidas;
- serviços de patologia e diagnóstico.

Garantir a disponibilidade da infraestrutura necessária requer um ou mais departamentos ou organizações no âmbito nacional responsáveis pela identificação e priorização das necessidades, bem como pela coleta de dados, planejamento, implementação e manutenção da infraestrutura. Esse departamento também deve ter autoridade para coordenar as demandas de infraestrutura com outros setores do governo e com organizações não governamentais em níveis nacional, distrital e local.

REFLEXÃO



Qual departamento governamental é responsável pelas necessidades de infraestrutura relacionadas à prevenção de natimortalidade em sua instituição? Existe mais de um? Como você poderia se conectar com alguém desse departamento para planejar melhorias?

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Colaborar com colegas para identificar problemas locais de infraestrutura, equipamentos e insumos. [Experimente esta ferramenta de resolução de problemas.](#)
- Articulação política (se você trabalha em **nível local** ou **intermediário**) ou busca de financiamento (se trabalha em **nível local** ou **político**) para adotar novas ferramentas, tecnologias e estratégias de entrega de serviços que ampliem o alcance do serviço de saúde para superar as limitações de infraestrutura. As orientações descritas em [Estratégia 4: adotar estratégias inovadoras de mHealth para facilitar o acesso ao cuidado](#) no Capítulo 4 podem ajudar.
- Promover a colaboração entre os diferentes ministérios do governo responsáveis por garantir que as necessidades de infraestrutura relacionadas à natimortalidade sejam atendidas:
 - **Nível local:** convidar autoridades locais para um fórum sobre desafios e avanços em infraestrutura.
 - **Nível intermediário:** organizar uma mesa-redonda com representantes de outros ministérios para compartilhar soluções viáveis aos desafios de infraestrutura.



RECURSO

- O [Ethiopia Health Sector Transformation Plan \(75\)](#) descreve um plano estratégico de cinco anos voltado para garantir a excelência na prestação de serviços de saúde, melhoria e garantia da qualidade, liderança e governança, além de capacidade do sistema de saúde. Procure e utilize documentação existente, como essa, para obter orientação sobre o planejamento de infraestrutura.

Cuidado no luto

As principais recomendações para preparar o ambiente físico de forma a garantir um cuidado no luto respeitoso e acolhedor incluem a identificação de um espaço dedicado para comunicar más notícias e realizar todas as conversas com os pais. Esses espaços devem ser:

- Privativos e silenciosos.
- Amplos o suficiente para acomodar familiares e pessoas de apoio.
- Sempre que possível, livres de equipamentos médicos ou materiais que possam causar desconforto ou angústia aos pais enlutados (buscando equilibrar as necessidades emocionais e quaisquer necessidades clínicas pós-parto).



- Adequados a um atendimento personalizado, com tempo suficiente e sem interrupções.
- Separados de outras famílias, seja em salas exclusivas ou, em contextos com recursos limitados, em áreas isoladas por cortinas.

Equipamentos e insumos

A [Tabela 5.1](#) mostra exemplos de equipamentos e insumos essenciais na continuidade de cuidados. Independentemente do seu nível de atuação, você pode agir — seja catalogando os itens ausentes e identificando obstáculos, seja convencendo seus colegas a destinarem recursos financeiros para garantir a disponibilidade desses insumos essenciais.

RECURSOS



- Consulte o [Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care Guide for Essential Practice](#). A Seção L – “Equipment, supplies, drugs, and laboratory tests” contém listas detalhadas de insumos para o cuidado pré-natal, intraparto e pós-parto (76).
- As diretrizes da OMS sobre cuidado [intraparto \(37\)](#) e [pós-parto \(3\)](#) também podem ser úteis. Essas diretrizes incluem tabelas de requisitos dos principais recursos com as necessidades de equipamentos e insumos para intervenções específicas.

© UNICEF/UNI239934/Adriko

A parteira Paulina Chepkumun, do Kartita Health Centre III, prepara o equipamento de reanimação neonatal na enfermaria da maternidade. “O programa de mentoria do UNICEF significou muito para mim. Recebi treinamento e agora tenho habilidade. Salvei a vida de muitos bebês. Antes, eu tentava reanimar um bebê por 10 minutos e desistia. Agora, posso continuar por até 40 minutos — e o bebê volta à vida”, disse ela.

TABELA 5.1: CATALOGAÇÃO DE EXEMPLOS DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

O QUE É NECESSÁRIO	O QUE ESTÁ DISPONÍVEL	O QUE ESTÁ FALTANDO
Período pré-concepção		
Equipamentos e insumos abrangentes de planejamento familiar		
Insumos para facilitar o diagnóstico e o tratamento de doenças não transmissíveis e infecções sexualmente transmissíveis		
Período pré-parto		
Insumos para permitir testes combinados para infecções graves, como HIV e sífilis		
Medicamentos profiláticos, como suplementos de ferro e ácido fólico, cálcio e aspirina		
Equipamentos para medir a pressão arterial e fitas reagentes para urinálise para identificar proteinúria		
Outros insumos, conforme o contexto e as necessidades, como mosquiteiros e vacinas maternas		
Período intraparto		
Equipamentos para monitoramento do bem-estar materno e fetal		
Kits de parto com pinça umbilical estéril, dispositivos de bolsa e máscara, partograma e tubos de aspiração neonatal		
Medicamentos essenciais, como antibióticos, soluções intravenosas, ocitocina sintética e medicamentos para tratar a hipertensão		
Equipamentos cirúrgicos para realização de cesarianas		
Período pós-parto		
Insumos e equipamentos para uma avaliação física pós-parto adequada, incluindo manguitos de pressão arterial, termômetros e balanças para pesar bebês		
Medicamentos e insumos para o manejo da dor, como paracetamol oral e compressas frias, além de medicamentos que salvam vidas, como antibióticos para tratar infecções		
Insumos para testagem de HIV, TB e suplementação de ferro		

HIV: vírus da imunodeficiência humana; TB: tuberculose

Força de trabalho em saúde

A prestação de cuidados de alta qualidade depende de uma força de trabalho em saúde competente, qualificada, motivada e bem apoiada. As estratégias da força de trabalho em saúde para a prevenção da natimortalidade e para o cuidado em toda a continuidade de cuidados devem abranger dimensionamento de pessoal, capacitação, modelos de atenção e apoio.

Alocação de pessoal

Em toda a continuidade de cuidados

A disponibilidade de [profissionais de saúde qualificados \(77\)](#) é fundamental, incluindo parteiras, enfermeiros, obstetras, ginecologistas, pediatras, anestesistas, patologistas, profissionais de saúde aliados e outros. As parteiras são especialmente essenciais, pois fornecem diversos serviços na continuidade de saúde reprodutiva e do parto.

RECURSOS

- Investimentos em enfermagem e obstetrícia são vitais. O relatório [The State of the World's Midwifery 2021 \(78\)](#) destaca a escassez global de profissionais de saúde voltados à saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal e de adolescentes — principalmente de parteiras. Esse relatório apresenta investimentos importantes para que esses profissionais alcancem todo o seu potencial. De maneira semelhante, o [The State of the World's Nursing 2020 \(79\)](#) destaca a importância de investir em educação, empregos e liderança em enfermagem.
- Investir em obstetrícia significa construir um ambiente favorável. O documento [Building the Enabling Environment for Midwives: A Call to Action for Policymakers \(80\)](#) define políticas que permitem que as parteiras atuem com autonomia e

responsabilidade em todo o seu escopo profissional, dentro de um sistema de saúde seguro, justo e eficiente.

- A escassez de cirurgiões, ginecologistas-obstetras e anestesistas contribui para o acesso inadequado e a baixa qualidade dos cuidados obstétricos e cirúrgicos em países de baixa e média renda [\(81\)](#). O [WHO Global Health Observatory](#) monitora dados sobre o número de cirurgiões, obstetras e anestesistas licenciados e qualificados em atividade em cada país.
- Levar profissionais de saúde a áreas rurais e remotas pode melhorar o atendimento em regiões carentes. A [WHO Guideline on Health Workforce Development, Attraction, Recruitment and Retention in Rural and Remote Areas \(82\)](#) apresenta políticas-chave de educação, regulação, incentivos e apoio para estabelecer a força de trabalho em saúde rural e remota.
- A ação nos países de baixa e média renda é essencial. As [Human Resource Strategies to Improve Newborn Care in Health Facilities in Low- and Middle-income Countries \(83\)](#) oferecem estratégias para capacitar profissionais de saúde desses países a prestarem cuidados maternos e neonatais de alta qualidade, com base em políticas de força de trabalho de âmbito nacional.

© UNICEF/UN0687940/Panjwani

Dimple Ghetia, enfermeira obstetra, atua na sala de parto liderada por parteiras e recebeu treinamento de apoio oferecido pelo UNICEF. Local: PDU Civil Hospital, Rajkot, Índia.



O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Usar o modelo do [Anexo 8](#) para mapear as políticas e recomendações relevantes em comparação com o que está disponível em seu contexto local.

Capacitação

Em toda a continuidade de cuidados

Todas as mulheres e todos os bebês têm direito a um cuidado de saúde respeitoso e digno, sem qualquer forma de desrespeito ou abuso durante a gestação e o parto. Isso requer capacitação.



RECURSOS

- O [RESPECT Toolkit \(84\)](#) inclui orientações práticas sobre como realizar oficinas de capacitação para profissionais de saúde a fim de promover um cuidado materno respeitoso. Essas oficinas ajudam os profissionais de saúde a compreenderem melhor o que significa cuidado materno respeitoso (veja [Quadro 5.1](#)) e como lidar com situações desafiadoras na prática.
- O programa de capacitação da March of Dimes [Awareness to Action: Dismantling Bias in Maternal and Infant Healthcare](#) oferece formação e capacitação específicas para reconhecer e refletir melhor sobre estereótipos arraigados e outros preconceitos implícitos que comprometem a equidade no cuidado. Leia mais no Capítulo 5, [Estratégia 6: Lidar com os preconceitos inconscientes nas interações entre profissionais de saúde e mulheres](#).
- A oferta de um cuidado respeitoso pode ser especialmente difícil em contextos frágeis ou de resposta humanitária. O Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises criou o documento: [Approaching Implementation of Respectful Maternity Care in Humanitarian Settings \(85\)](#) com informações e links úteis.

QUADRO 5.1: OS SETE DIREITOS DAS GESTANTES A PARTIR DO [RESPECT TOOLKIT \(84\)](#)

1. Estar livre de danos e de maus-tratos.
2. Receber informações, dar consentimento informado e recusar intervenções, com respeito às suas escolhas e preferências, incluindo o direito à presença de um acompanhante durante a assistência obstétrica.
3. Ter garantida a privacidade e a confidencialidade.
4. Ser tratada com dignidade e respeito.
5. Ser tratada com igualdade, não sofrer discriminação e ter acesso equitativo ao cuidado.
6. Ter acesso a cuidados de saúde e ao mais alto nível possível de saúde.
7. Ter liberdade, autonomia, autodeterminação e estar livre de coerção.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Considerar a possibilidade de realizar uma oficina sobre cuidado materno respeitoso em sua instituição.
- Incluir capacitação e atividades de conscientização sobre preconceitos implícitos nos currículos de formação de profissionais de saúde.

© UNICEF/UN0151411/Voronin

A mãe, Uyalkan Abibila kzy, e o pai, Jamshidbek uulu Altynbek, com sua bebê Tolgonay na yurt (tenda) da família, que sobreviveu a um parto difícil graças à intervenção habilidosa de um obstetra e de uma parteira treinada pelo UNICEF. Quirguistão



DADOS EM DESTAQUE

Para que a prevenção à natimortalidade seja eficaz, os profissionais de saúde precisam acreditar que é possível reduzir as taxas de bebês natimortos. A [The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series](#) mostrou que, mesmo em países de alta renda, **apenas cerca de um terço dos profissionais concordava com a afirmação “Muitos natimortos podem ser prevenidos” (65)**. Melhores níveis de formação e capacitação podem ajudar a combater a visão fatalista de que a natimortalidade é inevitável. Histórias de sucesso também podem reforçar a mensagem de que é possível reduzir os natimortos por meio de melhores cuidados.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Identificar uma história de sucesso em sua própria instituição e compartilhar com colegas da sua rede.
- Entrar em contato com sua rede para conhecer histórias de sucesso de outras instituições e refletir sobre como uma abordagem semelhante poderia ser aplicada no seu local de trabalho.

Durante o cuidado pré-natal e intraparto

Capacitação e formação sobre comunicação eficaz e trabalho em equipe são essenciais para promover e apoiar o bom funcionamento dos grupos multidisciplinares de maternidade.

RECURSOS



- [Each Baby Counts + Learn & Support](#) (EBC L&S) visa melhorar as práticas clínicas de escalonamento por meio da promoção da excelência no trabalho em equipe e da melhoria da comunicação. As três intervenções — “Equipe do Plantão”, “Ensinar ou Tratar” e “Orientar, Informar, Executar” — buscam criar um ambiente de trabalho acolhedor, aumentar a segurança psicológica entre os profissionais e reduzir barreiras hierárquicas na tomada de decisão.
- Os programas [PROMPT](#) visam reduzir danos evitáveis às mães e aos bebês por meio da formação multiprofissional na prática obstétrica. A capacitação tem como foco aprimorar o trabalho em equipe por meio da melhoria na comunicação, nas funções da equipe, na liderança e na conscientização das situações.

Experiências que deram certo

O Essential Steps in Managing Obstetric Emergencies (ESMOE) é um programa de capacitação baseado em habilidades e simulações implementado em toda a África do Sul. O programa foi desenvolvido para capacitar obstetras a enfrentar as altas taxas de morbidade e mortalidade maternas e neonatais, que são muito altas na África do Sul. O ESMOE tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres que enfrentam emergências obstétricas, incentivar as melhores práticas, reter habilidades e conhecimentos ao desenvolver a capacidade e a confiança dos profissionais de saúde e alcançar melhores desfechos maternos e neonatais.

→ [Leia mais sobre o ESMOE](#)

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Trabalhar com colegas, administradores de saúde e outros responsáveis por tomar decisões para promover a comunicação eficaz e o trabalho em equipe por meio de treinamentos baseados em evidências.
- Para habilidades específicas em obstetrícia clínica, implemente sessões de treinamento e simulações adaptadas ao contexto (veja [Experiências que deram certo](#)).

Durante o cuidado pós-parto

Os treinamentos para oferecer cuidados respeitosos e acolhedores no luto após a perda de um bebê natimorto são essenciais. Também é imprescindível oferecer orientações e cuidados fisiológicos personalizados e respeitosos, incluindo manejo da lactação, controle da dor e cuidados com feridas.

Como parte de um cuidado completo, seguindo as melhores práticas após o óbito neonatal ou do bebê natimorto, o [IMproving Perinatal Mortality Review and Outcomes Via Education \(IMPROVE\) workshop](#) oferece treinamento sobre o manejo de sintomas fisiológicos no contexto do cuidado pós-natimortalidade. Leia mais sobre os workshops IMPROVE em [Experiências que deram certo](#).

Cuidado no luto

O cuidado no luto geralmente é prestado por enfermeiros e parteiras, principalmente em ambientes de internação hospitalar. Dependendo do ambiente específico, obstetras, agentes comunitários de saúde e outros profissionais também podem prestar cuidado no luto.

Uma lista de programas formais de capacitação em cuidado no luto está disponível em [Recursos](#). Esses programas geralmente são oferecidos em países de alta renda, mas podem ser adaptados a diferentes contextos.

RECURSOS

- [Saiba mais sobre IMPROVE educação digital e workshops](#)
- [Leia sobre a capacitação para o cuidado no luto Resolve Through Sharing Bereavement Training](#)
- [Acesse o treinamento para apoio em caso de óbito neonatal ou natimortalidade do SANDS UK](#)
- [Visite o UK National Bereavement Care Pathway website](#)



© UNICEF/UNI32026/Pirozzi

Kadiatu Sama, que não teve cuidados pré-natais e cujo filho nasceu morto, é consolada por uma enfermeira na ala da maternidade do hospital público de Bo, cidade ao sul de Serra Leoa.

Experiências que deram certo

IMproving Perinatal Mortality Review and Outcomes Via Education (IMPROVE) é um workshop interativo que oferece formação nas melhores práticas após um óbito neonatal ou de um bebê natimorto, desenvolvido e conduzido pela [Perinatal Society of Australia and New Zealand](#) e pelo [Australian Centre of Research Excellence in Stillbirth](#). O workshop está disponível para todos os principais profissionais da área da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, ultrassonografistas, assistentes sociais e outros membros da equipe multidisciplinar. Após uma breve palestra introdutória, os participantes são separados em pequenos grupos e percorrem seis estações de aprendizagem, cada uma mediada por um instrutor experiente, antes de completarem uma avaliação formal. As estações de aprendizagem do IMPROVE abordam: comunicação com os pais sobre autópsia perinatal, autópsia e avaliação placentária, investigação das causas do óbito, avaliação de bebês que morrem no período perinatal, auditoria e classificação institucional da mortalidade perinatal e cuidados respeitosos e acolhedores no luto (incluindo a comunicação de más notícias e os cuidados em novas gestações). O workshop está alinhado com a [Australia and New Zealand Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death](#), mas pode ser adaptado para contextos internacionais com a assistência da ISA. Os workshops IMPROVE têm sido realizados em vários locais na Austrália, bem como em Fiji, Irlanda, Holanda, Espanha, Vancouver e Vietnã.

→ [Saiba mais sobre o IMPROVE Educação digital e workshops](#)

→ Leia a [avaliação oficial do workshop IMPROVE por Gardiner et al \(86\)](#)

→ [Entre em contato com a ISA](#) para obter informações sobre a organização de um workshop IMPROVE na sua região

Mesmo que você trabalhe em uma instituição que não oferece programas formais de cuidado no luto, é possível implementar elementos desse cuidado com poucos recursos adicionais. Esses elementos incluem a comunicação sensível e respeitosa com os pais, conforme descrito no [Raising Parent Voices Advocacy Toolkit – India Providers’ Version](#) (veja o [Quadro 3.1](#) e [Experiências que deram certo](#)).

DICA



- Desenvolva diretrizes locais de comunicação, garantindo a privacidade dos pais, proporcionando espaço à família e às pessoas escolhidas para oferecer apoio e assegurando o manejo respeitoso do corpo do bebê.
- Não importa qual seja a instituição, ofereça oportunidades para ver e segurar o bebê natimorto e apoie as preferências dos pais (veja [Experiências que deram certo](#)).

Experiências que deram certo

No Uganda, uma mulher de 30 anos e o marido vieram para um check-up de 20 semanas. O casal já havia sofrido um aborto espontâneo e estava notavelmente ansioso. Eles sentiram que as coisas não estavam indo bem. Após a capacitação em cuidado no luto, a enfermeira soube ouvir atentamente o que o casal dizia e identificar seus medos. Ela fez contato visual com o casal e disse a eles que fariam um exame minucioso para ver como o bebê estava progredindo. Após a ausculta, nenhum batimento cardíaco foi identificado. Os pais começaram a chorar. Embora se compadecesse da dor deles, a enfermeira foi sincera e disse a eles que o bebê havia morrido. O casal continuou chorando e ela deixou-os sozinhos por um tempo. Depois disso, a enfermeira conversou com eles sobre as opções para dar à luz ao bebê e sobre outras decisões a serem tomadas. O treinamento da enfermeira a fez perceber que estar ativamente presente, ouvir, identificar as preocupações e se comunicar de forma clara e respeitosa ajudaram tanto a família quanto a profissional a lidar com essa situação extremamente difícil. Ao permitir que a família vivenciasse o luto, dedicando tempo e oferecendo apoio ao casal durante o processo de tomada de decisões, a enfermeira os fortaleceu, possibilitando que participassem ativamente do cuidado do bebê. A enfermeira sentiu-se mais capaz de lidar com a situação ao saber que havia oferecido o melhor cuidado possível, dando suporte à família.

Modelos de cuidado

Durante o cuidado pré-natal, intraparto e pós-parto

Modelos de continuidade dos cuidados conduzidos por parteiras — quando uma parteira principal/específica é designada para cada mulher desde o início da gestação facilitando a colaboração

com outros profissionais de saúde quando necessário (87) — são recomendados pela OMS desde o pré-natal até o pós-parto, em instituições com programas bem estruturados de obstetria (3, 30, 37). Evidências demonstram, de forma específica, que mulheres atendidas em modelos de continuidade dos cuidados conduzidos por parteiras são menos propensas a vivenciarem a natimortalidade ou o óbito neonatal (88).

Experiências que deram certo

Na Nova Zelândia, a continuidade de cuidados por parte das parteiras é o padrão nacional de cuidados, com [93,5% das mulheres grávidas se consultando com uma parteira responsável pelo acompanhamento da maternidade](#). Os cuidados por parte das parteiras são financiados com recursos públicos, amplamente disponíveis na comunidade e respaldados por uma diretriz nacional de encaminhamento que garante o acesso a serviços hospitalares de nível secundário e terciário, quando necessário. Por estarem envolvidas na comunidade, as parteiras desenvolvem relacionamentos, passam a ser conhecidas e a ter a confiança não apenas das mulheres, mas também de suas famílias.

→ [Leia mais sobre continuidade de cuidados por parte das parteiras em Aotearoa, Nova Zelândia](#)

DADOS EM DESTAQUE

As taxas de natimortalidade entre mulheres indígenas no Canadá, nos Estados Unidos e na Austrália são de 1,5 a 2 vezes maiores do que entre as mulheres não indígenas (89-91).

Mas, na Nova Zelândia — onde a continuidade de cuidados por parte das parteiras é o padrão — **as taxas de natimortalidade a partir de 20 semanas de gestação entre mulheres Maori são semelhantes às de mulheres neozelandesas de origem europeia (5,50 versus 5,15 por 1.000 nascimentos) (92).** Esses dados não podem ser facilmente explicados por variações nos determinantes sociais de saúde, o que sugere que a continuidade de cuidados por parte das parteiras possa reduzir alguns dos efeitos adversos das desigualdades que afetam as mães indígenas na Nova Zelândia. Leia mais em [Experiências que deram certo](#).

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Se a continuidade de cuidados por parte das parteiras for viável no seu contexto, comece aumentando a qualidade dos cuidados e o número de parteiras em atividade na sua região. Use a [Midwifery Services Framework](#) para ajudar.
- Se a continuidade de cuidados por parte das parteiras não for viável no seu contexto, busque aumentar a continuidade de cuidados por meio de outros profissionais de saúde para melhorar a qualidade do atendimento.

RECURSOS

- A [Midwifery Services Framework](#) pode ser usada como uma ferramenta para orientar os países no processo de desenvolvimento e fortalecimento dos seus serviços de parteiras.
- Para um breve resumo, assista a [este vídeo](#) que descreve a jornada de Midwifery Services Framework.

Cuidados nas gestações após o nascimento de um bebê natimorto

Serviços especializados, incluindo clínicas multidisciplinares, podem oferecer uma abordagem individualizada do cuidado em novas gestações após o nascimento de um bebê natimorto, com assistência médica e psicossocial adaptada às necessidades específicas das mulheres e de suas famílias (93).

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Se for viável no seu contexto, elabore uma proposta para a criação de um serviço especializado voltado ao cuidado de gestações subsequentes ao óbito de um bebê. Veja exemplos desses serviços em [Saiba mais](#).
- Se um serviço especializado não estiver disponível ou não for viável, invista na formação individual de profissionais de saúde para a assistência às novas gestações após o óbito de um bebê. O workshop IMPROVE é um exemplo (veja em [Experiências que deram certo](#) na seção [Formação](#)).

SAIBA MAIS

- Leia sobre a [Rainbow Clinic](#) do St Mary's Hospital em Manchester, Reino Unido.
- Leia sobre as clínicas [Stillbirth and Reproductive Loss \(STAR\)](#) e [Integrated Support After Infant Loss \(iSAIL\)](#) em Melbourne e Sydney, Austrália.
- Leia sobre o [Subsequent Pregnancy Program](#) no Sunnybrook Health Sciences Centre em Toronto, Canadá.



Apoio à força de trabalho em saúde

Em toda a continuidade de cuidados

Apoiar a força de trabalho em saúde requer reconhecimento global da importância da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, bem como de seu papel na formação da sociedade como um todo.

O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- **Defender** que os serviços de saúde ofereçam cargos adequadamente respeitados e remunerados, com oportunidades de desenvolvimento contínuo e de progressão na carreira.
- Promover iniciativas públicas de conscientização e educação para comunicar a importância da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil e destacar as carreiras possíveis nessa área.

Durante o cuidado pré-natal, intraparto e pós-parto

Conforme descrito no [Capítulo 1](#), os impactos psicológicos negativos da natimortalidade são sentidos não apenas pelas mulheres e pelas famílias, mas também pelos profissionais de saúde (94). A falta de apoio a esses profissionais, especialmente às parteiras, que oferecem suporte social e emocional às famílias (24), agravará a escassez da força de trabalho já existente. A atenção específica ao bem-estar dos indivíduos também é essencial.

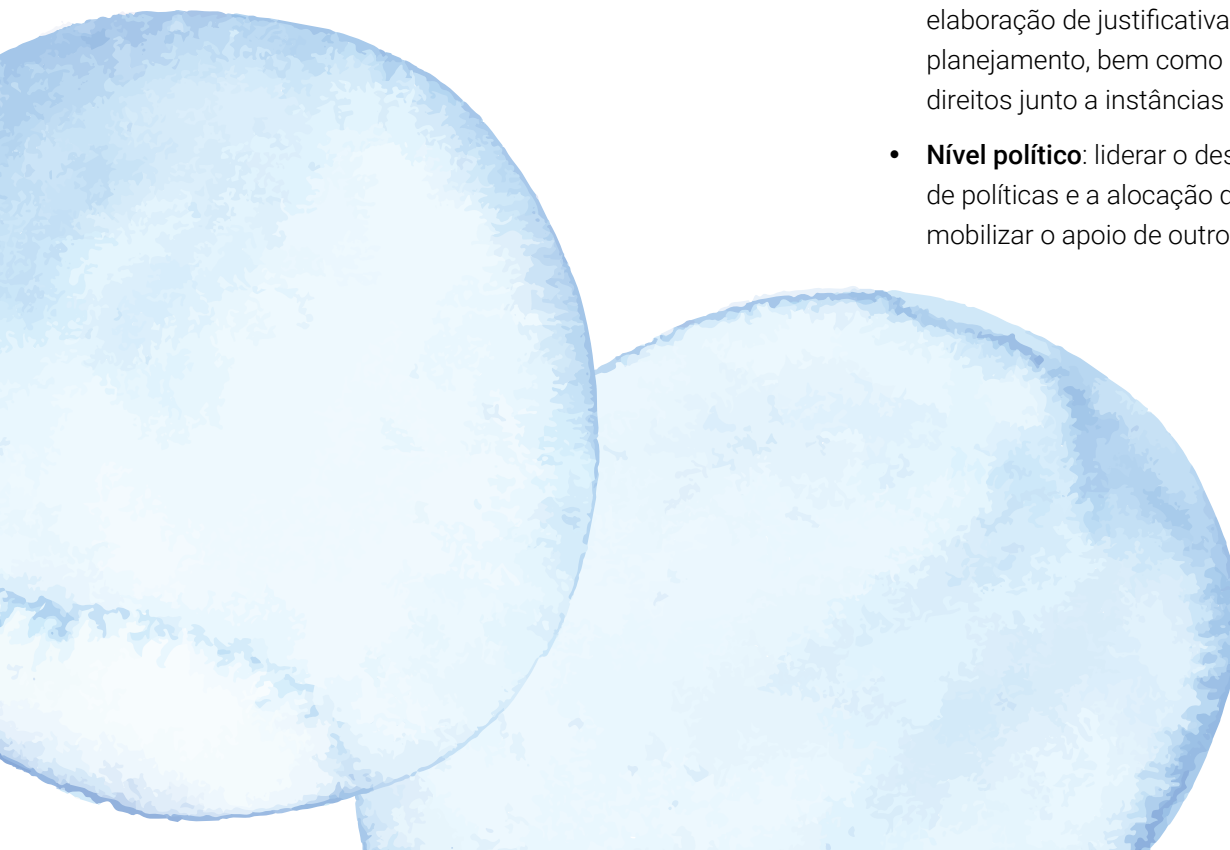
O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Promover uma cultura que permita e apoie o autocuidado por meio de modelos, educação e formação no local de trabalho.

Lembrete: independentemente do nível em que você atue ou da iniciativa, é possível agir.

Os exemplos incluem:

- **Nível local:** obter apoio de colegas, trabalhar com líderes comunitários e participar de ações oficiais de [defesa de direitos](#).
- **Nível intermediário:** contribuir para a elaboração de justificativas e para o planejamento, bem como para defender os direitos junto a instâncias superiores.
- **Nível político:** liderar o desenvolvimento de políticas e a alocação de recursos e mobilizar o apoio de outros ministros.



6. AVALIAÇÃO DO PROGRESSO

Por onde começar

O progresso rumo às metas de equidade e de redução da natimortalidade depende de pesquisa e dados. Este capítulo apresenta recursos e dados sobre as causas de óbito, bem como orientações sobre o acompanhamento do progresso e a importância de se registrar todos os bebês natimortos.

Acompanhamento do progresso

- **Verifique:** seu país tem uma meta de redução da natimortalidade? Isso pode ser incluído como parte de seu ENAP ou de outros planos nacionais.
 - Caso contrário, use a meta do ENAP, que prevê reduzir o número de bebês natimortos em gestações tardias (natimortos com 28 semanas ou mais) para 12 ou menos a cada 1.000 nascimentos até 2030, bem como reduzir as inequidades.
- **Verifique:** o progresso em direção a esta meta está sendo acompanhado?
 - Se não estiver, use os dados locais (veja [Recursos](#)) ou [estimativas nacionais](#) para acompanhar o progresso.

Alcançar as metas do ENAP em todos os cenários exigirá cuidados de alta qualidade ao longo da linha de cuidados. O acompanhamento do progresso nos cuidados e na prevenção da natimortalidade requer uma compreensão mais ampla da atenção à saúde materna e do recém-nascido em qualquer contexto. Isso inclui a cobertura durante a continuidade dos cuidados e os indicadores de saúde relacionados, como a mortalidade materna.

RECURSOS



- O [UN-IGME](#) publica estimativas periódicas das taxas de natimortalidade e de mortalidade neonatal. Encontre as [estimativas, tendências e estatísticas mais recentes](#).
- Os dados para o seu contexto podem estar disponíveis por meio do sistema nacional de vigilância e resposta a óbitos maternos e perinatais ou dos sistemas de estatísticas vitais.

DADOS EM DESTAQUE

Estimativas nacionais e globais da causa de morte de bebês nascidos vivos no primeiro mês após o nascimento (óbito neonatal) estão disponíveis **(95)**. **Causas importantes de óbito neonatal em todos os cenários incluem complicações do parto prematuro, complicações do parto (relacionadas ao intraparto) e causas infecciosas.** Em contextos de baixa mortalidade, as anomalias congênitas são uma das principais causas.

Atualmente, não há estimativas nacionais e globais comparáveis sobre as causas da natimortalidade, mas causas importantes incluem complicações na gravidez (incluindo condições maternas, como transtornos hipertensivos e hemorragia pré-parto) e complicações no parto associadas à hipóxia fetal e à infecção (como sífilis, malária e por estreptococos do grupo B).



RECURSOS

- O relatório [Ending Preventable Newborn Deaths and Stillbirths by 2030 report](#) apresenta as metas de cobertura do ENAP revisadas para o período de 2020 a 2025 (48).
- Outros indicadores relacionados à ampla saúde materna e do recém-nascido na continuidade dos cuidados, como cuidados pré-natais, assistência ao parto por profissional qualificado e taxa de cesariana, estão disponíveis nos sites do [UNICEF](#), do [WHO-Global Health Observatory](#) e da [Healthy Newborn Network](#).
- Veja o [Health Equity Assessment Toolkit](#) para obter mais detalhes e recursos sobre equidade.
- O Countdown to 2030 também produz excelentes [perfis de países](#) e [perfis de equidade](#) que podem ser ferramentas úteis para a ação.

Contagem de bebês natimortos

Todos os bebês — nascidos vivos ou natimortos — devem ser incluídos em todos os sistemas de dados que registram nascimentos, com informações sobre o peso do bebê ao nascer e a idade gestacional. Esses dados são necessários para quantificar com precisão as taxas de natimortalidade e acompanhar o progresso em relação às metas de redução dessas taxas.

Embora existam muitos mitos em relação à contagem de bebês natimortos (veja o [Quadro 6.1](#)), é possível reunir dados sobre bebês natimortos em todas as instituições (veja [Experiências que deram certo](#)). A seção a seguir fornece informações e recursos para melhorar e utilizar esses dados de maneira efetiva.

Experiências que deram certo

No Mali, a grande variação nos registros do número de bebês natimortos é um dos principais desafios na abordagem da natimortalidade. Como cerca de três em cada cinco bebês nascem em casa, a falta de registros de dados na comunidade é uma barreira importante para a obtenção de dados precisos. Para melhorar a notificação dessas mortes, em 2019, o Ministério da Saúde e Assuntos Sociais do Mali criou o Guia de Auditoria Perinatal e Neonatal, com o objetivo de padronizar as notificações para a vigilância. Mesmo cientes de que desafios culturais e dificuldades para buscar atendimento levavam à subnotificação de natimortos, os pesquisadores de saúde pública da região ficaram surpresos com as altas taxas de natimortos reportados semanalmente. Conscientes de que esta era apenas uma pequena fração do número total de natimortos e de que muitos bebês que nascem mortos em casa acabam não sendo registrados, os pesquisadores pretendem agora reforçar a vigilância da mortalidade perinatal na comunidade. Nas aldeias ou comunidades rurais, os agentes comunitários de saúde estão sendo treinados para utilizar uma ferramenta eletrônica para coletar, registrar e notificar, em tempo real, dados sobre mortes perinatais em dois distritos sanitários. Se a ferramenta for útil, este sistema será implementado em outros distritos da região.



REFLEXÃO

*Os dados sobre natimortalidade são registrados em todos os sistemas de dados relevantes na sua realidade? Esses dados apresentam **qualidade adequada (96)**? Eles foram apresentados em painéis, relatórios ou outras plataformas para orientar ações? Se sim, os dados foram categorizados adequadamente para oferecer informações suficientes para dar suporte às ações? Os dados estão sendo usados para acompanhar o progresso em direção às metas do ENAP na sua realidade?*

QUADRO 6.1: DESMISTIFICANDO MITOS SOBRE A CONTAGEM DE ÓBITOS FETAIS

✗ MITO: Não há definições padronizadas de natimortalidade.

✓ FATO: A OMS (Organização Mundial da Saúde) tem definições padronizadas como parte da [Classificação Internacional de Doenças \(CID\)](#).

✗ MITO: Não é possível registrar informações sobre natimortos nos sistemas de dados de países de baixa e média renda.

✓ FATO: Os natimortos podem ser incluídos em todos os sistemas de dados que registram nascidos vivos.

✗ MITO: Não é importante contar o número de natimortos.

✓ FATO: Os bebês natimortos são importantes para as mulheres e as famílias, e o fim da natimortalidade evitável requer dados para direcionar ações e monitorar o progresso. As taxas de natimortalidade também são indicadores importantes do acesso a cuidados pré-natais e intraparto de alta qualidade e estão intimamente ligadas à saúde e à mortalidade maternas. Devido à considerável classificação incorreta entre natimortos e óbitos neonatais, especialmente em torno dos limites de viabilidade, a contagem de natimortos também é fundamental para acompanhar a mortalidade neonatal.

Definições e indicadores

Definições padronizadas acerca da natimortalidade estão incluídas na [Classificação Internacional de Doenças \(CID-11\)](#):

Nascido vivo: é a expulsão ou extração completa de um feto da mulher, independentemente do tempo de gestação, que, após a separação, apresenta sinais de vida.

Óbito fetal: é a morte do feto antes da sua expulsão ou extração completa de uma mulher. O óbito fetal pode ser diagnosticado no útero pela ausência de som dos batimentos cardíacos do feto, confirmado por técnicas de imagem, quando disponíveis, ou, após o parto, pela ausência de sinais vitais no parto ou após tentativas de reanimação.

Natimorto: um bebê nascido após um óbito fetal ocorrido com 154 dias (22+0 semanas) ou mais de gestação.

Natimorto precoce: um bebê natimorto com 154-195 dias de gestação (22+0 a 27+6 semanas).

Natimorto tardio: um bebê natimorto com 196 dias de gestação ou mais (≥28+0 semanas).

Natimorto intraparto: um bebê natimorto após um óbito intraparto (ocorrendo durante o trabalho de parto ou no processo de nascimento).

Natimorto anteparto: um bebê natimorto em decorrência de um óbito anteparto (ocorrido antes do início do trabalho de parto).

Total de nascimentos: o número de nascidos vivos mais natimortos.

Taxa de natimortalidade:

$$\left(\frac{\text{Número de bebês natimortos}}{\text{Número total de nascimentos}} \right) \times 1,000$$

A OMS recomenda que as informações de todos os bebês natimortos sejam registradas nos sistemas de dados nacionais e que os dados relativos aos bebês natimortos de gestação tardia sejam comunicados para fins de comparações globais.

© UNICEF/UN0318855/Latif

Deepak Kumar desempenha uma função muito importante como operador de dados na Unidade Especial de Cuidados com o Recém-nascido do Hospital Prabhawati, Gaya, Bihar (Índia). Deepak é responsável pela coleta, organização e análise de dados de todos os casos que chegam diariamente à sua Unidade. Essas informações são convertidas em dados concretos, utilizados por médicos e funcionários do hospital para atender aos casos, conforme a necessidade.



Coleta de dados que direcionam ações

Os dados sobre natimortos podem ser coletados em todos os sistemas nacionais que coletam informações sobre nascimentos, incluindo o sistema de registro civil e estatísticas vitais, bem como os sistemas rotineiros de informações em saúde. A notificação de natimortos em um sistema de registro civil e estatísticas vitais deve assegurar que todos os casos de natimortalidade sejam comunicados ao órgão estatístico responsável pela compilação e divulgação das estatísticas vitais, independentemente de os natimortos terem sido registrados formalmente no registro civil ou apenas informados, sem registro, ao Ministério da Saúde. Todos os países-membros das Nações Unidas devem ter normas legais que definam o registro contínuo, permanente, obrigatório e universal de nascidos vivos e o registro ou a notificação de bebês natimortos aos sistemas de registro civil ou de informações em saúde, respectivamente, em conformidade com as recomendações globalmente aprovadas (97). Os dados sobre bebês natimortos também podem ser coletados por meio de pesquisas domiciliares, mas a subnotificação e os problemas de qualidade dos dados são comuns nesse método (96, 98).

Para garantir que todos os dados relevantes sejam coletados para quantificar com precisão as taxas de natimortalidade, a OMS recomenda que um conjunto mínimo padrão de dados perinatais seja registrado pelo sistema de saúde para cada nascimento no local de atendimento (veja o [Anexo 9](#)). O registro preciso desses dados, incluindo o estado vital no início do trabalho de parto e no nascimento, a idade gestacional e o peso ao nascer, é essencial para a classificação correta dos desfechos do parto. A aparência da pele “macerada” e “fresca” não deve ser utilizada para estimar a hora da morte (98). Em vez disso, deve-se estimar a hora da morte com base no último batimento cardíaco ou movimento do feto.

Os desafios comuns na gestão de dados referentes a natimortos incluem a omissão de eventos, além da classificação incorreta entre abortos espontâneos e natimortos (o que requer uma avaliação precisa da idade gestacional e a aplicação de definições padrão) e entre natimortos e mortes neonatais (o que requer uma avaliação precisa do estado vital ao nascer e tentativa de reanimação de todos os bebês sem aparência macerada que não respiram quando nascem). Avaliações/auditorias de qualidade dos dados devem ser realizadas regularmente para detectar e enfrentar esses

desafios. Para dados de pesquisas domiciliares, o uso de ferramentas de autópsia verbal pode ser útil para avaliar possíveis erros de classificação entre natimortos e óbitos neonatais (99).

É importante que todos os bebês — nascidos vivos e natimortos — sejam incluídos em um único sistema de dados, considerando os erros significativos de classificação entre natimortos e óbitos neonatais muito precoces. Embora os fatores de risco subjacentes, as causas de morte e as intervenções da saúde pública para lidar com os bebês natimortos e os óbitos neonatais muito precoces sejam semelhantes, a natimortalidade está associada a níveis mais elevados de morbidade materna e às necessidades de atenção à saúde que podem ser diferentes daquelas relacionadas aos óbitos neonatais muito precoces. Sempre que possível, também devem ser coletadas informações sobre o contexto, os fatores que contribuíram e as causas da morte, para direcionar intervenções específicas aos principais causadores da natimortalidade evitável. A OMS recomenda fazer o registro de uma causa de morte para cada bebê natimorto por meio do formulário internacional de [certificado médico de causa da morte \(MCCD\)](#). A

[auditoria perinatal \(100\)](#), os sistemas de [vigilância e resposta à mortalidade materna e perinatal \(MPDSR\) \(101\)](#) e a autópsia verbal para esclarecer a causa da morte também fornecem informações importantes sobre as causas e os fatores que contribuíram para o óbito, principalmente em locais onde não existe a notificação universal de bebês natimortos no sistema de registro civil e estatísticas vitais.

Uso dos dados para ações

Embora os dados relativos à natimortalidade sejam coletados na maioria dos contextos, eles nem sempre são incluídos em plataformas de notificação relevantes nem estão disponíveis para direcionar ações.

A desagregação dos dados ajuda a identificar localidades geográficas e grupos populacionais que sofrem o maior impacto da natimortalidade. Ela permite que os recursos sejam direcionados às populações mais necessitadas. A desagregação relevante varia conforme o contexto, mas exemplos incluem sexo, idade gestacional, peso ao nascer, idade materna, localização urbana ou rural, região geográfica e tipo de unidade de saúde.

Experiências que deram certo

Em 2015, o [Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático](#) estabeleceu um grupo de aconselhamento técnico regional para fornecer orientações sobre a redução da natimortalidade, incluindo a definição de metas nacionais e regionais, a abordagem das inequidades e o desenvolvimento de planos de ação nacionais. Essas recomendações foram incluídas no [Regional Strategic Framework for Accelerating Universal Access to Sexual and Reproductive Health in the South-East Asia Region \(2020–2024\)](#) como estratégias fundamentais para reduzir a natimortalidade na região. Seis dos 11 países da região alcançaram a meta nacional do ENAP para 2030, e todos os 11 países incluíram a prevenção da natimortalidade como parte do plano nacional, enquanto sete países estabeleceram metas nacionais para 2020 e 2025. O Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático também estabeleceu um registro hospitalar, apoiou diretrizes nacionais para sistemas de vigilância e resposta aos óbitos maternos e perinatais, bem como pacotes de treinamento em vários países, e desenvolveu um programa virtual de capacitação em vigilância e resposta à morte materna em parceria com a MOMENTUM Country Global Leadership, o UNFPA (United Nations Population Fund) e o UNICEF Country Global.

RECURSOS

Registro Civil e Estatísticas Vitais

A natimortalidade é um dos 10 eventos vitais que devem ser registrados de forma contínua, permanente, obrigatória e universal por meio do sistema de registro civil e estatísticas vitais.

- Um [Relatório da OMS e do UNICEF \(102\)](#) fornece orientações operacionais aos gestores da área da saúde, aos oficiais de registro civil e às instituições parceiras para melhorar a notificação do nascimento de bebês natimortos pelos setores de saúde às autoridades de registro civil.
- O Capítulo 5 do [Civil Registration, Vital Statistics and Identity Management \(CRVSID\): Legal and Regulatory Review Toolkit \(103\)](#) também pode ser útil.
- O UNFPA disponibilizou orientações específicas sobre a integração do registro civil e estatísticas vitais e os sistemas de vigilância e resposta aos óbitos maternos e perinatais para contextos de desenvolvimento e de resposta humanitária, em seu relatório [Reinforcing Civil Registration and Vital Statistics and Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Systems Interlinkages \(104\)](#).

SISTEMAS ROTINEIROS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

- O documento do UNICEF [Stillbirth Definition and Data Quality Assessment for Health Management Information Systems \(96\)](#) fornece orientações práticas sobre a coleta de dados, a avaliação da qualidade dos dados e a melhoria dos dados para ações.

AUDITORIA E OUTROS RECURSOS

- Os documentos da OMS [Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response \(101\)](#), [Making Every Baby Count Audit Guide \(100\)](#) e [The WHO Application of ICD-10 to Deaths During the Perinatal Period: ICD-PM \(105\)](#) são materiais de referência úteis para dar suporte à implementação dessas diretrizes.
- Para óbitos que ocorrem fora de uma unidade de saúde, também é possível utilizar a autópsia verbal e social, embora a autópsia verbal tenha validade limitada na determinação da causa da natimortalidade. Para orientações específicas, consulte a [Institute for Health Metrics and Evaluation \(IHME\) verbal autopsy tool](#) e o Anexo 10 do [Making Every Baby Count Audit Guide \(100\)](#).



© UNICEF/UN0361622/Naftalin

Harriet Karij, uma parteira de 27 anos apoiada pelo UNICEF, cuida de Mônica John na sala de parto do Hospital Universitário de Malakal, no Sudão do Sul, em 26 de outubro de 2020. Os dois últimos bebês de Mônica morreram tragicamente durante o parto e, por isso — após sentir dores abdominais há uma semana — ela decidiu ir à maternidade do hospital, onde, segundo Mônica (28 anos), sabia que “seria cuidadosamente monitorada e receberia um atendimento de melhor qualidade”.

7. ALCANÇANDO O OBJETIVO

Este último capítulo apresenta as ações necessárias que os países devem adotar imediatamente, até 2025 e até 2030, para pôr fim à natimortalidade evitável e garantir cuidados respeitosos para as mulheres e famílias que passam pelo nascimento de um bebê natimorto. O capítulo encerra reafirmando a visão deste guia sobre defesa de direitos, incluindo as vozes dos profissionais em atuação.

Ações necessárias em âmbito nacional

Para acabar com a natimortalidade evitável, não é necessariamente preciso criar intervenções. Em vez disso, os países precisam garantir um cuidado pré-natal e intraparto de qualidade e com respeito para todas as mulheres, crianças e famílias, ao longo de toda a continuidade de cuidados. Isso pode ser obtido por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde existentes, como descrito. O fortalecimento dos sistemas de saúde também permitirá a ampliação do apoio e do cuidado no luto, de forma eficaz, a todos os impactados pelo óbito de um bebê, incluindo as famílias de bebês natimortos e os seus cuidadores (1).

Ações para implementar AGORA

Identificar líderes, porta-vozes e aliados, em âmbito nacional

Embora seja possível que alguns porta-vozes individuais (ou defensores da causa) conduzam e promovam a adoção de uma meta nacional de redução da natimortalidade em seu país, uma liderança forte e intencional é necessária para promover mudanças sustentadas em questões negligenciadas de saúde, como a natimortalidade (106). A liderança eficaz em relação à natimortalidade pode facilitar a análise da situação, a definição e a priorização de uma agenda e a elaboração de políticas e orientações de saúde (106). Estas etapas fornecem as bases necessárias para a implementação, o monitoramento e a avaliação das intervenções, a fim de garantir a prestação de contas diante dos marcos e das metas nacionais e globais (veja Capítulo 4).

Amplificar vozes

Mãe, pais e famílias enlutadas devem ser apoiados para que suas vozes sejam incluídas na elaboração de políticas e ações. Isso ajudará a:

- Compreender e eliminar tabus sociais, estigmas e falsas crenças que silenciam as famílias.
- Criar oportunidades para que as mulheres e as famílias possam exigir e receber cuidados respeitosos e de alta qualidade para mães e recém-nascidos, incluindo os bebês natimortos.
- Garantir que as opiniões das famílias sejam consideradas na avaliação da causa da natimortalidade.
- Garantir que os responsáveis em âmbito nacional, os governos e as organizações globais incluam os bebês natimortos em investimentos, políticas e programas relevantes de saúde reprodutiva, da mulher, do recém-nascido, da criança e do adolescente.
- Melhorar a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre os impactos, as causas e os fatores de risco para a natimortalidade (1).

Aumentar a conscientização

Como descrito no Capítulo 2, os bebês natimortos são frequentemente excluídos da agenda da saúde pública em âmbito nacional. O estigma, o tabu e o fatalismo contribuem para essa falta de atenção, que tem sido perpetuada pela ausência de dados precisos e oportunos (1). Para garantir maior responsabilidade em relação à natimortalidade, os sistemas de dados devem ser fortalecidos para coletar, analisar e promover o uso de dados categorizados, em tempo hábil e com qualidade, incluindo informações sobre as causas da morte, os fatores de risco e as inequidades (1, 27) (veja o Capítulo 6 e o Quadro 7.1).



QUADRO 7.1: AÇÕES PARA FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE DADOS (1)

- Alinhar as definições e medidas da natimortalidade com os padrões internacionais
- Integrar componentes específicos da natimortalidade a planos relevantes para fortalecimento e melhoria dos sistemas de dados
- Registrar os bebês natimortos em todos os programas relevantes de Saúde Reprodutiva, da Mulher, do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente (registros, relatórios mensais e sistemas rotineiros de informações de gestão em saúde)
- Aprimorar as habilidades dos profissionais de saúde relacionadas à comunicação de óbitos fetais e auditorias perinatais
- Fornecer treinamento e suporte para a inclusão de bebês natimortos nos sistemas de registro civil e estatísticas vitais
- Incluir informações sobre o horário que ocorreu o óbito do bebê natimorto (pré-parto ou intraparto) em todas as instituições e, sempre que possível, registrando as causas e os fatores que contribuíram para o óbito
- Comunicar e revisar os dados sobre os bebês natimortos localmente nas unidades ou distritos de saúde, em paralelo aos dados sobre óbitos neonatais

Definir a agenda

Os documentos [Millennium Development Goals](#) e [Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health \(2016–2030\)](#) (107) mostram que é possível intensificar as ações em âmbito nacional para a saúde da mulher e do recém-nascido (106). Mais progressos poderiam ser alcançados ao estabelecer metas claras e ao nacionalizar ou regionalizar as metas relacionadas à natimortalidade (1, 48, 106, 108).

Formular políticas

A agenda da saúde e as ações prioritárias devem ser apoiadas por interesses políticos fortes e investimentos constantes em âmbito nacional. Os países devem facilitar a integração de bebês natimortos às políticas de Saúde Reprodutiva, da Mulher, do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente em toda a continuidade dos cuidados, bem como às políticas de monitoramento e coleta

de dados vinculadas a fortes mecanismos de prestação de contas (1, 27).

Implementar programas

A [Tabela 7.1](#) mostra as intervenções de alto impacto na prevenção da natimortalidade e a orientação da OMS correspondente na continuidade dos cuidados. Como 45% de todos os óbitos de bebês natimortos ocorrem durante o trabalho de parto, é essencial melhorar a prestação e o acesso a cuidados de alta qualidade no momento do parto para todas as mulheres e bebês, em todos os lugares (1, 31). A natimortalidade e o óbito neonatal também devem ser considerados na preparação do país para ambientes vulneráveis e durante crises humanitárias, como catástrofes naturais, pandemias e conflitos (veja [Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings](#)) (61).

TABELA 7.1: ORIENTAÇÕES E INTERVENÇÕES DE ALTO IMPACTO AO LONGO DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

FASE DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS	ORIENTAÇÕES DA OMS E INTERVENÇÕES DE ALTO IMPACTO
Assistência ao adolescente e cuidados pré-concepcionais	Orientação da OMS: Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity (36) Intervenções de alto impacto: • Planejamento familiar e intervalo entre nascimentos (incluindo para adolescentes) • Suplementação de ferro e ácido fólico • Prevenção/exames/tratamento de doenças infecciosas (como ISTs, HIV)
Cuidado pré-natal	Orientação da OMS: WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience (30) Intervenções de alto impacto: • Modelos de cuidado pré-natal com no mínimo 8 consultas • Suplementação de ferro e ácido fólico • Prevenção de doenças infecciosas (malária, HIV) • Triagem e manejo de doenças maternas e fatores de risco (DMG, HIV, TB, uso de tabaco e outras substâncias)
Cuidado intraparto	Orientação da OMS: WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience (37), WHO Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors, 2nd edition (38) e WHO Labour Care Guide: User's Manual (39) Intervenções de alto impacto: • Cuidados obstétricos de emergência básicos e abrangentes • Parto em unidade de saúde com profissional qualificado para assistência ao parto • Avaliação do bem-estar fetal na admissão ao trabalho de parto (equipamento de ultrassom Doppler ou estetoscópio fetal de Pinard) • Parto vaginal assistido e cesariana por indicação fetal • Sistemas de encaminhamento eficientes

DMG: diabetes mellitus gestacional, ISTs: infecções sexualmente transmissíveis, TB: tuberculose

Promover a conscientização é fundamental para aumentar a demanda por serviços, enquanto a integração das intervenções de prevenção da natimortalidade nos cuidados primários e nas ações baseadas na comunidade facilitará o acesso a esses serviços.

Como apresentado no [Capítulo 5](#), a prestação de cuidados respeitosos e de qualidade por parte dos países depende da disponibilidade de estabelecimentos de saúde funcionais com infraestrutura, equipamentos e insumos adequados, além de sistemas de encaminhamento ininterruptos com um número adequado de profissionais de saúde capacitados [\(1, 109\)](#). Os profissionais de saúde precisam de educação continuada e apoio

profissional, principalmente no que se refere aos cuidados psicossociais e à comunicação respeitosa com as famílias após o óbito do bebê [\(10\)](#). Os profissionais de saúde também precisam se apoiar mutuamente para atenuar os impactos psicológicos negativos de cuidar de famílias que sofrem com a natimortalidade (veja o [Capítulo 1](#)).

Ações para implementar até 2025

Envolver as comunidades

As comunidades podem ser ainda mais mobilizadas pelas mães, pais, famílias, lideranças nacionais

engajadas, bem como aliados, em resposta às atividades propostas nas seções [Amplificar vozes](#) e [Aumentar a conscientização](#). O conformismo e o fatalismo existentes nas comunidades em relação à gravidez e ao parto devem ser enfrentados, e os países devem identificar mecanismos para reduzir o estigma entre atores-chave no nível comunitário **(1)**. Intervenções comunitárias são uma das formas de modificar normas sociais e devem ser testadas por meio de projetos-piloto, visando posterior ampliação em escala **(27)**.

Formular políticas

É necessário um esforço contínuo para identificar, entender e corrigir as inequidades por meio de análises abrangentes da situação. Além da formulação de políticas para integrar natimortos às políticas para a Saúde Reprodutiva, da Mulher, do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente, os países também devem desenvolver padrões relacionados à natimortalidade, incluindo a integração do apoio e do aconselhamento nas estratégias nacionais de saúde, tendo como referência os [Princípios do cuidado respeitoso no luto](#) apresentados no [Capítulo 3](#).

Ampliar as intervenções, monitorar e avaliar

O monitoramento e a avaliação dos cuidados e dos serviços devem acompanhar a implementação das intervenções imediatas. O modelo de qualidade dos cuidados **(108)** e os instrumentos de avaliação descrevem oito domínios da qualidade dos cuidados que devem ser monitorados no sistema de saúde. Abordagens inovadoras também devem ser consideradas, incluindo intervenções digitais em saúde. Os países podem estabelecer parcerias com associações profissionais e com o setor privado para aprimorar as competências dos profissionais de saúde e a oferta de cuidados, bem como com instituições acadêmicas para atualizar a agenda de pesquisa sobre cuidado e prevenção

da natimortalidade, incluindo o preenchimento de lacunas de conhecimento por meio de pesquisas.

Ações para implementar até 2030

Revisar a agenda, priorizar ações

Com base nos resultados do monitoramento, da avaliação e das pesquisas contínuas, a agenda de saúde e as ações prioritárias devem ser revistas sempre que necessário.

Formular políticas

Os países devem assegurar que a prevenção da natimortalidade seja integrada às políticas nacionais de saúde. As metas de mortalidade e acesso universal aos cuidados de saúde do ENAP e do EPMM são fundamentais, juntamente com o cuidado respeitoso e a redução do estigma. Outras políticas para apoiar mães, pais e famílias devem ser consideradas, incluindo aquelas que vão além do setor da saúde. Áreas importantes incluem licença remunerada do emprego e apoio financeiro, como suporte para custos com funeral **(10)**.

Implementar programas

Estratégias e intervenções de longo prazo devem ser consideradas, como a integração da educação e do cuidado relacionados à natimortalidade na formação prévia de profissionais de saúde, assistentes sociais e outros grupos profissionais. A criação de centros de excelência para apoiar o aconselhamento profissional e o acompanhamento individual, a análise detalhada dos óbitos e o aconselhamento genético também poderão ser considerados. Um resumo das ações é apresentado na [Tabela 7.2](#).

TABELA 7.2: RESUMO DAS AÇÕES DOS PAÍSES

AGENTES	AÇÕES		
	Agora	Até 2025	Até 2030
GOVERNOS	- Identificar lideranças, porta-vozes e aliados nacionais em saúde da mulher, do recém-nascido e da criança - Definir ou revisar metas nacionais (e subnacionais) da natimortalidade - Realizar uma análise situacional rápida da situação sobre o programa de natimortalidade, políticas, diretrizes, sistema de dados, capacitação e prontidão das unidades de saúde - Revisar a legislação vigente para o registo civil de natimortos ou para a notificação ao setor de saúde, e fortalecer os sistemas de informação para a coleta de dados sobre natimortalidade - Integrar a natimortalidade à estratégia de Saúde Reprodutiva, da Mulher, do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente e aos grupos de trabalho relacionados - Identificar as principais estratégias com base na situação do país (instituições e profissionais de saúde)	- Integrar a natimortalidade à estratégia nacional de saúde (financiamento, recursos humanos, modelo de qualidade dos cuidados etc.) com uma meta clara - Integrar a natimortalidade ao programa de Saúde Reprodutiva, da Mulher, do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente: supervisão de apoio, sistemas de informação (SIS, VRMMP, RCEV, pesquisas), estrutura de comunicação, diretrizes, capacitação pré-serviço e em serviço, monitoramento e avaliação - Fortalecer os serviços nos níveis primários e comunitários para incluir natimortos - Estabelecer parcerias com associações profissionais, instituições acadêmicas e setor privado para aprimorar as competências dos prestadores de serviços e o monitoramento e a avaliação, incluindo pesquisas - Realizar uma análise situacional adicional sobre equidade para identificar áreas geográficas e grupos populacionais prioritários	- Assegurar que a natimortalidade seja incluída em todas as políticas, estratégias, diretrizes e treinamentos nacionais de saúde relevantes - Considerar o apoio multidisciplinar às mães e famílias - Identificar centros de excelência para aconselhamento profissional, acompanhamento individual, revisão de óbitos, testes genéticos e outras áreas essenciais para prevenção e apoio à natimortalidade
MULHERES, FAMÍLIAS E COMUNIDADES	- Amplificar vozes; compartilhar conhecimento e experiências - Envolver-se com o setor de saúde para receber assistência indispensável na continuidade dos cuidados - Na ausência dessa assistência, reivindicar cuidados respeitosos, de alta qualidade e com equidade para a atenção materna e neonatal	- Reivindicar cuidados respeitosos e de alta qualidade mais perto de casa, incluindo intervenções comunitárias - Reivindicar apoio e aconselhamento para as famílias - Reivindicar medidas que reduzam as inequidades	- Reivindicar um atendimento respeitoso e de alta qualidade na continuidade de cuidados e acesso universal à saúde - Reivindicar apoio às mulheres e famílias para além do setor de saúde
PRESTADORES DE SERVIÇO	- Aderir às orientações nacionais sobre atendimento respeitoso e de alta qualidade na continuidade de cuidados - Compartilhar informações sobre natimortalidade com mulheres, famílias e comunidades - Participar de capacitações prévias, durante o serviço, incluindo o cuidado no luto	Colaborar com o Ministério da Saúde, associações profissionais, instituições acadêmicas e setor privado para aprimorar as competências e compartilhar informações e experiências adquiridas	Atualizar os cuidados baseados em evidências por meio de treinamentos de atualização e networking com centros de excelência

Progressos podem ser alcançados

Em todo o mundo, um bebê nasce morto a cada 17 segundos. Isso quer dizer que cerca de 1,9 milhão de bebês nascem mortos todos os anos — e, tragicamente, a maioria dessas mortes poderia ter sido evitada com cuidados de alta qualidade durante os períodos de pré-natal e intraparto (1).

O ISA-SAWG tem uma visão clara para *“Um mundo no qual natimortos evitáveis já não existam mais, e onde o cuidado das famílias e dos profissionais de saúde, após um óbito, seja compassivo, de alta qualidade e culturalmente apropriado”*. Essa visão está bem alinhada com o que foi descrito em The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series (série de publicações da revista The Lancet sobre o fim da natimortalidade evitável), ENAP, The Lancet Every Newborn Series (série de publicações da revista The Lancet intitulada “Cada Recém-Nascido”) e o relatório do UNICEF, da OMS, do Grupo Banco Mundial e das Nações Unidas: *Never Forgotten: The Situation of Stillbirth Around the Globe* (Nunca Esquecidos: A Situação da Natimortalidade no Mundo). Prestar cuidados respeitosos e reduzir o estigma são componentes fundamentais dessa visão, como especificamente destacado no documento final da série de publicações da revista The Lancet sobre o fim da natimortalidade evitável (27). A visão pode ser alcançada, mas exigirá ação urgente com colaboração internacional.

Ao longo deste guia são apresentados os elementos essenciais para o enfrentamento da natimortalidade, incluindo: defesa de direitos; implementação de programas sobre o acesso aos cuidados, liderança, infraestrutura e a força de trabalho em saúde; cuidado no luto; coleta, monitoramento e avaliação de dados. As orientações incluem as vozes de mulheres, grupos de pais e famílias na continuidade de cuidados.

Para reunir as vozes de profissionais, incluindo o público-alvo deste guia, uma pesquisa foi realizada no início de setembro de 2022. Um total de 178 profissionais de sete países participaram, provenientes de diversas organizações ao redor do mundo, incluindo órgãos governamentais, organizações intergovernamentais e não governamentais, agências financiadoras, entidades profissionais, instituições acadêmicas e de pesquisa, instituições públicas e privadas, além da sociedade civil.

Muitos dos desafios para a prevenção da natimortalidade, identificados a partir das respostas dos países à pesquisa, refletem aqueles já abordados nas seções anteriores deste guia sobre defesa de direitos e implementação. Os resultados da pesquisa mostram que:

- Os profissionais de saúde não são treinados para aconselhamento no luto.
- A carga excessiva de trabalho e a fadiga extrema foram agravadas pela pandemia de COVID-19.
- Ainda falta financiamento para infraestrutura, fortalecimento do sistema de saúde e prestação de serviço às comunidades rurais.
- A precariedade do transporte e a falta de cuidados durante o trajeto até uma unidade de saúde aumentam os “três atrasos”: atraso na decisão de procurar cuidados, atraso na chegada a uma unidade de saúde e atraso na prestação de cuidados adequados (110). Incluem-se, também, os desafios em relação aos compromissos financeiros para a continuidade do acompanhamento clínico.
- Ainda existe uma falta geral de apoio psicossocial para os profissionais de saúde, as mulheres e suas famílias depois que um bebê nasce.

Os resultados da pesquisa mostraram uma clara necessidade de suporte em relação à natimortalidade, incluindo recursos comunitários, apoio entre pares, empatia, cuidado no luto e

privacidade e confidencialidade. Os participantes da pesquisa identificaram, de forma consistente e clara, as principais prioridades dos países e as ações que podem ser implementadas agora para o enfrentamento da natimortalidade ([Quadro 7.2](#)).

A série da revista The Lancet sobre o fim da natimortalidade evitável enfatizou que a liderança é necessária em todos os níveis, mas será fundamental melhorar as habilidades técnicas, bem como os dados dos programas para eliminar as lacunas de qualidade e equidade.

Os progressos na resolução da tragédia oculta da natimortalidade podem ser alcançados em âmbito mundial, mas deve-se dar maior ênfase a esse tema para que possamos avançar com ações claras, como destacado ao longo deste guia de defesa de direitos e implementação.

Sabemos que a maioria dos nascimentos de bebês natimortos é evitável, principalmente os que morrem durante o parto. Como uma comunidade global, e com nossas crescentes parcerias governamentais, vamos garantir que as evidências e os dados sejam amplamente visíveis, e que nossos compromissos financeiros e investimentos estejam alinhados e vinculados à responsabilidade em nível nacional e mundial.

A hora de agir é agora! Veja este guia como uma ferramenta e trabalhe conosco para garantir seu uso como um documento dinâmico para promover mudanças transformadoras na continuidade de cuidados. Juntos, como uma comunidade global com programas de aprendizagem definidos pelo ENAP e pelo EPMM, trabalhamos para acabar com esses óbitos evitáveis.

QUADRO 7.2: PRINCIPAIS AÇÕES DOS PAÍSES PARA ENFRENTAR A NATIMORTALIDADE, DE ACORDO COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

- Melhorar a qualidade dos cuidados pré-natal e intraparto
- Estabelecer políticas e procedimentos para a gestão da natimortalidade nas instituições de saúde
- Oferecer cuidados acessíveis e financeiramente viáveis para o planejamento familiar e a saúde reprodutiva
- Oferecer medicamentos, equipamentos e serviços de qualidade
- Expandir a atenção primária à saúde
- Aumentar a capacidade para auditorias sobre natimortalidade
- Melhorar a atenção aos profissionais de saúde, incluindo parteiras
- Melhorar a formação na área da saúde e o apoio psicossocial às famílias



Uma mãe sorridente e o seu bebê, na Índia.
Fonte: White Ribbon Alliance

8. REFERÊNCIAS

1. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME). Never forgotten: the situation of stillbirth around the globe. Relatório do Grupo Interagencial das Nações Unidas para estimativa da mortalidade infantil, 2022. New York: United Nations Children's Fund; 2023.
2. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Every newborn: an action plan to end preventable newborn deaths. Geneva: World Health Organization; 2014.
5. Campbell-Jackson L, Horsch A. The psychological impact of stillbirth on women: a systematic review. *Illn Crisis Loss*. 2014;22(3):237-56. doi: 10.2190/IL.22.3.d.
6. United Nations Children's Fund. What you need to know about stillbirths. Answers to common questions about this tragic loss of life: United Nations Children's Fund; 2020 [atualizado em 10/01/2023, acessado em 06/03/2023]. Disponível em: <https://www.unicef.org/stories/what-you-need-to-know-about-stillbirths>.
7. De Frain J, Martens L, Stork J, et al. The psychological effects of a stillbirth on surviving family members. *Omega*. 1991;22(2):81-108. doi: 10.2190/a8vb-08xr-acgh-2gyg.
8. Turton P, Evans C, Hughes P. Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of a nested case-control cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(1):35-41. doi: 10.1007/s00737-008-0040-7.
9. Gopichandran V, Subramaniam S, Kalsingh MJ. Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India – a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):109. doi: 10.1186/s12884-018-1742-0.
10. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet*. 2016;387(10018):604-16. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00836-3.
11. Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: parents' and physicians' experiences of stillbirth – a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):137. doi: 10.1186/1471-2393-12-137.
12. Ogwulu CB, Jackson LJ, Heazell AEP, et al. Exploring the intangible economic costs of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):188. doi: 10.1186/s12884-015-0617-x.
13. Campbell HE, Kurinczuk JJ, Heazell A, et al. Healthcare and wider societal implications of stillbirth: a population-based cost-of-illness study. *BJOG*. 2018;125(2):108-17. doi: 10.1111/1471-0528.14972.
14. Mistry H, Heazell AEP, Vincent O, et al. A structured review and exploration of the healthcare costs associated with stillbirth and a subsequent pregnancy in England and Wales. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):236. doi: 10.1186/1471-2393-13-236.
15. Ravaldi C, Carelli E, Frontini A, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women Birth*. 2022;35(1):48-58. doi: 10.1016/j.wombi.2021.01.003.
16. Ellis A, Chebsey C, Storey C, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):16. doi: 10.1186/s12884-016-0806-2.
17. Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, et al. Traumatic experiences and the midwifery profession: a cross-sectional study among Dutch midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(4):435-42. doi: 10.1111/jmwh.12946.
18. Margulies SL, Benham J, Liebermann J, et al. Adverse events in obstetrics: impacts on

- providers and staff of maternity care. *Cureus*. 2020;12(1):e6732. doi: 10.7759/cureus.6732.
19. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, et al. Stillbirth and perinatal care: are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*. 2018;64:53-9. doi: 10.1016/j.midw.2018.05.008.
 20. Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):578-87. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006.
 21. Beck CT, LoGiudice J, Gable RK. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(1):16-23. doi: 10.1111/jmwh.12221.
 22. Mills TA, Ayebare E, Mweteise J, et al. "There is trauma all round": a qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda. *Women Birth*. 2023;36(1):56-62. doi: 10.1016/j.wombi.2022.02.012.
 23. Cheer KD. Balancing it out: the process by which midwifery students provide care to women following stillbirth in Papua New Guinea. Doctoral dissertation, James Cook University. doi: 10.25903/5d4a750c7d880 2019.
 24. Homer CSE, Malata A, ten Hoope-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *Lancet*. 2016;387(10018):516-7. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01278-7.
 25. Fenwick J, Jennings B, Downie J, et al. Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women Birth*. 2007;20(4):153-60. doi: 10.1016/j.wombi.2007.09.002.
 26. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME), United Nations Children's Fund, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Stillbirth in low- and middle-income countries: a conceptual framework. New York: United Nations Children's Fund; 2022.
 27. de Bernis L, Kinney MV, Stones W, et al. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet*. 2016;387(10019):703-16. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00954-X.
 28. Zakar MZ, Zakar R, Mustafa M, et al. Underreporting of stillbirths in Pakistan: perspectives of the parents, community and healthcare providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):302. doi: 10.1186/s12884-018-1924-9.
 29. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045-9. doi: 10.1111/1471-0528.13451.
 30. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
 31. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
 32. Heazell AEP. Stillbirth – a challenge for the 21st century. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):388. doi: 10.1186/s12884-016-1181-8.
 33. Haws RA, Mashasi I, Mrisho M, et al. "These are not good things for other people to know": how rural Tanzanian women's experiences of pregnancy loss and early neonatal death may impact survey data quality. *Soc Sci Med*. 2010;71(10):1764-72. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.051.
 34. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370(9595):1358-69. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61578-5.
 35. Asratie MH, Muche AA, Geremew AB. Completion of maternity continuum of care among women in the post-partum period: magnitude and associated factors in the northwest, Ethiopia. *PLOS ONE*. 2020;15(8):e0237980. doi: 10.1371/journal.pone.0237980.
 36. World Health Organization. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva: World Health Organization; 2013.
 37. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

38. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2017.
39. World Health Organization. WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2021.
40. Shakespeare C, Merriel A, Bakhbakhi D, et al. The RESPECT Study for consensus on global bereavement care after stillbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(2):137-47. doi: 10.1002/ijgo.13110.
41. Sands. Sands Australian principles of bereavement care: miscarriage, stillbirth and newborn death. 1st edition. Box Hill: Sands; 2018.
42. Flenady V, Oats J, Gardener G, et al. Clinical practice guideline for care around stillbirth and neonatal death. Version 3.4. Brisbane: NHMRC Centre of Research Excellence in Stillbirth; 2020.
43. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2002;135: e110-32.
44. Health Service Executive. National standards for bereavement care following pregnancy loss and perinatal death. Ireland: Health Service Executive; 2022.
45. Wojcieszek A, Boyle F, Belizán J, et al. Care in subsequent pregnancies following stillbirth: an international survey of parents. *BJOG.* 2018;125(2):193-201. doi: 10.1111/1471-0528.14424.
46. Wojcieszek AM, Shepherd E, Middleton P, et al. Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018(12). doi: 10.1002/14651858.CD012203.pub2.
47. Ladhani NNN, Fockler ME, Stephens L, et al. No. 369-Management of pregnancy subsequent to stillbirth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(12):1669-83. doi: 10.1016/j.jogc.2018.07.002.
48. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030. Moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020-2025. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2020.
49. World Health Organization and United Nations Population Fund. Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM). A renewed focus for improving maternal and newborn health and well-being. Geneva: World Health Organization, United Nations Population Fund; 2021.
50. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: World Health Organization; 2015.
51. United Nations Children's Fund. Defining 'N' in RMNCAH – Every Newborn Action Plan country planning and costing toolkit and user guide. Geneva: United Nations Children's Fund; 2017.
52. Ten Hoop-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths – more than a triple return on investment. *Lancet.* 2016;387(10018):e14-e6. doi: 10.1016/s0140-6736(15)01277-5.
53. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Every newborn progress report: 2019. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2020.
54. Department of Health. National stillbirth action and implementation plan. Canberra: Australian Government Department of Health; 2020.
55. Garces A, McClure EM, Espinoza L, et al. Traditional birth attendants and birth outcomes in low–middle income countries: a review. *Semin Perinatol.* 2019;43(5):247-51. doi: 10.1053/j.semperi.2019.03.013.
56. International Confederation of Midwives. Position statement: partnership between Indigenous and non-Indigenous midwives. The Hague: International Confederation of Midwives; 2021.
57. International Confederation of Midwives. Position statement: partnerships between professional midwives and traditional caregivers with midwifery skills. The Hague: International Confederation of Midwives; 2008.
58. Miller T, Smith H. Establishing partnership with traditional birth attendants for improved maternal

- and newborn health: a review of factors influencing implementation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):365. doi: 10.1186/s12884-017-1534-y.
59. 59. Zephyrin L, Seervai S, Lewis C, et al. Community-based models to improve maternal health outcomes and promote health equity. *Commonwealth Fund*. 2021. doi: 10.26099/6s6k-5330.
 60. Lassi ZS, Kumar R, Bhutta ZA. Community-based care to improve maternal, newborn, and child health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, et al, editors. *Reproductive, maternal, newborn, and child health: disease control priorities, third edition (volume 2)*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2016.
 61. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2018.
 62. Edmond K, Yousufi K, Naziri M, et al. Mobile outreach health services for mothers and children in conflict-affected and remote areas: a population-based study from Afghanistan. *Arch Dis Child*. 2020;105(1):18-25. doi: 10.1136/archdischild-2019-316802.
 63. World Health Organization. *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. Geneva: World Health Organization; 2018.
 64. World Health Organization. *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. Geneva: World Health Organization; 2022.
 65. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet*. 2016;387(10019):691-702. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01020-X.
 66. Sabin JA. Tackling implicit bias in health care. *NEJM*. 2022;387(2):105-7. doi: 10.1056/NEJMp2201180.
 67. Attanasio L, Kozhimannil KB. Health care engagement and follow-up after perceived discrimination in maternity care. *Med Care*. 2017;55(9):830-3. doi: 10.1097/mlr.0000000000000773.
 68. Kaplan RS. *What you really need to lead: the power of thinking and acting like an owner*. Boston: Harvard Business Review Press; 2015.
 69. White Ribbon Alliance. *Power on: a toolkit for community organizing*. Washington, D.C.: White Ribbon Alliance; 2021.
 70. Vallières F, Mannan H, Kodate N, et al., editors. *Systems thinking for global health. How can systems-thinking contribute to solving key challenges in global health?* Oxford: Oxford University Press; 2022.
 71. Ngwenya S. Reducing fresh full term intrapartum stillbirths through leadership and accountability in a low-resource setting, Mpilo Central Hospital, Bulawayo, Zimbabwe. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):246. doi: 10.1186/s13104-017-2567-z.
 72. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384(9948):1146-57. doi: 10.1016/s0140-6736(14)60790-x.
 73. International Confederation of Midwives. *ICM advocacy toolkit for midwives*. The Hague: International Confederation of Midwives.
 74. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Stillbirth Clinical Care Standard*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2022.
 75. Ministry of Health – Ethiopia. *Health Sector Transformation Plan II (HSTP II)*. Addis Ababa: Government of Ethiopia; 2021.
 76. World Health Organization. *Integrated management of pregnancy and childbirth: pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, third edition*. Geneva: World Health Organization; 2015.
 77. World Health Organization. *Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA*. Geneva: World Health Organization; 2018.
 78. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Health

- Organization. The state of the world's midwifery. New York: United Nations Population Fund; 2021.
79. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
 80. International Confederation of Midwives. Building the enabling environment for midwives: a call to action for policymakers. The Hague: International Confederation of Midwives; 2021.
 81. Hoyler M, Finlayson SRG, McClain CD, et al. Shortage of doctors, shortage of data: a review of the global surgery, obstetrics, and anesthesia workforce literature. *World J Surg.* 2014;38(2):269-80. doi: 10.1007/s00268-013-2324-y.
 82. World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.
 83. World Health Organization. Human resource strategies to improve newborn care in health facilities in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2020.
 84. International Confederation of Midwives. RESPECT workshops: a toolkit ICM. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020.
 85. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Approaching implementation of respectful maternity care in humanitarian settings. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2022.
 86. Gardiner PA, Kent AL, Rodriguez V, et al. Evaluation of an international educational programme for health care professionals on best practice in the management of a perinatal death: IMproving Perinatal mortality Review and Outcomes Via Education (IMPROVE). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):376. doi: 10.1186/s12884-016-1173-8.
 87. Grigg CP, Tracy SK. New Zealand's unique maternity system. *Women Birth.* 2013;26(1):e59-e64. doi: 10.1016/j.wombi.2012.09.006.
 88. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4). doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
 89. Gilbert NL, Auger N, Tjepkema M. Stillbirth and infant mortality in Aboriginal communities in Quebec. *Health Rep.* 2015;26(2):3-8.
 90. Centers for Disease Control and Prevention. Stillbirth data and statistics [webpage]: U.S. Department of Health & Human Services; 2022 [atualizado em 04/10/2022, acessado em 06/03/2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/stillbirth/data.html>.
 91. Australian Institute of Health and Welfare. Health of mothers and babies [webpage]: Australian Government; 2022 [atualizado em 07/07/2022, acessado em 06/03/2023]. Disponível: <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/health-of-mothers-and-babies>.
 92. Perinatal and Maternal Mortality Review Committee. Fourteenth annual report of the Perinatal and Maternal Mortality Review Committee: reporting mortality and morbidity 2018. Wellington: Health Quality & Safety Commission; 2021.
 93. Heazell A, Wojcieszek AM, Graham N, et al. Care in pregnancies after stillbirth and perinatal death. *IJBPE.* 2019;6(2):22-8.
 94. Javid N, Hyett JA, Homer CSE. The experience of vasa praevia for Australian midwives: a qualitative study. *Women Birth.* 2019;32(2):185-92. doi: 10.1016/j.wombi.2018.06.020.
 95. Perin J, Mulick A, Yeung D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(2):106-15. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00311-4.
 96. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME), United Nations Children's Fund, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Stillbirth definition and data quality assessment for health management information systems (HMIS): a guideline. New York: United Nations Children's Fund; 2022.
 97. United Nations Statistics Division and Vital Strategies. Guidelines on the legislative framework for civil registration, vital statistics and identity

- management: second draft (incorporating EGM comments). New York: United Nations; 2019.
98. Gold KJ, Abdul-Mumin AR, Boggs ME, et al. Assessment of “fresh” versus “macerated” as accurate markers of time since intrauterine fetal demise in low-income countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;125(3):223-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.12.006.
 99. Blencowe H, Bottecchia M, Kwesiga D, et al. Stillbirth outcome capture and classification in population-based surveys: EN-INDEPTH study. *Popul Health Metr.* 2021;19(1):13. doi: 10.1186/s12963-020-00239-8.
 100. World Health Organization. Making every baby count. Audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva: World Health Organization; 2016.
 101. World Health Organization. Maternal and perinatal death and surveillance and response. Materials to support implementation. Geneva: World Health Organization; 2021.
 102. Health sector contributions towards improving the civil registration of births and deaths in low-income countries: guidance for health sector managers, civil registrars and development partners. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2021.
 103. Schwid A, Sferrazza L, Frederes A, et al. Civil registration, vital statistics and identity management (CRVSID): legal and regulatory review toolkit. New York: Bloomberg Philanthropies Data for Health Initiative; 2021.
 104. United Nations Population Fund. Improving data for evidence-based decision-making: reinforcing civil registration and vital statistics and maternal and perinatal death surveillance and response systems interlinkages. Guidance note for development and humanitarian settings. New York: United Nations Population Fund; 2021.
 105. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: World Health Organization 2016.
 106. Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet.* 2016;387(10018):574-86. doi: 10.1016/s0140-6736(15)00818-1.
 107. Every Woman Every Child. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). New York: Every Woman Every Child; 2015.
 108. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
 109. Robertson T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health.* 2020;8(7):e901-e8. doi: 10.1016/s2214-109x(20)30229-1.
 110. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994;38(8):1091-110. doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7.

9. ANEXOS

Anexo 1:

Desafios ao enfrentar a natimortalidade	75
---	----

Anexo 2:

Outros estudos de caso disponíveis no repositório online	76
--	----

Anexo 3:

A chamada à ação The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series (atualizada)	77
--	----

Anexo 4:

Metas de mortalidade e cobertura do ENAP e EPMM	78
---	----

Anexo 5:

Exemplos de atividades para envolver os responsáveis pelas decisões e seus influenciadores	80
--	----

Anexo 6:

Modelo para o plano de ação de defesa de direitos	81
---	----

Anexo 7:

Kits de ferramentas de defesa de direitos da saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes	82
--	----

Anexo 8:

Modelo para mapear políticas e recomendações relevantes	84
---	----

Anexo 9:

Conjunto mínimo de dados perinatais da OMS	85
--	----

ANEXO 1

DESAFIOS AO ENFRENTAR A NATIMORTALIDADE

CATEGORIA	EXEMPLOS DOS PRINCIPAIS DESAFIOS
EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS	Triade: nível socioeconômico baixo, analfabetismo e cuidados pré-natais inadequados
	Desigualdade econômica
	Discriminação no atendimento à saúde
QUALIDADE DOS CUIDADOS	Informações incorretas sobre as práticas saudáveis recomendadas na gravidez
	Falta de cuidados respeitosos
	Intervenções inacessíveis para a promoção da saúde das mulheres e prevenção de doenças, triagem e diagnóstico em tempo hábil
	Falta de infraestrutura e de equipamentos/insumos para prestar cuidados de boa qualidade
	Falta de profissionais para prestar cuidados adequados (como ausência de continuidade de cuidados conduzida por parteiras, levando a poucas consultas e possíveis atendimentos de baixa qualidade)
	Financiamento e recursos insuficientes para instrumentos essenciais de monitoramento (como cadernos ou registros digitais de acompanhamento das gestantes)
PERCEPÇÕES SOCIAIS	Ausência de suporte ao luto
	Estigma e isolamento das mães após dar à luz um bebê natimorto (em algumas regiões, as mulheres são culpadas, maltratadas e humilhadas inclusive por meio do divórcio)
	Práticas silenciadas de luto por um natimorto, incorporadas em diversos contextos culturais (como quando os pais são impedidos de vivenciar o luto)
INSUFICIÊNCIA DE DADOS	Tabus, fatalismo e falsas crenças (como a crença de que bruxaria ou maus espíritos causam a natimortalidade)
	Inconsistência na inclusão de metas ou indicadores globais para natimortalidade nas iniciativas após 2015
	Disponibilidade limitada de dados confiáveis na vigilância de base populacional
	Falta de indicadores para medir o impacto e monitorar o progresso
	Falta de dados categorizados, incluindo tempo, causa e grupos em situação de vulnerabilidade
	Falta de indicadores de acesso aos programas
DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS	Falta de dados precisos sobre natimortalidade, incluindo subnotificação de eventos e classificação incorreta de natimortos e óbitos neonatais precoces
	Inconsistência na classificação: as definições sobre os bebês natimortos variam de acordo com o contexto e ao longo do tempo, limitando a comparabilidade para a avaliação de dados precisos
	Falta de implementação de políticas e diretrizes sobre natimortos
	Treinamento insuficiente das equipes em diretrizes de gestão adequadas
	Falta de uma metodologia bem organizada e estruturada para investigar casos de natimortalidade
	Não garantir que profissionais especializados sejam incluídos nas políticas de manejo (como não garantir que patologistas treinados, incluindo patologistas especializados em placenta, realizem as investigações/exames diagnósticos apropriados)

ANEXO 2

OUTROS ESTUDOS DE CASO DISPONÍVEIS NO REPOSITÓRIO ONLINE

Veja o repositório online em:

www.stillbirthalliance.org/global-guide

Defesa de direitos

- Articulação técnica na defesa de direitos: priorizar a prevenção da natimortalidade em âmbito nacional

Uganda

- Articulação política na defesa de direitos: como os legisladores podem ajudar após um óbito

EUA

- Conscientização ou defesa de direitos por expressão da voz: Still A Mum ("Ainda sou mãe")

Quênia

- Still A Mum Parent Voices Initiative

Quênia

- Criação do Centro de Excelência em Pesquisas sobre Natimortalidade

Austrália

- Articulação política e apoio à implementação para o enfrentamento da natimortalidade

Afganistão

- Group B Strep International (Iniciativa de conscientização internacional sobre Streptococcus do Grupo B)

EUA

Implementação de programas

- Rastreamento de insuficiência placentária em gestantes de baixo risco (risco habitual)

África do Sul

- Fortalecimento do pré-natal por meio de listas de verificação (checklists) de cuidado pré-natal.

África do Sul

- Programa CLEVER de Atenção Obstétrica

África do Sul

- Cuidado no luto nos **Emirados Árabes Unidos**: contexto e exemplos de casos

Avaliação do progresso

- Uso de dados para reduzir as mortes evitáveis de bebês e crianças

México

ANEXO 3

CHAMADA À AÇÃO THE LANCET *ENDING PREVENTABLE STILLBIRTHS SERIES*

(ATUALIZADA)

METAS DE MORTALIDADE ATÉ 2030

- Taxa nacional de natimortalidade: 12 natimortos ou menos a cada 1.000 nascimentos em todos os países
- Equidade: todos os países devem estabelecer e cumprir as metas para reduzir as desigualdades e utilizar dados para monitorar os casos de natimortalidade

ACESSO UNIVERSAL A CUIDADOS DE SAÚDE ATÉ 2030

- Saúde sexual e reprodutiva: acesso universal aos serviços e integração às estratégias e programas nacionais
- Assistência pré-natal: oferta universal de cuidados pré-natais abrangentes e de qualidade
- Assistência durante o trabalho de parto e o nascimento: acesso universal a cuidados intraparto eficazes e respeitosos, incluindo: monitoramento de alta qualidade durante o parto; intervenções obstétricas oportunas e apropriadas, incluindo cesariana; manejo clínico adequado, respeitoso e contextualizado da natimortalidade

MARCOS ATÉ 2025 (ATUALIZADO)

- Marcos estabelecidos em [Every Newborn Action Plan \(ENAP\)](#) e [Ending Preventable Maternal Mortality \(EPMM\)](#)
- Cuidados respeitosos, que incluem um acordo internacional para um pacote de cuidados após uma morte durante a gestação ou no parto (de uma mãe, de um recém-nascido ou de um bebê natimorto) para a família, a comunidade e os profissionais da saúde impactados, em todas as situações
- Redução do estigma: todos os países devem reconhecer os efeitos da natimortalidade e identificar mecanismos para reduzir o estigma associado em todos os envolvidos, incluindo os profissionais de saúde e as comunidades

O alcance destas metas exigirá que a comunidade de saúde global, os líderes dos países e os indivíduos colaborem de forma eficaz em apoio à:

- Liderança intencional, nos âmbitos global e nacional, especialmente por parte dos responsáveis por políticas públicas
- Amplificação da voz, especialmente das mulheres, para quebrar o silêncio e reduzir o estigma e o tabu em torno da natimortalidade
- Implementação de intervenções integradas em toda a continuidade de cuidados de saúde materna e infantil, com investimentos proporcionais ao impacto global da natimortalidade
- Definição e utilização de indicadores para avaliar o progresso e a qualidade dos cuidados
- Investigação das lacunas de conhecimento sobre prevenção da natimortalidade e apoio no luto

ANEXO 4

METAS DE MORTALIDADE E COBERTURA DO ENAP E EPMM

META	ENAP	EPMM
METAS DE MORTALIDADE ATÉ 2030	Todos os países devem ter 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos e devem continuar a melhorar a equidade Todos os países devem ter 12 ou menos óbitos de recém-nascidos por 1.000 nascidos vivos e continuar a reduzir mortes e deficiências, garantindo que nenhum recém-nascido seja deixado para trás (meta ODS 3.2)	A razão de mortalidade materna (RMM) global deve ser reduzida para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos, sem que nenhum país tenha uma RMM superior a 140 por 100.000 nascidos vivos (meta ODS 3.1)
METAS DE COBERTURA GLOBAL PARA 2025	Cuidados na gravidez Cobertura global de 90% das gestantes com pelo menos quatro consultas no pré-natal Cuidados no parto Cobertura média global de 90% dos partos assistidos por profissionais de saúde qualificados Pelo menos 60% da população deve ter acesso físico à unidade de saúde mais próxima com cuidados obstétricos e neonatais de emergência, em até duas horas de deslocamento (apenas EPMM) Cuidados no pós-parto e com o recém-nascido Cobertura global de 80% de assistência pós-natal precoce 80% dos países devem ter um plano nacional de implementação que esteja sendo executado em pelo menos metade do país, com um número adequado de unidades de internação funcionais de nível 2 vinculadas a unidades de nível 1 para o cuidado de recém-nascidos pequenos e doentes, oferecendo atenção centrada na família (apenas ENAP) Determinantes sociais 65% das mulheres tomando decisões próprias, informadas e empoderadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados em saúde reprodutiva (apenas EPMM)	
METAS DE COBERTURA NACIONAL PARA 2025	Cuidados na gravidez 90% dos países devem atingir cobertura superior a 70% de quatro ou mais consultas de pré-natal Cuidados no parto 90% dos países devem garantir que mais de 80% dos partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados 80% dos países devem garantir que mais de 50% da população tenha acesso físico à unidade de saúde mais próxima com cuidados obstétricos de emergência, em até duas horas de deslocamento (apenas EPMM) Cuidados no pós-parto e com o recém-nascido 90% dos países devem atingir cobertura superior a 60% de assistência pós-natal precoce 80% dos distritos (ou unidades subnacionais equivalentes) devem ter pelo menos uma unidade de internação de nível 2 para cuidados a recém-nascidos pequenos e doentes, com suporte respiratório, incluindo a administração de pressão positiva contínua nas vias aéreas (apenas ENAP) Determinantes sociais 80% dos países devem implementar mudanças legais e políticas que garantam acesso pleno e igualitário a cuidados, informações e educação em saúde sexual e reprodutiva, para mulheres e homens a partir de 15 anos (apenas EPMM)	

METAS DE COBERTURA SUBNACIONAL PARA 2025	Cuidados na gravidez
	80% dos distritos devem garantir que mais de 70% das gestantes realizem pelo menos quatro consultas de pré-natal
	Cuidados no parto
	80% dos distritos devem garantir que mais de 80% dos partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados
	Cuidados no pós-parto e com o recém-nascido
	80% dos distritos devem alcançar cobertura superior a 60% de cuidados pós-natais precoces (no prazo de dois dias)

ENAP: Every Newborn Action Plan (Plano de Ação para Cada Recém-Nascido), EPMM: Ending Preventable Maternal Mortality (Erradicando a Mortalidade Materna Evitável), TMM: taxa de mortalidade materna, ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ANEXO 5

EXEMPLOS DE ATIVIDADES PARA ENVOLVER OS RESPONSÁVEIS PELAS DECISÕES E SEUS INFLUENCIADORES

PERGUNTAS FOCADA EM...	POSSÍVEIS MANEIRAS DE SE ENVOLVER	META
DADOS	Apresentar projetos-piloto para realizar uma melhor coleta de dados nas instituições de saúde	Centro de estudos e pesquisas e associações profissionais
	Apresentar um sistema que inclua os desfechos das gestações nas pesquisas	Representantes dos ministérios
INTERVENÇÕES	Trabalhar com as autoridades competentes para desenvolver diretrizes específicas sobre natimortalidade	Profissionais de saúde
	Criar e divulgar intervenções claras e simples relacionadas à natimortalidade	Representantes dos ministérios
	Compartilhar os aprendizados obtidos de relatórios ou estudos, com uma linguagem simplificada e acessível	Instituições acadêmicas
INVESTIMENTO	Propor a taxa de natimortalidade como indicador da qualidade dos cuidados	Representantes da saúde Representantes dos ministérios
COMUNICAÇÃO	Organizar encontros e eventos sobre natimortalidade – incluir especialistas em natimortalidade em encontros e mesas-redondas – iniciar o debate	Os meios de comunicação O público-geral, incluindo mães e pais
PORTA-VOZES	Criar oportunidades para compartilhar as experiências bem como o impacto de intervenções eficazes – mesas-redondas, diálogos, meios de comunicação social	Os meios de comunicação Representantes do governo Instituições acadêmicas, profissionais de saúde
ESTIGMA	Envolver-se com grupos de pais para compartilhar lições aprendidas	Os meios de comunicação
COMPROMETIMENTO	Exigir que as autoridades responsáveis reconheçam o problema e se responsabilizem pela questão da natimortalidade	Políticos locais e nacionais
	Demonstrar a interligação da natimortalidade com as metas e objetivos governamentais etc.	Líderes do governo
RESPONSABILIZAÇÃO	Estabelecer parcerias com centro de estudos e pesquisas ou agências confiáveis para mensurar a natimortalidade e publicar relatórios de progresso	Líderes do governo Ministros
LEGITIMIDADE PARA AGIR	Usar as vozes dos pais e aliados para mostrar aos políticos que eles têm um mandato para agir	Políticos locais e nacionais
	Formar uma coalizão sólida de ONGs, associações profissionais e fundações para realizar uma ação conjunta de defesa de direitos que demonstre profunda solidariedade	Representantes do governo e ministros

ONGs: organizações não governamentais

Nota: Esta lista de atividades não está completa; são apenas exemplos para ilustrar as diferentes abordagens disponíveis

ANEXO 6

MODELO PARA O PLANO DE AÇÃO DE DEFESA DE DIREITOS

Meta da defesa de direitos:

Objetivo(s) da defesa de direitos:

[illegible]

ANEXO 7

KITS DE FERRAMENTAS DE DEFESA DE DIREITOS PARA A SAÚDE DAS MULHERES, DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES

Desenvolvido por Kelly Thomson, Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH)

KIT DE FERRAMENTAS	ORGANIZAÇÃO	ÁREAS DE FOCO
Advocating for Change for Adolescents! A Practical Toolkit for Young People to Advocate for Improved Adolescent Health and Well-being	PMNCH e Women Deliver	Adolescentes e jovens; saúde para todos; saúde mental; serviços de saúde sexual e reprodutiva
Power On: A Toolkit for Community Organizing	White Ribbon Alliance	Saúde e direitos em saúde; cartilha para cuidado materno respeitoso: direitos universais das mães e dos recém-nascidos
Demystifying Data: Using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights – Workshop and Toolkit	Instituto Guttmacher	Direitos de saúde sexual e reprodutiva dos jovens; utilização de dados para enfrentar problemas; desenvolvimento de uma estratégia para defesa de direitos
ICM Advocacy Toolkit for Midwives	International Confederation of Midwives (ICM)	Mais recursos para parteiras; promover a conscientização para problemas de saúde; mais direitos e proteções para parteiras
Every Newborn: An Advocacy Toolkit and Guidance Manual for Ending Preventable Deaths	OMS e UNICEF	Ferramentas práticas para programas nacionais e partes interessadas apoiarem ações de defesa de direitos voltadas à melhoria da saúde materna e neonatal e prevenção da natimortalidade
Health for All Advocacy Toolkit	Civil Society Engagement Mechanism for UHC2030	Voltado principalmente para o acesso universal à saúde, mas refere-se também à saúde materna
The Young Advocates' Guide on SRHR Advocacy and Intersectionality	Right Here Right Now e YUWA	Direitos de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes; defesa de direitos digitais
Every Mother Counts Advocacy Toolkit	Every Mother Counts	Saúde materna e equidade em saúde; crise da saúde materna nos EUA
Raising Parent Voices Advocacy Toolkit – India Health Providers	ISA	Bebês natimortos; vozes dos pais no luto

KIT DE FERRAMENTAS	ORGANIZAÇÃO	ÁREAS DE FOCO
Raising Parent Voices Advocacy Toolkit – Kenya Parents’ version	ISA	Bebês natimortos; vozes dos pais no luto
Breastfeeding Advocacy Toolkit	UNICEF e WHO	Amamentação
Health Budget Literacy, Advocacy and Accountability for UHC	UHC2030 e PMNCH	Capacitação em gestão financeira em saúde; acesso universal à saúde; prestação de contas
Mobilising Communities on Young People’s Health and Rights: An Advocacy Toolkit for Programme Managers	Family Care International	Direitos e saúde sexual e reprodutiva para jovens
Black Mamas Matter: Advancing the Human Right to Safe and Respectful Maternal Health Care	Black Mamas Matter Alliance e Center for Reproductive Rights	Mortalidade materna nos EUA; acesso a cuidados de saúde reprodutiva; cuidados de qualidade; cuidados maternos respeitosos

ANEXO 8

MODELO PARA MAPEAR AS POLÍTICAS E RECOMENDAÇÕES RELEVANTES

[illegible]

ANEXO 9

CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS PERINATAIS DA OMS

AS SEGUINTE INFORMações DEVEM SER COLETADAS EM TODOS OS NASCIMENTOS:

Número de identificação da mãe:

Número de identificação do bebê:

Nome da instituição:

Nome do distrito:

Antecedentes obstétricos: número de gestações, número de nascidos vivos

Idade da mãe:

Tipo de gravidez: feto único, gemelar, múltiplos fetos

Número de consultas no pré-natal:

Resultado do teste de HIV:

Última menstruação da mãe:

Data e hora do nascimento:

Idade gestacional (semanas) e método de determinação:

Local do parto:

Assistente de parto: parteira, enfermeira, médico, outro, desconhecido

Tipo de parto: vaginal cefálico, vaginal pélvico, cesariana

Sexo do bebê:

Peso ao nascer (gramas):

SE O BEBÊ TIVER MORRIDO, AS SEGUINTE INFORMações ADICIONAIS DEVERÃO SER COLETADAS:

Data e hora do óbito:

Tipo de óbito: neonatal, natimorto intraparto, natimorto anteparto, natimorto com tempo desconhecido

Colaboradores

BILL & MELINDA
GATES foundation





international
stillbirth alliance

LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



MARCH
MATERNAL
ADOLESCENT
REPRODUCTIVE
& CHILD HEALTH



Instituto Luto Perinatal

unicef 
for every child



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE