

THE LANCET

Janeiro, 2016

www.thelancet.com

Pelo fim da natimortalidade evitável

Um Sumário Executivo para a Série do *The Lancet*



Credit: Suzanne Lee/Save the Children/India

“No centro dos programas de saúde para mulheres e crianças ... a assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto protege a mãe e o bebê e representa um retorno dos investimentos em quatro frentes, salvando a vida de mães e de bebês, prevenindo a natimortalidade e, adicionalmente, melhorando o desenvolvimento da criança.”¹

Mensagens principais:

- Grande número de mortes evitáveis: Anualmente ocorrem cerca de 2,6 milhões de natimortos, dos quais 98% em países com renda baixa ou média, sendo 75% no Sudeste Asiático e na África Sub-Saariana. Metade de todas as mortes (1,3 milhões) ocorre durante o trabalho de parto e o nascimento. Muitas são o resultado de condições evitáveis, tais como infecções maternas (especialmente sífilis e malária), doenças não transmissíveis e complicações obstétricas. Algumas são devido a problemas congênitos, mas algumas destas também são evitáveis.
- Grande carga psicossocial e econômica para as famílias e os países: O fardo da natimortalidade afeta mulheres, famílias, profissionais de saúde, comunidades e a sociedade. Os pais experienciam vários sintomas psicológicos que muitas vezes persistem por muito tempo após a morte de seu bebê, mas que poderiam ser atenuados por atendimento respeitoso à maternidade, incluindo a assistência ao luto. Estima-se que 4,2 milhões de mulheres vivem com depressão associada à perda prévia de um natimorto. A longo prazo, o estigma e o tabu aumentam o trauma das famílias e o fatalismo impede a prevenção da natimortalidade.
- A maioria das mortes são evitáveis com melhorias no Sistema de Saúde: A natimortalidade é evitável pela assistência pré-natal e intraparto de qualidade, em um continuum de assistência a mães e crianças. Estas ações resultam em um retorno quádruplo no investimento com a prevenção da morte materna, neonatal e da natimortalidade, e ainda na melhoria do desenvolvimento infantil. A taxa de natimortalidade é um marcador muito sensível da qualidade e equidade na atenção à saúde. Em todas as regiões, há países que estão fazendo progressos rápidos na prevenção da natimortalidade.
- Oportunidades para incluir a natimortalidade nos programas de saúde materna e infantil: Estas oportunidades devem ser aproveitadas de forma sistemática. Algumas iniciativas como o Plano de Ação multilateral Every Newborn, integrado ao *Every Woman Every Child* (EWEC), incluíram, por exemplo, a natimortalidade nas metas para 2030. Os dados para monitoramento de natimortos têm aumentado. Ainda assim, a menção à natimortalidade é muito limitada nas políticas, pesquisas e programas de financiamento relevantes, o que demonstra a perda de oportunidades de integrar e de agir para assegurar o avanço necessário.
- Ações prioritárias para acelerar a redução da natimortalidade: Estas ações incluem (1) a liderança intencional, especialmente pelas políticas/gestores de saúde, que é considerada o maior desafio; (2) dar voz, em especial às mulheres; (3) a implementação de intervenções integradas com investimento proporcional; (4) indicadores para medir o efeito das intervenções e, especialmente, para monitorar o progresso dos programas e da qualidade da assistência; (5) a investigação das lacunas de conhecimento cruciais.

Pelo fim da natimortalidade evitável

Esta Série de cinco artigos¹⁻⁵ sobre como erradicar a natimortalidade evitável relata o estado atual da natimortalidade, destaca as oportunidades perdidas e identifica as ações para acelerar o progresso com a finalidade de acabar com a natimortalidade evitável e alcançar as metas, definidas para 2030, de sobrevivência de mães, recém-nascidos e crianças. Como resultado da colaboração de 216 autores, pesquisadores e consultores que representam 43 países e mais de 100 organizações, apresentamos uma nova convocação para o período pós-2015, enquadrada no contexto da saúde, da sobrevivência e da qualidade global da assistência às mulheres e seus bebês.

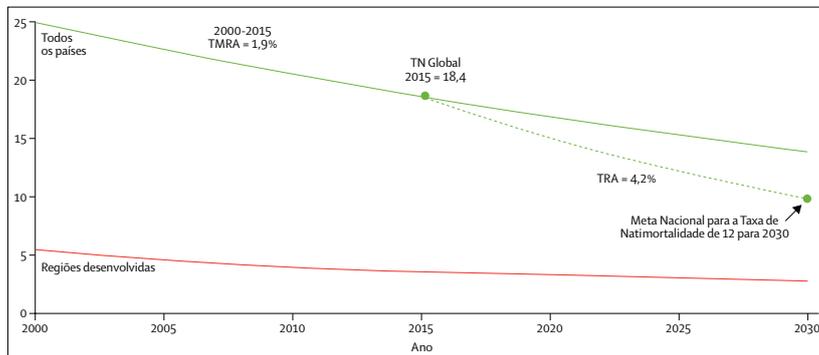


Figura 1: Progresso global em direção à meta do Plano de Ação Every Newborn, para acabar com a natimortalidade evitável até 2030². TMRA=Taxa Média de Redução Anual. TN= Taxa de Natimortalidade.

A Série de artigos sobre a natimortalidade da Lancet de 2011 fez uma revisão da situação mundial da natimortalidade e apresentou a matéria do retorno triplo dos investimentos na prevenção da natimortalidade e que também previne a morte materna e neonatal. Aquela Série de artigos teve um grande impacto na mídia e uma resposta sem precedentes¹. Entretanto, apesar dos avanços, esta nova Série de artigos mostra que devemos fazer mais para integrar a prevenção da natimortalidade em agendas internacionais e nacionais para a qualificação da assistência de saúde de qualidade para mulheres, adolescentes e bebês. Essa mensagem entra em ressonância com outras séries de artigos da *The Lancet*, sobretudo na área de saúde materna, desenvolvimento na primeira infância e recém-nascido e com a iniciativa do Every Newborn.

Meta para acabar com a natimortalidade evitável até 2030²

Em 2014, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a meta de 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos em todos os países até 2030. Noventa e quatro (94) países, principalmente os de renda média ou alta já alcançaram a meta, embora com notável disparidade entre eles. Pelo menos 56 países, especialmente na África e em zonas de conflito, terão que dobrar seu ritmo de progresso para atingir esta meta.

mundial e no nível dos países e instituições que detêm o mandato de liderar os esforços globais para as mães e seus bebês. As Nações Unidas e outros grupos internacionais

devem aproveitar as oportunidades de liderança e incluir a natimortalidade em seu trabalho diário, já que esta responsabilidade é parte da sua missão.

O flagelo mundial da natimortalidade: onde, quando e porquê?^{2,4}

No nível mundial, houve 18,4 natimortos por 1000 nascimentos em 2015, em comparação com 24,7 natimortos, em 2000.² Embora as taxas de natimortalidade tenham diminuído ligeiramente, a taxa de redução média anual de natimortalidade (2,0%) caiu muito mais lentamente do que a de mortalidade materna (3,0%) e de mortalidade pós-neonatal em crianças menores de 5 anos (4,5%). Caso o ritmo atual seja mantido, serão necessários 160 anos para que uma mulher grávida na África tenha a mesma chance de ter um filho vivo que tem hoje uma mulher grávida em um país de alta renda.² Em cada região, alguns países progredem mais rapidamente do que outros na prevenção da natimortalidade. Mesmo entre os países de renda alta, a taxa de natimortalidade (no terceiro trimestre) varia consideravelmente, de 1,3 a 8,8 por 1.000 nascimentos; isso mostra que pode-se diminuir ainda mais a taxa de redução da natimortalidade, sendo que seis países mostram taxa igual ou inferior a 2,0 por 1.000 nascimentos.⁴

A maioria dos 2,6 milhões de natimortos, anualmente, ocorrem em países com renda média ou baixa (98%), três quartos dos quais pertencem à África Subsaariana e ao Sudeste Asiático. Cerca de 60% ocorrem em áreas rurais e mais da metade em zonas de conflito, afetando as famílias

menos atendidas pelo sistema de saúde.²

Metade das mortes ocorrem durante o parto - 1,3 milhões por ano. Estas mortes acontecem principalmente em bebês a termo e que se esperava que sobrevivessem. Embora a maioria das mortes ocorram em centros de saúde, mais de 40 milhões de mulheres dão à luz em casa e sem atendimento. Existem enormes lacunas na cobertura da assistência ao parto, especialmente em partos domiciliares nas regiões da África e Ásia.

A crença de que muitas mortes são inevitáveis devido a anomalias congênitas é generalizada, embora estes casos representem, em média, apenas 7,4% dos natimortos a partir da 28ª. semana.² Os fatores de risco são bem conhecidos e muitas vezes se sobrepõem e incluem idade materna superior a 35 anos, infecção materna, doenças não transmissíveis, nutrição e estilo de vida. A natimortalidade é frequentemente associada a restrição do crescimento fetal, parto prematuro, gravidez prolongada e assistência sub-ótima. Em países de alta renda, 90% dos casos de natimortalidade ocorrem no período pré-parto e, muitas vezes, associados a fatores evitáveis relacionados ao estilo de vida, como obesidade e tabagismo, bem como a atendimento pré-natal de baixa qualidade que inclui a

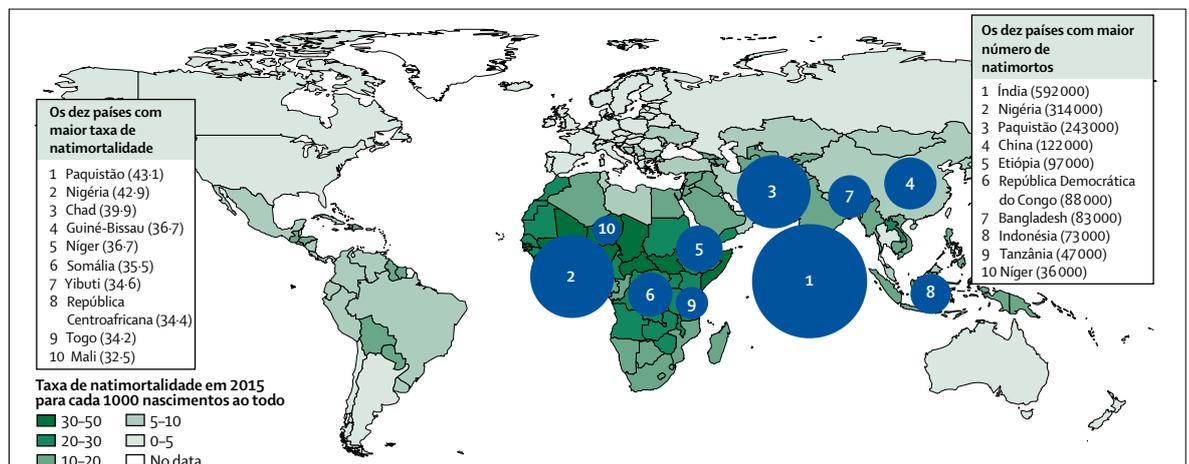


Figura 3: Os países com maiores taxas de natimortalidade em 2015 e aqueles com maior número de natimortos.² Os círculos azuis são proporcionais ao número de natimortos.

Prioridades na melhoria dos dados para informar as ações com vistas a 2030^{2,3,4}

- O registro de todos os nascimentos, natimortos, óbitos maternos e neonatais deve ser aprimorado.
- A taxa de natimortalidade deve ser usada como marcador da qualidade do atendimento durante a gravidez e o parto e como um marcador sensível da força do sistema de saúde.
- A taxa de natimortalidade durante o parto, uma medida direta do acesso a cuidados de qualidade durante o parto deve ser registrada e relatada para aumentar a confiabilidade local.
- É urgente a implementação de um sistema global de classificação e de vigilância dos óbitos, para se compreender as causas e se concentrar os esforços na prevenção.
- O aperfeiçoamento dos dados é essencial para permitir o acompanhamento do conteúdo e da qualidade da assistência pré-natal e intraparto.

incapacidade de identificar bebês em situação de risco.⁴ Assistência pré-natal melhorada e culturalmente adequada, assim como planejamento familiar, educação e redução

da pobreza podem ajudar a reduzir os fatores de risco e a melhorar os resultados para as mães e seus bebês.

Natimortalidade: um fardo pesado para a sociedade^{3,4}**O risco mais alto para as famílias mais pobres⁴**

Em todos os países, o risco de natimortalidade é mais elevado nas populações mais marginalizadas. O desfavorecimento social está associado ao dobro do risco de natimortalidade em países de renda alta⁴, efeito que pode ser até maior em países de renda média e baixa. Esta disparidade reflete desigualdades estruturais, incluindo o racismo e uma sistemática desigualdade de oportunidades. Uma abordagem baseada no direito à atenção universal à saúde tem que incluir as mulheres mais pobres, suas famílias e seus bebês.

Estigma, tabu e fatalismo devem ser desafiados^{3,4}

A natimortalidade permanece oculta para a sociedade. O luto não-autorizado é comum, uma vez que o luto dos pais após a morte do seu bebê não é legitimado ou aceito pelos profissionais da saúde, por suas famílias ou pela sociedade. Em um levantamento realizado para esta série, cerca da metade dos 3.503 pais em luto sentiam que sua comunidade acreditava que os pais “devem se esquecer do seu bebê natimorto e ter outro filho”. Muitos pais reprimem seu luto em público. As mulheres cujos bebês nasceram mortos, especialmente, se sentem estigmatizadas, socialmente isoladas e subvalorizadas pela sociedade e, em alguns casos, sujeitas a violência e abusos.³ O estigma e o tabu agravam o trauma para as famílias e o fatalismo impede o avanço na prevenção da natimortalidade.^{3,4} Estas ideias errôneas e danosas devem ser enfrentadas através da conscientização e da educação, lideradas por organizações de profissionais no interior das comunidades e da sociedade. As organizações de pais, junto aos profissionais da saúde, fornecem um mecanismo efetivo de redirecionar o estigma e o fatalismo em relação à natimortalidade.⁴

Custos diretos, indiretos e intangíveis³

A natimortalidade tem consequências muito amplas sobre pais, profissionais da saúde, comunidades e sociedade e que são frequentemente ignoradas e subestimadas. Sintomas psicológicos negativos são comuns em pais enlutados e, com frequência, persistem durante anos após a morte de seus bebês. Estima-se que 4,2 milhões de mulheres sofrem depressão associada à perda de seu bebê natimorto.³ Muitas mais são afetadas pelos chamados “custos intangíveis”, de maior alcance. Os profissionais da saúde também são profundamente afetados, pessoal e profissionalmente, experienciando culpa, raiva, culpabilidade, ansiedade e tristeza, bem como o medo de denúncias e ações disciplinares. Os dados disponíveis indicam que o custo financeiro direto de um natimorto é de 10 a 70% maior que o de um natimorto.³ Os custos financeiros da assistência devem ser cobertos pelo governo ou pelos planos de saúde ou repassados em sua totalidade para os pais. Os custos do funeral e do enterro ou cremação do bebê são assumidos habitualmente pelos

“...muitas mulheres me disseram que a morte do meu filho era “a vida consertando erros”
(Mãe de um natimorto, Canadá)

“Não pude enterrar meu bebê porque não tinha dinheiro; isso me dói porque não tenho um túmulo”
(Mãe de um natimorto, Alemanha)

“Os homens sentem [a dor da perda de um natimorto], talvez [a mulher] tenha algum demônio ..., talvez seja uma mulher azarada isso pode romper um matrimônio e também causar ansiedade”
(Pai de um natimorto, Uganda)



Mel Scott e seu filho Finley

pais. Estes podem ver sua renda reduzida devido ao tempo de licença do trabalho, à redução da jornada de trabalho ou à redução da produtividade. Dados extraídos de um estudo indicam que aos 30 dias da perda os pais podem estar trabalhando apenas com 26% de sua produtividade habitual, crescendo só até 63% seis meses após a perda.³ Os enormes custos da natimortalidade devem ser levados em conta ao se considerar se as intervenções para a sua prevenção são economicamente efetivas.

Mitigando o efeito da natimortalidade: atendimento ao luto e suporte social.

Uma atitude empática em todos os encontros entre pais enlutados e profissionais da saúde pode minimizar

os custos emocionais e psicológicos adicionais, tanto imediatamente após a perda do bebê natimorto quanto a longo prazo. O atendimento imediato e respeitoso ao luto deve ser parte da prática rotineira de todos os profissionais da saúde, o que inclui dar suporte e encorajar as mulheres a ver e a carregar seus bebês e a criação de lembranças, o que já se demonstrou ser de grande auxílio em melhorar o estado de ânimo dos pais.³ Todo profissional da saúde que esteja prestando assistência aos partos em qualquer contexto deve ser treinado a oferecer atendimento respeitoso ao luto após o parto de um natimorto, assim como após a morte materna ou neonatal e, por sua vez, ter acesso ao suporte para si mesmo após uma morte.

Rumo a 2030: uma abordagem integrada para direcionar a natimortalidade⁵

Esta série de artigos delinea uma nova chamada de ação para acabar com a natimortalidade evitável (Painel 1) dentro do contexto da atenção integral à saúde. A implementação das Metas para um Desenvolvimento Sustentável e da Estratégia Global de Saúde Materna, Infantil e do Adolescente será maximizada através do reconhecimento, incorporação e contabilização dos natimortos. A comunidade sanitária global, os líderes dos países e as mulheres e homens individualmente devem reconhecer a natimortalidade e suas consequências como amplamente evitáveis, colaborando mais efetivamente e erguendo suas vozes coletivas para romper o silêncio e reduzir o estigma e o tabu.

Implementação integrada para obter maior efeito

A prevenção da natimortalidade e o seu resultado não podem ser um tema individualizado e requerem uma abordagem programática integrada. Ignorar a natimortalidade nas agendas minimiza e oculta o potencial dos programas de saúde da mulher e da criança. Revisões das intervenções

necessárias para direcionar a saúde e a sobrevivência materno-infantil demonstram a importância de uma abordagem integrada dentro de um quadro assistencial de qualidade ao longo de um continuum (Figura 4). Ao mesmo tempo, algumas intervenções baseadas em evidências têm seu grande efeito na natimortalidade—por exemplo, o tratamento da sífilis durante a gravidez pode impedir mais de 7.7% de óbitos (ou mais de 200.000 natimortos), embora seu efeito seja menos evidente nas mortes neonatais; a monitorização do batimento cardíaco fetal e o seu controle durante o trabalho de parto são cruciais para impedir 1,3 milhão de mortes intraparto, bem como para reduzir as mortes neonatais. Não contabilizar os natimortos poderia ser uma das razões pelas quais essas duas intervenções não têm recebido toda a atenção que merecem. Uma análise da Lives Saved Tool (Ferramenta de Vidas Salvas, conhecida como LiST em sua sigla em inglês) relatou que aumentar a escala das intervenções testadas durante a gravidez e o parto nos 75 países com a taxa mais elevada poderia prevenir 823.000 mortes perinatais, 1.145.000 mortes neonatais e

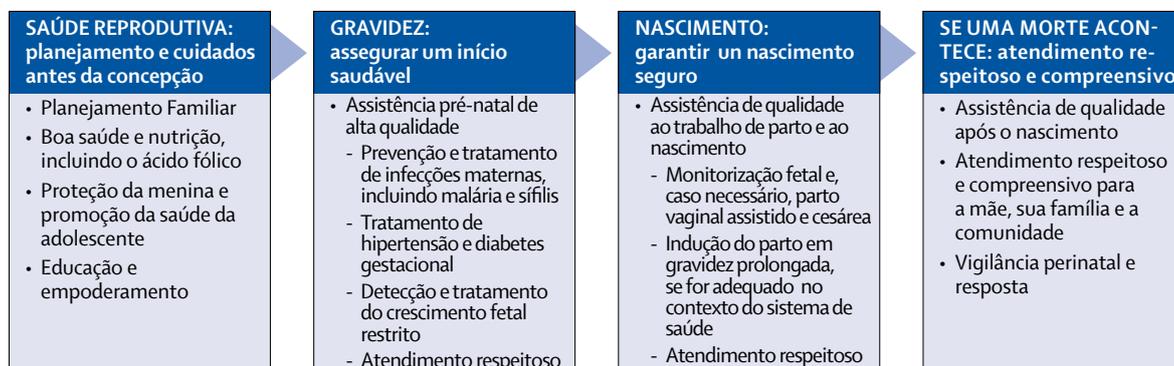


Figura 4: Prevenção e resposta à natimortalidade dentro do continuum da saúde e sobrevivência da adolescente, materna, do recém-nascido e da criança⁵

166.000 mortes maternas por ano, com o alcance da meta universal para 2030 a um custo anual adicional de 2.150 dólares por vida salva.³ Investimento adicional é crucial para assegurar o atendimento respeitoso para a mãe e para o bebê, inclusive após a morte.

Esta série de artigos propõe três critérios para se avaliar se os natimortos estão sendo integrados de maneira eficiente

dentro das iniciativas para a saúde materno-infantil em nível nacional e global: (1) A natimortalidade tem sido incluída em sumários relevantes da carga de mortalidade materna, neonatal e infantil? (2) A assistência pré-natal e intraparto de alta qualidade tem sido incluída com intervenções específicas para prevenir a natimortalidade?(3) A natimortalidade é monitorada com a utilização de uma meta ou de um marcador de resultado, ou ambos?

Painel 1: Chamada de ação para erradicar a natimortalidade evitável⁵

Metas de Mortalidade para 2030 (incluídos no Plano de Ação Every Newborn)

- 12 natimortos ou menos para cada 1000 nascimentos ao todo, em cada país
- Todos os países estabelecerem e alcançarem as metas para preencher as lacunas de igualdade e usar os dados para monitorar e prevenir a natimortalidade

Metas para alcance universal da atenção à saúde

- Planejamento familiar: para 2020, 120 milhões a mais de mulheres e meninas com acesso a métodos contraceptivos; para 2030, acesso universal a serviços de saúde reprodutiva e sexual e integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais
- Assistência pré-natal: para 2030, assistência pré-natal abrangente e de qualidade universal para todas as mulheres
- Assistência ao parto e ao nascimento: para 2030, atendimento eficaz e respeitoso durante o parto para todas as mulheres, em todos os países

Marcos

- Alcançar os marcos globais e nacionais do Plano de Ação Every Newborn até 2020, incluindo o Measurement Improvement Roadmap (Roteiro para a Melhoria das Medidas).
- Atendimento respeitoso, incluindo o suporte ao luto após a morte: para 2020, consenso global sobre conjunto de medidas para o atendimento após a morte durante a gestação ou o parto, para as famílias atingidas, sua comunidade e os profissionais da saúde envolvidos, em qualquer situação
- Reduzir o estigma: até 2020, todos os países devem identificar mecanismos para reduzir o estigma associado à natimortalidade entre todos os envolvidos, especialmente profissionais da saúde e comunidades

Ações prioritárias para modificar a tendência da natimortalidade

LIDERANÇA EXPLÍCITA:	Reforçar a liderança existente; assegurar que as organizações globais incluam a natimortalidade quando levarem a cabo ações para as mulheres e crianças, envolvendo explicitamente os pais e fomentando a liderança
DAR MAIS VOZ, especialmente às mulheres:	Empoderar as mulheres na demanda de uma boa qualidade de vida e de atenção à saúde e apoiar aquelas atingidas pela natimortalidade para que reivindiquem mudanças; desenvolver protocolos culturalmente adequados para o atendimento respeitoso após a morte; reduzir o estigma
IMPLEMENTAÇÃO de intervenções integradas com investimento proporcional:	Assegurar a todas as mulheres a assistência de qualidade no pré-natal, no parto e no nascimento e após o óbito; focar nas intervenções de maior impacto, especialmente na assistência intraparto nos contextos de cargas mais elevadas; resolver os impasses do sistema de saúde, especialmente a demanda de profissionais qualificados e em particular de obstetriges; aumentar o financiamento e a inovação proporcionalmente aos 2,6 milhões de mortes anuais; promover estas ações nos processos globais, regionais e nacionais em apoio à Estratégia Global para a Saúde Materna, Infantil e do Adolescente
INDICADORES PARA MEDIR O IMPACTO & monitorar o avanço:	Contabilizar toda gestação e todo recém-nascido, incluindo os natimortos, particularmente pelo aperfeiçoamento dos Sistemas de Registro Vital e Civil; integrar os componentes específicos relativos à natimortalidade nos planos relevantes de aperfeiçoamento de dados, sobretudo para poder monitorar a qualidade e a cobertura programática, incluindo a prevenção da natimortalidade e o suporte posterior; completar e utilizar mecanismos de vigilância perinatal assim como um sistema global de classificação
INVESTIGAÇÃO das lacunas de conhecimento cruciais:	Preencher as lacunas de conhecimento, estabelecendo prioridades na pesquisa relacionada à prevenção da natimortalidade e ao suporte ao luto, incluindo a ciência investigativa e a ciência aplicada como forma de impulsionar a inovação; desenvolver a capacitação em pesquisa



Credit: © Photo Tagawa Djiiba/UNFPA/Niger

Painel 2: Ações necessárias em países de renda elevada⁴

- Monitorar e direcionar fatores sociais determinantes para o bem estar materno e fetal em todos os países, incluindo estratégias para reduzir a obesidade e o tabagismo nas mulheres em idade reprodutiva
- Implementar vigilância perinatal de alta qualidade e expandi-la em nível nacional
- Oferecer, a todos os pais que sofreram a perda de um natimorto, a autópsia e o exame histopatológico da placenta, feitas com qualidade por um patologista perinatal especializado
- Oferecer a formação no atendimento ao luto a todos os profissionais da saúde
- Levar a cabo pesquisas para melhorar a previsão da morte fetal, com foco na relação com a placenta e nas relações causais da natimortalidade não-explicada
- Eliminar o estigma e o fatalismo que cercam a natimortalidade, através da colaboração entre pais e profissionais da saúde, da educação e de ações em nível comunitário

Maiores informações

The Lancet Ending preventable stillbirths Series 2016: <http://www.thelancet.com/series/ending-preventable-stillbirths>

The Lancet Every Newborn Series 2014: <http://www.thelancet.com/series/everynewborn>

The Lancet Midwifery Series 2014: <http://www.thelancet.com/series/midwifery>

Referências

Todos os artigos da Série e Comentários disponíveis em www.thelancet.com

- Frøen J, Friberg IK, Lawn JE, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1).
- Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5).
- Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group, with The Lancet Ending

Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3).

- Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths study group and The Lancet Stillbirths in High-Income Countries Investigator Group. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01020-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X).
- de Bernis L, Kinney K, Belizan JM, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series Advisory Group. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X).

Artigos relacionados e Comentários:

- Blencowe H, Cousens S, Bianchi Jassir F, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00275-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2).
- Zhu J, Liang J, Mu Y, et al. Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. *Lancet Glob Health* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00271-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00271-5).
- Horton R, Samarasekera U. Stillbirths: ending an epidemic of

grief. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01276-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3).

- Homer C, Malata A, ten Hoop-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirth. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7).
- ten Hoop-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths—more than a triple return on investment. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01277-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01277-5).
- Kiguli J, Munabi IG, Ssegujja E, et al. Stillbirths in sub-Saharan Africa: unspoken grief. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01171-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01171-X).

Agradecimientos

Grupo de estudio do The Lancet Ending Preventable Stillbirths: J Frederik Frøen, Joy E Lawn, Alexander E P Heazell, Vicki Flenady, Luc de Bernis, Mary V Kinney, Hannah Blencowe e Susannah Hopkins Leisher. Agradecemos a Aleena

Wojcieszek por conduzir a primeira versão do resumo e a Udani Samarasekera e Emilia Harding pela revisão editorial. Layout: Chris Rowland, Fiona Milligan and Stacey Black - Miracle Interactive, Cidade do Cabo

Grupo de Estudio



Assessores



Support for translation of the Portuguese version by:

