

Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Paulo Ernani Gadelha

VICE-PRESIDENTE DE ENSINO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Nísia Trindade Lima

Editora Fiocruz

DIRETORA

Nísia Trindade Lima

EDITOR EXECUTIVO

João Carlos Canossa Mendes

EDITORES CIENTÍFICOS

Carlos Machado de Freitas

Gilberto Hochman

CONSELHO EDITORIAL

Claudia Nunes Duarte dos Santos

Jane Russo

Ligia Maria Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Marilia Santini de Oliveira

Moisés Goldbaum

Pedro Paulo Chieffi

Ricardo Lourenço de Oliveira

Ricardo Ventura Santos

Soraya Vargas Côrtes

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

DIRETOR

Hermano Albuquerque de Castro

COORDENADORA DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Lúcia Maria Dupret



Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

Sonia Bittencourt
Marcos Dias
Mayumi Wakimoto
Organizadores



Copyright ©2013 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Ensp/EAD

EDITORA ASSISTENTE DA COEDIÇÃO

Christiane Abbade

PROJETO GRÁFICO

Eliayse Villote

Jonathas Scott

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Henriette dos Santos

Isabel Arruda Lamarca

ILUSTRAÇÃO

Luiz Marcelo Resende

SUPERVISÃO EDITORIAL

Maria Leonor de M. S. Leal

IMAGENS DE ABERTURA

www.dreamstime.com

www.morguefile.com

REVISÃO METODOLÓGICA

Henriette dos Santos

Isabel Arruda Lamarca

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM

Quattro Design

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO

Alda Maria da Glória Lessa Bastos

Christiane Abbade

Maria Auxiliadora Nogueira

Rosemary Zuanetti

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

B624

Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo (Org.)

Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação
em comitês de mortalidade. / organizado por Sonia Duarte
de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi
Duarte Wakimoto. — Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.

268 p., il., tab., graf.

ISBN: 978-85-61445-87-4

1. Vigilância Epidemiológica. 2. Mortalidade Materna.
3. Mortalidade Infantil. 4. Mortalidade Fetal. 5. Comitê de
Profissionais. 6. Educação a Distância. I. Dias, Marcos Augusto
Bastos (Org.). II. Wakimoto, Mayumi Duarte (Org.). III. Título.

CDD – 304.64

2014

Editora Fiocruz

Avenida Brasil, 4036 – Sala 112

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Tels.: (21) 3882-9039 ou 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

www.fiocruz.br/editora

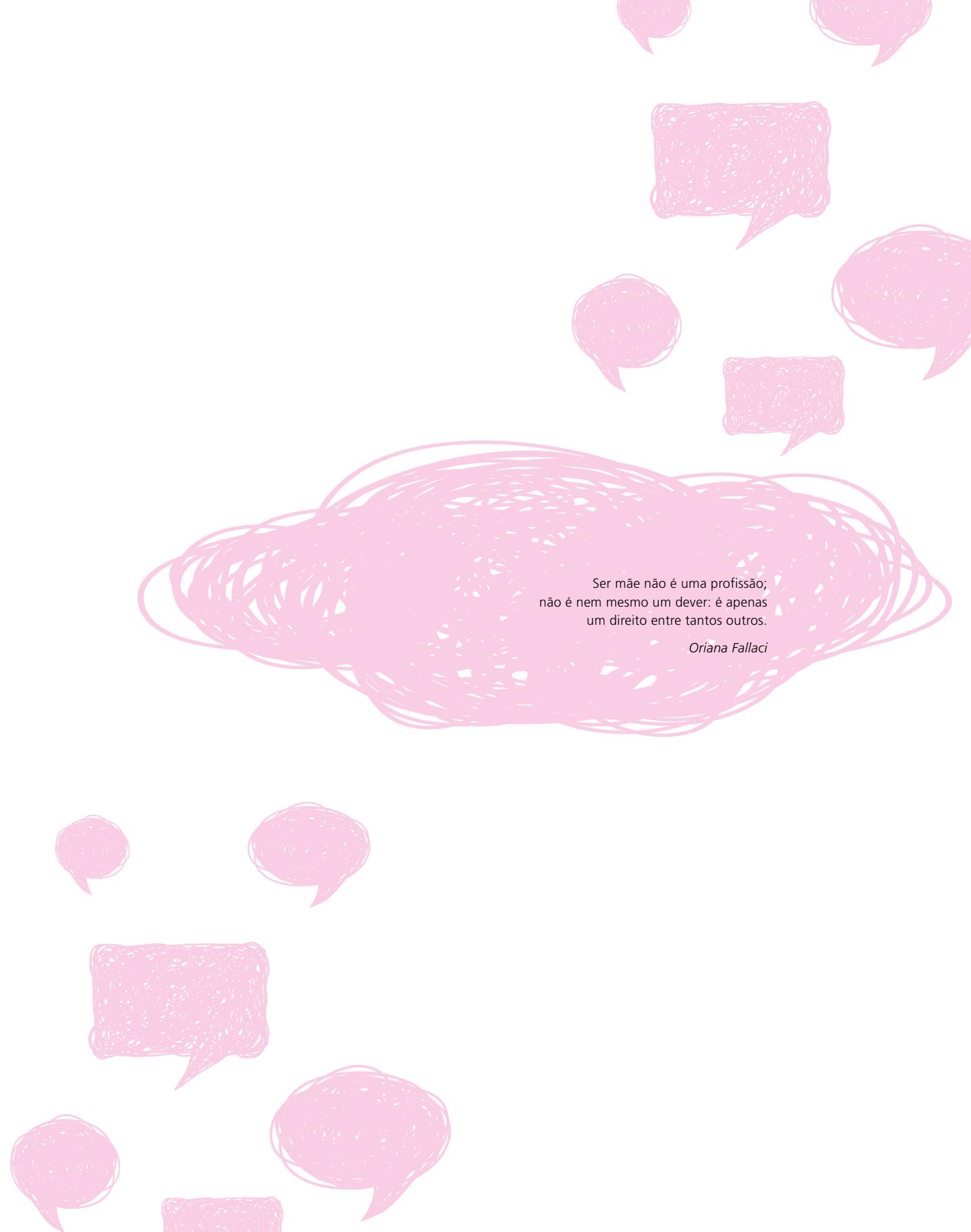
**Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca**

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Prédio Professor Joaquim
Alberto Cardoso de Melo

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

www.ead.fiocruz.br



Ser mãe não é uma profissão;
não é nem mesmo um dever: é apenas
um direito entre tantos outros.

Oriana Fallaci

Autores

Angela Maria Cascão

Graduada em serviço social pela Faculdade de Serviço Social do Rio de Janeiro; sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública Ensp/Fiocruz; doutoranda de saúde coletiva no IESC/UFRJ; mestre em saúde coletiva pelo IESC/UFRJ; assessora de dados vitais da SVS/SES-RJ, responsável pelo SIM e Sinasc no estado do Rio de Janeiro; participante do grupo de trabalho que revisa as Tabelas de Decisão do Seletor de Causa Básica (SCB), aplicativo do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Claudia Bonan Jannotti

Médica pela FCM/UERJ; doutora em ciências humanas pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (UFRJ); docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente - Fernandes Figueira/Fiocruz.

Heberth Costa Figueiredo

Promotor de justiça de entrância final de São Luís-MA; doutor e mestre em direito constitucional pela Universidade de Fortaleza (Unifor); professor titular em direito constitucional da Escola Superior do Ministério Público do Estado do Maranhão e Faculdade Santa Terezinha (CEST).

Kátia Silveira da Silva

Médica; doutora em saúde coletiva; membro-fundadora do Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna do estado do Rio de Janeiro; pesquisadora na linha de saúde reprodutiva e morbimortalidade materna; coordenadora da disciplina de epidemiologia da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IFF/Fiocruz.

Leila Monteiro Navarro

Psicóloga pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); mestre em saúde coletiva pela UFPE; especialista em saúde pública pela Fiocruz; atuou como pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco. Atualmente desenvolve atividades na Secretaria de Saúde do Recife.

Liliane Brum Ribeiro

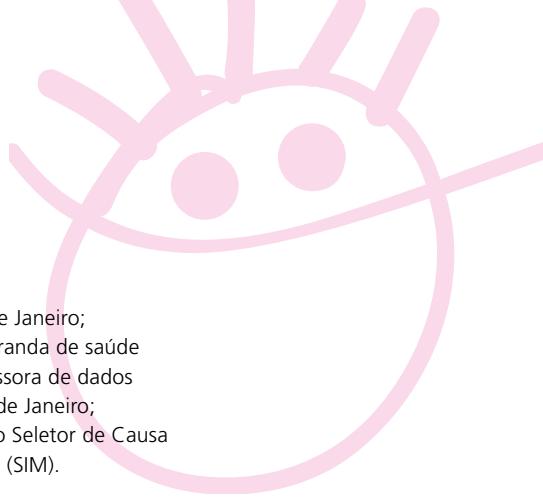
Professora universitária na área da antropologia urbana; mestre em antropologia social pela UFSC; especialista em gênero e sexualidade pelo CLAM/UERJ. Coordenou projetos sociais de prevenção às DST/HIV/Aids entre jovens e adolescentes no Grupo de Apoio à Prevenção da Aids no Ceará (GAPA/CE). Atualmente é assessora técnica do Ministério da Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher.

Luciana Ferreira Bordinoski

Graduada em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Estadual de Londrina; mestrande em saúde da mulher e da criança pelo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz; especialista em saúde coletiva, saúde da família e auditoria em serviços de saúde, gestão da clínica nas redes metropolitanas de atenção à saúde. Atualmente é enfermeira do Ministério da Saúde, atuando como técnica da Coordenação de Saúde da Mulher e desenvolvendo atividades inerentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com destaque para o cuidado materno-infantil, direitos sexuais e reprodutivos e atenção ginecológica (câncer do colo do útero e câncer de mama).

Marcos Augusto Bastos Dias (Organizador)

Médico ginecologista-obstetra; doutor e mestre em saúde da mulher e da criança pelo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz; professor colaborador da Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/Fiocruz; consultor da área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.





Maria do Rosário Mascaro Machado

Biomédica pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Barão de Mauá (Ribeirão Preto, SP); especialista em saúde pública e saúde do trabalhador e ecologia humana pela Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sergio Arouca/Fiocruz. Atual coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Geral Público de Palmas e presidente do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil do Tocantins.

Mayumi Duarte Wakimoto (Organizadora)

Médica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; doutora e mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz; tecnologista em saúde pública do Laboratório de Doenças Febris Agudas, Instituto de Pesquisas Evandro Chagas (IPEC/Fiocruz). Realiza pesquisas sobre doenças infecciosas. Experiência na área de vigilância em saúde e epidemiologia hospitalar.

Paulo Germano de Frias

Médico sanitarista e epidemiologista pelo Centro de Pesquisas Ageu Magalhães/Fiocruz; doutorando e mestre em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atua como pediatra na Secretaria de Saúde do Recife; docente e pesquisador do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Penha Maria Mendes da Rocha

Médica formada pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro; especialista em ginecologia e obstetrícia. Sanitarista formada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Atua no corpo técnico da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, na vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos fetais, de menores de um ano e de causas mal definidas. Membro integrante do Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna e do Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Fetal e Infantil do Município do Rio de Janeiro.

Raquel Maria Cardoso Torres

Nutricionista graduada pela UERJ; residência multiprofissional em saúde coletiva pelo IESC/UFRJ; mestre em saúde pública pela Ensp/Fiocruz. Atuou como tutora no curso de Avaliação em Saúde e atualmente desenvolve atividades de pesquisa no Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser/Ensp) e no grupo de pesquisa Epidemiologia e Avaliação de Programas sobre a Saúde Materno Infantil (Ensp). Experiência na área de epidemiologia e vigilância em saúde.

Regina Coeli Viola

Médica; técnica da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise da Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde de 2009 a 2012. Autora do *Manual dos comitês de mortalidade materna* do Ministério da Saúde e do *Guia de vigilância de óbitos maternos* (1994, 2000, 2007, 2009). Foi secretária executiva da Comissão Nacional de Mortalidade Materna em Brasília.

Rosângela Durso Perillo

Enfermeira; mestre em saúde pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi presidente do Comitê Municipal de Prevenção de Óbito Materno de Belo Horizonte de 2007 a 2011. Professora da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e referência técnica da Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.



Silvana Granado Nogueira da Gama

Enfermeira; doutora e mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública; pesquisadora titular em saúde pública do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde Ensp/Fiocruz. Experiência em pesquisa e docência na área de saúde coletiva, com ênfase em epidemiologia, na área de saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt (Organizadora)

Nutricionista formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e sanitarista pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz; mestre em alimentação e nutrição pelo Instituto de Nutrição de Centro-América e Panamá (INCAP). Pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Sonia Lansky

Médica pediatra; doutora em saúde pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (FMG). Coordena a Comissão Perinatal e o Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil BH-Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Consultora do Ministério da Saúde na área técnica de saúde da mulher.

Sonia Maria Soares dos Santos

Enfermeira; mestre em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá-PR. Membro do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil do Paraná e responsável pela Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção da 2ª Regional de Saúde Metropolitana da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

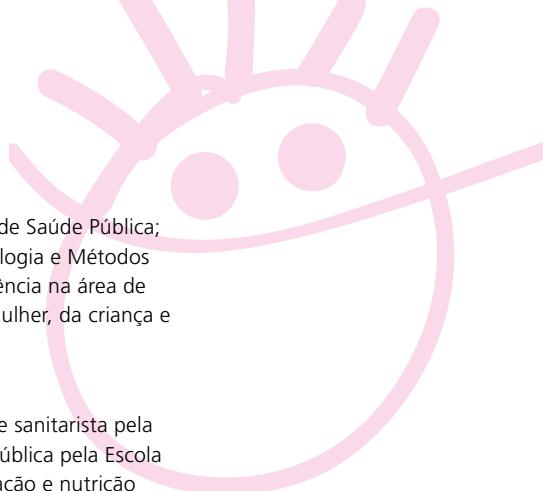
Colaboradores

Guido Antonio Espírito Santo Palmeira

Médico pela Faculdade de Medicina de Teresópolis; mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz); especialista em residência em medicina preventiva e social e em epidemiologia pela Ensp/Fiocruz. Atualmente é pesquisador adjunto da Fiocruz. Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em saúde pública, atuando principalmente nas seguintes áreas: epidemiologia, ensino e ensino a distância.

Juan José Cortez Escalante

Graduado em medicina humana pela Universidade Nacional San Luis Gonzaga de Ica; doutor em medicina tropical pela Universidade de Brasília. Atualmente é coordenador geral da CGIAE/DASIS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Tem experiência na área de medicina e epidemiologia, com ênfase em doenças infecciosas e parasitárias, atuando principalmente nos seguintes temas: mortalidade infantil e materna, análise da situação de saúde no Brasil, AIDS/HIV e tuberculose.





Sumário

Prefácio 13

Apresentação 17

I Ações em saúde e exercício de cidadania: caminhos para conhecer o perfil de mortalidade materna, infantil e fetal

1. A construção do direito à saúde no Brasil 25
Heberth Costa Figueiredo, Liliane Brum Ribeiro, Luciana Ferreira Bordinoski e Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

2. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil 51
Claudia Bonan Jannotti, Kátia Silveira da Silva e Rosângela Durso Perillo

3. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade 91
Paulo Germano de Frias e Leila Monteiro Navarro

4. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis 123
Sonia Lansky

II Informação, análise e ação: o papel da vigilância em saúde e dos comitês de mortalidade

5. Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde 137
Angela Maria Cascão, Penha Maria Mendes da Rocha, Mayumi Duarte Wakimoto, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

6. Outros sistemas de informação em saúde e indicadores de saúde 171
Paulo Germano de Frias e Leila Monteiro Navarro, Silvana Granado Nogueira da Gama, Raquel Maria Cardoso Torres, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

7. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança 201
Paulo Germano de Frias, Regina Coeli Viola, Leila Monteiro Navarro, Maria do Rosário Mascaro Machado, Penha Maria Mendes da Rocha, Mayumi Duarte Wakimoto, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

8. Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde 247
Paulo Germano de Frias, Leila Monteiro Navarro, Sonia Maria Soares dos Santos, Marcos Augusto Bastos Dias, Regina Coeli Viola

Siglas 265

Prefácio

Foi com grande satisfação que aceitei o convite para apresentar o livro *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade*, concebido pelo Grupo de Pesquisa da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fiocruz, em articulação com o Instituto Fernandes Figueira (IFF) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

É notável a contribuição dos autores para a qualificação dos profissionais de saúde, no que diz respeito à sua atuação no campo da vigilância de óbitos materno, infantil e fetal. Por isso, o público-alvo do livro são os membros de Comitês de Mortalidade Materna, Infantil, Fetal, Comitês de Análise de Óbitos Hospitalares, Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, e também os profissionais e gestores de saúde em geral.

Nas análises apresentadas nos diversos capítulos, é explícito o empenho do Ministério da Saúde para aprimorar e ampliar as ações de vigilância, por meio da articulação entre as Secretarias de Atenção à Saúde (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área Técnica de Saúde da Mulher) e as de Vigilância em Saúde (Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica/Departamento de Análise de Situação de Saúde). A melhoria dos Sistemas de Informação e Atenção à Saúde pode ser percebida pelos bons resultados já alcançados, seja no aumento da cobertura e qualidade das informações, seja na melhoria da qualidade das práticas de atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido. Esta obra é mais um investimento nessa direção.

Com muita satisfação, registro o trabalho colaborativo da SAS e da SVS, do Ministério da Saúde, com a Ensp/Fiocruz e com o nosso grupo de pesquisa, em particular nessa área de trabalho. Desenvolvemos várias investigações em conjunto que resultaram em avaliações dos processos da assistência ao parto e nascimento e dos Sistemas de Informação em Mortalidade e de Nascidos Vivos que subsidiaram intervenções e aprimoraram a gestão do SUS.

A intenção de qualificar profissionais de saúde revela-se, ao longo da obra, pela metodologia adotada. Uma metodologia que considera o público-alvo protagonista de seus estudos e da aquisição de conhecimentos. O estímulo à discussão e troca de experiências, presente em todos os capítulos, parte do pressuposto de que o conhecimento advindo da prática tem significado e valor, e de que considerá-lo, como base para o desenvolvimento de novas habilidades, reforça a autoestima do profissional, bem como o seu compromisso com as práticas que realiza.

Consoante com a metodologia fundamentada em problemas, faz parte da abordagem dos conteúdos a apresentação de casos para a discussão de conceitos. Entendemos que esse método amplia a capacidade de se aprender que pode haver diferentes visões de um mesmo problema, sem uma receita pronta para ser adotada. Desse modo, a leitura do livro torna-se uma experiência de aprendizagem que estimula a nossa criatividade e a curiosidade.

As discussões propostas são oportunidades para refletir teoricamente sobre a nossa realidade e, também, para articular nosso universo e vivências profissionais com os de outros colegas em outros contextos – no caso, os autores do livro e demais especialistas cujas ideias foram apresentadas. Esses momentos de reflexão servem, ainda, para romper com a solidão e a burocracia que alimentam muitas vezes o desinteresse dos profissionais de saúde que vivenciam um cotidiano repetitivo, normatizado e pouco desafiador.

Nota especial merecem as leituras recomendadas. Elas ampliam o universo temático do livro, trazendo conteúdos mais gerais, e abrem portas para a descoberta de respostas na literatura científica. Essa dimensão é amplamente recomendável na formação continuada do profissional de saúde, dada a necessidade cada vez mais premente da utilização de práticas terapêuticas baseadas em evidência científica. É conhecido que muitas práticas arcaicas na atenção à saúde em geral e, em particular, das gestantes, mães e crianças ainda permanecem em uso na nossa sociedade. Ora, um livro que ensina a perguntar e questionar produz aliados para mudanças de condutas.

Aos profissionais de saúde, aqui fica a minha recomendação para uma leitura proveitosa do livro. Afinal, são vocês que no dia a dia constroem, nos diferentes níveis de gestão do SUS, o Pacto pela Vida e de Gestão, e as políticas prioritárias pactuadas na tripartite que conformam o Plano Nacional de Saúde, aprovado pelo Conselho de Saúde e que compõe a resposta do Brasil aos desafios dos Objetivos do Milênio, com os quais o nosso país se comprometeu diante das Nações Unidas.

Maria do Carmo Leal

Pesquisadora titular da Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

Apresentação

O livro *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade* representa o resultado de um trabalho conjunto das áreas técnicas do Ministério da Saúde – Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Jovem e Departamento de Análise de Situação de Saúde – e da Fundação Oswaldo Cruz – Grupo de Pesquisa da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, e Coordenação de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (EAD/Ensp), Instituto Fernandes Figueira (IFF) e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – para a sensibilização da sociedade sobre o tema e a qualificação dos profissionais de saúde e membros de comitês de mortalidade.

O óbito materno, infantil e fetal constituem importantes problemas de saúde pública e permanecem como um desafio. A rede de determinantes que envolve esse evento ilustra profundas desigualdades entre as regiões geográficas do país, que podem ser evidenciadas pelos indicadores de saúde e pela distribuição dos óbitos maternos, infantis e fetais nos diferentes grupos sociais que compõem a sociedade brasileira. Fica evidente a necessidade de políticas desenvolvidas com equidade e que contemplem as diferentes realidades sociais, culturais e de acesso a serviços de saúde.

O enfrentamento do problema demanda ações educativas e comunicativas, colocando a discussão na agenda e sensibilizando os diferentes atores para a importância da atuação de cada um, seja como profissional de saúde, representante da sociedade civil organizada, cidadão. Este livro busca, portanto, estimular o debate, contribuir para a reflexão e para a discussão do tema no contexto da saúde da mulher e da criança e da saúde pública.

O livro está organizado em duas partes que se dividem em oito capítulos.

A Parte I, “Ações em saúde e exercício de cidadania: caminhos para conhecer o perfil de mortalidade materna, infantil e fetal”, contém quatro capítulos e tem como objetivo situar o leitor na problemática dessas mortalidades, abordando os aspectos históricos e conceituais da construção do SUS, assim como a discussão do panorama da mortalidade materna, infantil e fetal no Brasil e no mundo.

O primeiro capítulo, “A construção do direito à saúde no Brasil”, aborda a gênese do direito à saúde e sua evolução histórica no país, a discussão da nova concepção de saúde e os princípios e diretrizes que norteiam a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as formas de participação da sociedade civil para a reivindicação dos seus direitos.

“Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil” é o Capítulo 2, que apresenta os conceitos fundamentais para a compreensão do tema, os indicadores de mortalidade materna e seus determinantes e as desigualdades regionais em nosso país. Pretende contribuir para o conhecimento das necessidades de saúde e das vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais, visando à discussão das ações de saúde mais efetivas para prevenir os óbitos. Após a discussão do direito à saúde, no capítulo anterior, este capítulo enfatiza a importância da ampliação do acesso aos serviços de saúde, da melhoria da qualidade do cuidado e de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais e das discriminações de gênero e étnico-raciais, com a participação da sociedade na luta por seus direitos.

O Capítulo 3, “Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade”, discute a mortalidade infantil e seus determinantes no Brasil e no mundo, destacando sua magnitude e as tendências históricas dos riscos de morrer de crianças. Apresenta os conceitos fundamentais e os componentes da mortalidade infantil e discute a estreita relação desse indicador às condições de vida e ao nível de desenvolvimento social. Ao longo do capítulo, é retomada a discussão do direito à saúde, do direito à vida, sobretudo considerando as vulnerabilidades da criança nas diferentes fases de seu desenvolvimento. São apresentadas as ações de saúde implementadas para prevenir o óbito infantil, os avanços significativos na situação de saúde da criança ocorridos nas últimas décadas e os desafios que ainda se impõem diante de seus determinantes.

“Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis”, Capítulo 4, discute o tema sob a perspectiva de sua valorização, abordando a qualidade do registro e o sub-registro dos óbitos fetais. Discute ainda a sua evitabilidade,

relacionada às condições de saúde reprodutiva, ao acesso e à qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Constitui um indicador tanto de condições socioeconômicas da população quanto de qualidade da assistência e permanece na agenda não somente como um desafio para o seu enfrentamento como problema de a saúde pública, mas também para o conhecimento de sua real magnitude.

A Parte II, intitulada “Informação, análise e ação: o papel da vigilância em saúde e dos comitês de mortalidade”, apresenta um caráter mais diretamente relacionado à prática da vigilância do óbito e da atuação em comitês de mortalidade. Está estruturada de modo a permitir ao leitor uma breve revisão dos sistemas de informação em saúde e dos indicadores de saúde e a discussão, em maiores detalhes, do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e seus instrumentos de registro de óbitos e nascimentos. É apresentada também a vigilância do óbito em todas as suas etapas de desenvolvimento e, por fim, os comitês de mortalidade.

“Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde” é o quinto capítulo. Ele destaca a importância do registro de óbitos e nascimentos e apresenta a discussão crítica sobre os campos da declaração de óbito e da declaração de nascidos vivos, sobre a qualidade do dado, completude e sub-registro. Apresenta ainda o fluxo da informação e os níveis de gestão dos sistemas. Considerando que o conhecimento da situação de saúde e da tendência da mortalidade materna, infantil e fetal depende da qualidade dos dados registrados, o capítulo ressalta a relevância do investimento nos sistemas de informação para garantir o monitoramento dos dados e a análise oportuna da informação produzida. Dessa forma, os dados registrados poderão se constituir em informação estratégica para a definição das prioridades e o planejamento das ações em saúde.

O Capítulo 6, “Outros sistemas de informação em saúde e indicadores de saúde”, apresenta os demais sistemas de informação em saúde e os respectivos indicadores e a relação destes com os sistemas de informação de óbitos e nascimentos, potencializando a análise da mortalidade materna, infantil e fetal e sua determinação. A análise deve incluir desde dados mais gerais de caráter socioeconômico e demográficos até os relativos aos serviços de saúde, com ênfase na organização, distribuição, acesso e qualidade da assistência. A complexidade do tema exige avaliação mais completa que não se limite a questões técnicas, e que inclua aspectos mais amplos em sua relação com a saúde da mulher e da criança.

“Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança” é o Capítulo 7, especificamente voltado para a discussão da vigilância, seu desenvolvimento histórico e conceitual e a discussão da vigilância do óbito materno, infantil e fetal. Apresenta a evolução das formas de organização da vigilância do óbito, suas atribuições e competências no Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. São discutidas ainda as funções da vigilância e as suas etapas, bem como os instrumentos de coleta de dados utilizados. A importância da investigação, que se inicia com a identificação e seleção dos óbitos, de acordo com os critérios de inclusão, é enfatizada, devendo ser realizada nos estabelecimentos de saúde e no domicílio e utilizando outras fontes de informação, sobretudo para os óbitos com causa mal definida. A análise do óbito é uma etapa fundamental no processo da vigilância, entretanto pressupõe uma investigação bem realizada, com garantia da qualidade dos dados, o que permite a detecção de problemas na assistência, a avaliação da evitabilidade do óbito e a formulação de recomendações. O texto ressalta a importância da divulgação das informações, aos demais níveis de assistência, assim como para as instâncias responsáveis pelo planejamento das ações e definição das políticas.

O último capítulo, “Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde”, aborda o desenvolvimento histórico da implantação dos Comitês de Mortalidade Materna no mundo e no país e a relevância destes no processo de discussão do óbito materno, infantil e fetal. A composição dos comitês varia de acordo com o município, incluem instituições governamentais que envolvem ações nas áreas de saúde da mulher, do adolescente e da criança; representantes de movimentos da sociedade organizada, ligados aos direitos de mulheres e crianças; profissionais de saúde; representantes de instituições de ensino. O texto ressalta o caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial dos comitês, que apresentam um cunho formativo e educativo, não coercitivo ou punitivo, objetivando, fundamentalmente, o controle social. A possibilidade de discussão dos óbitos e da evitabilidade destes pelos membros dos Comitês, realizada de forma integrada ao processo de investigação, é enfatizada, o que garante a avaliação do óbito como um evento sentinelas que expõe os problemas que, por vezes, extrapolam o setor saúde e, portanto, demandam a mobilização da sociedade em diferentes níveis.

Por fim, é importante considerar que esta obra resultou de um extenso trabalho de construção e discussão dos conteúdos. Buscamos fundamentalmente uma relação com a prática nos serviços de saúde e com a

diversidade de cenários em que se organizam as práticas nas diferentes regiões do país. Portanto, o livro congrega as experiências e as contribuições dos autores no campo da saúde materna, infantil e fetal, por meio de uma abordagem didática, visando a sistematização de conteúdos fundamentais para o desenvolvimento das atividades de vigilância do óbito e a atuação em Comitês de Mortalidade, a fim de possibilitar o diálogo entre todos os que compartilham a busca pelo direito à saúde da mulher, à saúde da criança, o direito à vida.

Os Organizadores

I | Ações em saúde e exercício de cidadania: caminhos para conhecer o perfil de mortalidade materna, infantil e fetal



1. A construção do direito à saúde no Brasil

Heberth Costa Figueiredo, Liliane Brum Ribeiro, Luciana Ferreira Bordinoski e Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Neste primeiro capítulo serão abordados aspectos históricos e conceituais da luta pelo direito à saúde, bem como apresentados **legislações constitucional, legislação infraconstitucional** e **atos normativos** que regulamentam o direito à saúde no Brasil.

Também será enfatizada a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), suas instâncias colegiadas de gestão e as relações entre esferas de governo e do controle social.

A gênese do direito à saúde no Brasil

A doença, a dor e a morte são companheiras indesejáveis dos seres humanos, não podemos negá-las. A saúde, em contrapartida, faz parte de nossos desejos e aspirações para termos qualidade de vida. Aliás, a saúde talvez seja um dos aspectos da vida cotidiana que desperte com mais clareza os sentimentos de justiça e igualdade social.

Como veremos a seguir, a saúde como direito é resultado de um longo processo de conquistas, respaldado por tratados internacionais e construído com a participação dos governos e dos cidadãos.

Antecedentes internacionais

O entendimento da saúde como direito de todos, assegurado pelo Estado, foi proclamado na “Declaração Universal dos Direitos Humanos” pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em de 10 de dezembro de 1948. Embora o documento não representasse

Legislação constitucional diz respeito às normas inseridas no texto da constituição.

Legislação infraconstitucional são leis ordinárias e complementares aprovadas por meio de um processo legislativo.

Atos normativos são portarias ministeriais, normas técnicas e protocolos que não necessitam de aprovação de um processo legislativo; são formuladas pelo poder Executivo.



Para aprofundar o estudo das questões tratadas neste capítulo, sugerimos assistir ao filme *Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde*, dirigido por Renato Tapajós e realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Ministério da Saúde (MS), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Fundação Euclides da Cunha (FEC).

obrigatoriedade legal, constituiu-se em uma poderosa ferramenta de pressão diplomática e moral sobre os governos.

Para conhecer o texto na íntegra da "Declaração Universal dos Direitos Humanos" e do "Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais", acesse os respectivos endereços:

- <http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>
- <http://www.agende.org.br/docs/File/convencoes/pidesc/docs/PIDESC.pdf>



A "Declaração de Alma-Ata" está disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o%20Alma-Ata.pdf>

Recomendamos a leitura!

Esta declaração deu origem ao "Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais", acordado pela Assembleia Geral da ONU em 1966.

O Pacto tratou a saúde como um direito em que o Estado tem a responsabilidade de assegurar a todas as pessoas o elevado nível de saúde física e mental. Entre outros compromissos acordados, destacaram-se a diminuição da mortalidade fetal e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento saudável das crianças. No Brasil, o Pacto foi adotado apenas em 1991, com o Decreto Legislativo n. 226, em vigor a partir do ano de 1992 (PACTO..., 1966).

Em 1978, surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata (Cazaquistão), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A "Declaração de Alma-Ata" norteou políticas de saúde e apontou a atenção primária como caminho, para que as pessoas alcançassem um nível de saúde capaz de possibilitar seu desenvolvimento social e econômico.

Antecedentes nacionais

Como em todos os outros aspectos da história do país, a constituição da saúde como direito também sofreu influências do contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Começamos a contar essa história, a partir da década de 1970, quando tiveram início as principais mudanças que culminaram, em 1988, com o reconhecimento da saúde como direito de todos e um dever do Estado brasileiro.

Na década de 1970, os governos militares entendiam a saúde como um problema exclusivo do indivíduo e não como um fenômeno de saúde pública, de caráter preventivo e coletivo. As decisões sobre as ações de saúde eram centralizadas no nível do governo federal e o financiamento das mesmas sofria forte influência do capital internacional, que priorizava um modelo centrado na assistência hospitalar. O modelo de saúde vigente dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde

pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os excluídos, que não possuíam direito algum.

Indicadores socioeconômicos e de saúde mostravam a situação alarmante vivida por parcela importante da população brasileira. Para se ter uma ideia, citamos alguns exemplos na Tabela 1: a esperança de vida ao nascer era de 53,5 anos; cerca de 1/3 da população feminina era analfabeto e a taxa de mortalidade infantil chegava a 115,0 óbitos de menores de um ano para 1.000 nascidos vivos. Quase 70% dos indivíduos eram pobres e as coberturas de saneamento e de energia elétrica eram muito baixas.

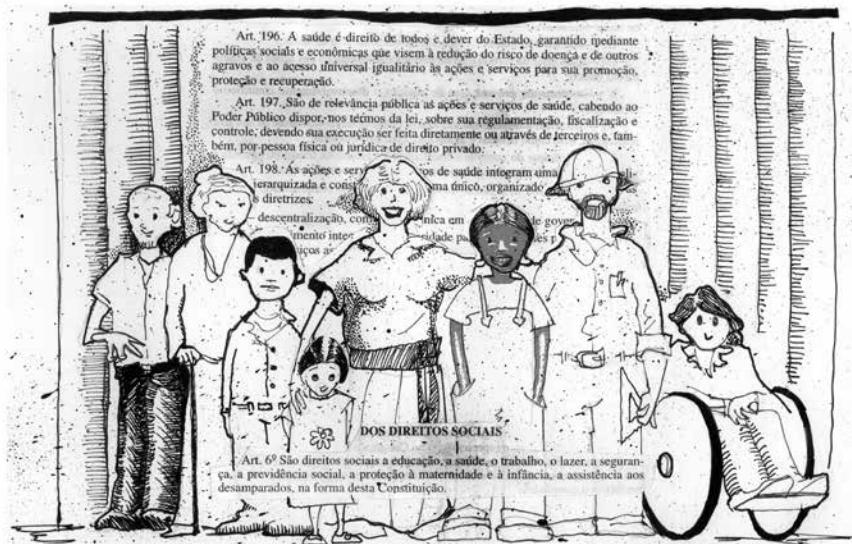
Quadro 1 – Alguns indicadores do Brasil da década de 1970

Indicadores	Década de 1970
Esperança de vida ao nascer ¹	53,5 anos
Porcentagem de analfabeto na população feminina de 15 anos ou mais ²	36,0%
Taxa de Mortalidade Infantil ³	115,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos
Porcentagem de indivíduos em pobreza (renda familiar per capita inferior a um salário mínimo) ⁴	67,9%
Porcentagem de domicílios servidos por:	
• rede geral de água ⁴	32,8%
• rede de esgoto (ou fossa séptica)	26,9%
• energia elétrica ⁴	48,6%

Fonte: 1. Santos (2010); 2. IBGE (2007); 3. IBGE (1999); 4. Paim (2011).

Esse contexto socioeconômico desencadeou a organização e o fortalecimento de várias associações de defesa dos direitos dos cidadãos, entre elas, as que lutavam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e as de intelectuais da área de saúde organizados no Movimento da Reforma Sanitária.

No início da década de 1980, a crise na Previdência Social associada a fatores como a efervescência política após a queda do regime militar, o processo de redemocratização do país, a reabertura política em meio à profunda crise econômica, a estagnação do crescimento e o descontrole da inflação levaram o Movimento da Reforma Sanitária a contar também com o apoio de vários segmentos da sociedade que buscavam a implementação dos direitos sociais.



O movimento fazia severas críticas ao modelo de atenção à saúde vigente e propunha a ampliação do conceito de saúde destacando sua relação com a alimentação, a moradia, o lazer, a renda e a educação.

Esses fatos contribuíram para a reforma do sistema de saúde brasileiro que tem como marco a realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”, em março de 1986. A conferência contou com a participação de mais de quatro mil participantes – mil delegados escolhidos para representar usuários e trabalhadores da saúde e os demais eram representantes das três esferas de governo, intelectuais, universitários, parlamentares e partidos políticos.



Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde que orientou os deputados constituintes, responsáveis pela elaboração da Constituição Federal de 1988, a promulgar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O conceito de saúde passa a ser centrado na prevenção de doenças e na promoção da saúde. A saúde não é apenas a ausência de doença, ela está relacionada com a qualidade de vida da população, que compreende alimentação, trabalho, nível de renda, educação, serviço de saúde, meio ambiente, moradia e lazer. Essa nova concepção de saúde se materializa nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Sistema Único de Saúde do Brasil

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas seguintes leis:

- ◉ **Lei n. 8.080**, chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 19 de setembro de 1990, que dispõe principalmente sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a).
- ◉ **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990, também chamada de 2ª Lei Orgânica da Saúde, que estabelece o formato da participação popular na gestão do SUS, por meio da criação de Conferências e Conselhos de Saúde e sob a forma dos repasses financeiros diretos do ente federal para as esferas estaduais e municipais (BRASIL, 1990b).
- ◉ **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n. 8.080/90 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a).

O decreto preencheu uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ou seja, explicitar o papel da regulação e da estrutura organizativa do SUS, aspectos tão importantes para a consolidação e aprimoramento permanente de sua gestão.

SUS: serviços e ações de saúde

Do SUS fazem parte unidades de saúde da família, centros e postos de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA), clínicas, hospitais, laboratórios, hemocentros, fábricas de vacinas e medicamentos, além de



Para saber mais sobre a regulamentação do SUS, leia na íntegra:

- a Lei n. 8.080/90, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- a Lei n. 8.142/90, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>
- o Decreto n. 7.508/11, em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto_n7508_Miolo.pdf

fundações e institutos de pesquisas. Por meio de sua estrutura organizacional, oferece um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Antes de prosseguir, é importante ficar claro o que se entende por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Promoção

As ações de promoção da saúde partem do entendimento que a saúde não é apenas um contraponto à doença, mas diz respeito a uma série de fatores associados à qualidade de vida, conforme mencionado inicialmente.



Para saber mais sobre o Programa Bolsa Família, acesse:
<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

São, portanto, as ações que extrapolam o âmbito dos serviços de saúde, de responsabilidade de outros setores do governo, e abrangem um amplo espectro, desde a ampliação do saneamento básico, as políticas educacionais e os programas sociais como Bolsa Família, entre outros.

Proteção

São ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde. Incluem um conjunto amplo de ações como, por exemplo: imunização; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS; atenção ao pré-natal, parto e puerpério qualificados; prevenção do óbito infantil e fetal; e controle da qualidade do sangue.

Recuperação

Constituem as ações que atuam nos agravos das pessoas para evitar a morte ou sequelas. Compreendem o atendimento ambulatorial básico e especializado, as urgências e emergências, a realização de exames diagnósticos, o atendimento hospitalar e a reabilitação dos doentes.

SUS: Princípios e diretrizes

As ações e serviços de saúde que integram o SUS são desenvolvidos segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e utilização da epidemiologia explicitados na Lei n. 8.080/90.

Universalidade

Todas as pessoas têm o direito ao atendimento no SUS, independentemente de etnia, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. É dever dos governos municipal, estadual e federal garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Em outras palavras, através do Sistema Único de Saúde, todas as pessoas, nascidas ou não no Brasil, têm direito a vacinas, consultas, exames, internações, cirurgias e tratamentos nas unidades de saúde públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas conveniadas ao SUS.

Embora o acesso universal aos serviços e às ações de saúde seja um processo em construção, a cobertura e as ofertas desses serviços e ações vêm se ampliando. Prova disso é que, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia (BRASIL, 2008), atualmente 98,4% dos partos acontece no ambiente hospitalar, o que indica o acesso universal para a assistência hospitalar ao parto.

Equidade

É um princípio de justiça social que visa diminuir as desigualdades/disparidades sociais e regionais no país, o que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde há maiores necessidades. Dito de outra forma, os serviços e as ações de saúde devem ser disponibilizados à população, de forma a reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país.

Como exemplo, destaca-se a situação das regiões Norte e Nordeste em relação à saúde materna e infantil. Em razão das distâncias e consequentes dificuldades de deslocamento e acesso, essas regiões apresentam os maiores riscos de morte tanto da mulher quanto do feto/recém-nascido durante a gravidez, parto ou nos primeiros dias de vida do bebê. Situação indicativa do quanto ainda é preciso avançar para alcançar o princípio de equidade.

Uma estratégia para reverter tais desigualdades é a ampliação e qualificação dos serviços e das ações voltadas para a atenção básica de saúde, de forma que esteja acessível a toda população. Um exemplo é o estabelecimento de critérios de custeio para que municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Matogrossense possam instalar unidades básicas fluviais.



Para saber mais sobre a Política Nacional de Atenção Básica, acesse o endereço http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

Integralidade

Os serviços e as ações de saúde do SUS devem ser articulados para atender os indivíduos de forma integral, compreendendo que os mesmos estão submetidos às mais diferentes situações de vida e trabalho que podem levá-los a adoecer e a morrer.

Entende-se, assim, que a atenção à saúde no SUS deve ser direcionada não somente para recuperá-la, mas também para diminuir os riscos à saúde.

Além disso, minorias sociais ou pessoas com necessidades especiais – indígenas ou deficientes físicos ou mentais, adolescentes, idosos, mulheres e homens em seus diferentes ciclos de vida, portadores de HIV, entre outros – precisam de atenção diferenciada, ou seja, serviços e ações direcionados à sua condição específica.

Segundo Merhy (1994, p. 139), a ação resolutiva não se reduz a uma conduta. Para o autor, resolutividade “é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível, a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequados a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde”. Assim, a intervenção efetiva em saúde necessita de uma abordagem integral dos problemas.

No SUS, cada unidade de saúde, independentemente do seu **grau de densidade tecnológica**, faz parte de um conjunto indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Para o alcance desse princípio, temos, por exemplo, a contribuição das centrais de regulação de vagas, que buscam promover o acesso regulado aos diferentes pontos de atenção, organizando fluxos e contrafluxos, com o objetivo de elevar o nível de resolutividade das ações e dos serviços de saúde.

O grau de densidade tecnológica de uma unidade de saúde depende do nível de atenção na qual está inserida.

No primeiro nível está a atenção básica que, para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância de sua área de atuação, utiliza tecnologias de elevada complexidade e **baixa densidade tecnológica**, entendida como um conjunto de procedimentos simples e baratos. A atenção básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, assunto a ser aprofundado adiante. Por isso, é fundamental que a atenção básica seja orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade. Compreende as unidades básicas de saúde com ou sem Estratégia Saúde da Família.

No segundo nível de atenção, encontram-se as ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de tecnologia de **média densidade** para o apoio diagnóstico e o tratamento. Incluem-se consultas com especialistas, cirurgias ambulatoriais, patologia clínica, exames ultrassom e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).



Para saber mais sobre a assistência de média e alta complexidade no SUS, acesse:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf

O terceiro nível tem como objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrados à atenção básica e a de média complexidade. Compreende um conjunto de procedimentos do SUS de **alta densidade tecnológica** e alto custo. Exemplos: assistência oncológica, cirurgias cardiovasculares, cirurgia reprodutiva.

Fonte: Portaria SAS/MS, n. 968, de 11 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002b).



A realização do princípio da integralidade inclui também uma abordagem humanizada, na qual o usuário é compreendido em seu contexto sociocultural. Por exemplo, uma escuta sensível e sem preconceitos pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres em processo de abortamento ou vítimas de violência sexual e intrafamiliar.

Utilização da epidemiologia

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90 (BRASIL, 1990) também destaca como um de seus princípios “a utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990a, cap. 2, art. 7º, item VII) e especifica ainda diferentes aspectos da área de atuação da epidemiologia nos serviços de saúde, seja num aspecto mais geral, como forma de **analisar a situação de saúde** da população, até níveis mais específicos relativos às atividades de vigilância epidemiológica.

Vigilância epidemiológica

Compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos **fatores determinantes e condicionantes de saúde** individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990a, art. 6º, § 2º).

Entre as responsabilidades da vigilância epidemiológica, encontra-se a vigilância dos óbitos materno, infantil e fetal.

Fatores determinantes e condicionantes de saúde

O art. 3º da Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990a) explicita que a saúde tem entre seus fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. E acrescenta que as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social também dizem respeito à saúde.

Na Parte II do livro são descritas a regulamentação das atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo no planejamento e na execução das ações de vigilância de óbitos e a atuação dos comitês de mortalidade.

Além dos princípios do SUS, as ações e os serviços de saúde que integram o sistema obedecem ainda às seguintes diretrizes:

- ➲ descentralização e regionalização, com direção única em cada esfera de governo;
- ➲ participação popular visando o controle social.

Descentralização e regionalização

É a redistribuição das responsabilidades das ações e dos serviços de saúde entre as várias esferas de governo (federal, estadual, municipal) de forma a garantir a resolutividade e integralidade da assistência ao SUS. Vamos exemplificar.

A estratégia Rede Cegonha será discutida no próximo capítulo deste livro.



Para saber mais sobre as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de UTI neonatal no âmbito do SUS, leia a Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a).

Com o intuito de reordenar e qualificar o planejamento da assistência obstétrica e neonatal, o Ministério da Saúde, quando criou a estratégia Rede Cegonha, definiu pela Portaria n. 930, de maio de 2012 (BRASIL, 2012a), o parâmetro de dois leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para cada mil nascimentos (BRASIL, 2000a). Por esse critério, a implantação do serviço não se justificaria em cerca de 80% dos municípios brasileiros simplesmente por não atingir o contingente de nascimento anual mínimo necessário para o funcionamento de serviços de alta complexidade. Por outro lado, toda criança nascida em território nacional tem o direito de acesso à UTI neonatal. Para a efetivação desse direito, é estratégico que os serviços de diferentes densidades tecnológicas e as ações do SUS de municípios de pequeno ou médio porte populacional estejam articulados de forma regionalizada, ou seja, organizados em redes de saúde – as chamadas regiões de saúde, assunto aprofundado mais adiante.

A descentralização das ações e dos serviços de saúde visa não somente dar maior racionalidade ao sistema, mas também valorizar a criação de novos espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde, ampliando o seu poder deliberativo e de controle social.

Participação popular visando o controle social



A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) assegura que a população, por meio de suas entidades representativas, participará tanto do processo de formulação das políticas de saúde como do controle de sua execução nos serviços de saúde em todos os níveis de governo, ou seja, nas instâncias federal, estadual e municipal. Por isso os serviços de saúde e os governos passam a ter o dever de fornecer informações, para que a população se posicione de forma consciente sobre as questões que dizem respeito ao direito à sua saúde.

No SUS, as instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo compreendem:

Conselho de saúde

Concretiza a participação da sociedade civil na administração do SUS, propiciando o controle social. É de caráter permanente e deliberativo e tem por objetivo formular as estratégias, acompanhar e controlar a execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros.

Os conselhos de saúde estão estruturados nos três níveis de governo, ou seja, existe um conselho de saúde em cada município, denominados

Conselhos Municipais de Saúde; um em cada estado, que são os Conselhos Estaduais de Saúde; e outro no nível federal, o Conselho Nacional de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é a instância máxima de deliberação do SUS. É formado por representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS, entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) são também representados no Conselho Nacional de Saúde.



Para saber mais sobre os diferentes meios de participação popular no SUS, acesse ParticipaSUS http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

Para ampliar a participação popular na gestão do SUS, mecanismos inovadores vêm sendo implementados como:

- ◉ **Ouvidoria** – entendida como fontes de informações privilegiadas para melhorar a gestão municipal, estadual e federal do SUS. Como exemplo, o desenvolvimento de pesquisa de qualidade da assistência ao parto e nascimento por meio de entrevistas com mulheres que tiveram filhos recentemente.
- ◉ **Auditoria** – para o acompanhamento dos serviços e ações de saúde, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários.
- ◉ **Monitoramento, avaliação e controle da gestão do SUS** – entendido como o acompanhamento contínuo dos indicadores de saúde e da execução das políticas para subsidiar a tomada de decisão e a correção de rumos.

Conferências de saúde

Outra instância de participação popular são os comitês de mortalidade materna, infantil e fetal, reconhecidos como instrumento de acompanhamento e controle de qualidade da atenção à saúde prestada à mulher e às crianças.

A organização e o funcionamento dos comitês são aprofundados no Capítulo 8 deste livro, “Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde”.

Têm por objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de uma política de saúde cada vez mais adequada para o alcance dos objetivos, metas e estratégias do SUS. As conferências de saúde são realizadas em intervalo de tempo determinado, não superior a quatro anos, convocadas por gestores das secretarias de saúde ou, extraordinariamente, pelos conselhos de saúde.

Assim como nos conselhos, nas conferências de saúde a representação dos usuários do SUS é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, 50% são representantes da sociedade civil organizada e 50% são administradores e prestadores de serviços de saúde.

Para refletir

O que você entende por controle social? Qual a importância do controle social na construção do SUS no seu município/estado? No seu dia a dia você percebe a atuação do controle social? De que forma?

SUS: normas operacionais

Com base nas definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/90, iniciou-se o processo de implantação do SUS. No início o processo foi orientado por quatro Normas Operacionais Básicas (NOBs) e duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), publicadas no Diário Oficial da União através de portarias do Ministério da Saúde, que tiveram as seguintes finalidades:

- ◉ propiciar o processo de descentralização do SUS, explicitando as competências e responsabilidades de cada esfera de governo e estabelecendo as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir novas responsabilidades no processo de implantação do SUS;
- ◉ promover a integração das ações de saúde das três esferas de governo (federal, estadual e municipal);
- ◉ definir critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do **Fundo Nacional de Saúde** para seus respectivos fundos de saúde.

Cada norma avançou na definição de regras para a implantação do SUS sobrepondo propostas, mas não necessariamente anulando a política anterior.

No Quadro 2, em virtude da importância das NOBs e Noas na regulamentação da gestão dos serviços e ações de saúde, mencionamos algumas que merecem destaque.

Quadro 2 – Normas operacionais e principais regulações

Normas Operacionais Básicas	Disciplina/Regulação
NOB n. 01/91	Criou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
NOB n. 01/92	Redefiniu os critérios de alocação de recursos, vinculando sua liberação ao desenvolvimento de planos quinquenais.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde.



Para saber mais sobre o FNS, consulte o site www.fns.saude.gov.br

Quadro 2 – Normas operacionais e principais regulações (cont.)

Transferência fundo a fundo consiste no repasse de recursos de forma regular e automática, diretamente do FNS para estados, municípios e distrito federal, independentemente de convênio ou instrumento similar. Destina-se ao financiamento das ações estratégicas e dos serviços de saúde.

Normas Operacionais Básicas	Disciplina/Regulação
NOB n. 01/93	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciou a transferência fundo a fundo. • Fortaleceu a municipalização da saúde e a descentralização das ações, dando início ao processo de gestão municipal. Criou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB).
NOB n. 01/96	<ul style="list-style-type: none"> • Implantou o valor <i>per capita</i> para financiamento das ações de atenção básica – Piso de Atenção Básica (PAB). • Propôs mudança do modelo assistencial da atenção à saúde: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). • Iniciou a transferência de recursos financeiros com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) que englobava algumas ações de vigilância epidemiológica e sanitária. • Substituiu as antigas formas de gestão na esfera municipal (gestões incipientes, parcial e semiplena) para apenas duas formas: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). • Iniciou a estratégia de descentralização da Vigilância Epidemiológica.
Noas n. 01/2001 e 01/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Permitiu que estados e municípios definissem as ações de saúde estratégicas e necessárias, baseadas em seu quadro epidemiológico, assumindo compromissos de qualificação da atenção básica. Entre as responsabilidades mínimas aparece a saúde da criança e da mulher. • Instituiu o Plano Diretor de Regionalização do Estado, incluindo a definição das microrregiões, incentivos financeiros para a média e alta complexidade e a gestão de atenção básica ampliada. • Iniciou a integração entre sistemas municipais, ficando o estado com o papel de coordenador e mediador, através da Programação Pactuada Integrada (PPI) acordada entre os governos estaduais e municipais. • Instituiu duas formas de gestão no âmbito municipal: Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Fonte: Brasil (1991, 1992, 1993, 1996, 2001, 2002a).

O modelo de descentralização adotado pelo SUS define os gestores nos três níveis de governo como corresponsáveis nos mecanismos para negociação e pactuação das políticas adotadas no setor saúde.

Neste modelo existem as **Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)** no âmbito de cada estado; e a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, que é o fórum nacional.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 2000b).

As CIBs são integradas pelas representações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

SUS: os pactos e a perspectiva do acesso e da equidade

Na perspectiva de melhorar a organização e o funcionamento do SUS e assim reduzir as dificuldades dos usuários no acesso aos serviços, as normas operacionais foram substituídas por pactuações entre gestores.

Foi organizada uma série de ações estratégicas por meio de Programas de Saúde e Pactos e estabelecidos compromissos entre gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), profissionais de saúde, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, com vistas à transformação do quadro epidemiológico e à efetivação dos direitos à saúde no Brasil.

Entre as ações, salientamos o Pacto pela Saúde de 2006, firmado entre o Ministério da Saúde e os Conselhos Nacionais dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e os dos Secretários Municipais de Saúde (Conassem), cujas propostas concentram-se nas mudanças de gestão, no processo de pactuação entre os gestores e no controle social do Sistema Único de Saúde.

As bases do Pacto foram os princípios constitucionais do SUS e a necessidade de contemplar as diferenças sociais do país.

Esse Pacto apresentou mudanças significativas para a implementação do SUS, entre as quais ressaltamos:

- ➊ a substituição do processo de habilitação para a adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão;
- ➋ a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização;
- ➌ a integração das várias formas de repasse dos recursos federais;
- ➍ o incentivo aos municípios para que assumam integralmente as ações e os serviços de saúde em seu território;
- ➎ o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três pactos:
 - Pacto pela Vida
 - Pacto em Defesa do SUS
 - Pacto de Gestão do SUS



Para saber mais detalhes sobre as prioridades dos Pactos do SUS, leia o documento “Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde”, publicado na Portaria/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

Pacto pela Vida

Análise de situação de saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde e a caracterização das condições de vida da população. Entre os objetivos da análise, destaca-se a identificação das necessidades de saúde e a determinação das prioridades de ação. Constitui importante instrumento para o planejamento em saúde.

Na Parte II deste livro estudaremos os programas, as ações, as estratégias e as portarias editadas pelo Ministério da Saúde, relacionados com a atenção à saúde da mulher e da criança e à vigilância do óbito materno infantil e fetal.

Com base na **análise da situação de saúde** do país, o Pacto pela Vida estabeleceu seis compromissos prioritários a serem implementados pelas três esferas de governo de forma a alcançar as metas pactuadas. Foram eles:

1. Estabelecer a política nacional de saúde do idoso.
2. Reduzir a incidência de câncer do colo do útero e de mama.
3. Reduzir a mortalidade infantil e materna.
4. Fortalecer a capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
5. Implantar a política nacional de promoção da saúde.
6. Fortalecer a atenção básica, tendo como prioridade o Programa Saúde da Família.

Entre os compromissos estabelecidos, encontra-se a redução da mortalidade materna e infantil, cujos objetivos pactuados foram:

❾ Mortalidade materna

- Reduzir a razão da mortalidade materna.
- Garantir insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

❾ Mortalidade infantil

- Reduzir a mortalidade neonatal.
- Reduzir os óbitos por doença diarreica e pneumonia.
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.
- Criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população superior a 80.000 habitantes.

A redução da mortalidade materna e infantil foi definida pela ONU, em 2000, como um dos oito maiores problemas mundiais que deveriam ser enfrentados no limiar do novo milênio, com vistas à promoção do desenvolvimento social e humano e à superação das iniquidades entre regiões do globo e países.

Esse evento ficou conhecido como “Cúpula do Milênio” e seus resultados como “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”. Tornou-se ►

um marco político na busca de redução da pobreza, em todas as suas dimensões, e para garantir os direitos humanos fundamentais.

No que se refere aos temas tratados neste livro, foram definidas as seguintes metas a serem alcançadas até 2015, tendo como base o ano de 1990:

- **ODM 4: “Reducir a Mortalidade Infantil”** – reduzir em 2/3 a mortalidade de crianças menores de um ano.
- **ODM 5: “Melhorar a saúde das gestantes”** – reduzir a mortalidade materna em 75%.

Os demais “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” são:

- Erradicar a extrema pobreza e a fome.
- Atingir o ensino básico de qualidade para todos.
- Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.
- Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças.
- Garantir a sustentabilidade ambiental.
- Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.



Para conhecer mais sobre as metas dos ODMs, leia o texto: “Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento”, do Ipea (2010), disponível em: http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/100408_relatorioodm.pdf

Pacto em Defesa do SUS

Propôs ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas para reforçar o SUS, como política de Estado.

As prioridades pactuadas foram:

- ➲ Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos.
- ➲ Garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde e aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
- ➲ Elaborar e divulgar a “Carta dos direitos dos usuários do SUS”.

Pacto de Gestão do SUS

Este Pacto parte da constatação indiscutível de que o Brasil é um país continental e com muitas desigualdades regionais. Portanto, mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na descentralização do SUS, para que sejam respeitadas as singularidades regionais.



Para saber mais, acesse a “Carta dos direitos dos usuários da saúde” disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114

As prioridades pactuadas foram:

- ⑨ Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- ⑨ Estabelecer as diretrizes para a Gestão do SUS, com ênfase em Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Aprimoramento do Pacto pela Saúde: Contrato Organizativo e Ação Pública (Coap)

Avaliações das ações e serviços do SUS revelaram que o modelo de atenção à saúde vigente já não estava respondendo de forma adequada aos problemas sanitários do país. As razões eram diversas, entre elas foram destacadas que:

- ⑨ as ações e serviços de saúde estavam organizados para responder às condições e aos eventos agudos, portanto funcionando de forma fragmentada;
- ⑨ o financiamento público ao SUS estava insuficiente;
- ⑨ as ações de Vigilância em Saúde estavam desarticuladas das ações de atenção à saúde, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Entre os esforços para modificar esse quadro, foi instituído o Contrato Organizativo e Ação Pública (Coap) com o Decreto n. 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011a). Esse contrato, estabelecido entre os gestores de diferentes esferas de governo, tem como base a implementação da integração das ações e serviços de saúde.

Entre outras pactuações, o Coap estabelece:

- ⑨ indicadores de saúde relevantes para identificar os principais problemas de saúde e de metas a serem alcançados na mudança do quadro epidemiológico;
- ⑨ critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução.

Na Parte II do livro, no capítulo “Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança”, apresentaremos os indicadores e as metas de duas diretrizes do Coap, especificamente dirigidas para reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal.

As disposições do Coap estão definidas no art. 36 do já comentado Decreto 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011a).

SUS: articulação interfederativa

A regionalização da política de saúde ao longo dos anos vem aprimorando as formas de articulação entre as três esferas de governo e a definição de suas respectivas responsabilidades.

No Pacto pela Saúde, como vimos anteriormente, o conceito de regionalização é ampliado para além da assistência e é apresentado como eixo estruturante do Pacto de Gestão, sendo responsável por potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o seu papel de gestores (BRASIL, 2006a).

Em 2011, com a finalidade de aprimorar a integração, organização e execução de ações e serviços de saúde, foi instituída a formação de **Regiões de Saúde**.

A **Região de Saúde** deve oferecer, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar, urgência e emergência e vigilância em saúde, como também os critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços.

As necessidades de saúde e a orientação do planejamento integrado da saúde das regiões de saúde serão subsidiadas pelo **Mapa da Saúde**.

Rede de Atenção à Saúde

O processo de organização do sistema de saúde compreende o redirecionamento de ações e serviços do SUS de uma região de saúde para o desenvolvimento da **Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Os atributos de uma RAS são explicitados na Portaria n. 4.279, de 30 dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Entre eles destacam-se:

- ⌚ população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- ⌚ extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;



Para saber mais sobre a articulação interfederativa e os novos desafios na gestão do SUS, acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Folder_articulacao_interfederativa_final.pdf

Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado com base em identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (BRASIL, 2011a).

Mapa da Saúde é uma ferramenta utilizada para descrever geograficamente a distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido com base nos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011a).

Rede de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

- ⑨ Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde;
- ⑨ desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- ⑨ participação social ampla;
- ⑨ sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.

A Rede Cegonha será tratada no próximo capítulo deste livro.

Com base na classificação da necessidade de saúde do indivíduo, pode-se estabelecer o seu percurso assistencial, buscando garantir o cuidado integral e oportuno. O desenvolvimento da linha de cuidado contribui para organizar a Rede de Atenção à Saúde baseada na articulação das funções e responsabilidades de cada serviço de saúde envolvido.

O Ministério da Saúde vem priorizando a construção de redes temáticas com ênfase em algumas linhas de cuidado, entre elas a Rede Cegonha, 2011: atenção obstétrica e neonatal.

Para refletir

Em sua opinião, o que precisa ser implementado no seu município/estado para que as políticas públicas, entre elas as voltadas à saúde da mulher e da criança, sejam articuladas em rede?

SUS: financiamento

O financiamento tem sido uma preocupação permanente dos envolvidos diretamente com a construção do SUS, pois garantir a universalidade e a integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais constituem um grande desafio para os gestores, como aponta o texto:

[...] Seguramente, muitos dos problemas que atormentam o usuário do SUS podem ser equacionados mediante boas práticas de gestão. No entanto, é no subfinanciamento que está o ponto frágil do sistema público de saúde. Isso não só porque o Brasil não gasta o mínimo suficiente, mas pela inexorável tendência de crescimento das necessidades de recursos devido à

combinação de elementos, como os demográficos (crescimento e envelhecimento da população) e a velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose [...] (BRASIL, 2011c, p. 9).

A distribuição de recursos financeiros é um desafio enfrentado diariamente tanto por gestores, em relação à alocação de recursos entre programas e ações de saúde, quanto por profissionais de saúde, quando é preciso fazer uma opção clínica ao solicitar ou não a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia.

Os critérios de repasse de recursos na NOB n. 01/96 e nas Noas n. 01/2001 e 01/2002 já foram destacados no Quadro 2 – Normas Operacionais e principais regulações.

As mudanças recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS ocorreram com base no Pacto pela Saúde, em 2006.

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com os respectivos monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, a saber:

1. Atenção Básica
2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
3. Vigilância em Saúde
4. Assistência Farmacêutica
5. Gestão do SUS
6. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Para finalizar, é importante comentar a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), pois embora quase todo o conteúdo desta lei já tivesse sido implementado por meio de decretos, portarias do MS e resoluções do CNS, foram estabelecidos:

- ⌚ os pisos mínimos da aplicação em saúde pela três esferas de governo;
- ⌚ a definição de despesas de ações e serviços públicos de saúde;
- ⌚ a instituição que os recursos referentes a cada bloco, relacionados na Portaria n. 204/GM, fossem aplicados em ações e serviços relacionados ao próprio bloco.



Para saber mais sobre o repasse de recursos ao seu município, consulte o site www.fns.saude.gov.br.

A Vigilância Epidemiológica e a Análise da Situação de Saúde são componentes da Vigilância em Saúde, conteúdos tratados na Parte II do livro.



Para saber mais detalhes sobre o sistema de saúde brasileiro, acesse o artigo "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios", de Paim et al. (2011), publicado na revista The Lancet, disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

Considerações finais

Neste capítulo foram apresentados aspectos da história e a conformação do sistema de saúde brasileiro, tendo como marco o direito à saúde. Discutimos os princípios e as diretrizes do SUS e destacamos a abrangência, a estruturação do SUS e os meios para a formalização da participação popular.

A partir de 1988, por meio legais e normativos, houve avanços na implementação do SUS, entre eles podemos citar o intenso processo de descentralização que conferiu maior responsabilidade aos municípios na gestão das ações e dos serviços de saúde. Mais recentemente, o Pacto pela Saúde e sua proposta de rede de serviços organizada com fundamentos na atenção básica têm ajudado na conformação de modelos de atenção à saúde mais abrangentes.

Referências

ALMEIDA, E. S. DE; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de (Org.). *Gestão de serviço de saúde*. São Paulo: Ed. da USP, 2001. cap. 1, p. 13-50.

BALSEMÃO, A. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília: Síntese, 2003. v. 1, cap.12, p. 301-312.

BONAVIDES, P. *Curso de direito constitucional*. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jun. 2011a.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/91. Fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nºs 8.074/90 e 8.080/90. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/92. Normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Brasília, DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/93. Disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do SUS*: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PNDS 2006*: pesquisa nacional de demografia e saúde: relatório final. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jun. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 maio 2012a. Seção 1, p. 138.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: Noas-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: Noas-S-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2. ed., rev. e atual. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 968, de 11 de dezembro de 2002. Atualiza procedimentos de alta complexidade, SIA-SUS, SIH-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 dez. 2002b. Seção 1, p. 248.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS, 2006*. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos básicos de saúde).

CARVALHO, G.. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. *Declaração de Alma-Ata*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *O financiamento da saúde*. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS, v. 2). Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS, v. 1). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

DALLARI, S. G. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

IBGE. *Censo demográfico, 1970-2000*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=ECE306&sv=&t=Taxa+de+analfabetismo+das+pesos+de+15+anos+ou+mais+de+idade+++mulheres>>. Acesso em: out. 2012.

IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993. *Informação Demográfica e Socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD100&sv=&t=Taxa+de+mortalidade+infantil>>. Acesso em: out. 2012.

IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050: revisão 2008*. Rio de Janeiro, 2008. p. 35.

IPEA. *Objetivos de desenvolvimento do milênio*: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/100408_relatorioodm.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

LAURENTI, R. Perfil da mortalidade materna. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 304-319.

MATTA, G.. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida In: CECÍLIO, L. C. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: [s.n.], 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. *Declaração universal dos direitos humanos*. Genebra, 1948. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. *RES. 217/A/48: Declaração universal dos direitos humanos*, de 10 de dezembro de 1948. Genebra, 1948.

PACTO Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Adotado pela Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 26 de janeiro de 1992. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/docs/File/convcoes/pidesc/docs/PIDESC.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 9 maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

SANTOS, D. J. C. C. et al (Org.). *Manual do curador da saúde*. Belo Horizonte: Impr. Oficial do Estado de Minas Gerais, 2002.

SANTOS, J. L. F. Demografia: estimativas e projeções: medidas de fecundidade e mortalidade para o Brasil no Século XX. In: IBGE. Diretoria de Geociências. Coordenação de Geografia. *Atlas nacional do Brasil Milton Santos*. Rio de Janeiro, 2010. p. 117.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SILVA, J. A. da. *Curso de direito constitucional positivo*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

TOJAL, S. B. de B. A constituição dirigente e o direito regulatório do estado social: o direito sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org). *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília: Síntese, 2003. v. 1, cap.1, p. 21-37.

WEICHERT, M. A. O Sistema Único de Saúde no federalismo brasileiro. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, São Paulo, ano 8, v. 32, p. 154-175, jul./set. 2000.

2. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil

Claudia Bonan Jannotti, Kátia Silveira da Silva e Rosângela Durso Perillo

Os próximos três capítulos têm por objetivo destacar a magnitude e as tendências históricas dos riscos de morte de mulheres e crianças no Brasil e explicar sua determinação. As análises têm como objetivo contribuir para o conhecimento das necessidades de saúde e, com base nesses dados, elencar as ações mais efetivas para prevenir os óbitos materno, infantil e fetal. Serão apresentados indicadores para caracterizar a população, suas condições de vida e o perfil de mortalidade.

Os dados e as informações expostos aqui são, em sua maioria, oriundos dos sistemas nacionais de informação em saúde, gerenciados pelo Ministério da Saúde, das bases de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de pesquisas nacionais sobre a saúde da mulher e da criança.

Mulheres, saúde e direitos

A questão da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres emerge com destaque nos debates políticos internacionais e nacionais desde a década de 1980, impulsionada pelas lutas dos movimentos de mulheres que se organizaram a partir da segunda metade do século XX em vários países.



O direito à saúde e os direitos reprodutivos são pontos centrais na agenda de promoção da cidadania das mulheres e condição necessária à sua participação plena no desenvolvimento social e econômico dos países. Com a Constituição Federal de 1988 e as Conferências Internacionais de Cairo (1994) e de Pequim (1995) promovidas pela ONU, esses direitos foram assegurados na legislação brasileira e internacional.

Os indicadores de saúde materna e, especialmente, a razão de mortalidade materna são dados importantes do desenvolvimento social e da equidade de gênero dos países, pois sinalizam se eles efetivamente promovem e garantem a cidadania e os direitos reprodutivos das mulheres. Em países que convivem com altas razões de óbitos maternos, a maioria desses eventos é considerada evitável. A melhoria das condições de vida e trabalho, a inserção na sociedade sem discriminações ou violências, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a uma assistência integral e digna evitariam que mulheres perdessem suas vidas por complicações na gestação, parto e puerpério.

Durante longo tempo, a morte materna teve pouca visibilidade social, talvez porque, pensando em números absolutos, é difícil dimensionar a extensão do problema. Desde a década de 1980 são realizadas investigações sobre a mortalidade materna e as suas repercussões sociais, com comparações entre diferentes países e regiões. Dessa forma, tem sido possível reconhecer a existência de uma situação dramática e injusta, até então silenciosa.

Conceituação de mortalidade materna e razão de mortalidade materna

Como se define a mortalidade materna?

Segundo a 10^a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), morte materna é:

a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)

A CID surgiu de um acordo internacional, por isso é usada em todos os países signatários, e classifica as causas de morte, doenças, sintomas, sinais e motivos de consultas.

Especificamente, a definição da causa de morte serve para finalidades estatísticas de descrição e análise quanto à distribuição das doenças e problemas fatais em uma população definida, assim como para orientar as ações de saúde efetivas de prevenção de óbito. A causa de morte é um dado que consta da Declaração de Óbito (DO), entre outros documentos.

Por refletir mudanças no conhecimento, a CID já foi revisada dez vezes, desde a sua primeira edição em 1893. No momento, está em vigor a CID-10.



Para saber mais sobre a CID, leia o artigo "Pesquisa na área de classificação de doenças", de Laurenti (1994), disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/06.pdf>

O estudo da morte materna permite avaliar se as ações do governo para promover a saúde da mulher estão sendo bem-sucedidas. O indicador utilizado nesse estudo é chamado Razão de Mortalidade Materna (RMM), que mede o risco de uma mulher morrer no **ciclo gravídico puerperal**.

Ciclo gravídico puerperal
compreende o período desde a gestação até o puerpério (42º dia após o término da gravidez).

Como estimar a razão da mortalidade materna em um determinado ano e local?

O SIM e o Sinasc: objetivos dos sistemas, períodos de abrangência, DN, DO e seus fluxos e qualidade dos dados serão aprofundados no Capítulo 5 da Parte II deste livro.

Para se calcular a RMM, teríamos que saber quantas mulheres residentes no local determinado ficaram grávidas naquele ano e quantas morreram por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela até 42 dias após o parto. Como é difícil obter o número total de gestantes, fazemos uma aproximação através do número de nascidos vivos registrados na Declaração de Nascido Vivo (DN), que é disponibilizado pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc). Para o número de óbitos, a informação é obtida por meio das Declarações de Óbito que alimentam o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Com esses dados, calculamos a RMM por meio da fórmula:

$$\text{RMM} = \frac{\text{Número de mortes maternas}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100.000$$

A relação do número de óbitos materno com o número de nascidos vivos permite fazer comparações entre localidades com diferentes tamanhos populacionais e entre diferentes períodos de tempo.

Há limitações para o cálculo da RMM, pois parte dos óbitos maternos não é identificada por meio dos diferentes sistemas de informações de saúde. Por quê?

- ⌚ o óbito não foi registrado;
- ⌚ a **causa de morte não foi declarada** adequadamente ou foi **mascarada**, isto é, outra causa de morte foi registrada e não foi explicitada a morte materna.

O problema de não conhecer a ocorrência da totalidade dos dados sobre óbitos ocorre em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Portanto, para o cálculo da RMM muitas vezes é necessária a correção dos dados. Dependendo do país, a OMS sugere que a RMM calculada por meio dos dados oficiais seja multiplicada por fatores de correção entre 1,1 a 3,2 – ou seja, estima-se que de 10% até 66,6% dos óbitos maternos ocorridos não são registrados ou informados de forma inadequada.

Os fatores de correção são calculados com base em pesquisas especiais que avaliam a RMM em amostras populacionais. Dessa forma, pode-se alcançar uma estimativa mais próxima da realidade em relação ao risco de morte no ciclo gravídico puerperal representativa para as mulheres de cada região.

A lista de causas mascaradas de óbitos maternos será apresentada na Parte II do livro, no Capítulo 7.

Vejam como é feito o cálculo do fator de correção

Fator de correção (FC) é a relação entre o total de mortes maternas declaradas mais as encontradas em pesquisa especial.

$$FC = \frac{\text{Número de óbitos maternos declarados no SIM} + \text{Número de óbitos maternos identificados em pesquisa especial}}{\text{Número de óbitos maternos declarados no SIM}}$$

O número de óbitos maternos identificados na pesquisa especial são apenas os identificados na investigação e não declarados como maternos anteriormente.

Exemplo:

Quando 70 óbitos maternos são declarados no SIM e, com base na investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, identificam-se 77 óbitos maternos, ou seja, sete óbitos a mais, o fator de correção é igual a:

$$FC = \frac{70 + 7}{70} = 1,1$$

Podemos também calcular a diferença percentual (DP) entre o número de óbitos maternos declarados e o número de óbitos maternos identificados em pesquisa especial:

$$DP = \frac{\text{Número de óbitos identificados na investigação} - \text{número de óbitos maternos declarados} \times 100}{\text{Número de óbitos maternos declarados}}$$

$$DP = \frac{(77 - 70)}{70} \times 100 = 10\%$$

Panorama internacional da mortalidade materna

A OMS estimou que, em 2008, aproximadamente 358.000 mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, o parto ou o puerpério, o que significa cerca de mil mortes a cada dia. Quase 90% desses óbitos (313.100) ocorreram na África e no sul da Ásia; apenas 0,5%, em países de alta renda *per capita* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Na análise da situação da mortalidade materna no mundo, observamos que países da Europa, como França, Itália e Alemanha, apresentam uma razão de mortalidade materna entre 4 e 10 óbitos para cada



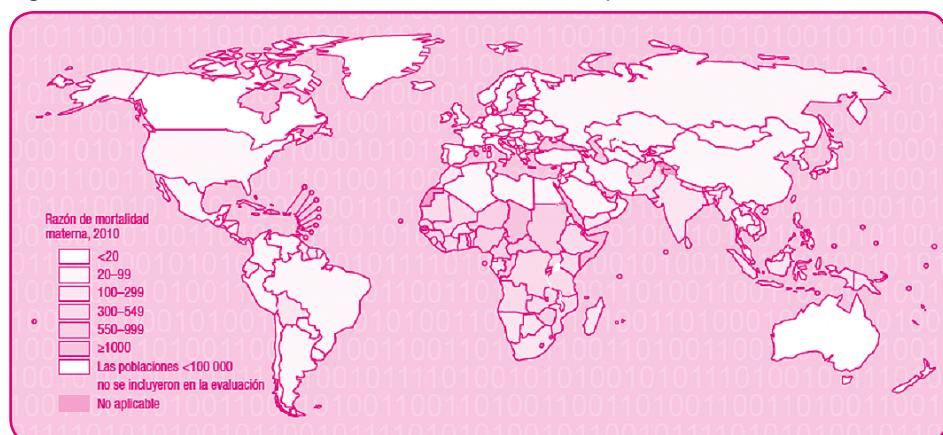
Para saber mais sobre a metodologia e os dados utilizados para elaborar o relatório da OMS, recomendamos o site <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>

100.000 nascidos vivos, demonstrando um resultado positivo do desenvolvimento social e médico-científico.

Na América Latina e no Caribe, os menores níveis são da Costa Rica e do Chile, cuja mortalidade materna se encontra entre 20 e 25 óbitos para 100.000 nascidos vivos, enquanto nos demais países dessa região o risco chega a ser dez vezes maior do que em países europeus (HOGAN et al., 2010). Esse quadro se torna mais grave na África Subsaariana e em parte da Ásia, pois há países nessas regiões cujos riscos de uma mulher morrer durante a gravidez, o parto e o puerpério podem ultrapassar 1.000 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Observe o mapa e veja a distribuição mundial da mortalidade materna (Figura 1).

Figura 1 – Razão de mortalidade materna nos diferentes países do mundo, 2010



Fonte: Organización Mundial de la Salud (2012).

Segundo as Nações Unidas, quando as estimativas de 2010 são comparadas com os níveis observados em 1990, constata-se uma redução de 47% do total dos óbitos maternos no mundo, o que significa uma grande distância da meta proposta (75%) para 2015 (UNITED NATIONS, 2012).

Além das diferenças na razão de mortalidade materna, existem também diferenças quando se comparam as complicações que conduzem à morte de mulheres durante a gravidez, parto e puerpério nos países mais ricos (Europa, Canadá, Japão) e nos países mais pobres da América Latina, África e Ásia. No conjunto dos países, as principais causas de morte materna são as hemorragias, as complicações relacionadas à hipertensão arterial, as infecções e ao aborto. Uma revisão realizada pela OMS (KHAN, 2006) mostrou que na África e na Ásia, as causas hemorrágicas foram as principais complicações (de 30% a 34%).

Na América Latina, a primeira causa foram as síndromes hipertensivas, seguidas pelas hemorragias. Nos países desenvolvidos, a hipertensão e a embolia apareceram como as principais causas.

Panorama da mortalidade materna no Brasil

Para traçar a tendência da RMM no Brasil nas duas últimas décadas, devemos considerar que nesse período foi implementada uma série de medidas para melhorar a cobertura e completude dos dados do Sinasc, do SIM e das informações específicas dos óbitos durante a gravidez, parto ou puerpério.

Uma iniciativa importante foi a Portaria GM n. 1.119/2008 (BRASIL, 2008a), do Ministério da Saúde que determinou a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, para identificar se a mulher que morreu estava no período gravídico puerperal.

A Portaria GM n. 1.119/2008 do Ministério da Saúde que regulamenta a vigilância do óbito materno será aprofundada no Capítulo 7 da Parte II deste livro.

Como podemos observar no Gráfico 1, houve tendência de queda da RMM entre 1990 e 2010 (de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 66 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos) que representou uma queda de 54%. No entanto, a velocidade de queda da RMM diminuiu a partir de 2001, praticamente se mantendo sem grandes variações até 2007.

No Gráfico 1 também se observa um incremento notório da RMM em 2009, que no ano seguinte parece ter diminuído, voltando à tendência da década. Tudo indica que tal aumento corresponde à pandemia de gripe pelo vírus Influenza H1N1 que atingiu o Brasil. A experiência em outros países atingidos pela pandemia apontou à gestação como uma condição de risco para internação e morte.

Quais foram os motivos da tendência de redução da RMM observada no Brasil?

A redução foi decorrente de uma série de fatores, entre eles:

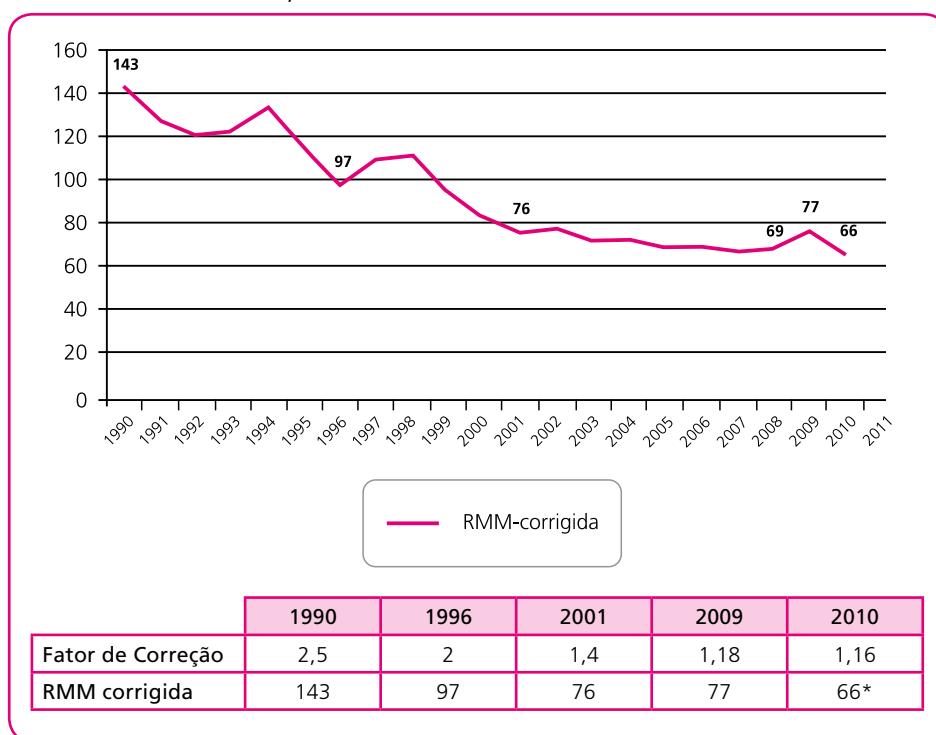
- ⌚ aumento da escolaridade feminina;
- ⌚ queda do número de filhos por mulher;
- ⌚ redução da desigualdade social;
- ⌚ expansão da rede básica de saúde;

- ⌚ aumento da cobertura dos serviços de planejamento reprodutivo e do pré-natal;
- ⌚ maior acesso e qualificação da assistência hospitalar ao parto e puerpério.

Já a interrupção do declínio da RMM, na década de 2000, foi atribuída aos investimentos do Ministério da Saúde para melhorar a cobertura e a qualidade dos dados de morte materna, o que contribuiu para maior captação e identificação de óbitos maternos nos últimos anos. Destacamos algumas atuações do Ministério da Saúde:

- ⌚ estratégias para a redução dos óbitos com causas mal definidas;
- ⌚ notificação obrigatória do óbito materno;
- ⌚ investigação de óbitos de mulheres em idade fértil;
- ⌚ busca ativa de óbitos e nascimentos nos estados das regiões Norte e Nordeste.

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna corrigida (por 100 mil nascidos vivos) pelo Ministério da Saúde. Brasil, 1990/2010



Fonte: Brasil (2010c).
Nota: * Dados preliminares.

As RMMs descritas no Gráfico 1 foram obtidas a partir de dados diretos corrigidos, considerando a estimativa do percentual de óbitos maternos não conhecidos pelas estatísticas oficiais. Na década de 1990, com base em pesquisas, as RMMs foram multiplicadas por 2,5 (1990-1995) e 2,0 (1996-1999). Entre 2000 e 2007, com a melhoria dos dados originados do SIM e Sinasc, o fator de correção aplicado à RMM foi reduzido para 1,4 (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Em outras palavras, foi estimado que 40% dos óbitos maternos eram desconhecidos. Para 2010, o fator de correção aplicado foi 1,16.

Agora vamos descrever a RMM em cada uma das grandes regiões do Brasil ao longo dos anos e a influência da idade da mulher nos riscos de morte durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Conforme já apresentado no Capítulo 1 deste livro, a redução da mortalidade materna foi definida pela ONU, em 2000, como um dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”.

ODM 5: “Melhorar a saúde das gestantes” – reduzir a mortalidade materna em 75%, ou seja, a RMM do Brasil cair para 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

Mortalidade materna por grandes regiões do Brasil

Como já vimos, o nível de RMM depende do grau de desenvolvimento do país, região ou cidade, da qualidade da assistência médica e das estatísticas oficiais a que se tem acesso. Uma localidade pode apresentar uma RMM baixa simplesmente porque não tem informações corretas de todos os óbitos maternos ocorridos.

Para praticar

Vamos observar, na Tabela 1, as RMMs de cada região em 1996 e comparar com as de 2006. Por exemplo, a Região Norte, em 1996, apresentou 47,5 óbitos maternos por 100.000 NV e em 2006 passou para 58,9. Houve aumento da mortalidade materna ou será que está melhorando a qualidade da informação? Escolha outra região e faça a comparação.



Tabela 1 – Evolução da razão de morte materna. Brasil e regiões, 1996-2006

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste	Total
1996	47,5	56,8	52,4	52,8	32,3	51,6
1997	53,1	54,9	64,7	71,5	53,3	61,2
1998	57,1	56,3	70,1	76,2	54,8	64,9
1999	63,1	56,3	55,3	62,1	57,2	57,4
2000	62,3	57,7	48,2	53,4	39,1	52,3
2001	49,8	57,4	44,3	52,6	54,1	50,6
2002	53,1	61,4	46,3	57,4	60,7	54,1
2003	57,2	63,0	42,2	51,6	53,5	52,1
2004	52,7	63,7	44,2	59,0	61,8	54,2
2005	57,5	67,0	40,7	55,1	54,5	53,4
2006	58,9	63,6	46,5	56,7	57,3	55,1

Fonte: Brasil (2010c).

Nota: A RMM foi calculada com dados diretos, sem a aplicação dos fatores de correção.

Agora vamos comparar as regiões em um mesmo ano. Por exemplo, o ano de 2006. A RMM da região Sul foi 56,7 e a da região Norte foi 58,9, ou seja, valores próximos. Como explicar esse achado quando sabemos que o Sul tem melhor cobertura pré-natal e de assistência ao parto e ao puerpério do que o Norte? ■

Mortalidade materna por grupo de idade

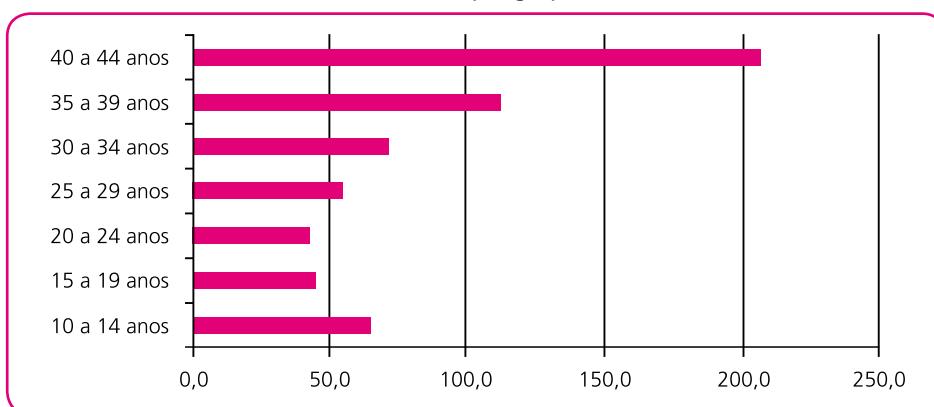
O Gráfico 2 mostra que, a partir dos 15 anos, o risco de morte materna aumenta com o aumento da idade da mulher. As mulheres na faixa de 15-24 anos apresentaram uma razão de morte materna entre 40-45 óbitos para 100.000 nascidos vivos, enquanto que aquelas com mais de 40 anos tiveram um risco maior que 200 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos.



Para saber mais sobre gravidez de alto risco, acesse http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

O *Manual de gravidez de alto risco* (BRASIL, 2010a) também alerta para o aumento do número de complicações de gestações ocorridas em adolescentes com menos de 15 anos.

Gráfico 2 – Razão de Mortalidade materna* por grupo de idade no Brasil, 2008-2010



Fonte: Brasil (2010c).

Nota: *RMM estimadas pelos autores a partir de dados do Sistema de Informação de Mortalidade e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Mortalidade materna por grupos de causas

Outro dado importante para orientar as intervenções na prevenção do óbito materno é conhecer a causa do óbito. O termo causa, nesse contexto, é entendido como a doença ou diagnóstico que levou à morte da mulher. As causas de óbitos maternos, classificadas pela CID-10, são divididas em três grupos:

- a) **Obstétricas diretas:** são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Sua ocorrência é altamente dependente da qualidade da assistência ao planejamento familiar ou ao pré-natal e parto. Exemplo: aborto, hemorragias, hipertensão específica da gravidez e infecção puerperal.
- b) **Obstétricas indiretas:** são causadas por doenças que estavam presentes antes da gravidez ou que surgiram durante a gravidez, não provocadas por causas obstétricas mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Exemplo: tuberculose, HIV, doença cardíaca, malária, dengue e pneumonias.
- c) **Não especificadas:** quando não se sabe a causa da morte.

Conheça os códigos da CID-10 relativos às causas de óbitos maternos.

Morte materna obstétrica direta: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.

As descrições detalhadas de cada código da CID-10 podem ser encontradas no site <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

Na Parte II, no Capítulo 5 “Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde”, você encontrará mais detalhes sobre a classificação de causas de óbito, segundo a CID-10.

Grupos específicos de causas maternas obstétricas diretas:

Hipertensão: O11, O13, O14, O15 e O16.

Hemorragia: O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1, O72.

Infecção puerperal: O85 e O86.

Gravidez que termina em aborto: O.00 a O.08.

Aborto: O.03 a O.07.

Morte materna obstétrica indireta: corresponde aos óbitos codificados na CID-10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação).

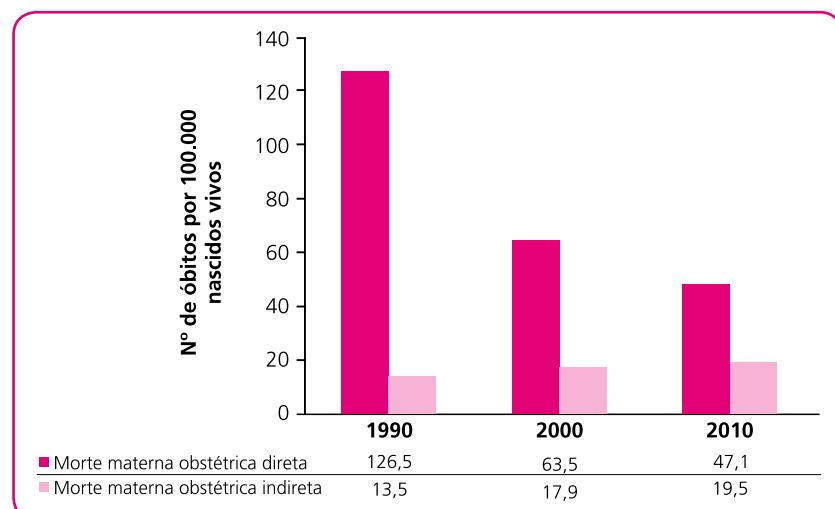
Morte materna obstétrica não especificada: refere-se aos óbitos codificados como O.95.

Morte materna tardia: são as mortes de mulheres por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas entre o 43º dia e antes de completar um ano, após o término da gravidez.

Sequela de causa materna: o óbito da mulher ocorre após o período de um ano do término da gravidez (CID-10 - O97). Estas mortes não são incluídas no cálculo da razão de mortalidade materna no Brasil (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008). ■

Agora vamos observar no Gráfico 3 o comportamento das causas de óbito materno no período de 1990 a 2010.

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990, 2000 e 2010



Fonte: Brasil (2012).

Vale destacar:

- a) As causas obstétricas diretas são responsáveis pela grande parte dos óbitos, apresentando os maiores níveis de RMM.
- b) A mortalidade materna por causas obstétricas diretas reduziu-se à metade entre 1990 e 2000: de 126,5 óbitos maternos por 100.000 NV para 63,5. Entre 2000 e 2010, a diferença foi menor e representou uma queda de 25,8%.
- c) Em relação às causas indiretas, houve um crescimento de 13,5 para 19,5 óbitos maternos por 100.000 NV, correspondendo um aumento percentual de 44,4%.

No Gráfico 4, quando analisamos as quatro principais causas de morte materna obstétrica direta no Brasil em 2008, observamos que a síndrome hipertensiva foi a mais frequente em todas as regiões do país, com exceção da região Sul, cuja principal causa foram as hemorragias. Em segundo lugar, estão as hemorragias. No terceiro lugar, as infecções puererais nas regiões Norte, Nordeste e Sul. Chama a atenção que, nas regiões Sudeste e Centro, o aborto foi a terceira principal causa. O percentual de óbitos por aborto no Sudeste correspondeu a 8% dos óbitos maternos. É provável que estes dados estejam subestimados em todas as regiões do país, pois, quando induzido, o aborto é considerado ilegal e esse fato certamente interfere nas estatísticas de mortalidade.

Abortamento e morte materna

Devido à ilegalidade do aborto, as mulheres de baixa renda, quando desejam interromper a gravidez, realizam este procedimento em condições precárias e inseguras com grandes riscos para sua saúde (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Reconhecendo que o abortamento realizado em condições inseguras é uma das principais causas de morte materna no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2005, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que foi revisada em 2011. Toda mulher em processo de abortamento espontâneo ou inseguro tem direito ao acolhimento e tratamento com dignidade no SUS (BRASIL, 2005c).

Nas regiões brasileiras, as causas obstétricas indiretas foram responsáveis por 15-25% dos óbitos maternos, exceto na região Norte onde o valor desce para 8% (Gráfico 4).

O valor de 25,8% de queda da RMM de 63,5 óbitos maternos para 47,1 por 100.000 nascidos vivos corresponde a uma redução de 16,4 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos. Ao dividir esta diferença pelo nível de RMM no ano 2000, ou seja, por 63,5, e multiplicar por 100, o resultado é o percentual de queda da mortalidade materna na última década, 25,8%.

Observe!

$$(63,5-47,1) \times 100/63,5 = 25,8\%$$



Leia a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento atualizada em 2011 que se encontra no endereço:

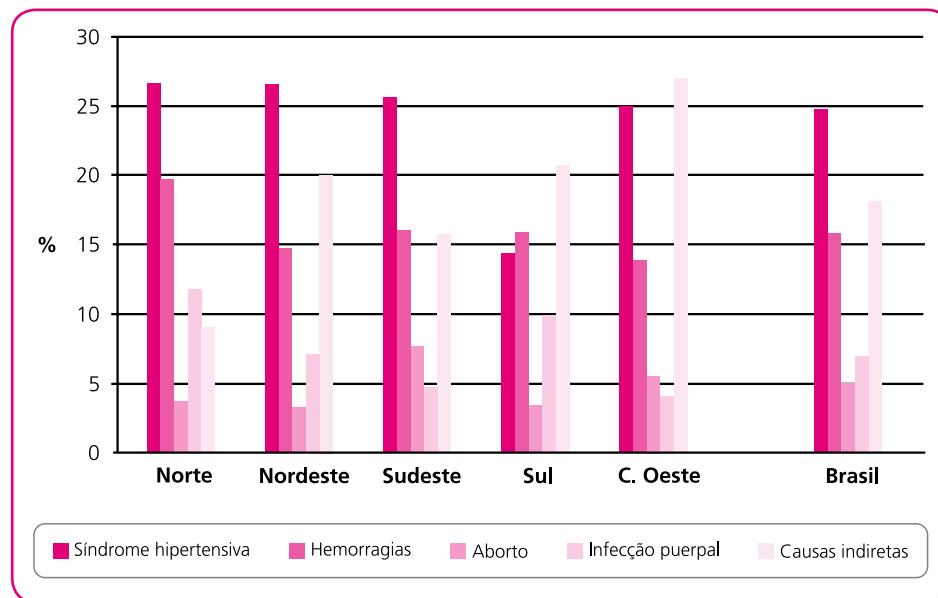
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

Leia também a "Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva" para saber mais sobre questões relacionadas ao abortamento e saúde como magnitude do abortamento; acesso, uso e qualidade dos serviços de planejamento reprodutivo; contracepção e relações de gênero e sobre a decisão do aborto (MENEZES; AQUINO, 2012). A pesquisa está disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200901400002&lng=en&nrm=iso

Recomendamos essas leituras!

Gráfico 4 – Distribuição percentual das causas de mortalidade materna nas regiões brasileiras, 2008

Quando se promove a melhora nas condições de vida da população e a qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, ocorre considerável redução das causas diretas e, consequentemente, no nível de RMM. Este fato é frequentemente acompanhado de um aumento do percentual de óbitos por causas indiretas em relação ao total dos óbitos maternos ocorridos.



Fonte: Brasil (2010c).



Para saber mais sobre morte materna e violência, leia:

- “Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil”, LE Lilia Blima Schraiber et al. (2007), disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014
- “Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados”, de Celene Aparecida Ferrari Audi et al. (2008), no endereço http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500013&lng=en&nrm=iso&tlang=pt

A investigação e o estudo dos óbitos de mulheres em idade fértil pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e dos comitês de mortalidade materna aumentaram o número de óbitos maternos registrados no SIM contribuindo assim para a melhoria da completude dos dados. Propiciou ainda análises mais corretas sobre o papel de outras doenças anteriores à gravidez, ou mesmo quando surgem neste período, tais como anemias, cardiopatias, Aids, malária e demais doenças infecciosas.

Morte materna e violência

As estatísticas de mortalidade informam que uma mulher é morta a cada duas horas no Brasil, o que coloca o país na 12ª posição na classificação mundial de homicídio de mulheres. O estudo da OMS denominado de Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence relatou uma prevalência de 27% de violência entre parceiros íntimos ao longo da vida no município de São Paulo e de 34% na região litorânea do estado de Pernambuco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A violência por parceiro íntimo também é comum entre as mulheres grávidas. No estudo, 8% das mulheres entrevistadas em São Paulo e 11% em Pernambuco relataram agressão física durante a gravidez, aproximadamente 1/3 delas foi atingida no abdome.

Esses estudos demonstram a importância do profissional de saúde estar alerta durante o pré-natal para sinais de violência doméstica, pois isto pode ter um papel importante na prevenção do óbito materno.

A dimensão da violência doméstica é subestimada nas estatísticas de mortalidade materna. O Ministério da Saúde discute a importância de investigação desta causa entre os óbitos maternos e, caso seja identificada, fazer classificação específica dos óbitos maternos associados à violência doméstica, com o objetivo de dar visibilidade e discussão na sociedade para o enfrentamento deste problema.



Determinantes sociais da mortalidade materna

Além de conhecer a razão de mortalidade materna e as causas de óbitos, o próximo passo é conhecer os fatores determinantes e condicionantes envolvidos na cadeia de eventos que levam à morte materna. Essas informações auxiliam na detecção das necessidades de saúde dos grupos de mulheres expostas e subsidiam as intervenções efetivas destinadas à prevenção de óbitos maternos.

Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, denominados de “determinantes sociais em saúde”, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Observando a Tabela 2, podemos analisar as relações entre a RMM e os indicadores sociais e de assistência obstétrica. Por exemplo, países com Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos, menores taxas de cobertura pré-natal e de percentual gasto em saúde, como Bolívia, Índia e Angola, são os que apresentam taxas mais elevadas de RMM. Inversamente, Itália, Bélgica e Canadá apresentam baixas RMMs, altos IDHs e melhores indicadores de assistência à gestante e ao parto.

A mortalidade materna é um evento no qual os determinantes sociais têm grande impacto, afetando sua magnitude e distribuição. E a distribuição dos óbitos acompanha de maneira inversa a distribuição da riqueza e o desenvolvimento socioeconômico do país.

Tabela 2 – Estimativas da razão de mortalidade materna e indicadores socioeconômicos e de assistência obstétrica de diferentes países, 2008

Países	Razão de mortalidade materna (por 100.000 NV)	Número de mortes maternas	IDH	Expectativa de vida ao nascer	Parto com pessoal treinado	Cobertura pré-natal com uma consulta	Nível primário de escolaridade de mulheres	Produto Interno Bruto gasto em saúde
Itália	5	26	0,84	82	99	100	98	9,0
Bélgica	5	6	0,84	80	99	100	99	9,7
Canadá	12	42	0,88	81	100	100	99	10,3
Chile	26	64	0,78	78	100	95 (1992)	95	6,9
China	38	6900	0,77	74	98	90	87**	4,3
Cuba	53	63	0,86	77	100	100	99	11,3
Brasil	57,3§	1556	0,69	73	97	97	93	8,4
Bolívia	180	470	0,64	67	66	77	96	5,2
Índia	230	63000	0,61	64	47	74	88	4,0
Angola	610	4800	0,56	46	47	79	67*	2,7

Fonte: Organización Mundial de la Salud (2010).

*Alfabetização.

** Referente a Macao e adjacências.

§ A RMM e o número de óbitos foram estimados com base nos dados disponíveis no SIM e Sinasc para 2008.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa proposta em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq para classificar os países pelo seu “grau de desenvolvimento humano”. O índice, utilizado pela Organização das Nações Unidas, é composto com base nos dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB *per capita* (PPC) – indicador do padrão de vida. O IDH pode variar entre 0 e 1 – quanto mais alto o valor, maior o desenvolvimento. A cada ano os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas.

Em 2010, maior nível de IDH foi observado na Noruega (IDH = 0,938) e o menor no Zimbabwe (IDH = 0,140). O Brasil apresenta IDH de 0,699, valor considerado alto, e atualmente ocupa o 73º lugar no ranking mundial. O IDH também é disponibilizado para estados e municípios brasileiros em <http://www.pnud.org.br/atlas/>

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2011).

Podemos, então, afirmar que a razão de mortalidade materna, além de ser um indicador que expressa os níveis de saúde das mulheres, reflete as condições de vida, as desigualdades sociais, a ausência ou a fragilidade de políticas sociais e leis que garantam os direitos de cidadania e a participação social em cada região ou país.

Para praticar

Observe novamente a Tabela 2. Compare o Brasil com os países que apresentam RMM menores. Faça uma reflexão sobre a associação entre indicadores socioeconômicos e de serviços e investimentos em saúde e a RMM no Brasil.

Para entender o significado das relações do conjunto de fatores identificados na determinação do óbito materno, apresentaremos um modelo teórico de análise dos determinantes. A construção do modelo visa integrar os fatores sociais, biológicos e de comportamento e elucidar as relações que se estabelecem entre eles e, assim, contribuir para o entendimento da ocorrência da morte materna.

Este modelo teórico pode ser bastante útil não apenas para favorecer uma compreensão ampliada do fenômeno da morte materna, como também para ajudar a rastrear múltiplos fatores e dimensões que contribuíram para a ocorrência do óbito. Os dados são obtidos com base nos sistemas de informações e de investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil pelos responsáveis pela vigilância dos óbitos e pelos comitês de mortalidade.

Segundo este modelo, os resultados da gravidez seriam influenciados por três níveis de determinação: **geral, intermediário e proximal**. Os determinantes gerais dizem respeito às estruturas maiores de desigualdades sociais, como condições socioeconômicas, gênero e discriminação étnica racial. Os intermediários se referem às condições de acesso a recursos ou bens sociais, como educação, saúde, trabalho, entre outros. Os determinantes proximais são mais imediatamente percebidos nas práticas assistenciais, como condições gerais de saúde da mulher, características individuais sociodemográficas, familiares e reprodutivas, acesso a serviços de saúde reprodutiva e qualidade da assistência recebida. Esses três níveis de determinações estão absolutamente inter-relacionados. Veja o Quadro 1.

Quadro 1 – Modelo de análise dos determinantes da mortalidade materna



Fonte: Adaptado de McCarthy J. e Maine (1992).

Se analisarmos como se distribui a mortalidade materna no Brasil entre mulheres de distintos grupos sociais, podemos perceber como operam essas desigualdades sociais em saúde. Dados do SIM, referentes ao ano de 2008, demonstram que mulheres brasileiras com quatro anos ou menos de escolaridade tiveram um risco 3,7 vezes maior de morrer por causa materna do que aquelas com 9 a 12 anos de escolaridade. Estudos demonstram também que mulheres pretas residentes nas capitais brasileiras apresentaram razão de mortalidade materna 7 vezes maior que as brancas ou pardas (CHOR; LIMA, 2005), e que o risco para negras variou entre 3,6 (Bahia) e 8,2 vezes (Paraná) (MARTINS, 2006).



Conheça mais sobre a mortalidade materna no Brasil! Acesse: www.datasus.gov.br e vá até os links *Informações em Saúde* e depois acesse *Estatísticas Vitais*.

Também a população indígena apresenta maior vulnerabilidade à mortalidade materna. No estado do Mato Grosso, entre 2000-2006, foi observado um risco 5 vezes maior de mortalidade materna entre indígenas, quando comparado com o de mulheres brancas. Neste estudo, também ficou evidenciada uma maior mortalidade materna para as mulheres negras (TEIXEIRA et al., 2012). Cabe destacar a necessidade de valorizar e melhorar a qualidade de informação sobre etnia/raça/

cor nas estatísticas de saúde para tornar possível um melhor enfrentamento do contexto que leva a estes diferenciais.

Diante do nível de RMM observado em nosso país, mostra-se necessário desenvolver um conjunto de estratégias de aprimoramento da assistência à saúde da mulher. Entre elas destacamos:

- ⌚ ações relacionadas ao planejamento reprodutivo e ao aborto;
- ⌚ qualificação da atenção pré-natal realizada pelas equipes de atenção à saúde;
- ⌚ articulação entre a atenção básica e a atenção hospitalar;
- ⌚ identificação e encaminhamento oportuno das gestantes de risco a serviços especializados;
- ⌚ melhoria da qualidade da atenção ao trabalho de parto e ao pós-parto e do atendimento às emergências obstétricas.

Concomitantemente a essas ações que incidem nos determinantes proximais da mortalidade materna, é imprescindível o investimento em políticas sociais voltadas para aumento da escolaridade, melhor distribuição da renda, redução da pobreza e superação das desigualdades por motivos étnico/raciais e de gênero – determinantes gerais e intermediários importantes da saúde materna e infantil.

A agenda de saúde das mulheres: aspectos históricos, conceituais e políticos

Desde a redemocratização do país, o Estado e a sociedade brasileira têm assumido compromisso crescente com a promoção da equidade de gênero e a melhoria das condições de saúde e da promoção dos direitos reprodutivos das mulheres. Com esse objetivo, ao longo das últimas décadas, foi desenvolvida uma série de políticas de saúde, tendo como marco o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Lançado em 1984, o programa representou uma política inovadora por vários motivos:

- ⌚ Sua criação foi resultado de lutas de movimentos sociais que tiveram papel importante no período de redemocratização do Brasil, como os de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e o Movimento de Reforma Sanitária.
- ⌚ Foi o primeiro programa de saúde a incorporar a noção de **integralidade**, bandeira cara àqueles que lutaram pela reforma do sistema de saúde brasileiro e que se inspira no ideal de direitos e justiça social no acesso à saúde.

⑨ Introduziu uma visão de mulher diferente daquela dos programas materno-infantis anteriores, centrada apenas em seu papel maternal. As mulheres são consideradas como sujeitos de direitos plenos, seja na esfera familiar e reprodutiva, seja no que se refere à sua saúde e bem-estar, seja no que diz respeito à sua participação na sociedade.



O Paism incluiu ações de assistência clínica e ginecológica para as mulheres em todas as fases de sua vida, desde a adolescência até a terceira idade. Além disso, enfatizou a importância de ações educativas e preventivas que deveriam permear todas as práticas assistenciais. Estabeleceu diretrizes e objetivos visando a ampliação do acesso e a universalização da assistência às mulheres e o aprimoramento de ações como assistência ao pré-natal, parto e puerpério; atenção ao planejamento familiar e às mulheres no climatério; controle das doenças transmitidas sexualmente e do câncer cérvico-uterino e mamário; além de outras necessidades identificadas com base no perfil populacional e epidemiológico das mulheres.

Integralidade

Conforme Mattos (2001), integralidade é uma noção com múltiplos sentidos, que aponta para “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”. Um bom ponto de partida para entender os sentidos da

integralidade é considerar que a saúde e o adoecimento das pessoas não são meros fatos biológicos, mas são também determinados pelas suas condições de vida e suas formas de participação na sociedade.

Em seus vários sentidos, a integralidade diz respeito a um conjunto de características das práticas de saúde, em pelo menos três grandes dimensões:

1. na relação entre os profissionais de saúde e os usuários;
2. na forma de organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde;
3. no desenho e na implementação de políticas e programas de saúde específicos.

Em qualquer uma dessas dimensões, a assistência integral é aquela que se assenta nos seguintes princípios:

- Os “usuários” são sujeitos, possuem uma história, são portadores de saberes e titulares de direitos.
- Escutar, dialogar e procurar entender as necessidades dos usuários de modo abrangente é pré-condição para prover cuidados integrais e efetivos em saúde.
- Todo encontro entre usuários e profissionais, todo ato de cuidado em saúde são oportunidades para promoção e prevenção em saúde e para troca de informações e conhecimentos.
- Os cuidados em saúde devem ser integrados, coordenados e continuados. Para isso, os vários profissionais e serviços de saúde devem se comunicar e trabalhar de forma articulada e colaborativa.
- Os princípios da integralidade e da equidade convergem quando se organiza a porta de entrada nos serviços de saúde de modo a garantir a universalidade do acesso e quando o acolhimento e a assistência se baseiam no princípio da não discriminação, seja por motivos socioeconômicos, de cor de pele, de sexo, religião, escolaridade, orientação sexual, idade, origem étnica ou qualquer outro fator.

Fonte: Mattos (2001).

Para refletir

O que você entende por Assistência Integral à Saúde da Mulher no ciclo gravídico puerperal?

Na década de 1990, o processo de implementação do Paism foi influenciado pelos princípios e pelas diretrizes da nova política de saúde, cuja expressão maior foi a criação do SUS, e por processos que a partir de então se desencadearam, como a municipalização da saúde e a descentralização das ações, a reorganização e a ampliação dos serviços de atenção básica.

No plano internacional, duas conferências convocadas pela ONU também favoreceram o avanço das políticas de saúde voltadas para as mulheres: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), realizada no Cairo e a Conferência Internacional da Mulher, em Pequim (1995). Nesses eventos foram consagradas as noções de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva. O Brasil foi signatário dos documentos finais dessas conferências, assumindo o compromisso de desenvolver leis e políticas públicas para a promoção desses direitos e da saúde reprodutiva de sua população.

Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

Organização das Nações Unidas, Cairo, 5 a 13 de setembro de 1994

Os direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva mereceram destaque no Relatório.

Segundo o Capítulo VII, § 7.3,

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsável sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

O Capítulo VII, § 7.2, afirma

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade à sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho saudável. ▶

Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

Desde o lançamento do Paism até os dias atuais, a agenda de Assistência Integral à Saúde da Mulher experimentou expansão relevante. Novos temas, programas e ações assistenciais foram incorporados, respondendo a mudanças do quadro epidemiológico e absorvendo novas demandas dos movimentos de mulheres, conforme pode ser observado no Anexo A, ao final do capítulo.

Em 2004, o Ministério da Saúde, considerando a prioridade dada pelo governo à saúde da mulher, lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), articulando temas e ações de saúde que haviam sido desenvolvidos em diversos programas e políticas ao longo dos últimos vinte anos.

Um avanço importante dessa nova política é o reconhecimento da diversidade da população feminina brasileira e, nesse sentido, a PNAISM propõe ações para atender as necessidades de mulheres rurais, negras, indígenas, lésbicas, com deficiência, em situação de prisão, adolescentes e terceira idade. Além disso, aborda temas pouco tratados nos programas anteriores, como doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental e abortamento. Enfim, além de reiterar os princípios da equidade, da integralidade e dos direitos, a PNAISM afirma que

a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres diante da identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004b).

Assistência à saúde materna

Na área específica da assistência à saúde materna, desde o final da década de 1980 foram implementadas importantes iniciativas do Ministério da Saúde, em conjunto com gestores estaduais e municipais, instituições de ensino e pesquisa, grupos de profissionais de saúde, movimentos

de mulheres e de humanização do parto e outros setores da sociedade civil, para promover a saúde e a redução da morbimortalidade materna e neonatal. O Quadro 2 apresenta em ordem cronológica algumas das iniciativas mais importantes.

Quadro 2 – Marcos importantes das políticas de assistência pré-natal, parto e puerpério

Ano	Iniciativas
1989	• Implantação dos primeiros Comitês Estaduais de Mortalidade Materna.
1992	• Plano de Eliminação do Tétano Neonatal. MS.
1994	• Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais. MS. • Projeto Maternidade Segura. MS/UNICEF/FEBRASGO. • Criação da Comissão Nacional de Morte Materna.
1998	• Ações para melhoria da assistência obstétrica e redução da cesariana. Portarias n. 2.815 e 2.816. MS. • Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a Gestação de Alto Risco. Portaria n. 3.016 e 3.477. • Campanha “Natural é parto Normal”. CFM/MS.
1999	• Instituição do Prêmio Galba de Araújo como reconhecimento para estabelecimentos de saúde que apresentem atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos sob seus cuidados. Portaria GM/MS n. 2883. MS. • Apoio técnico-financeiro para realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. • Criação de Centros de Parto Normal no âmbito do SUS. Portaria GM/MS n. 985.
2000	• Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento. Portaria n. 569/GM/MS. • Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. MS.
2003	• Instituição da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Portaria n. 652 GM/MS. • O óbito materno torna-se evento de notificação compulsória. Portaria n. 653 GM/MS.
2004	• Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
2005	• Garantia às parturientes de direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Lei Federal n. 11.108. • Inclusão da sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória. Portaria MS n. 33.
2006	• Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária. MS. • Resolução dispõe sobre funcionamento e estrutura dos Bancos de Leite Humano (BLH). RDC n. 171.
2007	• Lei dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Lei Federal n. 11.634. • Aprovação das normas para implantação do Método Canguru, atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Portaria GM/MS n. 1.683. • Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo. • Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. MS.

Quadro 2 – Marcos importantes das políticas de assistência pré-natal, parto e puerpério (cont.)

Ano	Iniciativas
2008	<ul style="list-style-type: none"> Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Portaria GM/MS n. 1119. Definição do repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Portaria GM/MS n. 3.136. Regulação dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. RDC n. 36.
2009	<ul style="list-style-type: none"> Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal. MS.
2011	<ul style="list-style-type: none"> Rede Cegonha. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria n. 2.351, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Portaria n. 650 de 5 de outubro de 2011.

Com o objetivo de contribuir para uniformizar a conduta dos diversos profissionais de saúde e para facilitar a atuação integrada da equipe de saúde no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que acometem a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, o MS vem elaborando manuais técnicos. O Quadro 3 lista algumas publicações.

Quadro 3 – Manuais técnicos do Ministério da Saúde na área da assistência obstétrica

Ano	Manuais
2001	<ul style="list-style-type: none"> Gestação de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. MS. Parto, aborto e puerpério: assistências humanizadas à mulher. MS.
2005	<ul style="list-style-type: none"> Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. MS. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. MS
2007	<ul style="list-style-type: none"> Manual dos comitês de mortalidade materna. MS.
2009	<ul style="list-style-type: none"> Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. MS. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. MS Prevenção e tratamento de agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. MS
2010	<ul style="list-style-type: none"> Gestação de alto risco. Manual técnico. 5ª edição ampliada e revisada. MS. Avaliação e manejo em emergências obstétricas: hemorragia pós-parto. MS. Avaliação e manejo em emergências obstétricas: pré-eclampsia e eclampsia. MS. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares.



Para saber mais sobre as publicações recentes relacionadas à saúde da mulher, acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24902

Quadro 3 – Manuais técnicos do Ministério da Saúde na área da assistência obstétrica (cont.)

Ano	Manuais
2011	<ul style="list-style-type: none"> Aspectos legais do atendimento a vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais da saúde. MS Anticoncepção de emergência - perguntas e respostas para profissionais da saúde. MS Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. MS Política nacional de atenção a saúde da mulher. MS Além da sobrevivência: práticas integrativas de atenção ao parto, benéficas para a saúde das mães e crianças. MS
2012	<ul style="list-style-type: none"> Caderno de atenção básica: pré-natal de baixo risco. MS.



Conheça o manual “Maternidade segura: assistência ao parto normal, um guia prático” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) no site http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

Debates internacionais também contribuíram para renovar e ampliar as políticas de assistência obstétrica no Brasil. Em 1996, a OMS, com base em evidência científica produzida por pesquisa desenvolvida em colaboração internacional, sistematizou um conjunto de recomendações para a condução do parto normal, categorizando-as em:

- ⌚ práticas úteis que deveriam ser estimuladas;
- ⌚ práticas prejudiciais ou ineficazes que deveriam ser banidas;
- ⌚ práticas para as quais não havia ainda evidências suficientes de sua eficácia e segurança e deveriam ser utilizadas com cautela;
- ⌚ práticas úteis, mas cujo o uso deveria ser mais criterioso.

Conforme mencionado no capítulo anterior, a Cúpula do Milênio, em 2000, também incrementou o debate sobre as ações na área da saúde materna e infantil em nosso país. Para o cumprimento do “Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil” e do “Objetivo 5: Melhorar a saúde das gestantes”, o governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, tomou medidas importantes.

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Pacto (BRASIL, 2004a) sistematizou uma série de ações estratégicas para a redução da mortalidade de gestantes, puérperas e recém-nascidos e alinhavou compromissos entre gestores das três esferas de governo, profissionais de saúde e um conjunto de movimentos sociais e organizações da sociedade civil para a transformação do quadro epidemiológico e a efetivação dos direitos reprodutivos no Brasil.

Mais recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a estratégia Rede Cegonha, uma iniciativa inovadora que visa implementar, em

todo o país, uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Com a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, a implementação de Boas Práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, a atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses e o acesso às ações de planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha tem como objetivos mais gerais:

- ◉ fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses;
- ◉ organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- ◉ reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

As ações integradas propostas pela estratégia Rede Cegonha constituem uma **Linha de Cuidados Integrais de Atenção à Saúde Materno-Infantil**. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes têm acompanhamento, tomando a unidade básica de saúde, próxima a sua casa, como referência, e sabem com antecedência onde darão à luz (vinculação da gestante à maternidade).

Observe a Figura 2, mais adiante, que a gestante de risco habitual é vinculada e realiza seu parto na maternidade de baixo risco ou centros de parto normal. Já a gestante de alto risco, é vinculada e faz seu parto na maternidade de alto risco de referência da RAS.

Entre as estruturas estão as Casas da Gestante, do Bebê e da Puérpera, que dão acolhimento e assistência às gestantes, puérperas ou recém-nascidos de risco, e os Centros de Parto Normal, que funcionam em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento.

A rede hospitalar obstétrica de alto risco também é fortalecida com a ampliação progressiva da quantidade de leitos na rede SUS, de acordo com as necessidades apresentadas pelos municípios.

Outra ação prevista é equipar as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) para o transporte seguro dos recém-nascidos.



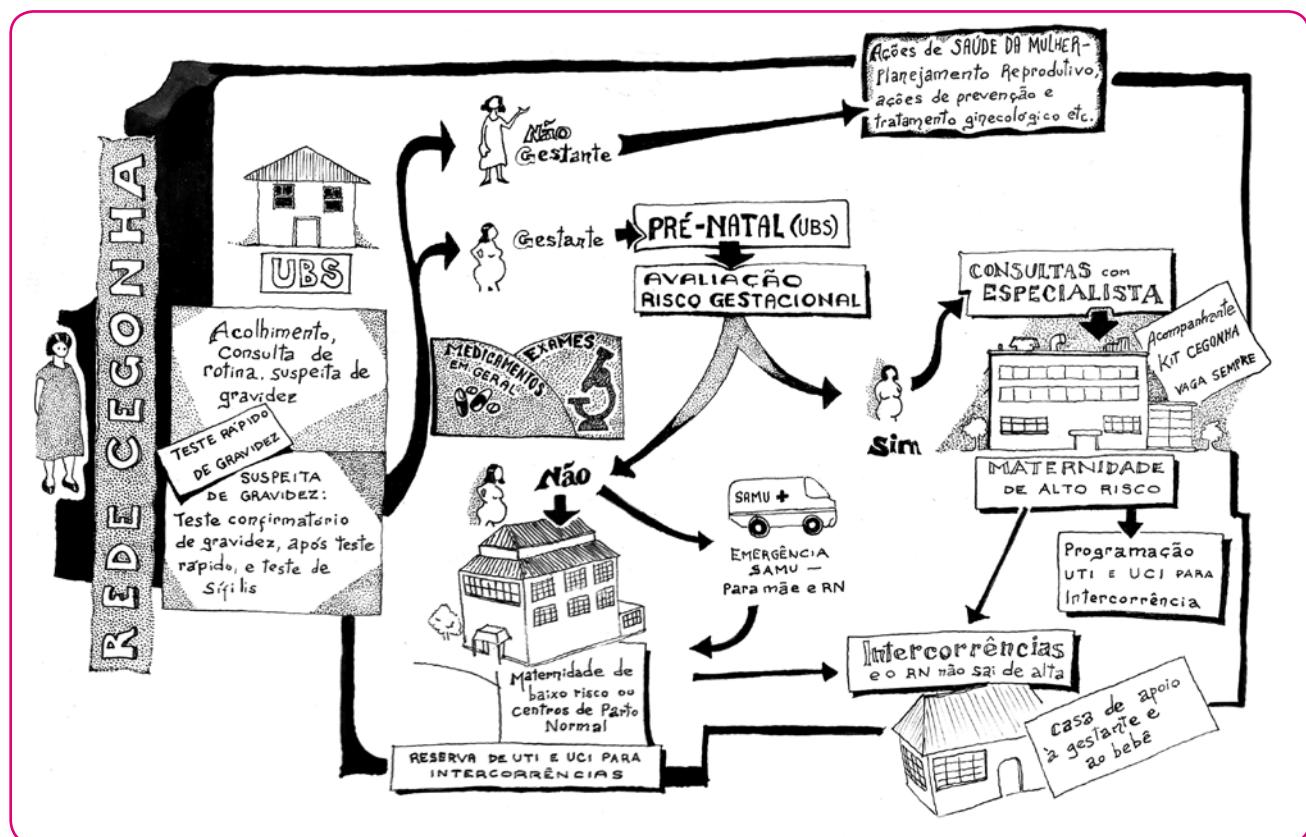
Para conhecer mais sobre as ações estratégicas da Rede Cegonha, indicamos o site www.saude.gov.br/redecegonha

No Capítulo 1, item “Aprimoramento do Pacto pela Saúde: Contrato Organizativo e Ação Pública (Coap)”, foi apresentado que o desenvolvimento da linha de cuidado contribui para organização de RAS. A Rede Cegonha é uma das diferentes RAS temáticas. Sugerimos a releitura desse item.

Ainda como parte das ações da Rede Cegonha, às mulheres no puerpério é garantida a assistência ao planejamento reprodutivo; às crianças, atenção integral à saúde nos primeiros dois anos de vida.

A Rede Cegonha prevê a qualificação dos profissionais de saúde que atuam tanto na atenção primária como em serviços de urgências obstétricas; a criação de estruturas de assistência e acompanhamento das mulheres; e o reforço na rede hospitalar convencional. A proposta é garantir que sempre haverá vaga para gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde (gestante não peregrina) (BRASIL, 2011).

Figura 2 – Linha de cuidado da gestante e do recém-nascido



Fonte: Adaptado de Powerpoint da Rede Cegonha, da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em 2011.

Para refletir

Observe a Figura 2. Quais são os desafios em seu município para a implementação de uma linha de cuidado à gestante e ao neonato?

Assistência à saúde reprodutiva das mulheres: como estamos?

Durante todo o processo de construção do SUS, a rede de serviços públicos de saúde e o acesso da população brasileira aos cuidados de saúde ampliaram-se de maneira considerável, permitindo avanços na concretização dos princípios da universalidade e da equidade e na garantia do direito à saúde.

A atenção básica tem tido papel destacado no processo de universalização do acesso, ao ser proposta como principal porta de entrada no sistema de saúde e organizadora do acesso aos serviços de maior complexidade, permitindo a integração do sistema de saúde em seus vários níveis. Nesse sentido, cabe a atenção básica também a responsabilidade pela coordenação e continuidade dos cuidados prestados às pessoas no sistema de saúde, aspectos centrais da integralidade. Para a saúde reprodutiva, os avanços na implementação da rede de atenção básica são muito importantes, uma vez que grande parte dos cuidados envolve ações de promoção e prevenção em saúde.

Variáveis relacionadas à assistência pré-natal, ao planejamento reprodutivo e à prevenção de câncer de colo uterino são indicadores privilegiados para o monitoramento da assistência à saúde reprodutiva das mulheres na atenção básica.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) mostrou, conforme podemos observar na Tabela 3, que o acesso à assistência pré-natal tornou-se quase universal no Brasil, alcançando 98,7% das gestantes (LAGO; LIMA, 2009). Dessas gestantes, 16,4% iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre. Para as mulheres que conseguem acesso ao pré-natal, o maior obstáculo se refere à qualidade das ações oferecidas: 19,1% não realizaram o mínimo de seis consultas; quase 25% não fizeram a vacinação antitetânica; pelo menos 10% deixaram de fazer exames de sangue e/ou urina; e quase 40% não receberam informação sobre a maternidade onde teriam o filho.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 entrevistou aproximadamente 15.000 mulheres, de 15 a 49 anos de idade, e responsáveis por aproximadamente 5.000 crianças menores de 5 anos, número representativo das cinco macrorregiões do Brasil e dos contextos urbano e rural (BRASIL, 2008).

A pesquisa teve entre outros objetivos caracterizar a população feminina em idade fértil e as crianças menores de 5 anos segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais e avaliar o acesso a serviços de saúde e a medicamentos (BRASIL, 2008).

Tabela 3 – Distribuição percentual de nascidos vivos, segundo características da assistência recebida durante o pré-natal, segundo macrorregiões, 2006

Indicador	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil	p
Pré-natal							
Fez pré-natal	96,1	97,9	99,8	99,4	98,2	98,7	<0,001
1º consulta no 1º trimestre	76,9	80,2	85,5	87,6	87,1	83,6	0,011
1 ou + doses de vacina antitetânica na gestação do 1º filho	85,0	87,8	67,6	77,5	79,0	76,9	<0,001
Fez exame de sangue	89,8	89,1	94,1	89,2	92,3	91,5	0,016
Fez exame de urina	88,4	85,4	90,5	76,1	85,9	86,6	<0,001
Tinha cartão de pré-natal	97,1	94,1	95,7	95,0	92,8	95,1	0,282
Informada sobre a maternidade	55,6	51,5	66,3	73,6	64,7	61,9	<0,001
Fez 6 ou + consultas	64,9	72,3	88,2	87,5	83,7	80,9	<0,001

Fonte: Lago e Lima (2009).

Para refletir

Observe novamente a Tabela 3. Faça uma reflexão sobre o comportamento dos diferentes indicadores da assistência pré-natal segundo as regiões brasileiras.

No âmbito da assistência hospitalar, o acesso ao parto assistido por profissionais qualificados e a disponibilidade e o uso apropriado de tecnologias são indicadores importantes da oferta e qualidade da assistência à saúde reprodutiva. A PNDS 2006 mostrou elevado percentual de partos hospitalares no Brasil (98,4%), assistidos por médicos ou enfermeiras (97,0). Entretanto, há desigualdades significativas entre as regiões do país (LAGO; LIMA, 2009). Veja a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição percentual de nascidos vivos, segundo indicadores da assistência recebida durante o parto, segundo macrorregiões, 2006

Indicadores da assistência ao parto	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil	Valor de p
	Parto						
Parto hospitalar	92,2	97,7	99,9	99,5	99,2	98,4	<0,001
Atendida na 1º maternidade	90,6	88,3	88,7	96,1	86,8	89,6	0,002
Assistido por médico/ enfermeira	92,5	94,3	98,8	99,8	98,5	97,0	<0,001
Parto cesáreo	30,7	32,0	51,7	51,6	48,8	43,8	<0,001
Cesariana agendada	43,7	40,0	47,2	50,7	49,5	46,2	0,448
Cesariana em 1º filho	38,0	34,0	57,2	53,2	50,7	48,3	<0,001
Alívio da dor no parto normal	18,3	17,4	46,7	37,4	27,0	30,4	<0,001
Fez episiotomia	54,8	65,5	80,3	78,5	78,8	71,6	<0,001
Com presença de acompanhante	15,4	12,1	18,5	19,3	16,3	16,3	0,034

Fonte: Lago e Lima (2009).

Segundo a mesma pesquisa, 89,6% das mulheres conseguiram ter os seus bebês no primeiro serviço procurado, mas 43% das gestantes que realizaram pré-natal no SUS não haviam sido informadas sobre a maternidade que deveriam procurar no momento que começasse o trabalho de parto. Eliminar a peregrinação em busca de atendimento no momento do parto é meta prioritária em qualquer estratégia de redução da morbimortalidade materna e neonatal. Para isso, é fundamental a definição durante o pré-natal da maternidade onde vai ocorrer o nascimento, o estabelecimento de mecanismos eficazes de encaminhamento e a vinculação da gestante a esse serviço. É preciso ter a garantia de que ela terá meios para se locomover até lá quando iniciar o trabalho de parto.

Outros indicadores da assistência ao parto e ao puerpério também precisam ser melhorados. O percentual de partos cesáreos é muito alto no Brasil (43,8%), com tendência à elevação nos últimos anos; quase metade dessas cesarianas foi pré-agendada (46,2%); foram realizadas **episiotomias** em 71,6% dos partos normais, quando o uso rotineiro desse procedimento é considerado inapropriado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Em apenas 16,3% dos casos, o parto contou com a presença de acompanhante; as práticas de alívio da dor (banhos quentes, massagens, analgesia, anestesia) não alcançaram mais que 30% dos partos normais; e apenas 32% das puérperas tiveram consulta pós-natal.

Episiotomia é um corte cirúrgico feito no períneo, a região muscular que fica entre a vagina e o ânus. O corte é feito durante o parto normal, com a ajuda de uma anestesia local (se a mulher já não estiver anestesiada), para facilitar a passagem do recém-nascido.

Para refletir

Observe novamente a Tabela 4. Faça uma reflexão sobre o comportamento da assistência ao parto segundo as regiões brasileiras.

O relatório da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados”, divulgado pela Fundação Perseu Abramo (2010), revelou um dado preocupante e que exige profunda reflexão: uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência no pré-parto ou no parto. Desses, 74% aconteceram na rede pública de saúde. Entre as violências relatadas encontra-se a violência verbal, “não chora que no ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer não chorou nem chamou a mamãe, por que está fazendo (isso) agora?”. A pesquisa também revela que 10% das mulheres que solicitaram algum tipo de alívio para a dor não foram atendidas e 9% foram ofendidas com gritos do atendente.

Considerações finais

Apesar dos avanços observados a partir da década de 1990 no que diz respeito ao direito à saúde, para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal é necessário aprofundar a implementação das políticas e dos programas desenhados; ampliar o acesso aos serviços e às ações previstas; investir permanentemente na melhoria da qualidade da assistência; e instituir a prática de monitoramento e avaliação em saúde reprodutiva.

Paralelamente, são necessárias políticas públicas e a participação ativa da sociedade para reduzir as desigualdades sociais e as discriminações de gênero e étnico-raciais. Nesse sentido, estamos todos implicados, sejamos profissionais de saúde ou de outra área, atuando no setor público ou no privado, participando das ações de vigilância e controle da mortalidade materna, infantil e fetal. Com representantes de poderes públicos, de profissionais de saúde ou da sociedade civil.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução n. 36, de 3 de junho 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução n. 171, de 4 de setembro 2006. Dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento de bancos de leite humano. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 set. 2006.

AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 ago. 2006a.

BRASIL. Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde: relatório final. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnns/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 33, 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 111, 15 jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 652, de 28 de maio de 2003. Institui a Comissão Nacional de Mortalidade Materna. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 maio 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 maio 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 985, de 28 de dezembro de 1999. Cria o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 ago. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2011. Seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.815, de 29 de maio de 1998. Melhorar à qualidade da assistência obstétrica relacionada à assistência ao parto normal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 jun. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.816, de 29 de maio de 1998. Melhorar à qualidade da assistência obstétrica e redução da cesariana. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 jun. 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui o Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.016, de 19 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 jun. 1998d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.136, de 24 de dezembro de 2008. Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.477, de 20 de agosto de 1998. Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 ago. 1998d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Plano operacional de redução na transmissão vertical do HIV e da sífilis*. Brasília, DF, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília, DF, 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral de saúde da mulher*: plano de ação, 2004-2007. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2011. Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*: manual técnico Brasília, DF, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher*: PNDS, 2006. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2009*: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011*: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de informação sobre mortalidade*: sistema de informações sobre nascidos vivos. Brasília, DF, 2010c.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

CHOR, D.; LIMA, C. R. de A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Relatório da Conferência ...: Plataforma de Cairo*. [S.I.], 1994.

COSTA, J. V. et al. *Análise da mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos Popacionais, 2006.

DATASUS. *Arquivos de DO*: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 6 jul 2010.

DATASUS. *Arquivos de DO*: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 10 abr. 2011.

DATASUS. *Arquivos de DN*: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 6 jul 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados*. São Paulo: SESC/Departamento Regional de São Paulo, 2010. Pesquisa de Opinião Pública. Disponível em: <<http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: out. 2012.

HOGAN, M. C. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, London, v. 375, n. 9726, p. 1609-1623, 8 May 2010.

KHAN, K. S. et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, London, v. 367, n. 9516, p. 1066-1074, 2006.

LAGO, T. D. G.; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa nacional demografia e saúde: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009.

LAURENTI, R. Pesquisa na área de classificação de doenças. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 112-126, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/06.pdf>>. Acesso em: out. 2012.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008.

LUIZAGA, C. T. M. et al. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 8-15, mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100002&lng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2011.

MCCARTHY, J.; MAINE, D. A framework for analysing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning*, New York, v. 23, n. 1, p. 23-33, Jan./Feb. 1992.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna em mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S193-S204, 2009. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200900140002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília, DF, 1996.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estatísticas sanitarias mundiales*: Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estatísticas sanitarias mundiales*. uma instatanea de la salud mundial, 2012. Ginebra, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Desenvolvimento humano e IDH*. New York, 2011.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Central de Mortalidade Materna. *Relatório sobre o biênio 2003/2004*. São Paulo, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

TEIXEIRA, N. Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 12, n. 1, p. 27-35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1519-3829&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2013.

UNICEF. *Situação mundial da infância 2011: adolescência: uma fase de oportunidade*. Brasília, DF, 2011.

UNITED NATIONS. *The millennium development goal report: addendum 2, goal 5: improve maternal health*. New York, 2010.

UNITED NATIONS. *The millennium development goal report: 2012*. New York, 2012

VIOLA, R. Mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010. cap. 7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global health observatory data repository*. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=3300&theme=country>>. Acesso em: jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/Brazil2.pdf>. Acesso em: out. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Trends in maternal mortality: 1990-2008*. Geneva, 2010.

Anexo A – Marcos político-institucionais importantes para a agenda da Saúde Integral da Mulher

Marcos político-institucionais	Agenda
Assistência integral à saúde da mulher	1984 – Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. MS. 2004 – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher. MS.
Contracepção e planejamento reprodutivo	1996 – Lei do Planejamento Familiar. Lei Federal n. 9263. Congresso Nacional. 2005 – Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. MS.
Câncer de colo de útero e de mama	1996 – Programa Viva Mulher de Controle do Câncer de Colo de Útero. MS. 1999 – Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama. MS. 2005 – Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Mama e do Colo do Útero no Brasil, 2005 – 2007. 2011 – Programa de Fortalecimento dos Programas de Câncer do Colo do Útero e Câncer de Mama.
Abortamento	1991 – Começo da implantação de serviços de assistência ao abortamento previsto por lei (secretarias estaduais e municipais de saúde). 2005 – Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. MS. 2011 – Atualização da Norma Técnica.
Violência	1998 – Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. MS (atualizada e reeditada em 2002, 2005 e 2010). 1998 – Início da implantação de serviços de atenção à mulher vítima de violência em unidades ambulatoriais e hospitalares. 2006 – Lei Maria da Penha. Lei Federal n. 11.340. Congresso Nacional. 2007 – Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. SPM.
Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ Aids	1986 – Primeiro Programa Nacional de DST e Aids. MS. 2003 – Manual Técnico: políticas e diretrizes de prevenção das DSTs/Aids entre mulheres. MS. 2007 – Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DSTs. SEPM/MS.
Climatério	1994 – Manual de Atenção à Mulher no Climatério. 2008 – Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. MS.
Saúde das mulheres negras	2004 – Criação do Comitê Técnico Saúde da População Negra. 2004 – Programa Nacional de Anemia Falciforme (PAF) e outras hemoglobinopatias. 2005 – Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Atenção à Saúde das Mulheres Negras. MS.

Anexo A – Marcos político-institucionais importantes para a agenda da Saúde Integral da Mulher (cont.)

Marcos político-institucionais	Agenda
População adolescente e jovem	<p>2006 – Marco teórico e referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens. MS.</p> <p>2010 – Diretrizes para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. MS.</p>
Outros	<p>2004 – I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Governo Federal.</p> <p>2006 – Política Nacional de Atenção Básica.</p> <p>2007 – II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Governo Federal.</p>

3. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade

Paulo Germano de Frias e Leila Monteiro Navarro

Este capítulo, tal qual o anterior sobre a saúde da mulher, começa destacando a mortalidade infantil como marcador do nível de desenvolvimento social e de garantia aos direitos humanos. As análises têm como objetivo entender seus fatores determinantes e assim contribuir para o conhecimento das ações de saúde implementadas com vistas à prevenção do óbito infantil.

A infância é uma fase da vida em que o ser humano é frágil e dependente e, por isso, exige cuidados especiais. O sentimento de proteção ao grupo etário, assim como o interesse em garantir o desenvolvimento de gerações futuras saudáveis e socialmente adaptadas, explica, em parte, por que as políticas que priorizam a atenção às crianças se constituem, frequentemente, em políticas de consenso.

Reconhecer as crianças como o grupo mais vulnerável da humanidade impõe a afirmação dos seus direitos básicos (à vida, à saúde, à educação, à proteção e à participação, entre outros) como direitos humanos. A aquisição de tais direitos da criança é uma tarefa diária e sua conquista, um desafio, visto que a criança depende das decisões de adultos que podem pôr em risco sua vida, dignidade e potencial de desenvolvimento.



Ao nascer e ao longo dos primeiros meses de vida, as crianças apresentam imaturidade imunológica que, associada às desigualdades de direitos, traduzidas por diferentes formas de acesso aos serviços de saúde, às instalações sanitárias, à alimentação e pelo nível socioeconômico materno, tem como consequência diferenças na probabilidade de vir a morrer antes do primeiro ano de vida. Por isso, a taxa de mortalidade infantil (TMI) é usada como marcador do nível de desenvolvimento social e da garantia aos direitos humanos.

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, em geral, ausência de saneamento básico e de segurança alimentar e nutricional; baixo grau de instrução materna; deficiência de acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos. A taxa é sensível em identificar injustiças sociais e por isso fornece importantes subsídios para a implementação de políticas públicas **equânimis** e adequadas às distintas realidades.

Diferenças nos valores da taxa de mortalidade entre grupos populacionais e regiões podem indicar que conhecidas medidas de prevenção de óbitos infantis não estão sendo empregadas de modo **igualitário**.

Ao longo das últimas décadas, a redução dos óbitos entre os menores de 1 ano de idade configura-se como uma das principais metas das políticas públicas em diversos países. Como consequência, a análise das trajetórias das taxas de mortalidade infantil mede os progressos e retrocessos alcançados em cada país para prevenir o óbito infantil.

Conceituação da morte infantil

Como se define a mortalidade infantil e seus componentes?

A mortalidade infantil refere-se à morte de crianças menores de um ano. Apresenta dois componentes principais: a **mortalidade neonatal** e a **pós-neonatal**. Como o próprio nome sugere, a neonatal se refere ao período de tempo do nascimento até o 27º dia de vida. Esse componente pode ainda se decompor em **neonatal precoce** – do nascimento ao 6º dia de vida – e **neonatal tardio** – do 7º ao 27º dia de vida. Já o período pós-neonatal tem início no 28º e vai até o 364º dia de vida.

Quadro 1 – Períodos de tempo relacionados à taxa de mortalidade infantil

Mortalidade Infantil			
Nascimento	6 dias	27 dias	364 dias
Neonatal Precoce	Neonatal Tardia		Pós-Neonatal
	Neonatal		

Como calcular a taxa de mortalidade infantil em um determinado ano e local?

Para calcular a TMI e seus componentes, neonatal e pós-neonatal, é preciso saber a contagem exata do número de óbitos em cada uma das faixas etárias e do número de nascidos vivos para determinado município, estado e país no período de um ano.

A taxa de mortalidade infantil é definida pelo número de mortes de menores de 1 ano de idade para cada 1.000 crianças nascidas vivas. É uma estimativa da probabilidade de uma criança nascida viva morrer antes de completar 1 ano de idade. A taxa de mortalidade pode ser calculada pela fórmula a seguir.

$$\text{Taxa de Mortalidade Infantil} = \frac{\text{número de óbitos de menor de um ano}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$

E também pode ser calculada segundo seus componentes:

$$\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce} = \frac{\text{número de óbitos até o 6º dia de vida}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$

$$\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia} = \frac{\text{número de óbitos do 7º ao 27º dia}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$

$$\text{Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal} = \frac{\text{número de óbitos do 28º ao 364º dia}}{\text{número total de nascidos vivos}} \times 1000$$

Limitações para o cálculo da TMI

No Brasil, o número de óbitos infantis é obtido do SIM e o número de nascidos vivos do Sinasc.

Para os estados em que estes sistemas são avaliados como adequados em cobertura e regularidade, o cálculo da taxa de mortalidade infantil é direto, ou seja, são confiáveis os dados do SIM e do Sinasc. Procedimento recomendado para sete estados (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul) e no Distrito Federal.

Para os estados restantes, o número de óbitos infantis e nascidos vivos registrados respectivamente no SIM e no Sinasc são menores que os números reais de óbitos infantis e nascidos vivos ocorridos. Os sistemas são avaliados como inadequados em cobertura e regularidade. É o caso dos estados das regiões Norte e Nordeste e de Mato Grosso e Minas Gerais. A taxa de mortalidade é estimada utilizando os dados informados ao SIM e ao Sinasc corrigidos por fatores de correção, obtidos a partir dos resultados da pesquisa especial de busca ativa realizada nas regiões Norte e Nordeste e no Mato Grosso (SZWARCWALD et al., 2011a).

Vários esforços vêm sendo desenvolvidos para melhorar a cobertura do SIM e Sinasc como forma de garantir a utilização dos dados diretos para o cálculo da TMI.

Em 2009, o Ministério da Saúde financiou uma pesquisa especial, coordenada pela Fiocruz, em uma amostra de 129 municípios localizados nas Regiões Nordeste e Amazônia Legal, com o objetivo de estimar as coberturas do SIM e Sinasc e possibilitar a definição de fatores de correção por estados e municípios brasileiros.

O método é semelhante ao empregado para o cálculo da RMM, como vimos no capítulo anterior.

A aplicação do fator de correção para o cálculo da taxa de mortalidade infantil possibilita a utilização dos dados disponíveis no SIM e Sinasc para todo o território nacional, valorizando o trabalho cotidiano dos envolvidos com o registro e o processamento das informações sobre óbitos e nascidos vivos.

Fonte: Szwarcwald et al. (2011a, 2011b).



Para saber mais sobre os fatores de correção da TMI por estado, consulte o texto “Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimativa da mortalidade infantil nos municípios brasileiros”, de Szwarcwald et al. (2011).

O texto pode ser acessado em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38462

Quando é indicado o uso de números absolutos de óbitos em vez do cálculo da taxa de mortalidade infantil?

Em municípios com baixo contingente populacional (com menos de 80.000 habitantes) sempre há problemas para o cálculo da taxa de mortalidade. Por exemplo, se em determinado município com população estimada de 6.000 habitantes ocorressem 150 nascimentos de crianças vivas no ano e nenhuma criança morresse com menos de 1 ano de idade, a TMI seria zero; se por acaso fosse registrado um óbito infantil, essa taxa subiria para 6,7 por mil nascidos vivos. Mas se ao invés de uma morte ocorressem duas, a taxa passaria para 13,3 por mil nascidos vivos, ou seja, as variações ao azar ou aleatórias influenciam bastante as taxas de mortalidade infantil nos municípios de pequeno porte populacional. Por isso, para os municípios com número de habitantes inferior a 80.000 habitantes, recomenda-se o acompanhamento da mortalidade infantil usando o número absoluto de óbitos infantis.

Quando o interesse é avaliar a taxa de mortalidade infantil ao longo do tempo, é indicado que os números de óbitos infantis sejam somados por um período maior, por exemplo, em três ou cinco anos consecutivos. Desta forma o cálculo da taxa passa a ser uma média dos três/cinco anos utilizados na análise, que será calculado pelo somatório do número de óbitos dos três/cinco anos dividido pelo número total de nascidos vivos para os mesmos anos.

Panorama internacional da mortalidade infantil

Como podemos observar na Tabela 1, existem grandes diferenças nos valores da TMI no mundo. Países menos desenvolvidos ocupam as primeiras posições, alcançando valores acima de 100, como é o caso de Afeganistão, República Democrática do Congo, Chade, Serra Leoa e Guiné Bissau, situados na África e Oriente Médio.

Nas últimas posições ficam os países que conseguiram reduções significativas de mortalidade infantil ao longo de sua história e atualmente apresentam baixas taxas, como, por exemplo, Islândia, Suécia, Japão e Portugal.

A última coluna da tabela mostra que o percentual de redução da TMI entre 1990 e 2006 não foi igual para todos os países (UNICEF, 2007).

Para os países que apresentaram as maiores taxas, entre os fatores que contribuíram para a estagnação ou aumento na TMI destacam-se a alta prevalência de HIV/Aids e a situação de conflito e pós-conflito. Já a acentuada redução na mortalidade infantil observada nos outros países foi alcançada por vias distintas entre os países desenvolvidos (Reino Unido, França, EUA, Japão); os valores expressam os investimentos nas áreas sociais desenvolvidos ao longo de vários séculos, com melhoria significativa das condições de vida. Nos países subdesenvolvidos a redução ocorreu mais tarde, a partir do século XX, e é creditada mais às políticas sociais desenvolvidas pelos governos do que propriamente à melhoria no padrão de vida da população.

Tabela 1 – Taxas de mortalidade infantil em países selecionados, 1990 e 2009

Países	Taxa de mortalidade de menores de 1 ano		
	1990	2009	% de variação
Afeganistão	167	134	- 19,8
República Democrática do Congo	126	126	0,0
Chade	120	124	+ 3,3
Serra Leoa	166	123	- 25,9
Guiné-Bissau	142	115	- 19,0
Colômbia	28	16	- 42,9
Venezuela	27	15	- 44,4
Argentina	25	13	- 48,0
Uruguai	21	11	- 47,6
Chile	18	7	- 61,1
Estados Unidos	9	7	- 22,2
Reino Unido	8	5	- 37,5
Alemanha	7	4	- 42,9
Cuba	10	4	- 60,0
França	7	3	- 57,1
Itália	8	3	- 62,5
Portugal	12	3	- 75,0
Islândia	6	2	- 66,7
Japão	5	2	- 60,0
Suécia	6	2	- 66,7

Fonte: UNICEF (2011).

Evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil

No caso brasileiro, vamos voltar um pouco mais no tempo para descrever a trajetória da TMI. Apenas a partir da década de 1970 se observou uma queda mais acentuada na taxa de mortalidade infantil. Entre os anos 1930 e 1970 esse indicador passou de 162 para 115 óbitos por mil nascidos vivos, um decréscimo de 29,01%, enquanto nas duas décadas seguintes a queda apresentada foi de 58,3% (de 115 para 48 óbitos por mil nascidos vivos). No período de 1990 a 2008, a velocidade da redução foi ainda maior: 63% (de 47,1 para 17,6 óbitos por mil nascidos vivos), classificada como uma das maiores registradas no mundo.

Voltando à Tabela 1, ao comparar a taxa de mortalidade infantil do Brasil (17,2 óbitos por mil nascidos vivos) em 2009 com a de diferentes países, notamos que a taxa brasileira era de três a nove vezes maior

Ao final deste capítulo, comentaremos sobre o fato de que, no Brasil, a trajetória da taxa de mortalidade infantil resultou de um processo dinâmico, no qual fatores interdependentes tiveram uma contribuição diferenciada, de acordo com o local e o tempo histórico.

do que aqueles que detinham as menores taxas no *ranking* mundial (entre 2 e 8 óbitos a cada mil nascidos vivos) e ainda superava as taxas de alguns países da América Latina, com renda *per capita* mais baixa e menores taxas de crescimento econômico.

Taxa de mortalidade infantil no Brasil: desigualdades regionais e intrarregionais

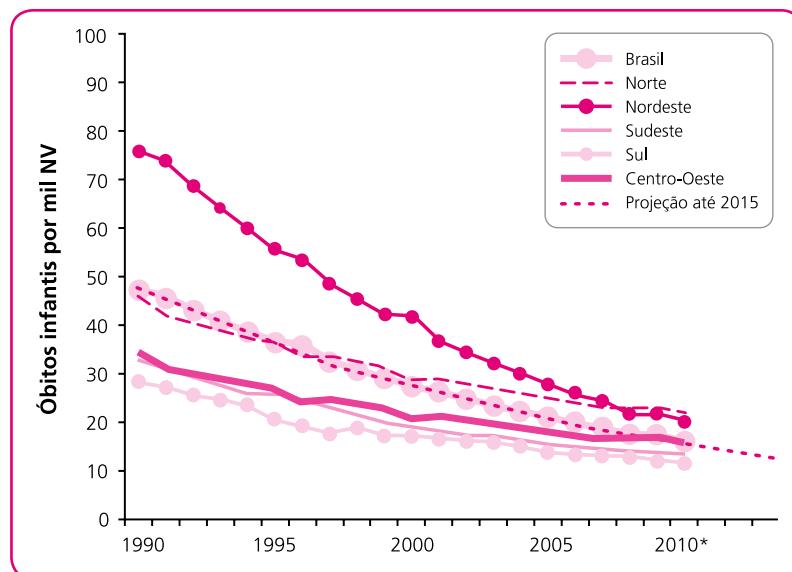
Um dos maiores senão o maior desafio a ser superado na busca pela redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil diz respeito às diferenças existentes entre as regiões brasileiras, apesar dos esforços para universalizar o acesso aos serviços e das ações de saúde e políticas implementadas por diversos setores do governo.

A ONU definiu um conjunto de metas denominadas Objetivos do Milênio, conforme vimos nos capítulos anteriores. Para o ODM4, a meta é reduzir em 2/3 a taxa da mortalidade infantil até o ano de 2015. Para o Brasil, a meta a ser alcançada é de 15,7 óbitos infantis por mil nascidos vivos. Se o Brasil mantiver a tendência, alcançará o objetivo antes de 2015.

Veja no Gráfico 1 a previsão de alcance das metas das taxas de mortalidade infantil por grandes regiões brasileiras, se for mantida a tendência da série histórica.

Como podemos observar no Gráfico 1, as velocidades de queda da taxa de mortalidade infantil variaram bastante entre as regiões do Brasil para o período de 1990 a 2010. A maior queda foi observada na região Nordeste, com redução de 65%, seguida pelas regiões Sudeste com 57% e Sul com 55% e, por último, as regiões Norte e Centro-Oeste, ambas com 54%. A desigualdade entre as duas taxas vem diminuindo gradativamente. Em 1990, a taxa do Nordeste era 2,7 vezes maior que a do Sul; em 2008, a diferença passou para 2,1. Ou seja, para cada criança com menos de 1 ano de idade que morre na região Sul, duas morrem na região Nordeste.

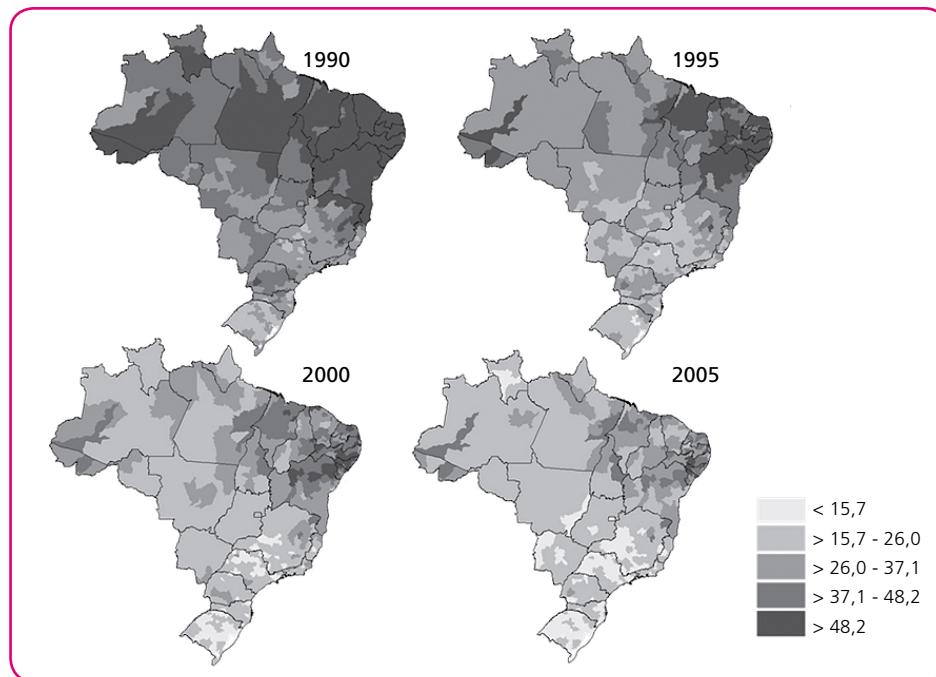
Gráfico 1 – Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Brasil e regiões, 1990-2010* e projeção até 2015



Fonte: Escalante e Morais Neto (2010).
Nota: * Dados preliminares.

No Gráfico 2, a seguir, a visualização do comportamento da taxa de mortalidade infantil ao longo do tempo pelo território brasileiro, além de mostrar uma redução acentuada por períodos quinquenais da taxa em todo o Brasil, aponta as desigualdades entre diferentes áreas dentro de um mesmo estado. A taxa de mortalidade infantil cresce à medida que se afasta da capital para a região metropolitana e interior dos estados brasileiros e, dentro de áreas urbanas, as favelas apresentam taxas bem mais elevadas em comparação com as áreas mais ricas do município.

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Microrregiões do Brasil, 1990, 1995, 2000 e 2005



Fonte: Escalante e Moraes Neto (2010).

Como saber de que morrem as crianças?

Da mesma maneira que para o óbito materno, conhecer a causa do óbito infantil também é importante para orientar as intervenções para a sua prevenção.

Entre os menores de 1 ano de idade, os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que apresentam maior destaque entre as causas de óbitos compreendem: **afecções perinatais, malformações congênitas, doenças infecciosas e do aparelho respiratório**.

Algumas informações sobre os grupos de causas mais comuns de óbitos infantis

- **Afecções perinatais** – Ocorrem principalmente no período neonatal e, no Brasil, predominam entre outras causas: asfixia (P21), sífilis congênita (A50.2), prematuridade e baixo peso ao nascer (P07). São fortemente influenciadas pelo acesso e pela qualidade da assistência oferecida à mulher durante a gestação e no parto, bem como pelos cuidados oferecidos ao recém-nascido. Correspondem aos óbitos codificados na CID-10, no capítulo XVI, denominado “Algumas afecções originadas no período perinatal” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).
- **Malformações congênitas** – Correspondem aos óbitos codificados na CID-10, no capítulo XVII, denominado “Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).
- **Doenças infecciosas e do aparelho respiratório** – Compreendem principalmente as doenças diarreicas (A00 a A09) e as pneumonias, bronquiolite (J10 a J21) estreitamente associadas à desnutrição (E40 a E46), septicemias (A40 e A41), meningite (A39, A87, G00 a G03) e asma (J45); portanto relacionadas tanto às condições socioeconômicas desfavoráveis como ao acesso limitado aos serviços de saúde. Ocorrem frequentemente no período pós-neonatal.

É importante destacar que há óbitos infantis em que a causa é classificada como mal definida (capítulo XVIII da CID-10 denominado “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). A causa mal definida é indicativa de baixa disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico, como também o pouco cuidado no preenchimento do atestado de óbito. Por isso, a proporção de causa mal definida é usada como indicador da qualidade dos dados sobre óbitos infantis registrados no SIM.

Como veremos a seguir, os componentes da mortalidade infantil apresentam causas de morte muito distintas, o que permite a avaliação da influência das condições de vida e saúde e, consequentemente, do impacto de medidas de intervenção nessas condições.

Evolução da taxa de mortalidade infantil por componente e causas de óbitos no Brasil

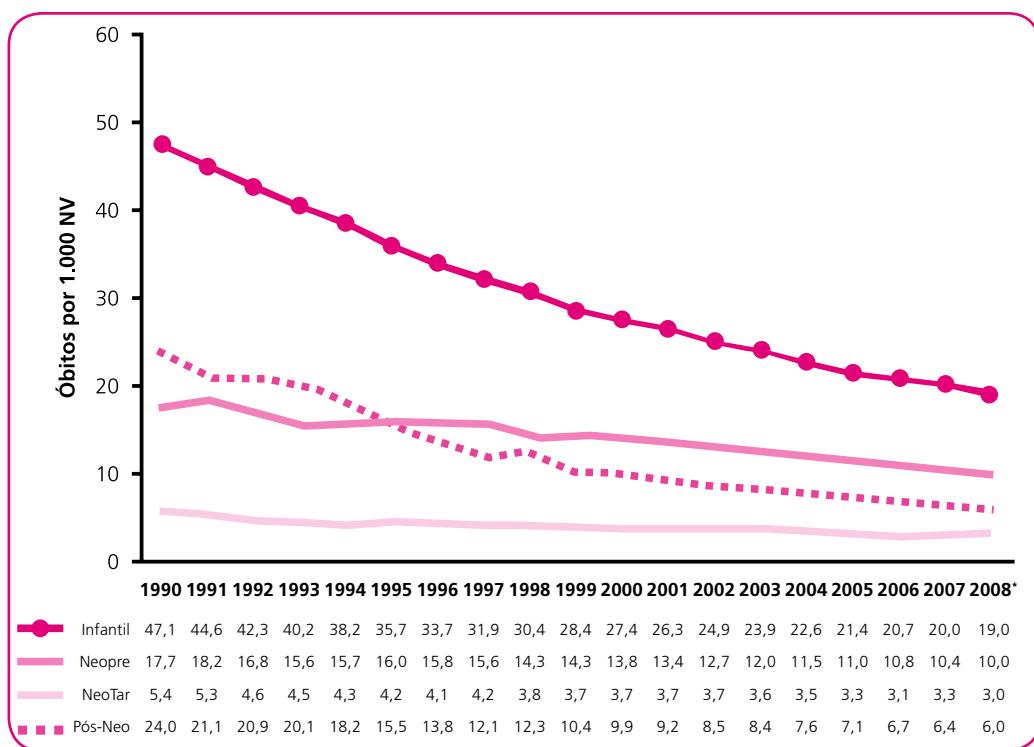
Como podemos observar no Gráfico 3, no Brasil, nas últimas décadas, a velocidade de redução da mortalidade infantil foi diferenciada entre seus três componentes: a taxa de mortalidade no período pós-neonatal, que em 1990 era de 24,0 óbitos por mil nascidos vivos, foi de 6,0 óbitos por mil nascidos vivos (redução de 75,0%) em 2008; a taxa de mortalidade neonatal precoce decresceu de 17,7 para 10,0 óbitos por mil nascidos vivos (queda de 43,5%) no mesmo período; enquanto a taxa de mortalidade neonatal tardia diminuiu de 5,4 para 3,0 óbitos por mil nascidos vivos, representando um decréscimo de 44,4%. Desse modo, em 2008, os óbitos se concentravam no componente neonatal precoce, seguido pelo pós-neonatal e neonatal tardio.



Para saber mais sobre a evolução dos componentes e as causas da mortalidade infantil no Brasil, leia o capítulo “Evolução da mortalidade infantil no Brasil – 1980 a 2005”, de Lansky et al. (2009). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf

Como os períodos que caracterizam os componentes da mortalidade infantil apresentam causas de morte muito distintas, as alterações ocorridas nas últimas décadas não se limitaram ao decréscimo dos valores de seus indicadores; mas também apresentaram mudanças no perfil das causas de mortalidade das crianças brasileiras.

Gráfico 3 – Taxa de mortalidade infantil e seus componentes (por mil nascidos vivos). Brasil, 1990 a 2008*



Fonte: Escalante e Moraes Neto (2010).

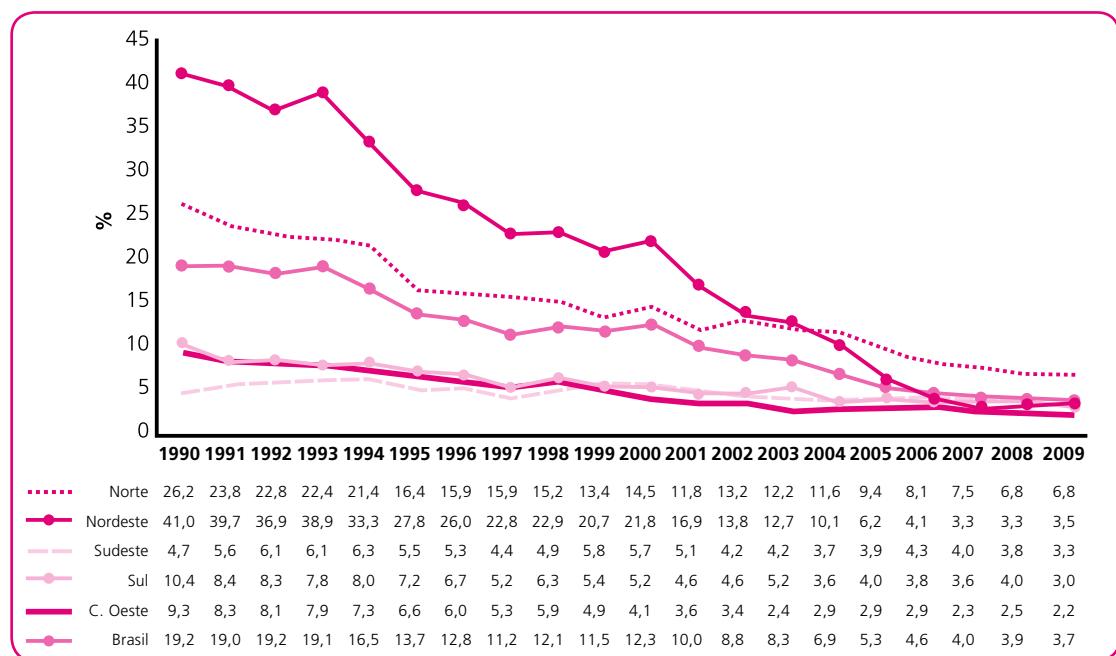
Nota: * Dados preliminares.

Por que é importante saber sobre a qualidade do dado antes de começar a apresentar as taxas de mortalidade por causas de óbito?

Antes de discutir as causas de mortes entre os menores de 1 ano de idade, é importante evidenciar no Gráfico 4 a melhora no diagnóstico das causas de óbitos infantis registradas no SIM medida pelo indicador: proporção de causas mal definidas entre o total de óbitos infantis registrados.

Entre 1990 e 2009, essa proporção passou de 19,2% para 3,7%. O baixo percentual alcançado é fruto de esforços levados a efeito pelos gestores do SIM nos níveis federal, estadual e municipal e representa uma importante contribuição no conhecimento da distribuição das causas de morte. Da mesma forma constitui informação útil para a alocação racional dos recursos de saúde.

Gráfico 4 – Percentagem de causas mal definidas do total de óbitos infantis registrados. Brasil, 1990-2009*



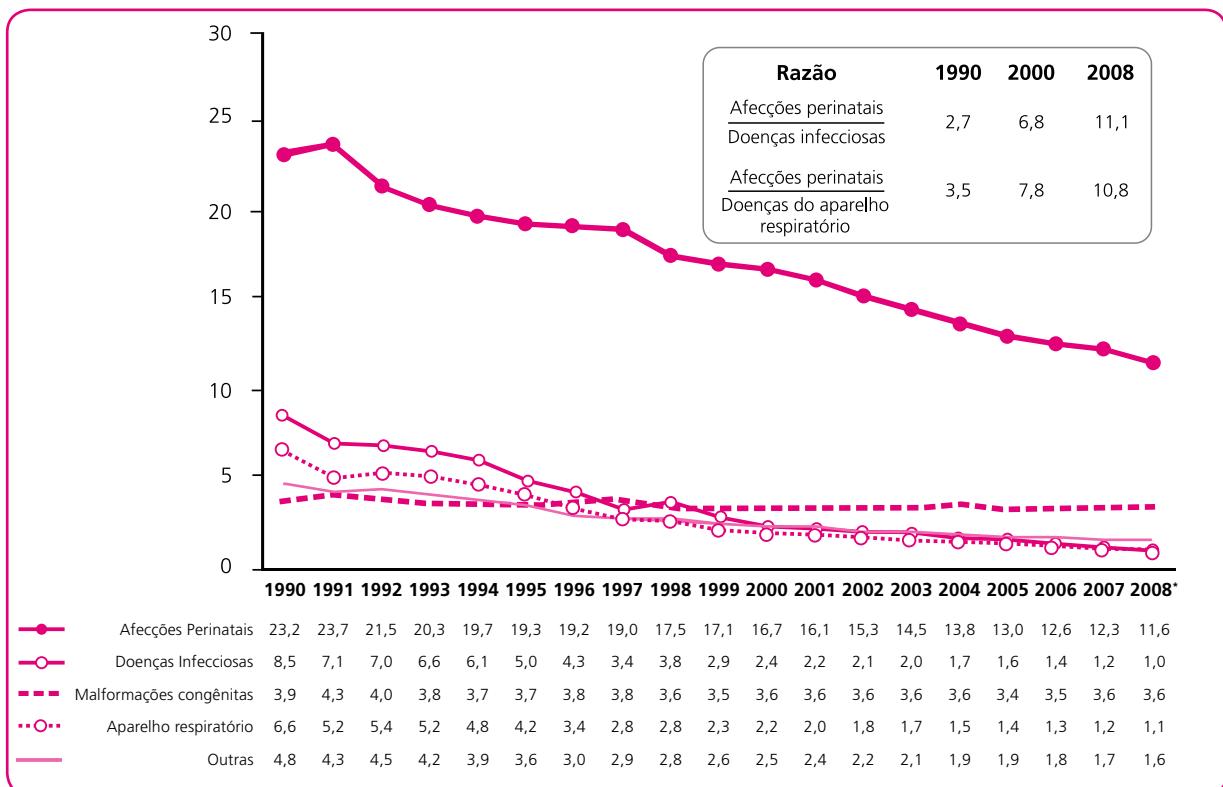
Fonte: DATASUS (2011).

Nota: * Dados preliminares.

O Gráfico 5, a seguir, descreve o comportamento da mortalidade infantil, segundo grupos de causas de óbitos, no período de 1990 a 2008. Em 1990, as principais causas de óbitos infantis eram as afecções perinatais, malformações congênitas, doenças infecciosas e do aparelho respiratório. Passados 18 anos, no mesmo gráfico se observa que houve redução significativa dos óbitos por essas causas, embora a velocidade de diminuição tenha sido menor para as afecções perinatais.

As taxas das malformações congênitas, a segunda maior causa de morte, mantiveram-se constantes no período. A despeito dos avanços na área de genética humana, muitas malformações são de difícil prevenção, além da baixa oferta de serviços de diagnóstico e intervenção precoces pelo SUS.

Gráfico 5 – Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) segundo grupos de causas no CID-10. Brasil, 1990 a 2008*



Fonte: Escalante e Moraes Neto (2010).

Notas: * Dados preliminares.

Ainda no Gráfico 5, podemos observar o quanto a mortalidade por afecções perinatais cresceu de importância em comparação com as doenças infecciosas e as respiratórias. Para quantificar essa diferença, usamos o indicador “razão de sobremortalidade por afecções perinatais”, calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{Razão de sobremortalidade por afecções perinatais} = \frac{\text{Taxa de mortalidade infantil por afecções perinatais}}{\text{Taxa de mortalidade infantil por doenças infecciosas}}$$

Agora vamos interpretar as razões entre as afecções perinatais e as doenças infecciosas para 1990, 2000 e 2008. Em 1990, para cada criança menor de 1 ano de idade que morria por doenças infecciosas, 2,7, ou melhor, 3 morriam por afecções perinatais. Em 2000, a diferença atingiu quase sete (6,8) óbitos registrados por afecções perinatais para cada óbito por doença infecciosa. No próximo ano avaliado, 2008, a diferença se elevou para 11,1 óbitos por afecções perinatais para cada óbito por doenças infecciosas.

Um novo aspecto tem que ser levado em consideração na mortalidade pós-neonatal, qual seja o uso de tecnologias médicas, visto que elas têm favorecido o aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros.

Observe que o comportamento foi semelhante para as razões entre as afecções perinatais e as doenças respiratórias.

As mortes neonatais têm como principal causa específica, em todas as regiões do Brasil, a prematuridade seguida por infecções, malformações congênitas e asfixia/hipóxia. São problemas relacionados ao cuidado pré-natal, durante o trabalho de parto e aos cuidados com o recém-nascido.

O protagonismo da prematuridade como principal causa de morte é preocupante, pois também tem sido observado o aumento da prevalência de prematuridade em algumas cidades do Brasil, como Pelotas (16%), Rio de Janeiro (10,8% na amostra estudada, sendo 14,4% nas maternidades privadas, 12,8% nas públicas e 5,3% nas privadas conveniadas ao SUS), Belo Horizonte, Ribeirão Preto e São Luís, principalmente na faixa de prematuridade tardia (32 a 36 semanas). A prematuridade talvez se relacione ao excesso de intervenções sem indicação precisa com interrupção precoce da gravidez (RIBEIRO; SILVA, 2000; LEAL et al., 2004; LAMY FILHO et al., 2007; LANSKY et al., 2007).

Merece também destaque a asfixia/hipóxia, pois, em comparação com as crianças americanas, as crianças brasileiras têm um risco, em média, 8,6 vezes maior de morrer por esta causa. O potencial de evitabilidade da asfixia/hipóxia é indicado quando se observa que entre os óbitos um contingente de recém-nascidos apresentava peso adequado ao nascer e era produto de gravidez de baixo risco. Isso aponta que, além da cobertura de atenção hospitalar e profissional elevada alcançada no país, é necessário qualificar a atenção obstétrica e neonatal e implementar práticas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto e nascimento.



Para saber mais sobre os componentes e causas da mortalidade infantil no Brasil, leia o capítulo "Mortalidade infantil no Brasil: tendência, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010", de autoria de Maranhão et al. (2012). Disponível em: http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap6.pdf

O capítulo também detalha as causas de morte para cada um dos componentes da mortalidade infantil.

Nos gráficos analisados, as comparações indicam que ainda são necessários grandes avanços para prevenir o óbito infantil, pois muitas das causas de óbitos em menores de 1 ano de idade ocorridas no Brasil são evitáveis. As tecnologias existentes já permitem intervenções eficazes de prevenção e/ou tratamento do agravão ou da doença, de modo que tais condições jamais ou raramente evoluam para o óbito.

Depois de conhecer a distribuição das taxas de mortalidade infantil por causas no território nacional ao longo das últimas décadas, o próximo passo é buscar entender os determinantes envolvidos no desfecho terminal, o óbito infantil. Assim completamos o conjunto de informações que ajudam os profissionais a planejar e avaliar a execução de programas e intervenções para a prevenção do óbito infantil.

Determinantes da mortalidade infantil

Assim como no capítulo anterior, apresentaremos um modelo teórico de análise dos determinantes do óbito infantil.

Conforme já comentamos, a construção do modelo visa integrar os fatores sociais, biológicos e de comportamento e elucidar as relações que se estabelecem entre eles e, assim, contribuir para o entendimento da ocorrência da morte infantil.

Este modelo pode ser bastante útil não apenas para uma compreensão ampliada do fenômeno da morte infantil, como também para ajudar a investigação de óbitos pelos serviços de saúde e na atuação dos comitês de mortalidade, permitindo rastrear múltiplos fatores e dimensões que contribuíram para a ocorrência do óbito.

A taxa de mortalidade infantil mostra a estreita e complexa relação entre as desigualdades econômicas e sociais e a ausência ou fragilidade no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, em particular, voltadas às mulheres e crianças.

No Quadro 2 é apresentada uma estrutura de modelo explicativo simplificado da rede de determinação da mortalidade infantil, adaptado do proposto por Mosley e Chen (1984). No modelo, um conjunto de fatores socioeconômicos e demográficos (distais/gerais) age indiretamente sobre os fatores relacionados à atenção à saúde (intermediários) e estes influenciam os fatores biológicos que agem de forma direta na morte da criança, no nível proximal. É um modelo que privilegia duas questões: uma diz respeito ao papel do social e econômico e outra, à ação de intervenções médicas.

Quadro 2 – Estrutura de análise dos determinantes da mortalidade infantil

Distais/Gerais Fatores socioeconômicos e demográficos	Intermediários Fatores relacionados à atenção à saúde	Proximais Fatores biológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridade da mãe • Renda familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso e qualidade da atenção pré-natal • História reprodutiva da mulher 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso ao nascer • Estado nutricional infantil
<ul style="list-style-type: none"> • Ocupação da mãe • Tipo de moradia • Abastecimento de água • Coleta de lixo • Esgotamento sanitário 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de parto • Assistência ao parto • Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento • Vacinação • Assistência à criança doente 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade materna • Malformação congênita • Gestações múltiplas • Idade gestacional • Morbidade materna

Fonte: Adaptado do proposto por Mosley e Chen (1984).



A seguir fazemos algumas considerações sobre a inter-relação entre os fatores nos diferentes níveis do modelo adaptado do proposto por Mosley e Chen (1984).

No nível distal, a escolaridade e a renda indicam o grau de conhecimento e comportamento da mãe em relação à saúde da criança, como também a sua disponibilidade de recursos financeiros, bem como o seu local de moradia.

Para o caso de um óbito por afecções perinatais, esses fatores distais influenciam o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto e os cuidados pós-natais ao recém-nascido (nível intermediário). Entretanto, esses fatores relacionados à atenção à saúde são capazes de interferir na relação entre os fatores socioeconômicos (distais/gerais) e

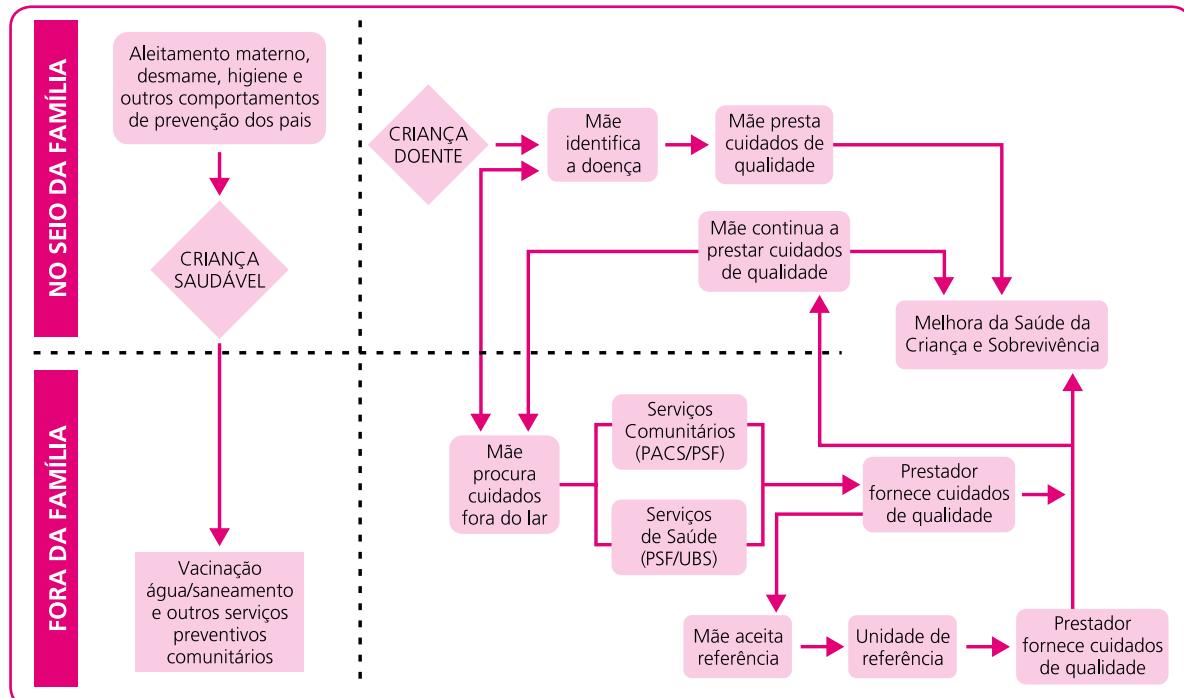
biológicos (proximais), como, por exemplo, o peso ao nascer, a prematuridade e o **Apgar** do recém-nascido (LIMA, 2006).

No mesmo modelo, embora a ocorrência da doença diarreica esteja associada ao tipo de moradia, ao abastecimento de água, à coleta de lixo, ao esgotamento sanitário, à educação e à renda materna (nível distal), a assistência à criança com diarreia feita de forma precoce e eficaz (nível intermediário) pode evitar complicações também para crianças em situação de risco como as desnutridas.

É bom lembrar que, embora a idade materna seja classificada no nível proximal, não é uma característica puramente biológica e pode sofrer influência de fatores situados no nível distal do modelo, como as condições socioeconômicas. Quando a gestação ocorre na adolescência, o problema das desigualdades socioeconômicas se potencializa. À situação de pobreza se soma a falta de estrutura emocional da jovem grávida, que muitas vezes não conta com o apoio do pai da criança e/ou da própria família (LIMA, 2006).

Para que os determinantes das mortes em crianças menores de um ano possam ser superados, apresentamos caminhos para garantir a sobrevivência infantil. Eles envolvem ações no seio da família e fora dela. A Figura 1 apresenta uma simplificação desse caminho com vistas à sobrevivência infantil.

Figura 1 – Os caminhos da sobrevivência infantil



Fonte: Murray (1997).

Apgar é um sistema de cinco pontos (frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor e irritabilidade reflexa) que serve para avaliar a vitalidade do recém-nascido e determinar as condutas do pediatra em sala de parto no atendimento ao recém-nascido.

O Apgar do recém-nascido vivo no 1º e no 5º minuto é um dado que consta na Declaração de Nascido Vivo.

Para praticar



Com base em suas experiências com óbito infantil, na sua área de atuação, analise e responda as seguintes questões:

1. Como ocorre a cadeia de fragilização da saúde infantil?
2. Quais dos determinantes listados no Quadro 2 estão mais frequentemente envolvidos nas mortes infantis, na sua área de atuação?
3. Analise os aspectos listados no Quadro 2 e acrescente outros aspectos pertinentes de acordo com sua experiência profissional.



Para saber mais sobre os determinantes sociais dos indicadores de saúde de mulheres e crianças no Brasil, leia o artigo "Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios", de Victora et al. (2011), disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>

Entendendo as mudanças das taxas de mortalidade infantil no Brasil

O Quadro 3 mostra de modo sintético as mudanças na magnitude e no perfil das causas de mortalidade infantil registradas no país entre a década de 1970 e a primeira década do século XXI, relacionando à situação socioeconômica dos brasileiros as transformações demográficas e as atuações governamentais desenvolvidas fora e dentro do setor saúde, com ênfase nos programas de saúde infantil.

Nas décadas focalizadas, é evidente o grande dinamismo na evolução de fatores que conhecidamente influenciam a taxa de mortalidade infantil, bem como alguns avanços para garantir direitos e proteção à criança.

Em relação ao cenário econômico, assistiu-se ao rápido crescimento econômico na década de 1970 e à estagnação econômica e/ou recessão em toda a década de 1980. A distribuição de renda era extremamente concentrada e a população vivia em condições de pobreza absoluta. Embora a oferta de serviços públicos tenha evoluído de forma positiva, foram detectadas grandes disparidades regionais tanto no desempenho de diferentes setores como na distribuição de recursos. Também ocorreram importantes modificações demográficas, com destaque para a intensa urbanização do Brasil e os declínios excepcionais da taxa de fecundidade, ou seja, do número de filhos de mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos.

A manutenção da estabilidade econômica foi um fato incontestável e base para a obtenção de melhorias sociais e econômicas no país a partir da década de 1990. As desigualdades de renda entre ricos e pobres começou a diminuir, o que pode ser atribuído em parte aos programas de transferência condicional de renda, como o programa Bolsa Família e o aumento do salário mínimo.

Quadro 3 – Principais mudanças nos determinantes da saúde infantil no Brasil, 1970 a 2006

	1970	1980	1990	2000
Mortalidade Infantil	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade infantil de 115 óbitos por mil nascidos vivos com predomínio entre as causas de morte: doenças infeciosas e parasitárias e a desnutrição. 	<ul style="list-style-type: none"> Declínio da taxa de mortalidade infantil para 87,9 óbitos por mil nascidos vivos com predomínio entre as causas de morte: doenças infeciosas e parasitárias e a desnutrição. As afecções perinatais começam a adquirir importância. 	<ul style="list-style-type: none"> Declínio acelerado da taxa de mortalidade infantil com predomínio entre as causas de morte: afecções perinatais, doenças infeciosas e parasitárias e a desnutrição reduzem, mas permanecem entre as principais causas de morte. 	<ul style="list-style-type: none"> Declínio acelerado da taxa de mortalidade infantil com predomínio entre as causas de morte: afecções perinatais, doenças infeciosas e parasitárias e a desnutrição reduzem, mas permanecem entre as principais causas de morte.
Cenário Internacional	<ul style="list-style-type: none"> Piano Ampliado de Imunização (1973). Declaração de Alma Ata (1978). 		<ul style="list-style-type: none"> Reunião da Cúpula Mundial em favor da Infância (1990). 	<ul style="list-style-type: none"> Cúpula do Milênio (2000).
Cenário Econômico	<ul style="list-style-type: none"> Rápido crescimento econômico com aumento da concentração de renda. 	<ul style="list-style-type: none"> Estagnação econômica e recessão, aumento da pobreza absoluta e manutenção da concentração de renda. 	<ul style="list-style-type: none"> Controle gradual da inflação, com crescimento econômico lento ou ausente, pequenas mudanças na renda familiar, concentração de renda e pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> Crescimento econômico moderado com redução gradual das desigualdades de renda e da pobreza absoluta, alcançados pela combinação de redução de desemprego, aumento progressivo do salário mínimo e expansão dos programas de transferência.
Situação Demográfica	Urbanização, diminuição da taxa de fecundidade e aumento da esperança de vida ao nacer.			
Fora do Setor Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Expansão do suprimento de água e saneamento básico (1975). Programa de suplementação alimentar (1976). 	<ul style="list-style-type: none"> Expansão do suprimento de água e saneamento básico (1975). Programa de suplementação alimentar (1976). 	<ul style="list-style-type: none"> Expansão do suprimento de água e saneamento básico (1975) e Programa de suplementação alimentar (1976). Educação primária universal. Promulgada a Lei Federal n. 8069 de 13/07/1990, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> Criação dos programas de transferência de renda. Bolsa Escola e Bolsa Alimentação, que foram unificados no programa Bolsa Família. Expansão da rede de água e saneamento. Melhorias na educação secundária.

Quadro 3 – Principais mudanças nos determinantes da saúde infantil no Brasil, 1970 a 2006 (cont.)

	1970	1980	1990	2000
Sistema de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Ações de saúde centralizadas em nível federal. Modelo de saúde adotado dividia os brasileiros entre os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito por serem segurados pela previdência social e os que não possuíam direito nenhum. 	<ul style="list-style-type: none"> Criação do Sistema Único de Saúde (1988). Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e Estratégia Saúde da Família (1994). 	<ul style="list-style-type: none"> Consolidação do SUS com expansão da atenção primária, secundária e terciária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e Estratégia Saúde da Família (1994). 	<ul style="list-style-type: none"> Consolidação e Expansão da Estratégia Saúde da Família. Pacto pela Vida (2006). Mais Saúde: Direito de Todos (2008). Compromisso Mais Nordeste e Mais Amazônia Legal pela Cidadania (2009).
Programas de Saúde Infantil	<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Imunização (1975). Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1975). 	<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (1981). Alojamento Conjunto (1982). Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (1984). Expansão da criação de Banco de Leite Humano (1985). 	<ul style="list-style-type: none"> Implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (1984). Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1992). Programa Nacional de Redução da Mortalidade Infantil (1995). Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (ADPI) (1997). Unidade de Cuidado Intermédio Neonatal (1999). 	<ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e Parto (2000). Projeto Nascer Maternidades (2002). Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004). Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil (2005).

Fonte: Quadro adaptado do Victora et al. (2011).

Para termos uma ideia da evolução de alguns indicadores socioeconômicos e de saúde no país, já citados no Capítulo 1, completamos o Quadro 4. A esperança de vida dos brasileiros aumentou cerca de 20 anos, passando para 70,4 anos. Os percentuais de mulher analfabeto e de indivíduos em pobreza, embora altos, apresentaram reduções importantes. A rede geral de água e de energia elétrica ampliou bastante, cobria quase a totalidade dos domicílios. Já a expansão da rede de esgoto foi bem menor em 2000, um terço dos domicílios ainda não contava com o serviço.

Quadro 4 – Indicadores de saúde nas décadas de 1970, 1980, 1990 e 2000

Indicadores	1970	1980	1990	2000
Esperança de vida ao nascer ¹ (anos)	53,5	62,8	65,8	70,4
Porcentagem de analfabetos na população feminina de 15 anos ou mais ²	36,0	27,1	20,3	13,5
Porcentagem de indivíduos em pobreza (renda familiar <i>per capita</i> inferior a um salário mínimo) ³	67,9	39,4	45,4	34,0
Porcentagem de domicílios servidos por:				
• Rede geral de água ³ (%)	32,8	79,6	90,7	91,4
• Rede geral de esgoto ³ (ou fossa séptica) (%)	26,9	--	56,7	66,8
• Energia elétrica ³ (%)	48,6	67,4	88,8	96,0

Fonte: 1. Santos (2010). 2. IBGE (2007) 3. Paim (2012).

Agenda de saúde das crianças: políticas, programas e ações

Apresentamos agora, por décadas e com mais detalhes, as políticas, os programas e as ações coordenadas e implementadas pelo Ministério da Saúde na área de saúde da criança.

Década de 1970

Programa Nacional de Imunizações (PNI) – 1975

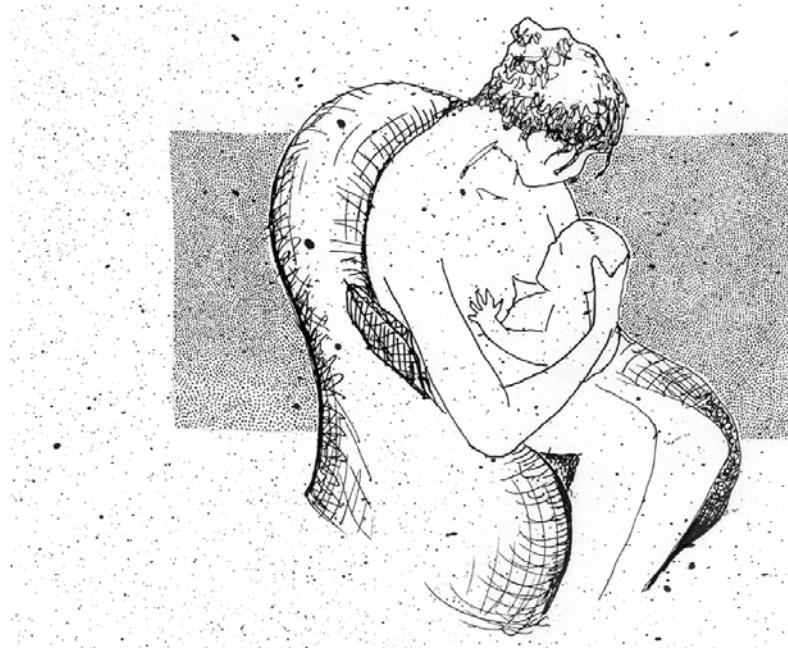
A elevada morbidade e mortalidade de crianças por doenças imunopreveníveis e a disponibilidade de tecnologias custo-efetiva foram determinantes para a proposição de organismos internacionais de implementar o Plano Ampliado de Imunizações (PAI). Seguindo essa orientação, o Brasil institucionalizou o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que ampliou a cobertura vacinal, em especial de crianças, contribuindo de maneira efetiva para o decréscimo da TMI no país.

Década de 1980

A saúde infantil se tornou mais relevante na agenda pública e foram implementados vários programas de saúde infantil em larga escala, tendo sido mais tarde integrados à atenção primária desenvolvida pelo SUS.

Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam) – 1981

A promoção do aleitamento materno foi identificada como uma ação estratégica para fazer frente ao elevado número de crianças com desnutrição e doenças infecciosas e parasitárias. As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno estimularam e promoveram debates sobre variados aspectos relacionados a: educação; organização de serviços de saúde; trabalho da mulher e controle sobre a publicidade dos alimentos infantis industrializados; alojamento conjunto; início da amamentação imediatamente após o nascimento; não oferta de água e outros leites nas maternidades; criação de leis sobre creche no local de trabalho da mulher; e aumento do tempo da licença maternidade.



Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc) – 1984

Este programa priorizava as crianças pertencentes a grupos de risco, ao mesmo tempo em que buscava qualificar a assistência, aumentar a

cobertura dos serviços de saúde e incentivar a promoção da saúde de forma integral. Foi, sem dúvida, um grande marco para o desenvolvimento de ações de saúde de uma forma integral.

O Paisc surgiu como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e seu principal objetivo era diminuir a morbimortalidade infantil. Era composto por cinco ações de saúde dirigidas às crianças:

- ⌚ ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como o eixo estruturador da atenção à criança – implantação do primeiro Cartão de Saúde da Criança;
- ⌚ incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame;
- ⌚ imunização;
- ⌚ controle das doenças diarreicas;
- ⌚ controle das infecções respiratórias agudas.

Hoje, decorridos quase três décadas do lançamento do Paisc, as ações estratégicas originalmente propostas permanecem atuais e necessitam de investimento para a sua implementação. Portanto, permanecem na pauta da atenção à saúde da criança.

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)

O Paism, também implantado em 1984, enfatizava as ações de controle às doenças e aos agravos prevalentes, propondo que os profissionais das equipes de saúde passassem a considerar a mulher em sua integralidade e singularidade e oferecessem subsídios para que a mesma se apropriasse das informações acerca de seu corpo e sua saúde.

Propôs ações programáticas sobre os principais problemas de saúde, além dos relacionados ao ciclo gravídico. Entre as ações do Paism, destacaram-se: assistência pré-natal, assistência ao planejamento familiar, assistência clínico-ginecológica e doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer cérvico-uterino e mamário e assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais.

O Paism é analisado no Capítulo 2 deste livro. Se desejar, revisite o capítulo.

Década de 1990

Como vimos no Capítulo 1, “A construção do direito à saúde no Brasil”, a criação do SUS no final da década de 1980 desencadeou decisões políticas importantes relacionadas à organização e ao funcionamento do sistema de saúde brasileiro, que foram implementadas na década seguinte.

Entre os programas estratégicos para viabilizar a estruturação dos serviços de atenção primária nos municípios estão os de Agentes Comunitários de Saúde, instituído em 1991 e o de Saúde da Família em 1994. Foram programas decisivos para a interiorização de algumas categorias

profissionais, em especial nos municípios de pequeno porte das regiões Norte e Nordeste, e para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, com destaque à execução de programas de saúde infantil.

Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) – 1995

Apesar dos esforços, a TMI permanecia elevada e evidenciava as desigualdades regionais mesmo entre grupos populacionais. O projeto intensificou os diversos programas governamentais, promovendo a articulação intersetorial com instituições internacionais, organizações não governamentais, sociedades científicas, conselhos de secretários de saúde e a sociedade. Simultaneamente houve a incorporação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi) que propunha uma nova forma de sistematizar a assistência à criança, integrando medidas de prevenção e promoção às medidas curativas. Seu principal objetivo era reduzir as taxas de morbimortalidade por desnutrição, diarréias, pneumonias, malária e sarampo. Essa estratégia foi iniciada nos municípios com elevadas taxas de mortalidade infantil e que tinham o Pacs, ESF e PRMI em desenvolvimento.

Depois de 2000

Ao longo da década de 2000, o Ministério da Saúde criou uma série de ações estratégicas por meio de Programas de Saúde e Pactos, estabelecendo compromissos entre gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), profissionais de saúde, movimentos sociais e organizações da sociedade civil para a transformação do quadro epidemiológico e a efetivação dos direitos humanos e reprodutivos no Brasil. Entre as ações estratégicas, destacamos algumas a seguir.

Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – 2004

Instrumento criado para buscar soluções sustentáveis e garantir a responsabilização governamental e da sociedade no que tange à mortalidade infantil e materna. Teve por objetivo articular os atores sociais historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. O pacto foi considerado pela ONU como um modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos Objetivos do Milênio.

Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil – 2005

A Agenda tinha como objetivo apoiar a organização de uma rede única integrada de assistência à criança, identificando as principais diretrizes a serem seguidas pelas instâncias estaduais e municipais.

Os principais eixos das linhas de cuidado elencadas na Agenda de Compromissos envolvem: o nascimento saudável (anticoncepção e concepção, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/Aids, saúde dos adolescentes, atenção pré-natal, parto e puerpério e urgência, emergência materna e neonatal); e as crianças menores de 1 ano de idade (cuidados com o recém-nascido, acompanhamento do RN de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde em instituições de educação infantil e atenção às doenças prevalentes).

Fonte: Brasil (2005).

Pacto pela Vida – 2006

Conforme vimos no Capítulo 1, as bases do Pacto foram os princípios constitucionais do SUS e a necessidade de contemplar a diversidade e as diferenças do país. A redução da mortalidade infantil e materna foi um dos seis objetivos pactuados entre as três esferas de governo.

Mais Saúde: Direito de Todos – 2008

Programa composto por 73 medidas e 165 metas que busca aprofundar e atualizar os objetivos da criação do SUS. Uma das medidas que compõe o eixo “Promoção da Saúde” é a implantação da política “Brasileirinhos saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”. Essa política prevê ações de promoção e monitoramento para gestantes e crianças de zero a 5 anos de idade.

Compromisso Mais Nordeste e Mais Amazônia Legal pela Cidadania – 2009

Tem como meta acelerar a redução das desigualdades nas regiões Nordeste e Amazônia Legal, reduzindo, em 5% ao ano, as taxas de mortalidade neonatal e infantil em 256 municípios prioritários. Seus eixos principais são: qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; educação em saúde; gestão da informação, para a melhoria da qualidade das informações sobre nascidos vivos e óbitos infantis; vigilância dos óbitos fetais, infantis e maternos; fortalecimento do controle social, mobilização social e comunicação; e produção de conhecimentos.

Assistência à saúde das crianças: como estamos?

Como vimos, foram muitos os avanços na Política de Saúde da Criança no Brasil nas últimas três décadas e, em particular, após a implantação

do SUS como política de Estado. A área de saúde da criança avançou tanto em aspectos normativos quanto na implementação de programas de saúde pública focados na atenção primária.

A análise de indicadores da oferta de serviços de saúde para o grupo infantil confirma os avanços. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliou o acesso a um número expressivo de mulheres e crianças no país desde a sua implantação em 1994. Já em 2010, a cobertura da saúde da família alcançou 49,5% da população e a dos agentes comunitários de saúde, 60,4%. Foram ampliados os recursos humanos e aumentou o número de equipamentos disponíveis para a assistência à saúde da criança.

Para refletir

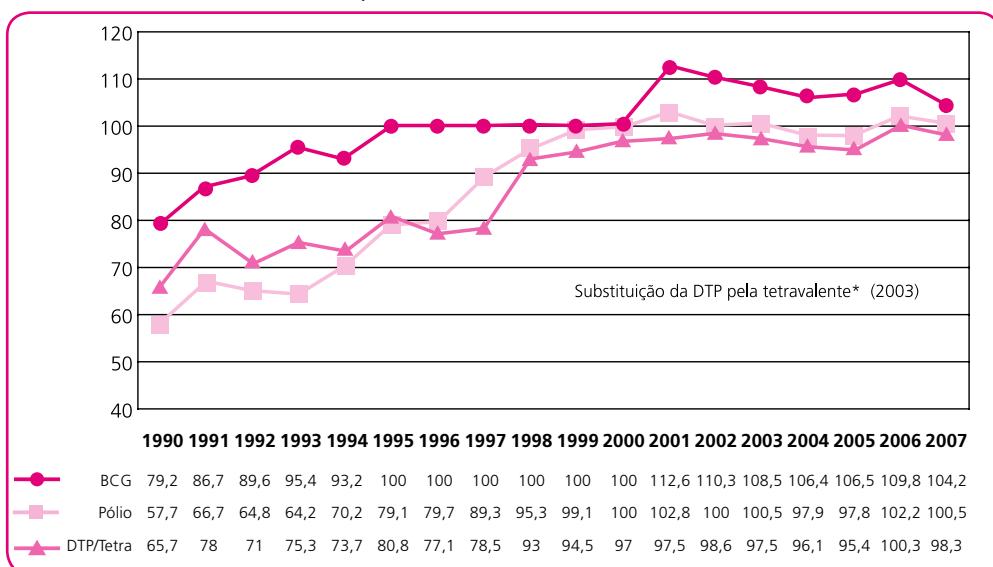
No capítulo anterior, discutiu-se a assistência à saúde da mulher relativamente aos direitos sexuais e ao planejamento reprodutivo, à atenção ao pré-natal e ao parto.

Reflita sobre esta questão: a qualidade na assistência à saúde da mulher tem implicações diretas na atenção à saúde da criança? Por quê?

A ampliação do acesso à atenção primária no Brasil e a incorporação da filosofia do Paism e do Paisc na atenção à saúde da criança foram aspectos decisivos para o avanço nos indicadores assistenciais e da situação de saúde das crianças brasileiras. As ações programáticas de imunização, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como as de acompanhamento do crescimento, desenvolvimento, prevenção e controle das doenças diarreicas e respiratórias têm sido perenes ao longo das últimas décadas.

As doenças imunopreveníveis experimentaram redução importante de morbimortalidade nos últimos trinta anos, além de êxitos importantes, como a erradicação da varíola em 1973, da poliomielite em 1989 e do sarampo em 2000. Casos e óbitos por doenças imunopreveníveis – poliomielite, sarampo, rubéola, síndrome da rubéola congênita, tétano (neonatal e accidental), coqueluche, difteria e meningite por *H. influenzae* – apresentaram tendência de declínio principalmente em razão das coberturas de imunização desenvolvidas no país pelo Programa Nacional de Imunizações, como pode ser observado no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Coberturas com as vacinas BCG, Poliomielite e DTP/Tetravalente* em crianças menores de 1 ano de idade. Brasil, 1990 a 2007



Fonte: Carvalho et al. (2009).

Em relação à saúde infantil, a já comentada Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006 (BRASIL, 2009a), realizada para avaliar o acesso a serviços de crianças com doenças prevalentes, utilizou como traçador a diarreia e a febre ou tosse. Os resultados mostraram que as mães de 40% das crianças que tiveram diarreia e 52% das que tiveram febre ou tosse buscaram ajuda. Poucas mães não foram atendidas, 1% entre as que os filhos tiveram diarreia e 3,5% entre as com febre ou tosse. Entre os serviços procurados pela mãe, predominaram os do SUS, sendo 87% nos casos de diarreia e 70% de febre ou tosse.

Outro indicador de qualidade da assistência básica oferecida é a magnitude de internação por condições classificadas na lista como sensíveis à atenção primária (Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008). Ou seja, as possibilidades de internação podem ser reduzidas por meio do reconhecimento rápido e eficaz dos sinais de gravidade e da maior cobertura e qualidade da atenção básica para o diagnóstico e tratamento das doenças que acometem as crianças. Na PNDS (BRASIL, 2009a), em torno de 12% das crianças menores de 1 ano de idade foram internadas nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. A maioria das internações foi por causa de bronquite (27%) e, com valores muito próximos, por pneumonia (22%) e diarreia (19%), doenças que constam da lista de condições sensíveis à atenção primária.

Também segundo a PNDS 2006 (BRASIL, 2009a), mais de 95% das crianças entrevistadas foram amamentadas, das quais 42,9% na pri-



Para saber mais sobre a oferta de serviços e as legislações mais importantes relacionados à saúde da criança no Brasil, leia "Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde", de Frias; Mullarechy e Giugliani (2009). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf

Para saber mais sobre a assistência à gestação, ao parto e ao puerpério e sobre a saúde das crianças, consulte o capítulo "Saúde das crianças", de Cunha e Barison (2009). Disponível em: http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/BERQUO_ELZA_pnnds_criancas_mulher.pdf

meira hora – proporção 30% superior ao encontrado na PNDS 1996. A duração mediana da amamentação exclusiva aumentou de 1,1 meses em 1996 para 2,2 meses em 2006, e o aleitamento total de 7 para 14 meses. Esses valores são relativamente homogêneos, segundo as macrorregiões do Brasil e características das mulheres.

Para refletir

Considere as condições atuais da mortalidade infantil na realidade em que você atua e reflita sobre as seguintes questões:

- Que avanços ocorreram nesta década?
 - Que programas e intervenções merecem ser reforçados ou implementados? Por quê?
-

Considerações finais

Este capítulo destacou as melhorias importantes na situação de saúde da criança ao longo das últimas décadas no Brasil, progressos atribuídos tanto às mudanças favoráveis nos determinantes sociais em saúde quanto aos avanços na área de saúde da criança, em particular, após a implantação do SUS.

Embora os níveis de redução da mortalidade infantil em nosso país estejam entre os maiores do mundo, indicando que as ações estão sendo implementadas na direção correta, muitos desafios ainda permanecem. Um deles é alcançar as populações de mais difícil acesso, como, por exemplo, os indivíduos que vivem em áreas rurais das regiões Nordeste e Amazônia Legal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_nacional_acompanhamento_220910.pdf>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família*. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral de saúde da mulher: plano de ação, 2004-2007*. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual para investigação do óbito com causa mal-definida*. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010b.

BHUTTA, Z. A. et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *The Lancet*, London, v. 375, n. 9730, p. 2032-2044, 2010.

CARVALHO, M. T. B. et al. O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF, 2009. p. 85-110.

COUNTDOWN COVERAGE WRITING GROUP ON BEHALF OF THE COUNTDOWN TO 2015 CORE GROUP. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. *The Lancet*, London, v. 371, p. 1247-1258, Apr. 2008.

CUNHA, E. M. G. P.; BARISON, E. M. Saúde das crianças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009. p. 171-194. Disponível em: <http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/BERQUO_ELZA_pnns_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2012.

DATASUS. *Arquivos de declarações de óbitos*. Brasília, DF: 2011. Reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 10 abr. 2011.

ESCALANTE, J. J. C.; MORAIS NETO, O. L. A redução da mortalidade na infância e infantil no Brasil e nas unidades da Federação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010.

FRANCA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMACAO PARA A SAUDE. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112.

FRIAS, P. G.; MULLARECHY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de saúde direcionadas as crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Brasília, DF, 2009. p. 85-110.

FRIAS, P. G. et al. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr. 2010.

IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050: revisão 2008*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

IBGE. *Série esperança de vida: população e demografia*. Rio de Janeiro, [2010]. (Série Estatísticas & séries históricas). Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP209&sv=&t=Esperan%u00e7a+de+vida>>. Acesso em: jan. 2013.

IBGE. *Série taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade: mulheres*. Rio de Janeiro, [2007]. (Série Estatísticas & séries históricas). Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=ECE306&sv=&t=Taxa+de+analfabetismo+das+pessoas+de+15+anos+ou+mais+de+idade++mulheres>>. Acesso em: jan. 2013.

IBGE. *Séries estatísticas & séries históricas*. Rio de Janeiro, 1947-2011. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

LAMY FILHO, F. et al. Social inequality and perinatal health: comparison of three Brazilian cohorts. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, Ribeirão Preto, v. 40, p. 1177-1186, 2007.

LANSKY, S. et al. Mortalidade infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 105-112, 2007. Suplemento 2.

LANSKY, S. et al. Evolução da mortalidade infantil no Brasil, 1980 a 2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF, 2009. p. 239-266.

LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S20-S33, 2004. Suplemento 1.

LIMA, S. *Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco para o óbito infantil neonatal no Estado do Rio de Janeiro*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

MACINKO J.; GUANAIS, F., MARINHO, M. F. S. Anlira, evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Epidemiology Community Health*, London, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MARANHÃO, A. G. K. et al. *Mortalidade infantil no Brasil: tendência, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010*. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2012.

MONTEIRO, C. A. et al. Evolução da desnutrição infantil. In: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MOSLEY, W. H.; CHEN, L. C. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development Review*, New York, v. 10, p. 25-45, 1984. Supplement.

MURRAY, J. et al. *Ênfase comportamental na saúde materno-infantil*: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades: relatório técnico. Arlington: BASICS, 1997. Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACM891.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, 9 maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

RAJARATNAM, J. K. et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet*, London, v. 375, n. 9730, p. 1988-2008, 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008a.

RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 429-438, 2000.

SANTOS, J. L. F. Demografia: estimativas e projeções: medidas de fecundidade e mortalidade para o Brasil no Século XX. In: IBGE. Diretoria de Geociências. Coordenação de Geografia. *Atlas nacional do Brasil Milton Santos*. Rio de Janeiro, 2010. p. 117.

SZWARCWALD, C. L.; ANDRADE, C. L.; BASTOS, F. I. Income inequality, residential poverty clustering and infant mortality: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *Social Science & Medicine*, v. 55, n. 12, p. 2083-2092, Dec. 2002.

SZWARCWALD, C. L. et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: Estimação da mortalidade infantil nos municípios brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2011a.

SZWARCWALD, C. L. et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do Sinasc nos municípios brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2011b.

UNICEF. *Situação mundial da infância 2011: adolescência uma fase de oportunidade*. Brasília, DF, 2011.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

4. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis

Sonia Lansky

“Em contraste com o aumento do interesse e investimentos na saúde materna e infantil no mundo e no Brasil, o óbito fetal continua invisível”, aponta a série especial da revista *The Lancet* dedicada à natimortalidade, uma publicação recente cuja missão é divulgar o problema no mundo (MULLAN; HORTON, 2011).

A mortalidade fetal não faz parte dos Objetivos do Milênio e ainda pouco conta na agenda das políticas de saúde, apesar da importância dos óbitos fetais em termos da carga de problemas de saúde na população, como veremos a seguir, e da situação concreta de dor para a família e a sociedade.

Os óbitos fetais são, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis e ocorrem na maioria das vezes ao final de gestações de baixo risco – em geral, em recém-nascidos normais e sem malformações congênitas.

Trata-se de evento associado às condições de saúde reprodutiva, acesso e qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Ou seja, compartilha com a mortalidade neonatal precoce os mesmos determinantes que influenciam o resultado para o feto (no final da gestação) e para a criança (nas primeiras horas e dias de vida). Por isso, o conhecimento disponível e as experiências locais apontam a efetividade de ações para a sua redução, em conjunto com as ações dirigidas à redução da mortalidade materna e neonatal (PATTINSON et al., 2011).

No entanto, esses óbitos têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência, tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução.

Segundo Rutstein et al. (1976), **evitabilidade** significa um agravio ou uma situação que pode ser prevenida pela atuação dos serviços de saúde.

O óbito pode ser considerado potencialmente evitável quando seus fatores determinantes e condicionantes são passíveis de detecção oportuna e de intervenção adequada.

Questões relativas à evitabilidade do óbito são tratadas com maior profundidade na Parte II deste livro.

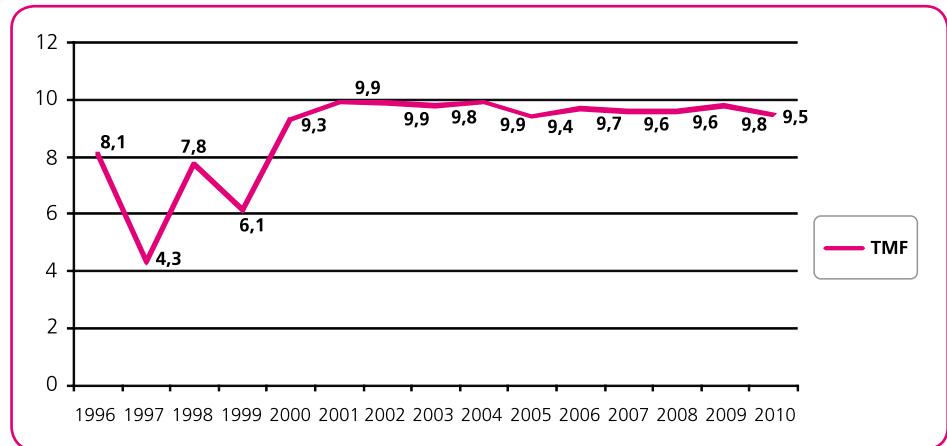
Panorama internacional e nacional da mortalidade fetal

São estimados anualmente no mundo cerca de dois milhões de óbitos fetais tardios (acima de 28 semanas de gestação) e 98% ocorrem nos países menos desenvolvidos.

As taxas de mortalidade fetal no mundo variam entre 2,0 óbitos para cada mil nascimentos na Finlândia até mais de 40 por mil nascimentos em países da África e Ásia, como a Nigéria e o Paquistão. Segundo estimativas internacionais, o Brasil se encontra numa faixa intermediária de taxa de mortalidade fetal: 5 a 14,9/mil nascimentos (LAWN et al., 2011).

No Gráfico 1 observa-se que houve uma tendência de aumento da taxa de mortalidade fetal (TMF) no Brasil, entre 1996 e 2001. É importante destacar que do mesmo modo que foi observado para RMM e TMI, o aumento da taxa a partir de 2000 pode ser atribuído à melhoria na cobertura e na qualidade do registro de morte fetal do SIM, o que contribuiu para maior captação e identificação de óbitos fetais. Desde 2001 a TMF vem se mantendo em torno de 9,5 óbitos fetais por mil nascimentos.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade fetal. Brasil, 1996-2010



Fonte: DATASUS (2011).

No Brasil, o número de óbitos fetais praticamente se equivale ao número de óbitos neonatais (ocorridos nos primeiros 28 dias de vida). Podemos conferir, comparando o número de óbitos fetais e neonatais registrados no SIM entre 2006 a 2009.

Tipo de óbito	2006	2007	2008	2009
Fetal	33.434	32.165	32.065	32.147
Neonatal	32.597	30.821	30.179	29.212

Fonte: Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

Pode-se, portanto, utilizar o número de óbitos neonatais registrados em uma localidade (município, região e estado) para estimar o número de óbitos fetais, e ainda avaliar a qualidade do registro no SIM, de modo a subsidiar o planejamento das ações para a análise das causas e sua evitabilidade, assim como as ações de intervenção para sua prevenção.

Mortalidade fetal

A OMS define morte fetal, óbito fetal, perda fetal ou natimorto como

A morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito, o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A legislação brasileira determina a obrigatoriedade do fornecimento de uma Declaração de Óbito Fetal (BRASIL, 2009, art. 19, § III). O registro civil do óbito fetal, em cartório, deve ser feito no livro de Nascidos Mortos.

A expulsão ou a extração de fetos com menos de 22 semanas de gestação ou com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm é considerado como abortamento, não sendo obrigatório o registro da ocorrência na Declaração de Óbito.

O cálculo da taxa de mortalidade fetal utiliza como ponto de corte o período gestacional de 22 semanas ou mais, mantendo os outros critérios. Esta taxa é uma estimativa da probabilidade de um feto nascer sem qualquer sinal de vida.

Método de cálculo

Para efeito de cálculo, é utilizada a fórmula a seguir.

Taxa de mortalidade fetal

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais ou 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento}}{\text{Número total de nascimentos}^*} \times 1.000$$

Atenção:

- *O número total de nascimentos inclui os nascidos vivos e os óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais, 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento.
- Como discutiremos adiante, os óbitos fetais são sub-registrados e a qualidade da informação disponível sobre a duração da gestação (idade gestacional) é baixa. Para minimizar esses erros, padroniza-se somar, tanto ao numerador como ao denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida.

Uso da taxa de mortalidade fetal

A taxa de mortalidade fetal é um indicador de saúde, como os de mortalidade materna e infantil, que pode ser utilizado para comparações segundo:

- ⌚ estratos socioeconômicos da gestante;
- ⌚ países, regiões, estados e municípios;
- ⌚ períodos de tempo;
- ⌚ causas de óbitos.

Como já estudamos nos capítulos anteriores, os resultados das comparações identificam situações de desigualdade e tendências que contribuem para:

- ⌚ avaliar os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população;
- ⌚ subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltados para a melhoria da atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil;
- ⌚ orientar as práticas de assistência na área de obstetrícia com base na avaliação dos óbitos ocorridos antes e durante o parto, que apontam a necessidade de intervenções específicas no pré-natal e na assistência durante o trabalho, respectivamente.

A utilização dos dados de óbitos fetais disponíveis no SIM é limitada, fato que dificulta a análise completa da dimensão do problema. São várias as razões que contribuem para essa situação, como veremos a seguir.

Não valorização do registro da morte fetal e não utilização da informação para a avaliação dos serviços de saúde

De maneira geral, os profissionais de saúde ainda consideram o óbito fetal como uma fatalidade que não se pode prevenir, e assim esses óbitos fetais são sub-registrados, em todos os estados do país, principalmente os localizados nas regiões Norte e Nordeste.

Uma das limitações para o cálculo das taxas de mortalidade fetal decorre do fato de que é frequente o registro de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento como óbitos fetais, o que leva à superestimação do componente fetal e, consequentemente, à subestimação do óbito neonatal precoce, assim como a subestimação do número de nascidos vivos. Isso pode comprometer também a análise comparativa das taxas entre diferentes locais.

Dados não preenchidos e ignorados da declaração de óbitos fetais

Frequentemente os dados da declaração do óbito fetal não são registrados, entre eles destacam-se alguns dados que são essenciais para a orientação de intervenções preventivas.

Morte em relação ao parto: antes ou durante o trabalho de parto

Os óbitos ocorridos **antes do trabalho de parto** são associados às infecções maternas, com destaque para a sífilis, o crescimento intrauterino restrito, como consequência do tabagismo e de patologias maternas, em especial a hipertensão, a diabetes e a malformação congênita.

Essas causas são em grande parte classificadas como evitáveis pela ação dos sistemas e serviços de saúde, pelo adequado acompanhamento da saúde integral da mulher antes da concepção, do planejamento da gravidez e da assistência pré-natal.

Já os óbitos ocorridos **durante o trabalho de parto** são associados à dificuldade de acesso à assistência qualificada ao parto e ao nascimento. A OMS estima que a atenção adequada ao parto e ao nascimento pode reduzir em torno de 23% a mortalidade fetal intraparto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; BHUTTA et al., 2011).

A investigação do óbito fetal é discutida com minúcia na Parte II, Capítulo 7: "Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança".

Investigação do óbito fetal

Para conhecer a real dimensão da morte fetal no país, assim como melhorar a qualidade do dado registrado na declaração de óbito fetal, uma estratégia fundamental é a investigação. Após a entrevista com a família e o resgate de dados dos prontuários das gestantes nos estabelecimentos de saúde, pode-se esclarecer o momento da ocorrência do óbito – se ocorreu antes ou durante o trabalho de parto.

A informação da família sobre a movimentação fetal e outros sinais de vida do feto durante o trabalho de parto podem auxiliar na compreensão de que o recém-nascido estava vivo, apesar do registro, na declaração, de "óbito ocorrido antes do parto". Os dados obtidos com os familiares são, portanto, cruciais para subsidiar o desenvolvimento de ações de intervenção para a prevenção de óbitos fetais, uma vez que devem ser claras e objetivas tanto as ações dirigidas ao pré-natal quanto aquelas aplicadas à melhoria da qualidade da atenção ao parto.

Duração da gestação e peso ao nascer

Esses dados indicam a viabilidade do feto, ou seja, a possibilidade de sobrevivência no meio extrauterino após o parto. Quanto maior a duração da gestação e/ou o peso ao nascer, maior a viabilidade do feto e, portanto, maior o potencial de sobrevivência.

A sobrevivência de fetos com menos de 22 semanas de vida e com peso ao nascer menor que 500 gramas é muito baixa.

O que se recomenda para comparar taxas de mortalidade fetal entre diferentes localidades?

Para comparar as taxas de mortalidade fetal entre regiões, é recomendado utilizar alguns critérios, como a classificação do óbito fetal de acordo com a duração da gestação, o peso ao nascer e a morte em relação ao parto.

A OMS, por exemplo, utiliza a taxa de mortalidade fetal **tardia**, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação, para realizar a comparação internacional.



Para ampliar suas informações acerca dos dados aqui apresentados, acesse:
www.datasus.gov.br

Brasil: problemas na qualidade dos dados dos óbitos fetais

Para avaliar a qualidade dos registros de dados da declaração de óbito sobre a morte fetal, vamos usar como exemplo o ano de 2010. No total,

foram registrados 30.929 óbitos fetais no SIM. Acompanhe a análise dos dados:

- ⌚ 9,53% (2.947) dos óbitos fetais registrados não dispunham de registro de peso ao nascer. Entre os óbitos com peso ao nascer registrados, 27,80% (7.780) apresentavam peso igual ou maior de 2.500g, ou seja, quase 1/3 eram fetos com grande potencial de sobrevivência;
- ⌚ nos 6,48% (2.003) dos óbitos registrados, a idade gestacional era ignorada ou não preenchida;
- ⌚ entre os óbitos fetais com idade gestacional registrada, 27,16% (7.855) tinham mais de 37 semanas de gestação, ou seja, eram fetos a termo com grande potencial de sobrevivência; 43,85% (12.683) tinham entre 28 e 36 semanas de gestação, igualmente com grande possibilidade de viabilidade fetal. Esses dados indicam claramente que no Brasil há um excesso de mortes de fetos viáveis no final da gestação.
- ⌚ em 9,5% dos óbitos registrados (2.939), a “morte em relação ao parto” era ignorada ou não preenchida. Dos conhecidos, 94,22% (26.371) foram registrados como óbitos ocorridos antes do trabalho de parto. Poucos óbitos foram registrados durante o trabalho de parto, contrariando as estimativas internacionais e nacionais. Este dado indica a baixa confiabilidade do registro na declaração de óbito, não permitindo análise mais fiel sobre a realidade da assistência obstétrica com relação aos óbitos fetais no país.

Brasil: as causas de óbitos fetais em 2010

As principais causas de óbitos fetais, segundo os capítulos da CID 10, foram: afecções perinatais (29.144 casos, 94,22%); malformações congênitas (1.645 casos, 5,32%); e doenças infecciosas e parasitárias (140 casos, 0,45%). Destacamos que em 2010 houve 140 casos de mortes fetais atribuídas à sífilis congênita (DATASUS, 2012).

As principais causas específicas de óbitos fetais foram:

- ⌚ 25,75% (7.965) por hipóxia intrauterina P.20 (CID 10), que agrupa a morte ocorrida no anteparto e no intraparto, registrada apenas como morte intrauterina sem especificar a relação com o parto. Ou seja, sem especificar a causa, se P20.0 (Hipóxia intrauterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto) ou P20.1 (Hipóxia intrauterina diagnosticada durante o trabalho de parto);

- ⑨ 23,27% (7.196) por morte fetal de causa não especificada P.95 (CID 10), apontando sérias limitações no registro das causas e na qualificação da informação;

Utilizando a classificação com grupamento de causas, que possibilita maior visibilidade às mortes fetais intraparto (FRANÇA; LANSKY, 2009), observamos o registro de 6.416 casos, ou seja, 20,74% do total de óbitos fetais de 2010. Este dado aponta a necessidade de qualificação da atenção ao parto para prevenção das mortes intraparto, assim como ações de vigilância de óbito para correção dessa causa básica (DATASUS, 2012).

Ocitocina é um hormônio natural necessário para a iniciação do trabalho de parto. Produzido sinteticamente, pode ser utilizado sob forma de infusão venosa na indução de trabalho de parto em caso de pós-maturidade do feto, ruptura prematura da membrana amniótica, pré-eclampsia ou outras situações em que haja indicações para a aceleração do parto. Sua utilização deve seguir critérios estritos baseados em evidências científicas, tendo em vista os efeitos adversos para a mulher e a criança, como o aumento da dor, das contrações e do estresse materno e a diminuição da oxigenação fetal, entre outros.



Para saber mais, recomendamos a leitura do artigo "A natimortalidade como indicador de saúde perinatal", de Lorenzi et al. (2001) e que pode ser acessado em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4069.pdf>

Mortes fetais intraparto ou por asfixia, em geral em bebês sem risco, são inaceitáveis, já que a maioria absoluta dos partos, mesmo nas regiões Norte e Nordeste do país, ocorre em ambiente hospitalar e com acompanhamento médico. A prevenção dessas mortes depende de:

- ⑨ acompanhamento adequado durante o trabalho de parto;
- ⑨ implementação das Boas Práticas que favorecem a fisiologia do trabalho de parto, por exemplo: acompanhante de livre escolha da mulher, doula, enfermagem obstétrica e cuidado 1 para 1, métodos não farmacológicos para dor, livre posicionamento e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001);
- ⑨ redução de intervenções desnecessárias que aumentem o risco de asfixia durante o trabalho de parto, como o uso rotineiro de **ocitocina**, banalizado na prática obstétrica no país;
- ⑨ identificação de complicações e realização de intervenções oportunas e adequadas (LAWN et al., 2009).

Para praticar



Consulte o "Quadro 2 – Estrutura de análise dos determinantes da mortalidade infantil", apresentado no Capítulo 3, e responda:

- Com base na experiência em relação ao óbito fetal no seu município, como se dá a linha de cuidado na saúde da mulher para a prevenção do óbito fetal?
- Quais determinantes listados no Quadro 2 estão mais frequentemente envolvidos nas mortes fetais do seu município?
- Acrescente os determinantes que considera ausentes para completar o quadro.

Mortalidade perinatal

A taxa de mortalidade perinatal é o indicador mais apropriado para a análise da utilização dos serviços de saúde e da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Ela dá maior visibilidade do problema, bem como possibilita a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável.

Para efeito de cálculo, utiliza-se a fórmula a seguir.

Taxa de mortalidade perinatal

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais com peso ao nascer de 500 gramas ou mais, 22 semanas de gestação ou mais, ou com 25 cm ou mais de comprimento} + \text{número de óbitos até o 6º dia de vida (neonatal precoce)}}{\text{Número total de nascimentos}} \times 1.000$$

Recomenda-se o cálculo da taxa de mortalidade perinatal apenas para as unidades da Federação nas quais a taxa de mortalidade infantil é calculada pelo método direto (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008): Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

Considerações finais

Apesar do reconhecido valor dos conhecimentos sobre a mortalidade fetal, indicador tanto das condições socioeconômicas da população como da qualidade da assistência, a deficiência das estatísticas vitais no Brasil ainda permanece na agenda atual como um dos desafios a serem superados para o adequado acompanhamento deste indicador da qualidade de atenção à saúde.

Conhecer a mortalidade fetal e reconhecer a sua evitabilidade são passos essenciais para promover a saúde fetal e reduzir a mortalidade que pode ser prevenida pela atenção à saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de atenção ao parto e nascimento*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta coleta de dados, sistema de informações sobre mortalidade, sistema de informações sobre nascidos vivos, sistema de informação em saúde (sis), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 fev. 2009.

BHUTTA, Z. A. et al. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *The Lancet*, London, v. 377, n. 9776, p. 1523-1538, 30 Apr. 2011.

DARMSTADT, G. L. et al. Reducing stillbirths: interventions during labor. *BMC Pregnancy Childbirth*, London, v. 9, p. S6, 2009. Suplemento 1.

DATASUS. Arquivos de DO: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

DATASUS. Arquivos de DO: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 10 abr. 2011.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112.

IBGE. *Pesquisa nacional por amostras de domicílios/PNAD, 2007*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtml>>. Acesso em: nov. 2012.

LANSKY, S. et al. Evolução da mortalidade infantil no Brasil, 1980 a 2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF, 2009. p. 239-266.

LANSKY, S. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 117-130, 2006.

LANSKY, S. et al. Mortalidade infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 105-112, 2007. Suplemento 2.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, set./out. 2002.

LAWN, J. E. et al. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? *International Journal of Gynaecology And Obstetrics*, Baltimore, v. 107, p. S123-S142, 2009. Suplemento 1.

LAWN, J. E. et al. Stillbirths: Where? When? Why?: How to make the data count? *The Lancet*, London, v. 377, n. 9775, p. 1448-1463, 23 Apr. 2011.

LORENZI, D. R. S. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-146, jan./fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4069.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

MULLAN, Z.; HORTON, R. Bringing stillbirths out of the shadows. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9774, p. 1291-1292, 16 Apr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 10^a revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10). Brasília, DF, 1993.

PATTINSON, R. et al. Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies? *The Lancet*, London, v. 377, n. 9777, p. 1610-1623, 7 May 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *New England Journal of Medicine*, London, v. 294, p. 582-588, 1976.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneva, 2006.

II | Informação, análise e ação: o papel da vigilância em saúde e dos comitês de mortalidade



5. Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde

*Angela Maria Cascão, Penha Maria Mendes da Rocha,
Mayumi Duarte Wakimoto, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt*

Nos três últimos capítulos, apontamos que o Brasil tem avançado muito na melhoria da saúde da mulher e da criança, indicando que os esforços estão sendo desenvolvidos na direção correta. O SUS ampliou o acesso aos cuidados de saúde para grande parte das mulheres e crianças, atingindo a cobertura universal da assistência pré-natal e ao parto e da vacinação. A conscientização do direito à saúde associada à cidadania também aumentou. Enfatizamos também que a qualidade das ações de saúde esteve por vezes aquém do esperado, como na assistência pré-natal.

As mortes foram entendidas não apenas como problemas individuais muitas vezes considerados como fatalidade, produtos da sorte ou azar, mas sim como fatos que ocorreram na maioria das ocasiões de modo semelhante, com um grande número de mulheres e crianças do mesmo grupo social, bairro e município. Ou seja, na verdade, as mortes não ocorrem ao acaso, elas estão relacionadas ao modo e às condições de vida e saúde.

A análise da situação da mortalidade materna, infantil e fetal, apresentada na Parte I do livro, é o produto de um processo que se inicia com o preenchimento da declaração de óbito (DO) e da declaração de nascido vivo (DN), passando pelo registro dos dados nos seus respectivos sistemas: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascido Vivo (Sinasc) e sua disponibilização em meios eletrônicos. Também foi destacado que o entendimento ampliado da situação de mortalidade deve incluir dados socioeconômicos, ambientais e dos serviços de saúde, considerando os determinantes sociais do processo de saúde-doença, o que implica o emprego de dados originais de outros sistemas de informações. Aliás, esses itens constituem conteúdos a serem aprofundados no próximo capítulo.

Da relação entre dados sobre óbitos, nascidos vivos, condições das famílias e moradias, organização e funcionamento dos serviços de saúde e qualidade da assistência à saúde foram calculados indicadores, que se desdobraram para certos grupos de idade, localidades e causas de óbito, com a finalidade de responder a um conjunto de questões importantes que norteiam a atuação dos profissionais nos diferentes serviços de saúde:

- ⌚ Como a mortalidade se distribuiu segundo as características das pessoas, das regiões e das épocas analisadas? Quantos morreram? Onde morreram? Quando morreram?
- ⌚ Que fatores determinaram a ocorrência dos óbitos e sua distribuição nos municípios brasileiros?
- ⌚ Que ações foram tomadas a fim de prevenir e controlar os óbitos?
- ⌚ Quais foram os impactos das ações de prevenção e controle sobre a ocorrência dos óbitos?

Também destacamos que o impacto das informações para melhorar o nível de saúde da população está relacionado, entre outras questões, ao cumprimento de preceitos que assegurem a cobertura e a completude dos dados produzidos. Vimos que a cobertura incompleta do SIM e a ausência de dados sobre o recém-nascido na declaração de óbito tiveram como consequência inevitável a imprecisão das estatísticas de mortalidade, sobretudo na Amazônia Legal e região Nordeste. Da mesma forma permanecem lacunas sobre a evolução da razão de mortalidade materna no país.

Conforme comentado no Capítulo 1, Parte I do livro, a análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal é uma das ações de saúde da área de atuação da Epidemiologia no SUS, sendo uma das funções da Vigilância em Saúde – Vigilância da Situação de Saúde –, de acordo com a Portaria n. 3.252 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a), conteúdo a ser discutido no Capítulo 7.

A análise da situação de mortalidade é um das áreas de atuação da Epidemiologia nos serviços de saúde. Esta área engloba uma série de funções específicas e complementares desenvolvidas, de forma regular e contínua, por profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde. Isso implica que cada profissional de saúde saiba não só as suas próprias responsabilidades e atribuições, como as dos outros profissionais envolvidos nesses processos, bem como a importância de uniformizar os procedimentos para permitir a comparação de dados e informações produzidas.

Tais normas técnicas estão definidas em diversas portarias e manuais publicados pelo Ministério da Saúde e compatibilizados pelas Secretarias de Saúde para atender as realidades estaduais ou municipais diferenciadas.

Iniciamos este capítulo apresentando os dados que constam da DO e da DN. Em seguida, serão detalhados o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Nascido Vivo (Sinasc). Aprofundaremos também os conteúdos relativos à qualidade dos dados produzidos em cada um dos sistemas.

No Capítulo 6, continuaremos a discussão da análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal, detalhando outras fontes de dados também importantes. Finalmente, trataremos do conceito e do método de cálculo de alguns indicadores selecionados.

Para praticar



Com base na leitura dos Capítulos 2, 3 e 4 deste livro, descreva de forma sucinta a situação da mortalidade materna, infantil e fetal em seu município/estado. Como roteiro, sugerimos responder às seguintes perguntas:

- Você conhece os valores dos indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal de seu município/regiões do estado? Onde os indicadores de mortalidade apresentam os piores resultados?
- Quais determinantes sociais, familiares e da atenção à saúde estão associados a essas mortes?
- Que ações você considera prioritárias para prevenir e controlar os óbitos? Essas ações foram implementadas em seu município? Faça uma breve discussão sobre o assunto.

Declaração de óbito

O documento oficial para atestar a morte de um indivíduo é a Declaração de Óbito (DO).

A Declaração de Óbito tem três grandes funções:

- ❶ ser o documento padrão para a coleta de dados sobre mortalidade para compor o SIM (artigo 10 da Portaria GM/MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009);
- ❷ fornecer os dados para a emissão da Certidão de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil e, assim, liberar o sepultamento e outras medidas legais (artigo 77 da Lei n. 6216, de 30 de junho de 1975 que altera a Lei n. 6.015/73);
- ❸ ser o documento base para o desencadeamento do processo de investigação do óbito materno (Portaria GM/MS n. 1.119, de 05 de junho de 2008) e do óbito fetal e infantil (Portaria GM/MS n. 72, de 11 de janeiro de 2010). Conteúdo a ser aprofundado no Capítulo 7.

A DO é um instrumento de cidadania.

Todos os óbitos ocorridos em território nacional devem ser registrados em cartório e notificados no SIM da Secretaria de Saúde do município ou do estado onde ocorreu o óbito.

Quem é o profissional responsável pelo preenchimento da DO?

O preenchimento da DO é de responsabilidade do profissional médico, conforme disposto na Resolução CFM n. 1.779/2005 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005), excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade é atribuída a um médico do Instituto Médico Legal (IML). Essa questão também é mencionada no artigo 84 do Código de Ética Médica, Capítulo X (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010) e na Portaria GM/MS n. 116/2009 (BRASIL, 2009b).



Conheça a Resolução n. 1.779/2005 do Conselho Federal de Medicina em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm

Para saber mais sobre o preenchimento, as responsabilidades e as condições em que a DO deve ou não ser emitida pelo médico, leia "Declaração de óbito: documento necessário e importante" (BRASIL, 2009c), disponível em: http://portalsauda.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitooo.pdf
Recomendamos as leituras!

Que dados estão presentes na DO?

Com a finalidade de permitir a comparação dos dados sobre mortalidade em todo território nacional, desde 1975 o Ministério da Saúde brasileiro adota uma Declaração de Óbito padronizada.

O atual modelo de DO padronizada está estruturado em nove blocos, com 59 campos (Figura 1), especificados em seguida no Quadro 1.

Figura 1 – Declaração de óbito

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não fetal	<input type="checkbox"/> Data do óbito	<input type="checkbox"/> Hora	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade	Município / UF (se estrangeiro informar país)		
	<input type="checkbox"/> Nome do Falecido							
Residência	<input type="checkbox"/> Nome do Pai	<input type="checkbox"/> Nome da Mão						
	<input type="checkbox"/> Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Sexo M - Masc. F - Fem. I - Ignorado	<input type="checkbox"/> Raça/Cor Branca Parda Preta Indígena Amarela	<input type="checkbox"/> Situação conjugal Solteiro Casado Vivendo União estável Vivendo Ignorado	Código CBO 2002	
Ocorrência	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida etc.)				<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município de residência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF			
IV Fetal ou menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito Hospital Outros estab. saúde	<input type="checkbox"/> Domicílio 9	<input type="checkbox"/> Outros 9	<input type="checkbox"/> Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Código CNES			
	<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP				
V Condições e causas do óbito	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município de ocorrência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF			
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
VI Médico	<input type="checkbox"/> Idade (anos) 0 1 2	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Série) Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> Idade (antigo 2º grau) Médio (antigo 2º grau) Superior incompleto Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Série	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	<input type="checkbox"/> Código CBO 2002
	<input type="checkbox"/> Número de filhos tidos Nascidos vivos 99 Ignorado	<input type="checkbox"/> N° de semanas de gestação Perdas fetais/abortos 99 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> Morto em relação ao parto Antes 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> Peso ao nascer Gramas 99 Ignorado
VII Causas externas	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL							
	<input type="checkbox"/> A morte ocorreu Na gravidez No parto No paro	<input type="checkbox"/> 3 5 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 3 4 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 43 dias a 1 ano após o parto 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Sim 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> Necropsia ? Sim 2 9 Ignorado
VIII Cartório	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA							
	<input type="checkbox"/> Parte I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	<input type="checkbox"/> a	Devido ou como consequência de:					
<input type="checkbox"/> Parte II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa adim.	<input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	Devido ou como consequência de:						
IX Localidade S/ Médico	<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por Médico 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> Município e UF do SVO ou IML	<input type="checkbox"/> UF				
	<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.)	<input type="checkbox"/> Data do atestado	<input type="checkbox"/> Assinatura					
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)								
VII Causas externas	<input type="checkbox"/> Tipo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ignorado
VIII Cartório	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO							
	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)							<input type="checkbox"/> Código
IX Localidade S/ Médico	<input type="checkbox"/> Cartório	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> UF			
	<input type="checkbox"/> Município	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> UF			
IX Localidade S/ Médico	<input type="checkbox"/> Declarante	<input type="checkbox"/> Testemunhas A B						
	<input type="checkbox"/> Versão 01/10 - 1ª Impressão 01/2010							

Quadro 1 – Descrição dos blocos e campos da declaração de óbito

Bloco	Dado/Campo	Descrição
I	1 a 14	Identificação: informações gerais sobre a identidade do falecido e de seus pais.
II	15 a 19	Residência: dados sobre a residência do falecido.
III	20 a 26	Ocorrência: informações sobre o local onde ocorreu o óbito.
IV	27 a 36	Fetal ou menor de 1 ano: informações sobre a mãe e o falecido, se óbito fetal for menor de 1 ano. Campo não deve ser preenchido para óbito de maiores de 1 ano.
V	37 a 40	Condições e causas de óbito: destinam-se a qualificar as condições e causas que determinaram o óbito.
VI	41 a 47	Médico: informações sobre o médico que assina a DO.
VII	48 a 52	Causas externas: informações sobre o provável tipo de morte por violências.
VIII	53 a 57	Cartório: dados referentes ao Cartório de Registro Civil onde foi efetuado o registro do óbito.
IX	58 a 59	Localidade sem médico: o preenchimento ficará a cargo do Cartório de Registro Civil.

Fonte: Brasil (2011a).

O preenchimento da DO deve ser muito cuidadoso, registrando-se com o máximo de exatidão possível todos os seus campos, com letra legível e sem abreviações.

A fim de preencher todos os campos da DO, o profissional médico, único responsável por atestar um óbito, necessita resgatar dados no prontuário do falecido(a), com outros profissionais de saúde e, em algumas ocasiões, com os familiares do(a) falecido(a).

Alguns campos da DO são essenciais para a orientação de intervenções na prevenção do óbito, portanto, em seu preenchimento a atenção deve estar voltada às suas características específicas:

- ⑨ O nome completo do(a) falecido(a) e sua filiação são importantes para a precisa identificação e para que, posteriormente, o falecido possa ser localizado em outros sistemas de informações, como o Sinasc e o SIH.
- ⑨ O endereço deve ser composto pelo logradouro (rua, avenida, travessa etc.), seguido do número e complemento, quando houver. Especial atenção deve ser dada ao registro do bairro e município, pois qualifica a informação e é fundamental caso seja necessária uma visita domiciliar.
- ⑨ Os campos referentes à escolaridade, situação conjugal e raça/cor devem ser preenchidos fazendo marcação em uma das opções que estão definidas na própria DO. Já o dado sobre a ocupação

do falecido é descritivo e deve se referir à profissão ou ao serviço que era executado pelo(a) falecido(a). É inadequada a definição de aposentado(a) por não informar com precisão a categoria profissional a que pertencia o(a) falecido(a). Esses dados são essenciais para conhecer alguns determinantes sociais do óbito.

- ⑨ No caso de morte fetal e de criança menor de 1 ano de idade, a DO possui um bloco exclusivo para seu preenchimento (Bloco IV). São dados sobre a mãe (idade, escolaridade e ocupação), sobre a história gestacional e do recém-nascido, como o peso ao nascer e o número da Declaração de Nascido Vivo (DN). Esses dados também são essenciais para o conhecimento de determinantes sociais do óbito infantil e fetal.
- ⑨ Para os óbitos de mulheres em idade fértil (entre 10 a 49 anos de idade), é fundamental a informação que consta no campo de número 37, pois se refere à identificação do momento do óbito. Este dado auxilia na classificação de óbito materno quando a morte ocorre na gravidez, no parto/aborto ou no puerpério.

Condições e causas de óbito

Como foi apresentado nos Capítulos 2, 3 e 4, o conhecimento da causa de óbito materno, infantil e fetal é uma das informações mais importantes da DO em razão da estreita relação entre a causa de óbito e as condições de vida e de assistência à saúde.

Vamos relembrar... No Capítulo 2, destacou-se o reconhecimento de que as causas de óbito materno tais como hemorragias, hipertensão específica da gravidez e infecção puerperal podem indicar falhas no processo de assistência pré-natal, parto, nascimento e puerpério.

O mesmo pôde ser observado em relação às crianças, já que causas de óbito por asfixia, infecções, afecções respiratórias e prematuridade são fortemente influenciadas pelo acesso e pela qualidade da assistência oferecida à mulher durante a gestação, parto e puerpério, e pelos cuidados oferecidos ao recém-nascido. Para as causas de óbitos por doenças infeciosas e respiratórias também contribuem o não acesso ao saneamento básico e aos serviços de saúde, conteúdos estudados no Capítulo 3.

Na DO há vários campos para registrar as condições e causas presentes no momento da morte, entre eles o campo da **causa básica da morte** (CB), que deve ser registrada na Parte I da DO (Figura 2).

A constatação da estreita relação entre a causa de óbito e as condições de vida remonta ao século XVII, quando, em 1662, o inglês John Graunt publicou, pela primeira vez, as estatísticas de "mortalidade por causa" em Londres – *Natural and political observations made upon the bills of mortality* –, chamando a atenção para as diferenças da mortalidade entre gêneros, regiões urbanas e rurais, grupo de idade e estações do ano. Ainda destacou a alta taxa de mortalidade infantil.

Figura 2 – Campos referentes às causas de morte na DO

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto 7 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 <input type="checkbox"/>			38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			39 Necrópsia ? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			a <input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de: b <input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de: c <input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de: d <input type="checkbox"/>					
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.								

Fonte: Brasil (2011a).

A causa básica de óbito é definida como: doença ou lesão que iniciou uma sucessão de eventos e que termina com morte; ou nos casos de acidentes ou violências, as circunstâncias dos mesmos.

A definição deixa bem clara a existência de dois grupos de causas básicas:

- ⑨ **Causas naturais** – São as doenças tais como as conhecemos: infecciosas, cardíacas, renais, respiratórias, próprias da gravidez, da pele, entre outras.
- ⑨ **Causas não naturais ou causas externas** – São representadas pelos acidentes de todos os tipos e pelas violências: homicídios, suicídios, intervenções legais e operações de guerra.

Ainda na Figura 2 podemos observar a existência de campos da DO para o preenchimento das complicações da causa básica, as chamadas causas intervenientes, e para a causa terminal ou causa direta da morte.

No campo 40 (Parte I), coloca-se na linha “d” a causa que iniciou o processo que levou ao óbito (causa básica). Nas linhas imediatamente acima, devem ser registradas as outras causas que se sucederam devido à anterior, até a linha “a” onde se encerra a causa imediata da morte. Na Parte II podem ser descritas outras morbidades que contribuíram para o óbito.

O conhecimento da definição de causa básica do óbito é fundamental, pois permite ao atestante descrever a sequência lógica de eventos patológicos que culminaram com a morte.

Classificação de causas de morte e de doenças: a codificação da causa de morte

Com o objetivo de garantir a disponibilidade de estatísticas de mortalidade por causas de óbitos uniformes em todos os países do mundo, desde 1948 funciona, sob a responsabilidade da OMS, um comitê para propor definições, modelo de DO entre outras atividades. O comitê é responsável pelas revisões decenais da Classificação de Causas de Morte, atualmente na sua 10^a revisão, chamada Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10^a Revisão) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), publicada em três volumes.

O Volume I apresenta as doenças classificadas por critérios preestabelecidos e agrupados em 21 capítulos. Os capítulos são classificados conforme: **localização da doença** (IX. Doenças do aparelho cardiovascular, X. Doenças do aparelho respiratório etc.); segundo **etiologia** (I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias ou II. Neoplasias ou XX. Causas externas etc.); por **doenças próprias de períodos específicos da vida humana** (XV. Gravidez, parto e puerpério, XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal etc.).

Vamos conhecê-los com mais detalhe.

Os capítulos estão subdivididos em **agrupamentos**, sendo estes formados por **categorias** e **subcategorias**.

CID-10: categorias e códigos

Vejamos alguns exemplos.

Capítulo – Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 a B99)

Agrupamento – A00 a A09: Doenças infecciosas intestinais

Categoria – A08: Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas

Subcategoria – A08.0: Enterite por rotavírus

Capítulo – Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00 a O99)

Agrupamento – O60 a O75: Complicações do trabalho de parto e do parto

Categoria – O72: Hemorragia pós-parto

Subcategoria – O72.1: Outras hemorragias do pós-parto imediato

Observem que os códigos das doenças CID-10 são alfanuméricos, isto é, apresentam uma letra (maiúscula) seguida de dois números (categoria) e um terceiro número para as subcategorias.

Agrupamento é um conjunto de categorias e respectivas subcategorias. Todas as categorias de um agrupamento se referem a doenças próximas ou semelhantes, ou, então, apresentam alguma característica em comum.

Categoria é um código com três caracteres.

Subcategorias é a subdivisão de categoria com um quarto dígito para caracterizar as especificações da categoria.



Conheça a 10^a Revisão da CID, na íntegra, em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>



Para conhecer o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, acesse: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/>

O Volume I da CID-10 também apresenta explicação sobre os “Centros Colaboradores da OMS para Classificação de Doenças” que junto com o Ministério da Saúde são responsáveis pelas orientações em relação à seleção e à codificação das causas de morte em todo o território nacional.

Declaração de nascido vivo

Que documento fornece os dados sobre os nascidos vivos?

O documento oficial de uso obrigatório em todo o território nacional para a coleta dos dados sobre nascidos vivos é a Declaração de Nascido Vivo (DN).

O acesso ao registro civil de nascimento é gratuito a pessoas naturais (Lei n. 6.015 de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos) (BRASIL, 1973).

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa de um produto da concepção do corpo materno, independentemente da duração da gestação, que respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna qualquer dessas condições é considerado uma criança viva.

Além de ser o documento padrão de coleta de dados para compor o Sinasc, a DN também fornece dados para a emissão da Certidão de Nascimento pelos Cartórios do Registro Civil (inciso IV, Art. 10, da Lei n. 8.069/1990 e do Art. 50, da Lei n. 6.015/1973) (BRASIL, 1990, 1973).

Todos os **nascimentos de crianças vivas** ocorridos em território nacional devem ser registrados em cartório e digitados no Sinasc da Secretaria de Saúde do município ou do estado onde ocorreu o nascimento. Destaca-se que independente do tempo de vida do recém-nascido, a DN deverá ser preenchida. Por exemplo: nasceu vivo e faleceu após cinco minutos, deverá ser preenchida a DN e em seguida a DO.

Quais os profissionais responsáveis pelo preenchimento da DN?

O preenchimento da DN é de competência dos profissionais de saúde ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido.

Dados da Declaração de Nascido Vivo

Que dados estão presentes na DN?

O atual modelo da DN, assim como o modelo da DO, é padronizado (Figura 3), composto por oito blocos de informações, com um total de 52 campos, especificados no Quadro 2.

Figura 3 – Declaração de nascido vivo (DN)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido							
	Data e hora do nascimento							
Local da ocorrência	2 Data	3 Hora						
	4 Peso ao nascer	5 Índice de Apgar						
Mãe	6 Local da ocorrência	7 Estabelecimento						
	8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)	9 Número	10 Complemento	11 CEP				
Pai	12 Bairro/Distrito	13 Código	14 Código	15 UF				
	16 Nome da Mãe	16	16	16				
Gestação e parto	17 Escolaridade (última série concluída)	18 Nível	19 Data nascimento da Mãe	20 Idade (anos)	21 Naturalidade da Mãe	22 Situação conjugal	23 Raça / Cor da Mãe	
	24 Número	25 Complemento	26 CEP	27 UF				
Anomalias congênitas	28 Nome do Pai	28	29 Idade do Pai	29				
	30 Gestações anteriores	31 Histórico gestacional	32 N.º gestações anteriores	33 N.º de partos vaginais	34 N.º de cesáreas	35 N.º de nascidos vivos	36 N.º de perdas fetais / abortos	
Preenchimento	37 Gestação atual	38 Idade Gestacional	39 N.º de consultas de pré-natal	40 N.º de semanas de gestação, se DUM Ignorada	41 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal	42 Tipo de gravidez	43 Parto	44 Nascimento assistido por
	45 Data do preenchimento	46 Nome do responsável pelo preenchimento	47 Tipo documento	48 N.º do documento	49 Apresentação	50 O Trabalho de parto foi induzido?	51 Tipo de parto	52 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?
Cartório	53 Preenchimento	54 Nome do responsável pelo preenchimento	55 CRM	56 COREN	57 Funcião	58 Parteira	59 Func. Cartório	
	59 Município	60 Registro	61 RG	62 CPF	63 Outros (descrever)	64 Sim	65 Não	
ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO								
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.								
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.								

Quadro 2 – Descrição dos blocos e campos da declaração de nascido vivo

Bloco	Dado/Campo	Descrição
I	1 a 6	Identificação do recém-nascido: informações inerentes ao nascido.
II	7 a 13	Local da ocorrência: informações sobre o local onde ocorreu o parto.
III	14 a 27	Mãe: informações sobre a mãe do recém-nascido.
IV	28 e 29	Pai: informações sobre o nome e a idade do pai do recém-nascido.
V	30 a 40	Gestação e parto: informações sobre as gestações anteriores, a gestação atual, o parto e suas intercorrências.
VI	41	Anomalia congênita: neste campo serão informadas as anomalias congênitas verificadas pelo responsável pelo parto.
VII	42 a 47	Preenchimento: refere-se à identificação do responsável pelo preenchimento da DN.
VIII	48 a 52	Cartório: informações referentes ao Cartório de Registro Civil onde foi efetuado o registro do nascimento.

Fonte: Brasil (2011b).

Para preencher todos os campos da DN, o profissional de saúde ou parteira necessita resgatar informações no prontuário, com outros profissionais de saúde e com a mãe ou familiares do recém-nascido. O preenchimento da DN deve ser muito cuidadoso, registrando-se com o máximo de exatidão possível todos os seus campos, com letra legível e sem abreviações.

Os seguintes campos da DN são essenciais para a orientação de intervenções para a prevenção do óbito infantil:

- ⑨ O nome completo da criança e de sua filiação é importante para a precisa identificação de todos. Desse modo, a informação pode ser localizada em outros sistemas de informações, como o SIM e o SIH.
- ⑨ O endereço deve ser composto pelo logradouro (rua, avenida, travessa etc.), seguido do número e complemento, quando houver. Especial atenção deve ser dada ao registro do bairro e município, pois qualifica a informação sobre o local de residência da família da criança falecida, facilitando encontrar a residência, caso seja necessária uma visita domiciliar.
- ⑨ Dados relacionados às condições da criança no momento do nascimento, incluindo o peso ao nascer, a duração da gestação, a presença de anomalias congênitas, assim como a gestação e o tipo de parto e alguns atributos das mães, como idade, nível de escolaridade e número de consultas de pré-natal, são dados importantes para subsidiar o entendimento dos determinantes da mortalidade infantil.

O monitoramento e a análise rotineira das condições dos nascimentos no âmbito hospitalar possibilitam o conhecimento dos recém-nascidos que apresentem situações de risco para o óbito infantil. Tais condições estão relacionadas ao baixo peso ao nascer, à hipóxia neonatal, a certas condições da gestação e parto, como a idade gestacional inferior a 37 semanas, o parto cirúrgico e a não realização de pré-natal, além de alguns atributos maternos como adolescência, analfabetismo, grande paridade e morte de filhos anterior ao nascimento atual (VANDERLEI, et al., 2010).

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (Sinasc)

Como podem ser consultados os dados da DO e da DN? E quais as fontes de dados da DO e da DN?

Os dados de cada DO emitida em território nacional estão disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e os de cada DN no Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (Sinasc).

Cada um desses sistemas é composto por um conjunto de ações semelhantes iniciadas com base no preenchimento da DO e da DN. Cada declaração preenchida obedece a um fluxo definido, para que em tempo oportuno seus dados processados se transformem em informação útil e assim possam subsidiar a atuação dos profissionais nos diferentes serviços de saúde. Atualmente, o conjunto de ações preconizadas para o funcionamento do SIM e do Sinasc está regulamentado na Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009b).

Você sabia que dado e informação são conceitos distintos?

Dados são números referentes a um fato ou circunstância que ainda não sofreram qualquer tipo de tratamento/análise, ou seja, constituem a matéria-prima da informação. É a informação não tratada. Os dados representam um ou mais significados que isoladamente não podem transmitir uma mensagem ou representar algum conhecimento. São o número bruto que ainda não sofreu tratamento estatístico.

Exemplo de dado: ao dar entrada na maternidade, cada gestante fornece ao serviço de admissão os dados sobre sua idade, escolaridade e o ▶

endereço residencial. O profissional de saúde, por sua vez, preenche o prontuário com os dados do tipo de parto realizado e do recém-nascido (RN), como peso ao nascer e idade gestacional. Esses dados permitem, por exemplo, orientar o profissional de saúde na abordagem da mãe sobre a saúde de seu filho.

Informação é o conhecimento obtido com base nos dados, no resultado da análise e na combinação de vários dados, ou seja, a informação é o processamento, manipulação e organização dos dados. As informações contribuem para conhecer a realidade em que os serviços de saúde estão inseridos e para orientar as ações visando à saúde da população.

Veja um exemplo de informação: os dados de cada mulher e dos RN assistidos na maternidade são digitados na base de dados do Sinasc, em seguida são criticados e analisados. O conjunto de dados permite calcular indicadores de saúde que informam, por exemplo, o percentual de mães adolescentes ou as prevalências de baixo peso ao nascer, a prematuridade tanto para uma só maternidade como para o conjunto de maternidades do município, estado, região ou país. ■

O que ocorre depois do preenchimento da DO e da DN?

Após o preenchimento, as três vias da DO e da DN seguem encaminhamentos específicos que denominamos de fluxo de dados.

No caso da DO, o fluxo de cada via varia de acordo com as características da ocorrência do óbito: em estabelecimento de saúde ou não; com ou sem assistência médica; em localidade com ou sem médico; em localidade com ou sem serviço de verificação de óbito (SVO); por causa natural ou acidental; por causa accidental com ou sem IML; em aldeia indígena. Ao todo são oito diferentes fluxos apresentados no *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito* (BRASIL, 2011a) e que podem ser consultados no Anexo A – Fluxos da Declaração de Óbito deste capítulo.

Para praticar



No Anexo A, observe os diferentes fluxos da DO e descreva a diferença observada para óbitos por causa natural quando estes ocorrem dentro ou fora dos estabelecimentos de saúde.

E nas localidades sem médico, como ocorre o fluxo da DO para os óbitos por causa natural?

No caso da DN, o fluxo de cada via varia conforme o local do nascimento. São dois fluxos dispostos no *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo* (BRASIL, 2011b) e que podem ser consultados no Anexo B deste capítulo.

Para praticar



Descreva as diferenças observadas no fluxo da DN para partos domiciliares com e sem assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional.

Quais são as implicações dessas diferenças?

Para refletir

Em relação aos fluxos da DO e da DN em seu município, o que precisa ser aperfeiçoado para assegurar a inclusão de todas as declarações no SIM e Sinasc, respectivamente?

Como vocês podem observar nos Anexos A e B, independentemente do fluxo seguido pela DO ou pela DN, a 1^a via de cada declaração emitida deverá ser encaminhada às Secretarias municipais de Saúde.

Quais são os procedimentos realizados com a DO na SMS? E com a DN?

Na SMS, é realizada a etapa denominada “processamento de dados”, que engloba:

- ⑨ codificação de campos da DO e da DN;
- ⑨ seleção da causa básica de morte na DO entre as condições e causas atestadas pelo médico que preencheu a DO. Com base nas regras de classificação de causas básicas de mortalidade, constantes do Volume II da CID-10 (BRASIL, 1993), é realizada a seleção da causa básica de morte;
- ⑨ digitação das declarações no SIM e no Sinasc;
- ⑨ crítica dos dados inseridos no SIM e no Sinasc municipal.

Criticar a base de dados significa avaliar:

- o percentual de campos ignorados ou em branco;
- a coerência das informações entre os diferentes campos (por exemplo, registro de nome masculino do falecido e assinalado feminino no campo referente a sexo; registro de endereço sem correspondência ao correto bairro etc.).

Depois dessa etapa, as bases de dados municipal do SIM e do Sinasc são transferidas para a Secretaria Estadual de Saúde que, após uma nova crítica dos dados, envia as bases para o Ministério da Saúde. Como nos níveis anteriores, este realiza uma avaliação final da qualidade dos dados e os disponibiliza informatizados em CD-ROM e na internet (<http://www.datasus.gov.br>).

Com base nos dados do nível municipal, já é possível realizar a análise da situação de mortalidade e dos nascidos vivos, independentemente da consolidação dos níveis estadual e federal que ocorre em períodos posteriores.

Que profissionais participam das etapas de processamento dos dados?

Essas atribuições são de responsabilidades de técnicos das secretarias de saúde e do MS, que possuem senha pessoal de acesso e visão crítica sobre a qualidade dos dados inseridos, seja no SIM ou no Sinasc.

Especificamente, a seleção de causa básica é de responsabilidade do codificador, profissional da saúde qualificado, lotado no nível central da SMS ou em hospital de referência. Na ausência de técnicos capacitados na SMS, após a revisão inicial e correção, as DO devem ser encaminhadas à instância estadual para a codificação da causa básica do óbito.

Qualidade do dado

Qual a qualidade dos dados disponibilizados pelo SIM? E pelo Sinasc?

Ao longo dos Capítulos 2, 3 e 4 foram destacados os problemas de qualidade dos dados tanto no que se refere à quantidade de óbitos e de nascidos vivos informados no SIM e no Sinasc (cobertura), como em relação à quantidade de dados da DO e da DN com valores nulos (completude). Em muitos municípios brasileiros, esses problemas de qualidade são tão relevantes que comprometem o conhecimento das desigualdades ao morrer, assim como a compreensão dos determinantes da situação da mortalidade materna, infantil e fetal. Nesse contexto, ressalta-se a importância de saber identificar e corrigir as fontes de erro.

Avaliação da cobertura

O SIM deve incluir os dados da DO de 100% das pessoas falecidas no território nacional e, assim, disponibilizar a cobertura completa dos óbitos ocorridos.

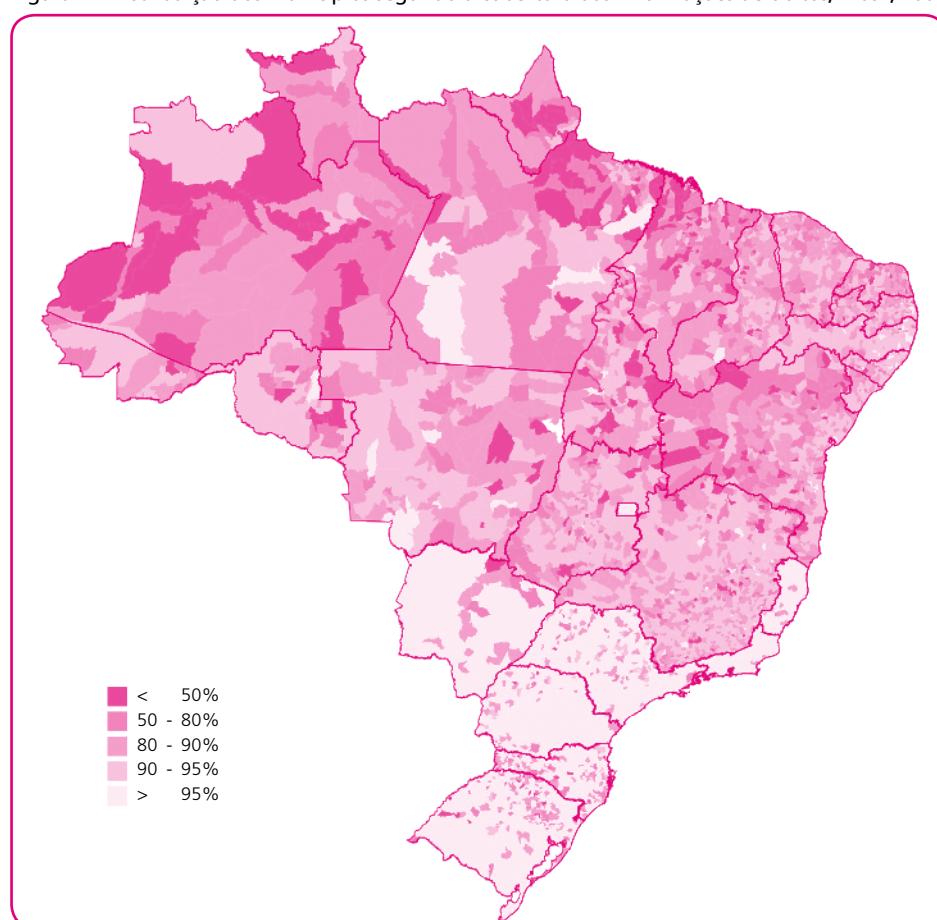
Com o intuito de quantificar o volume dos óbitos ocorridos no país não registrados no SIM, foi realizada em 2010 uma pesquisa especial utilizando o método de busca ativa (SZWARCWALD et al., 2011). Embora a cobertura do SIM no Brasil como um todo tenha atingido 93%, persiste a desigualdade na informação sobre mortalidade (Figura 4): 30% dos municípios brasileiros ainda têm coberturas de óbitos menores do que 80%, a maioria nas regiões Norte e Nordeste. Especificamente esse fato limita o uso dos dados disponíveis sobre óbitos infantis para, por exemplo, o cálculo da taxa de mortalidade infantil.

O método de busca ativa é um procedimento que tem como intuito diminuir o sub-registro de óbito no SIM. O método compreende a identificação de óbitos pelo contato direto com fontes alternativas, por exemplo, funerária, cemitério não oficial.

As coberturas inadequadas do SIM e os métodos empregados para corrigi-las foram destacados nos Capítulo 2, “Desigualdades de gênero, raciais e socioeconômicas como fatores de vulnerabilidade: a mortalidade materna no Brasil e no mundo” e Capítulo 3, “Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade”. Você se lembra?

O tema “método de busca ativa” é aprofundado no Capítulo 7, “Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança”.

Figura 4 – Distribuição dos municípios segundo a cobertura das informações de óbitos, Brasil, 2008



Fonte: Szwarcwald et al. (2011).

Os problemas para o não processamento da declaração de óbito no SIM também foram investigados em uma amostra de 133 municípios das regiões Nordeste e Amazônia Legal (SZWARCWALD et al., 2011). Seguem os mais relevantes:

- ⌚ não emissão da DO devido a problemas no registro dos óbitos;
- ⌚ problemas no fluxo de DO emitidas, como, por exemplo, perdas no processo de transferência dos dados em razão da falta de supervisão e controle, além da alta rotatividade de técnicos para o gerenciamento da informação;
- ⌚ dificuldades de acesso a serviços de saúde e cartórios, contribuindo para o sepultamento em cemitérios não oficiais. No caso do óbito infantil, isso é ainda mais acentuado, sendo frequentes os sepultamentos ilegais;
- ⌚ não reconhecimento da importância do instrumento (DO) por parte da população, principalmente em áreas rurais.

Para refletir

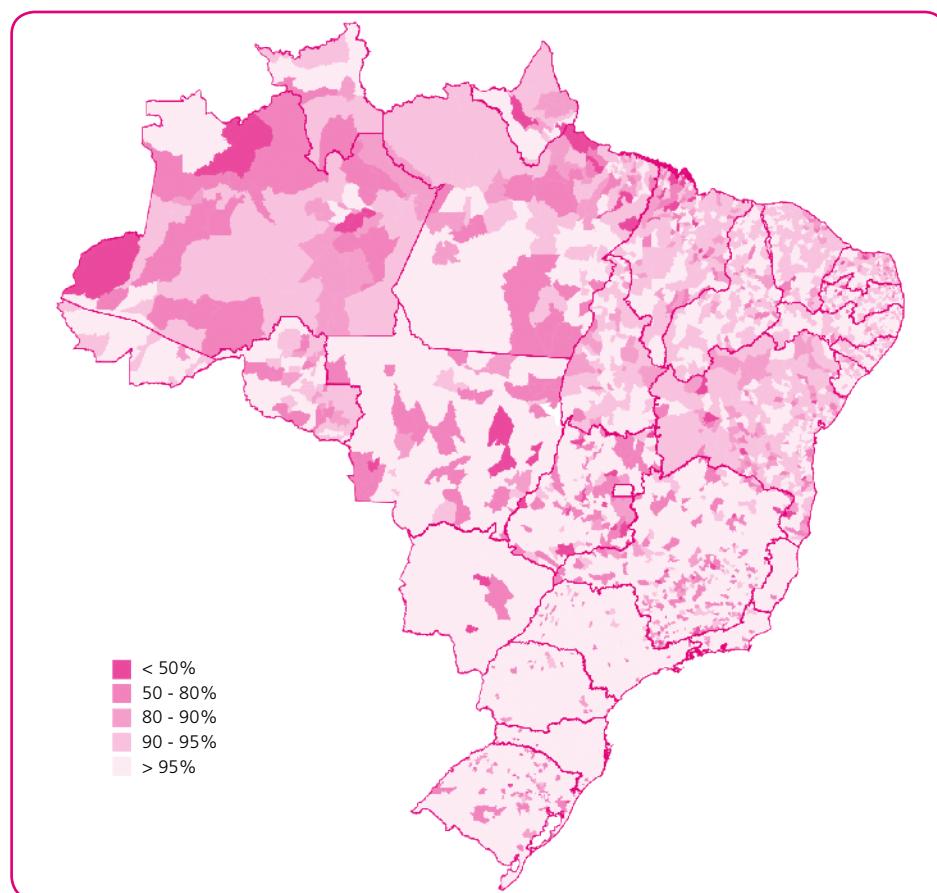
Como ocorre a captação dos dados de mortalidade no SIM do seu município/estado?

Entre os problemas apontados pela pesquisa para o não processamento da declaração de óbito no SIM, você identifica a ocorrência de algum deles em seu município/estado? Especifique.

O Sinasc também deve incluir 100% dos nascidos vivos no território nacional e, assim, disponibilizar a cobertura completa dos nascidos vivos.

A pesquisa especial já citada mostrou que a cobertura do Sinasc alcançou 95,6% para o país como um todo, sendo a proporção de municípios com cobertura inferior a 80% bem menos frequente em comparação à dos óbitos (Figura 5) (SZWARCWALD et al., 2011).

Figura 5 – Distribuição dos municípios segundo a cobertura das informações de nascidos vivos, Brasil, 2008



Fonte: Szwarcwald et al. (2011).

As razões para o não processamento da DN no Sinasc são as mesmas verificadas para a DO (SZWARCWALD et al., 2011): não emissão da DN; problemas no fluxo das DN emitidas; dificuldades de acesso a serviços de saúde e cartórios; e não reconhecimento da importância da DN por parte da população, principalmente em áreas rurais.

Avaliação da completude dos dados

A avaliação da completude dos dados de mortalidade, de uma maneira geral, é apresentada por meio de proporções de dados da DO ou da DN, em branco ou ignorados. Quanto maiores essas proporções, menor é a confiança na análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal. Vale lembrar também que praticamente não existem dados de mortalidade sem a presença de informações em branco ou ignoradas, porém aceitam-se como baixa aquelas com percentuais inferiores a 4% ou 6%.

Para refletir

Quais as implicações para os serviços de saúde quando, por exemplo, o endereço de residência é registrado de forma incorreta na declaração de óbito? Ou quando a causa de óbito é classificada como mal definida?

O número de campos da DO com informações não preenchidas ou ignoradas tem diminuído. Entretanto, a qualidade do preenchimento varia segundo o tipo de dado coletado:

- ⑨ o não preenchimento de informações sobre sexo e idade do falecido vem se mantendo em níveis baixos (menos de 1%), indicando que tais informações e as análises delas derivadas são de qualidade;
- ⑨ a informação sobre a causa básica do óbito ainda apresenta, em algumas localidades, um alto percentual de causas classificadas como mal definidas Capítulo XVIII da CID-10: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993);
- ⑨ embora os dados sobre a mãe nos casos de óbito infantil ou fetal sejam importantes para analisar os determinantes do óbito, a Tabela 1 indica que os percentuais de campos ignorados e em branco ainda são altos em grande parte do Brasil. Tal fato demonstra a baixa qualidade dos dados disponíveis para descrever as condições de vida da família da criança menor de 1 ano de idade falecida.

As causas de óbito classificadas como mal definidas referem-se aos casos em que não houve assistência médica ou houve, mas não foi possível determinar a causa básica da morte ou o médico declarou apenas um sintoma ou sinal.



Tabela 1 – Proporção (%) de dados faltantes dos blocos IV e V da declaração de óbitos, 2008

Variáveis	Regiões brasileiras					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Cor/raça	7,6	20,0	10,1	4,6	9,2	12,5
Idade da mãe	16,5	21,6	22,3	7,8	21,5	19,7
Escolaridade da mãe	23,9	30,5	28,0	11,8	26,6	26,5
Duração da gestação	12,7	18,1	16,1	6,2	15,1	15,2
Tipo de gravidez	11,5	16,4	14,6	5,5	14,3	13,8
Tipo de parto	12,3	17,3	15,9	6,3	15,0	14,8
Peso ao nascer	17,2	20,8	17,7	5,9	16,6	17,4
Óbito em relação ao parto	16,8	21,5	19,2	7,1	19,4	18,4

Fonte: www.datasus.gov.br

Para praticar

Tomando como exemplo a Tabela 1, pesquise em seu município como se apresentam as informações registradas na DO. Verifique se há relatórios disponíveis que analisem a qualidade desses dados e o impacto no conhecimento da situação de saúde.



Vimos no Capítulo 4, "Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis", que a utilização dos dados de óbitos fetais disponíveis no SIM não permite uma análise completa da dimensão do problema. Você se lembra por quê?

Assim como ocorreu com a DO, a qualidade do preenchimento dos dados da DN vem melhorando nos últimos anos, ou seja, há menos informações ignoradas ou não preenchidas. Entretanto a qualidade da informação varia segundo o tipo de dado coletado.

A Tabela 2 mostra o grau de preenchimento de algumas informações que compõem a DN, segundo as regiões do Brasil, em 2009. Os baixos percentuais de respostas não preenchidas para a maioria dos campos que compõem a DN indicam que o Sinasc aprimorou a qualidade da informação coletada nos últimos anos. As características do recém-nascido, como peso e sexo, são as informações de melhor preenchimento, assim como aquelas relativas à gravidez e ao parto. Entretanto, apesar da melhoria nos anos mais recentes, o campo relativo à anomalia congênita ainda apresenta alta proporção de informações faltantes.

Tabela 2 – Proporção (%) de informações faltantes em algumas variáveis do Sinasc, Brasil (2009)

Variáveis do Sinasc	Regiões brasileiras					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Idade da mãe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
InSTRUÇÃO da mãe	1,97	3,60	1,31	0,59	1,67	2,01
Estado civil da mãe	1,73	1,50	1,25	0,72	1,10	1,30
Duração da gestação	0,47	0,93	0,55	0,25	0,69	0,63
Tipo de parto	0,12	0,19	0,13	0,04	0,12	0,13
Peso ao nascer	0,62	0,17	0,16	0,02	0,11	0,19
Anomalia congênita	2,49	4,87	4,38	0,34	5,93	3,93

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Para praticar



Veja a situação do seu município quanto à adequação das informações do SIM e do Sinasc e a completude das variáveis da DN e da DO, visitando o site do DATASUS: www.datasus.gov.br

Qual a sua opinião sobre os resultados encontrados para o seu município?

Por todas as razões já apresentadas, é preciso destacar que a DO e a DN precisam ser capazes de captar dados nos mais remotos aglomerados populacionais do país. Portanto, as declarações devem ser corretamente preenchidas, de modo que os dados extraídos sejam válidos para identificar e avaliar a magnitude da mortalidade, pondo em evidência as

diferenças entre grupos populacionais e possibilitando a otimização e a distribuição de recursos para prevenir e controlar o óbito materno, infantil e fetal e avaliação dos resultados das ações implementadas.

Resumindo, a qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorreu o óbito e/ou o nascimento.

Responsabilidades e competências no SIM e no Sinasc

De forma resumida, como está organizado o SIM? E o Sinasc?

Para ter uma visão da gestão nacional do SIM e do Sinasc, observe no Quadro 3 as atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo para a execução, de forma articulada, do conjunto de ações integrantes de ambos os sistemas (Portaria n.116, de 11 de fevereiro de 2009) (BRASIL, 2009b).

No Quadro 3, é importante observar que os municípios, por meio das Secretarias Municipais de Saúde, têm a competência exclusiva de coletar, processar, consolidar e avaliar os dados do SIM e Sinasc. Em tempo oportuno, devem disponibilizar os dados de mortalidade e de nascidos vivos para os serviços locais de saúde. E, quando necessário, também devem buscar esclarecimentos complementares junto aos profissionais de saúde a respeito dos dados incompletos, ilegíveis ou inconsistentes nas declarações.

Dentre as competências das três esferas de governo, descritas no Quadro 3, destacamos também uma das atividades essenciais para o contínuo processo de aperfeiçoamento, gerência e controle da qualidade dos dados do SIM e do Sinasc, a **retroalimentação de dados**. Consiste no retorno regular das informações a todos os envolvidos na produção e no processamento dos dados, com o intuito de demonstrar a cada um deles a contribuição no processo. As informações podem variar desde a análise da situação de mortalidade até a definição de ações de controle e prevenção de óbitos. A credibilidade do sistema depende de que os diversos profissionais de saúde se sintam participantes e contribuintes.

Adicionalmente, a divulgação das informações geradas pelos sistemas assume valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social, prática que deve ser estimulada e apoiada em todos os níveis de governo.



Para saber mais sobre coleta, fluxo e periodicidade de envio de dados sobre óbitos e nascidos vivos para os respectivos sistemas de informações em saúde, consulte a Portaria/SVS n.116, de 11 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009b), disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html

Quadro 3 – Competências no SIM e no Sinasc

Níveis de gestão	Responsável	Competências
Federal	Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) por meio da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE) do Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas. • Emitir e distribuir a DO e a DN numeradas para as Secretarias Estaduais de Saúde. • Consolidar e avaliar os dados processados e transferidos pelos estados. • Estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível estadual. • Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação. • Retroalimentar os dados para os integrantes dos sistemas. • Divulgar informações e análises epidemiológicas. • Gerir e manter o cadastro dos gestores estaduais.
Estadual	SES, gestora do SIM e do Sinasc	<ul style="list-style-type: none"> • Criar e manter as condições necessárias à descentralização dos sistemas até o nível municipal. • Distribuir as DOs e as DNs às SMS e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. • Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território. • Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal e/ou regional. • Remeter regularmente os dados ao nível nacional do sistema, nos prazos estabelecidos nesta Portaria. • Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação. • Retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). • Divulgar informações e análises epidemiológicas. • Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do estado, em caráter complementar à atuação do nível federal. • Gerir e manter o cadastro dos gestores municipais.
Municipal	SMS, gestora do SIM e do Sinasc	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar a distribuição de DO e DN entre os estabelecimentos de saúde, cartórios do registro civil, profissionais médicos e instituições que as utilizam. • Coletar, processar, consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras. • Transferir os dados em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos pelo nível estadual. • Desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação. • Retroalimentar os dados para as unidades notificadoras. • Divulgar informações e análises epidemiológicas. • Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento do sistema, no âmbito do município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual.

Fonte: Brasil (2009b).

Módulo de investigação de óbitos materno e infantil

Ainda no SIM, no nível federal, encontram-se disponíveis o Módulo de Investigação de Óbito Materno, desde 2009, e o Módulo de Investigação de Óbito Infantil, a partir de 2010. São ferramentas criadas para registrar os dados das Fichas de Investigação de Óbito Materno, Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações – que reúnem e organizam de forma sumária os principais dados coletados na investigação para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Esses módulos têm como objetivo monitorar a situação do processo de investigação nos estados e municípios. As fichas de investigação de óbito e os módulos de investigação serão apresentados e discutidos no Capítulo 7, que aborda a Vigilância do Óbito.

Os módulos de investigação de óbitos permitem ainda organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

O acesso a estes módulos se dá por senha pessoal, da mesma forma que para o SIM.

Considerações finais

Este capítulo discutiu a importância dos instrumentos para o registro de óbitos e nascimentos e seus respectivos sistemas de informação em saúde.

A discussão possibilitou ampliar a visão sobre a importância da qualidade do registro e seu impacto na produção da informação. O conhecimento da situação de saúde e da tendência da mortalidade materna, infantil e fetal depende fundamentalmente da qualidade dos dados registrados e do monitoramento e da análise da informação produzida, visando ao planejamento das ações e à definição das prioridades, diretrizes e políticas. Portanto, o detalhamento dos campos dos instrumentos e a ênfase no seu adequado registro, bem como a apresentação dos fluxos em diferentes situações, permitem o conhecimento técnico e a garantia da informação qualificada, oportuna e fidedigna.

Os profissionais de saúde nas diferentes esferas do SUS e a sociedade civil em suas representações e no âmbito da discussão da saúde materno-infantil devem buscar, de forma conjunta, o conhecimento dos dados que, analisados, irão se constituir na informação estratégica para as demandas e ações em saúde.

Referências

BRASIL. Lei n. 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1973.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A declaração de óbito: documento necessário e importante*. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina: USP/Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2009c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitoo.pdf>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jan. 2010. Seção 1, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 65-69, 23 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo*. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito*. 4. ed. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta coleta de dados, sistema de informações sobre mortalidade, sistema de informações sobre nascidos vivos, Sistema de Informação em Saúde (SIS), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 fev. 2009b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n. 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 dez. 2005. Seção 1, p. 121.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução CFM n. 1931, de 17 de setembro de 2009*. Código de ética médica. Versão de bolso. Brasília, DF, 2010.

DATASUS. *Arquivos de DN*: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 10 out. 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo*. 3. ed. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_nasc_vivo.pdf>. Acesso em: dez. 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito (DO)*. 3. ed. Brasília, DF, 2001a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de procedimentos do sistema de informações sobre mortalidade*. Brasília, DF, 2001c.

JORGE, M. H. P. M. et. al. *O Sistema de Informação sobre nascidos vivos*: Sinasc. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1992.

LAST, J. M. *Dicionário de epidemiologia*. [S.l.]: Oxford University Press, 1988.

LAURENTI, R. et al. *Manual de treinamento: codificação em mortalidade*. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública/Departamento de Epidemiologia, 2007.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M. *O atestado de óbito*. 5. ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2006.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação em saúde In: ROUQUEIRO, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

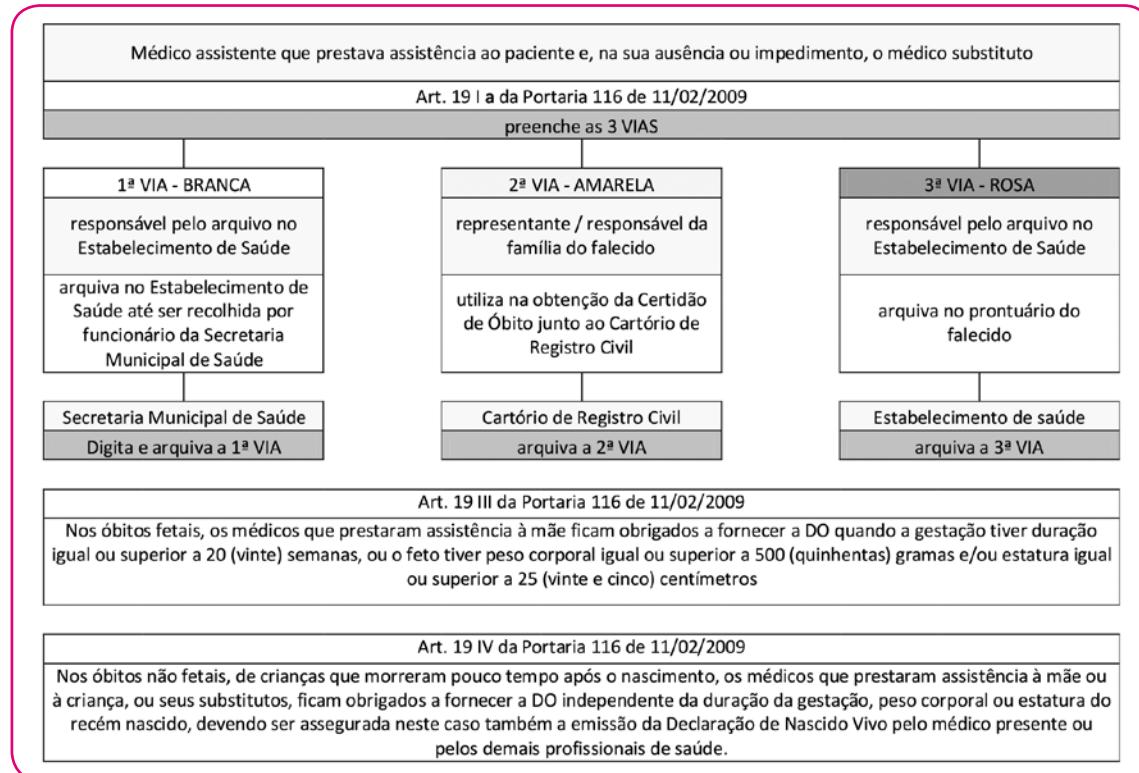
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: dez. 2012.

SZWARCWALD, C. L. et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimativa das coberturas do SIM e do Sinasc nos municípios brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2011.

VANDERLEI, L. C. de M. et al. Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, n. 4, out./dez. 2010.

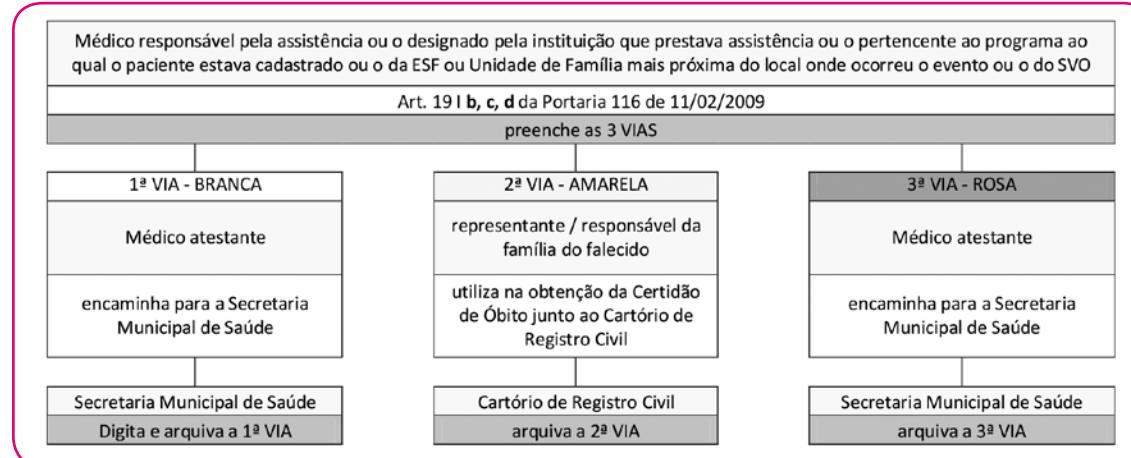
Anexo A – Fluxos da declaração de óbito

Fluxo 1 – Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde



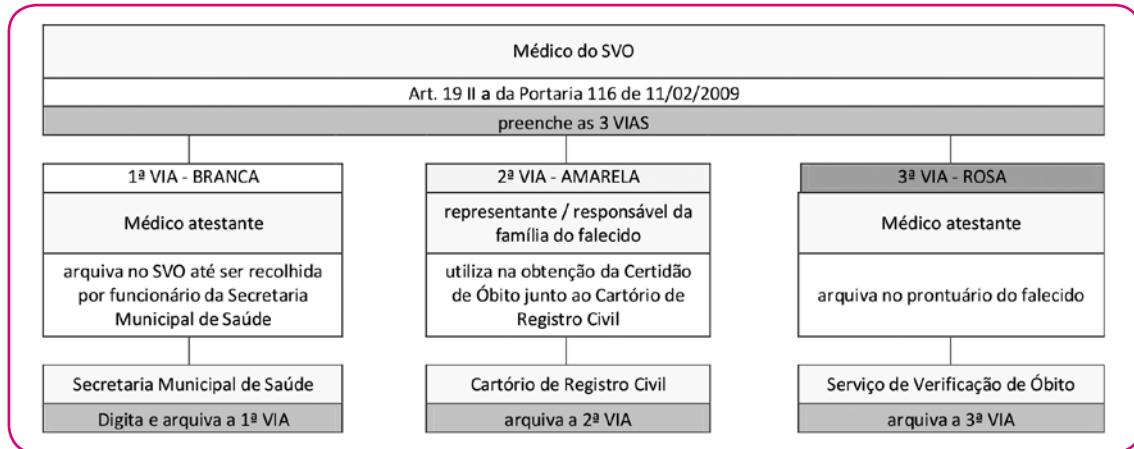
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 2 – Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, com assistência médica



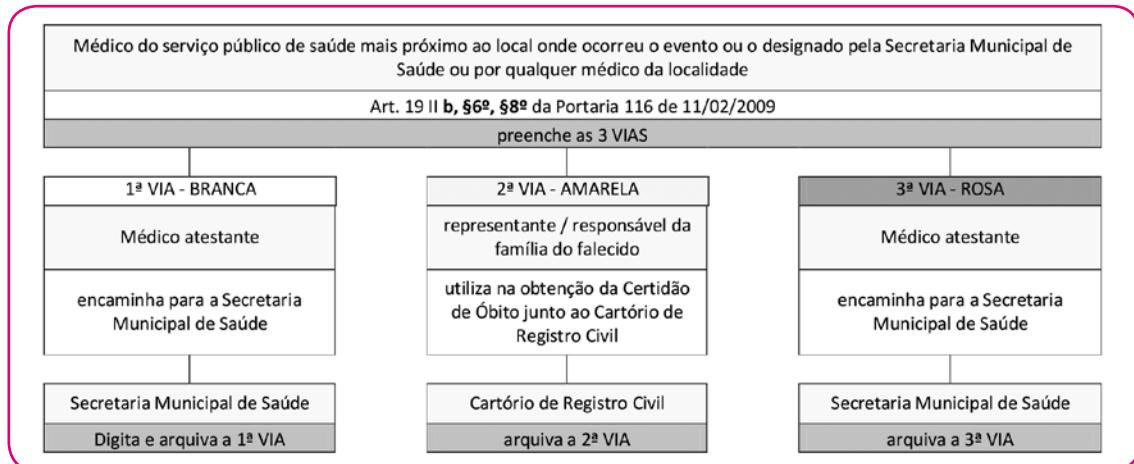
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 3 – Óbito por causa natural, ocorrido fora de estabelecimento de saúde sem assistência médica, em localidade com SVO



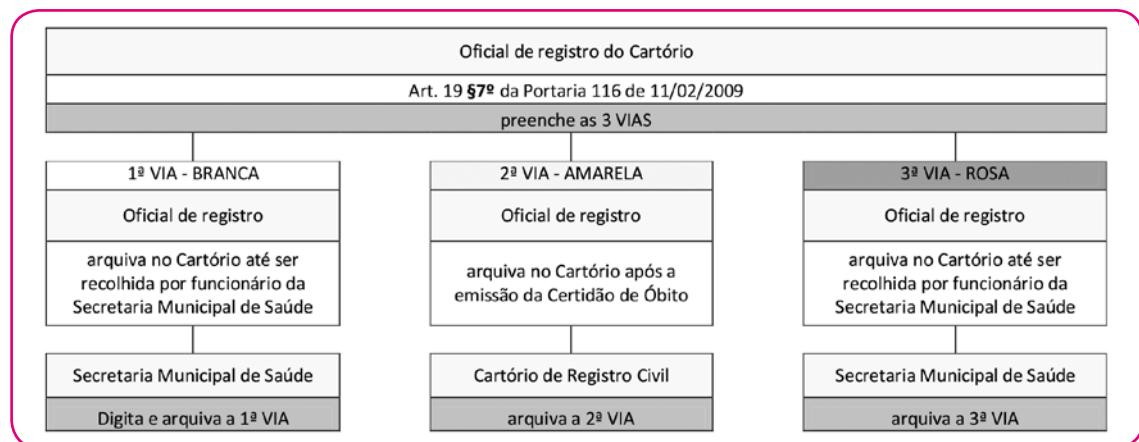
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 4 – Óbito por causa natural, ocorrido fora de estabelecimento de saúde sem assistência médica, em localidade sem SVO



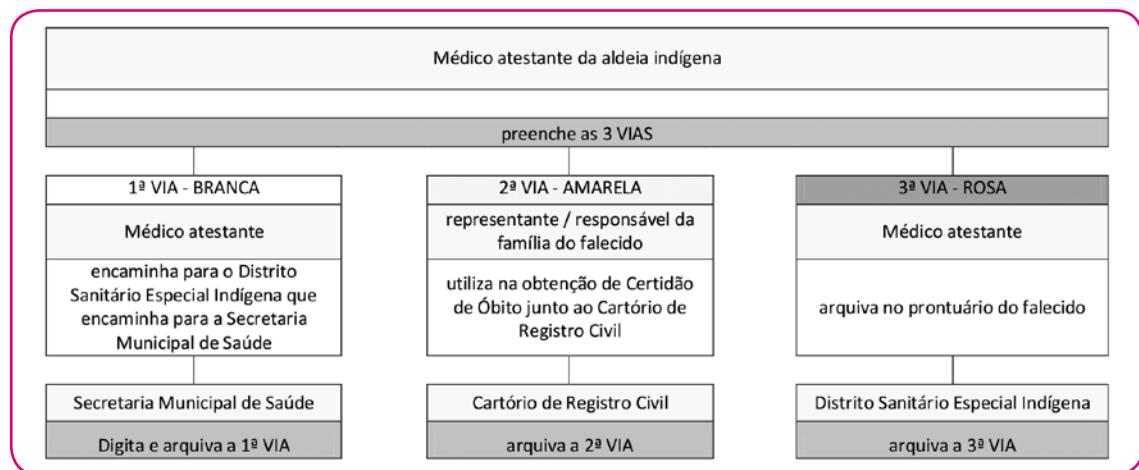
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 5 – Óbito por causa natural, ocorrido em localidade sem médico



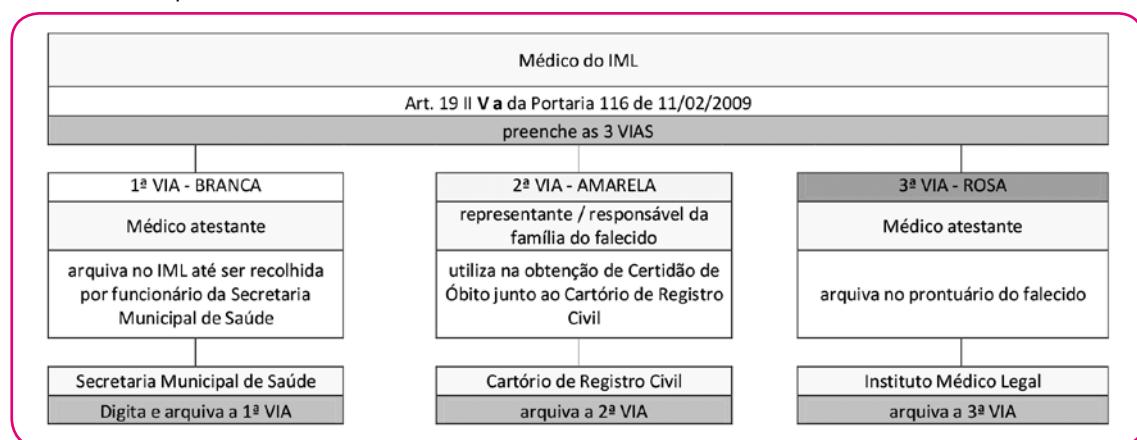
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 6 – Óbito por causa natural, ocorrido em aldeia indígena com assistência médica



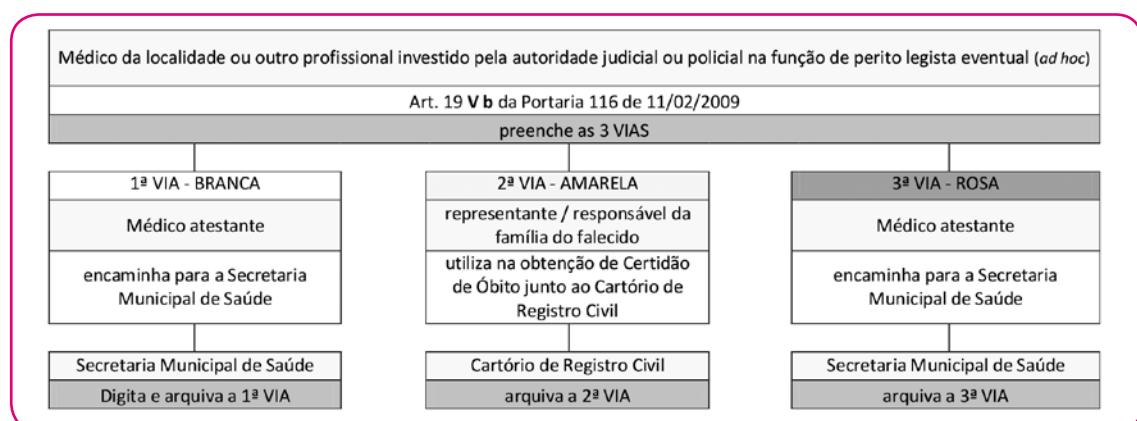
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 7 – Óbito por causa accidental e/ou violenta, ocorrido em localidade com IML



Fonte: Brasil (2011a).

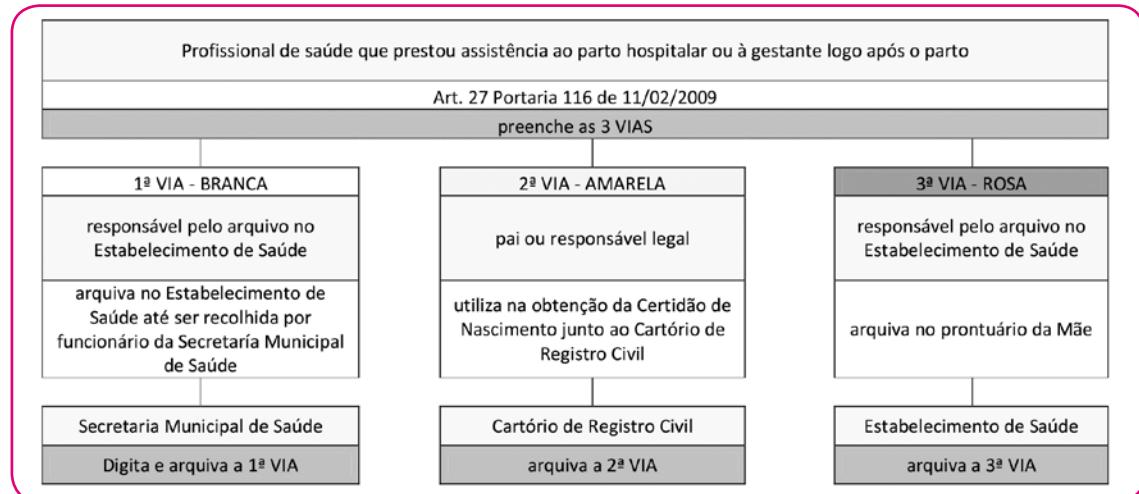
Fluxo 8 – Óbito por causa accidental e/ou violenta, ocorrido em localidade sem IML



Fonte: Brasil (2011a).

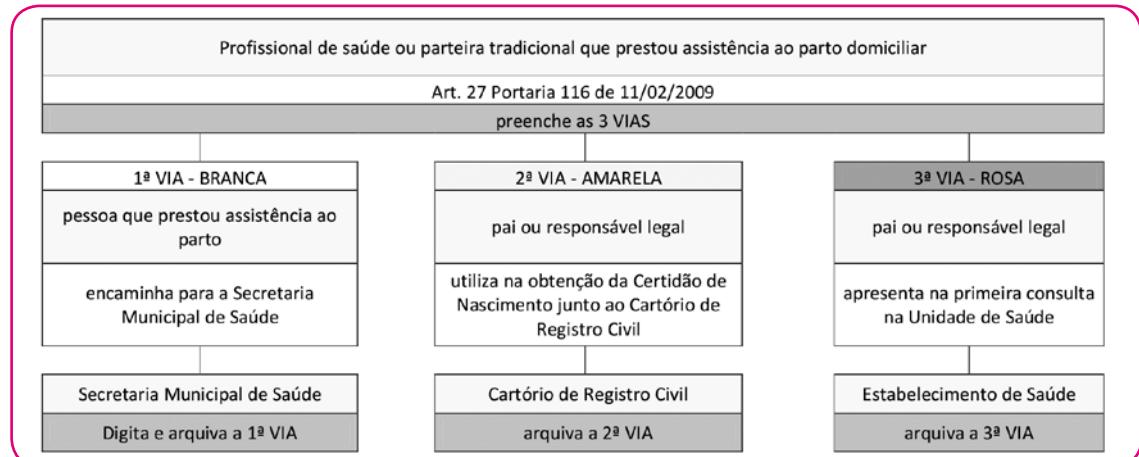
Anexo B – Fluxos da Declaração de Nascido Vivo

Fluxo 1 – Parto hospitalar ou domiciliar com assistência hospitalar posterior



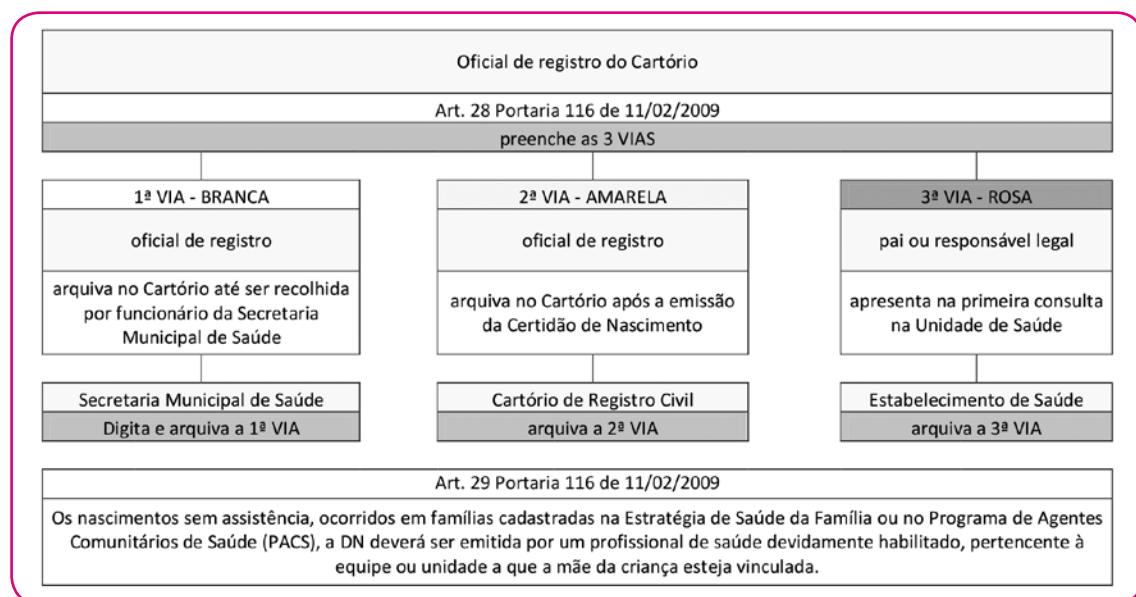
Fonte: Brasil (2011b).

Fluxo 2 – Parto domiciliar com assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional



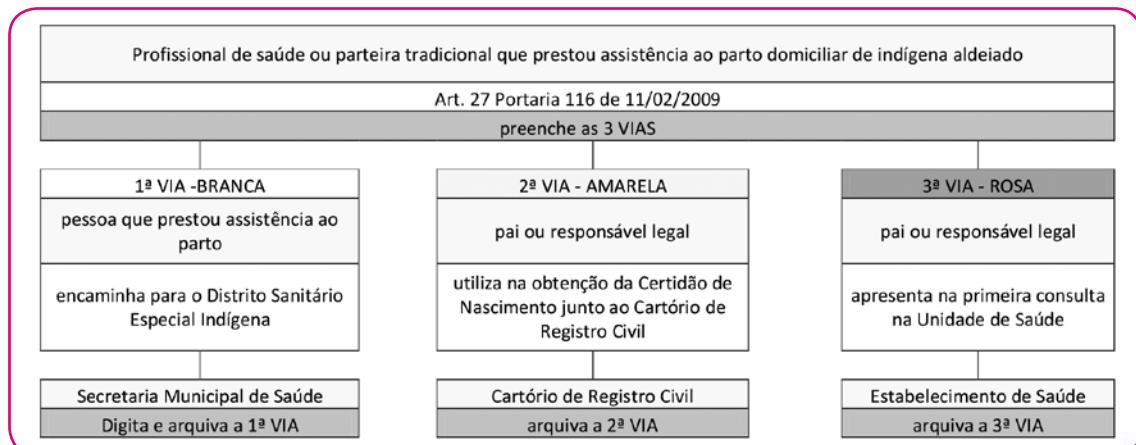
Fonte: Brasil (2011b).

Fluxo 3 – Parto domiciliar sem assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional.



Fonte: Brasil (2011b).

Fluxo 4 – Parto domiciliar de indígena aldeiado com assistência.



Fonte: Brasil (2011b).

6. Outros sistemas de informação em saúde e indicadores de saúde

*Paulo Germano De Frias e Leila Monteiro Navarro,
Silvana Granado Nogueira da Gama, Raquel Maria Cardoso Torres,
Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt*

Para a melhor compreensão da situação de mortalidade materna, infantil e fetal e de seus determinantes, é exigida a incorporação de outras dimensões do estado de saúde, medidas também por indicadores de condições de vida das pessoas e de suas moradias, acesso e qualidade da assistência à saúde prestada e sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

Para atender a tanta especificidade e diversidade do sistema de saúde, as informações são originárias de variadas fontes de informação e relacionadas a múltiplos aspectos. Além dos conhecimentos específicos já apresentados sobre óbitos e nascidos vivos, informações articuladas oriundas de diversas áreas de atuação dos serviços de saúde, como hospitais conveniados com o SUS e a atenção básica, contribuem para a compreensão ampliada da mortalidade materna, infantil e fetal.

O Quadro 1 apresenta com mais detalhes os diversos sistemas de informações em saúde (SIS) de interesse para o tema do nosso estudo. De forma resumida, são descritos os instrumentos de coleta e os principais dados.

O SIM, o Sinasc e os outros sistemas de informações em saúde (SIS) fazem parte do SUS e, como tal, integram suas estruturas organizacionais e contribuem para o cumprimento dos seus princípios e diretrizes.

Como destacamos no capítulo anterior, além dos dados do SIM e do Sinasc, outros dados mais gerais originados de diferentes sistemas de informações são necessários para respondermos a um conjunto de questões importantes. Você se lembra?

- Como a mortalidade se distribuiu segundo características das pessoas, regiões e épocas analisadas? Quantos morreram? Onde morreram? Quando morreram?
- Quais fatores determinaram a ocorrência dos óbitos e como aconteceu a sua distribuição nos municípios brasileiros?
- Quais ações foram tomadas a fim de prevenir e controlar os óbitos?
- Quais os impactos das ações de prevenção e controle sobre a ocorrência dos óbitos?

Quadro 1 – Sistemas de Informação em Saúde

Informações de saúde	Sistemas de informação em saúde	Instrumento para coleta de dados	Principais dados	Sites
Estatísticas vitais				
Nascidos vivos	Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc)	Declaração de Nascido Vivo (DN)	Dados de identificação do recém-nascido e da mãe, local de ocorrência, dados da gestação e parto.	http://www.datasus.gov.br
Mortalidade	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	Declaração de Óbito (DO)	Dados de identificação do falecido, local de ocorrência, condições e causas do óbito.	http://www.datasus.gov.br
Assistência à saúde				
Produção ambulatorial	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA); Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac)	Dados de atendimentos, procedimentos ambulatoriais e seus respectivos valores dos estabelecimentos de saúde públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.	http://www.datasus.gov.br
Imunizações	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)	Formado pelos módulos: Avaliação do Programa de Imunizações (API), Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI), Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (AIU), Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (Pais), Eventos Adversos Pós-Vacinação (Eapv)	Doses aplicadas segundo faixa etária, cobertura vacinal, tipo de vacina.	http://www.pni.datasus.gov.br/
Atenção básica	Sistema de Informações sobre Atenção Básica (Siab)	Fichas de coleta de dados pelos ACS e Fichas de registro de atendimento pelos profissionais de saúde	Situação de saúde, produção e marcadores, cadastramento familiar, situação de saneamento.	http://www.datasus.gov.br
Pré-natal	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (Sisprenatal)	Ficha de cadastramento da gestante (FCG); Ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes (FRDAG)	Identificação da gestante, n. de consultas de pré-natal, exames e vacinas realizadas, consulta puerperal.	http://www.sisprenatal.datasus.gov.br/sisprenatal/index.php

Quadro 1 – Sistemas de Informação em Saúde (cont.)

Informações de saúde	Sistemas de informação em saúde	Instrumento para coleta de dados	Principais dados	Sites
Epidemiológicas e morbidade				
Morbidade hospitalar do SUS	Sistema de Informações Hospitalares (SIH)	Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Dados de identificação do paciente, local de internação, diagnóstico e procedimentos.	http://www.datasus.gov.br
Doenças de notificação	Sistema de Agravos de Notificação (Sinan)	Fichas de notificação específica para cada agravo	Identificação do paciente, endereço de residência, início dos sintomas, unidade de saúde de notificação, exames realizados.	http://www.datasus.gov.br
Vigilância alimentar e nutricional	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)	Formulários de cadastro individual e acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar	Peso, altura, idade, sexo das crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes que frequentam as Unidades Básicas do SUS e beneficiários do Programa Bolsa Família acompanhados pelo setor saúde (mulheres em idade fértil e crianças menores de sete anos).	http://www.datasus.gov.br http://www.nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios_publicos/
Rede assistencial				
Estabelecimentos de saúde	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)	Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde (FCES)	Identificação do estabelecimento de saúde, localização geográfica, tipo de estabelecimento, habilidades, esfera administrativa, profissionais de saúde, leitos, equipamentos.	http://www.cnes.datasus.gov.br
Pesquisas Especiais				
Pesquisa assistência médico-sanitária (AMS)		Três modelos de questionários: 1. Ambulatorial/Hospitalar, para aqueles que prestam atendimento ambulatorial, de emergência ou de internação; 2. Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia, para aqueles que realizam somente este tipo de serviço; 3. Simplificado, para unidades ambulatoriais de menor complexidade.	Caracterização dos estabelecimentos de saúde, produção de serviços, recursos humanos, equipamentos.	http://www.datasus.gov.br

Quadro 1 – Sistemas de Informação em Saúde (cont.)

Informações de saúde	Sistemas de informação em saúde	Instrumento para coleta de dados	Principais dados	Sites
Censo demográfico do IBGE		Dois tipos de questionários: Questionário Básico e Questionário da Amostra	Dados demográficos, como população residente segundo faixa etária, sexo e raça, estado civil, educação, renda, saneamento, participação no mercado de trabalho.	http://www.sidra.ibge.gov.br/ http://www.censo2010.ibge.gov.br/
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)		Possui um questionário básico e diversos suplementos de diferentes assuntos. O Suplemento Saúde foi investigado em 1981, 1986, 1998 e 2003.	Autoavaliação da situação de saúde, limitação de atividades físicas rotineiras e doenças crônicas referidas, acesso aos serviços de saúde, hospitalização, gastos com saúde e bens de saúde, educação, participação no mercado de trabalho, condições do domicílio.	http://www.datasus.gov.br
Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel)		Questionários para entrevistas telefônicas. Realizado em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal (adultos com 18 ou mais anos de idade).	Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de doenças crônicas, peso e altura recordados; frequência do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde do entrevistado.	http://www.datasus.gov.br
Vigilância de violências e acidentes (Viva)		Inquéritos realizados em hospitais de urgência e emergência de municípios selecionados. Os dados são coletados através da Ficha de Notificação de Acidentes e Violência em unidades de urgência e emergência.	Os dados encontram-se distribuídas nos seguintes blocos: i - dados da pessoa atendida; ii - dados da ocorrência; iii - tipo de acidentes; iv - tipo de violências; v - natureza da lesão corporal; vi - parte do corpo atingida; vii - evolução dos casos.	http://www.datasus.gov.br

Quadro 1 – Sistemas de Informação em Saúde (cont.)

Informações de saúde	Sistemas de informação em saúde	Instrumento para coleta de dados	Principais dados	Sites
Pesquisa de orçamentos familiares (POF)		Instrumentos de coleta segundo o tipo de informação a ser pesquisada: Questionários de Domicílio, Questionário de Despesa Coletiva, Caderneta de Despesa Coletiva, Questionário de Despesa Individual, Questionário de Rendimento Individual, Questionário de Condições de Vida.	Composição dos gastos e do consumo das famílias segundo as classes de rendimento, disponibilidade domiciliar de alimentos, perfil nutricional, consumo alimentar.	http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtml http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/of/2002/defaulttab.shtml?c=1
Saúde suplementar				
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Diversos sistemas de informações da ANS		Dados sobre beneficiários, operadoras e planos privados de saúde.	http://www.ans.gov.br
Recursos públicos e orçamento do sistema de saúde				
Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)		Preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS.	Dados sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde. Despesa total com saúde; despesa com recursos próprios provenientes de impostos e transferências constitucionais e legais; indicadores como a participação percentual da despesa com medicamentos na despesa total com saúde, entre outros.	http://www.siops.datasus.gov.br/indicamun.php?escmun=3

O quadro mostra também os sites na internet dos diferentes SIS, o que permite uma grande facilidade de acesso e uso de informações em todo o território nacional. Nos endereços eletrônicos se encontram os dados originados de cada um dos sistemas apresentados.

Também fazem parte do SIS os inquéritos e as pesquisas especiais, conteúdo a ser aprofundado neste capítulo, no item “Pesquisas especiais”.

Notem que os sites das bases de dados nacionais da saúde são do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão do MS responsável pela disseminação das informações. Também tem como atribuições manter as bases de dados nacionais, assessorar a implantação de sistemas de informações e coordenar as atividades de informática. São



Conheça mais sobre o DATASUS em: www.datasus.gov.br

atividades importantes para o processo de planejamento, operação e controle do SUS.

Todos os SIS, como o SIM e o Sinasc, são redes de organizações com atividades padronizadas, responsáveis pela recepção e armazenamento dos **dados**, permitindo sua análise e transformação em **informação**. O objetivo maior é contribuir para que a tomada de decisão seja apoiada em dados objetivos e em conhecimentos atualizados.

Os SIS são compostos de várias etapas integradas: a) coleta de dados; b) processamento dos dados; c) transmissão; e) disseminação dos dados e informações.

O Brasil, nas duas últimas décadas, vem ampliando o interesse de empregar os dados originários dos serviços de saúde, na sua rotina. Em outras palavras, independente do seu grau de densidade tecnológica, os serviços de saúde passam a usar os dados para subsidiar o planejamento, a programação e a gestão das intervenções em saúde.

Algumas condições contribuíram para tal aproximação, entre elas destacamos a implementação da descentralização dos serviços e ações de saúde, a democratização do uso da informática imprimindo uma grande facilidade de acesso, a disponibilização de um grande volume de informação com reduzido tempo entre a ocorrência do evento e o seu registro, os dados nacionais com acesso gratuito.

Para refletir

Você conhece algum dos sistemas de informação em saúde apresentados? Você já empregou os dados disponibilizados para orientar a sua prática? Como você avalia a experiência?

Caso você nunca tenha empregado nenhum dos diferentes SIS apresentados, pense no que poderão ser úteis a partir de agora.

Demais sistemas de informações de interesse

Entre os sistemas de informações existentes alguns se destacam em razão de sua maior relevância para a análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal: o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (Sisprenatal).

Serão detalhados, a seguir, para cada sistema, os seguintes itens:

- ⌚ Objetivos
- ⌚ Período de abrangência
- ⌚ Instrumento para a coleta de dados
- ⌚ Dados que constam no instrumento
- ⌚ Fluxo do instrumento até o processamento dos dados

Por que o SIH e o Siab são importantes para a análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal?

1. Ambos podem contribuir para o resgate dos óbitos e de nascimentos não registrados no SIM e Sinasc respectivamente. São fontes complementares de dados da Vigilância dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal, conteúdo a ser discutido no próximo capítulo.
2. Ambos podem complementar as informações do SIM no processo de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, de crianças menores de 1 ano de idade e de fetos.
3. O SIH também pode esclarecer causas de óbito classificadas como mal definidas no SIM.

E a importância do Sisprenatal para a análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal?

No Sisprenatal estão registrados os dados sobre o cuidado mínimo oferecido às mulheres durante a assistência pré-natal, bem como os da criança nos primeiros dois anos de vida. São dados relacionados à determinação do óbito materno, infantil e fetal. É uma fonte de dados importante para a vigilância de óbito.

Sistema de informações hospitalares (SIH)

Todas as internações em hospitais públicos ou conveniados ao SUS devem ser digitadas no SIH. A atenção médica analisada na sua dimensão coletiva reflete não só a complexidade dos problemas de saúde, como também os custos crescentes para a sua execução.

Objetivos

Pagamento prospectivo é o valor monetário atribuído a cada internação, definido previamente e que varia segundo o diagnóstico. Por meio desse sistema, os hospitais conveniados ao SUS são remunerados.

- ⑨ **Pagamento prospectivo** das internações realizadas em hospitais conveniados ao SUS (contratados, filantrópicos, universitários e públicos);
- ⑨ conhecimento do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar segundo dados demográfico, diagnóstico e econômico;
- ⑨ avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

Período de abrangência

Em vigor desde 1991.

Instrumento para a coleta de dados

Utiliza a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Principais dados que constam no instrumento

Dentre os dados que constam na AIH, são de especial interesse para complementação das informações sobre óbitos materno, infantil e fetal, os campos mostrados no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – Descrição dos campos de interesse da Autorização de Internação Hospitalar

Bloco	Dado/Campo
Identificação da origem da AIH	Órgão emissor, número do CNES, município do hospital
Identificação da AIH	Número da AIH, data da emissão da AIH
Identificação da internação	Data da internação, data da saída, procedimento solicitado, procedimento realizado ¹ , motivo da saída, diagnóstico ² principal e diagnóstico ² secundário e diagnóstico ² da causa de morte
Identificação do paciente	Data de nascimento, sexo, cor da pele, endereço, telefone, número do prontuário
Identificação de utilização de UTI neonatal	Motivo de saída, peso ao nascer, número de meses de gestação
Identificação de casos de parto	Quantidade de filhos (nascido vivo e nascido morto), quantidade de filhos que saíram (por alta, por transferência, por óbito)
Identificação do Registro Civil de Nascimento	Número da DN

Fonte: Santos (2009).

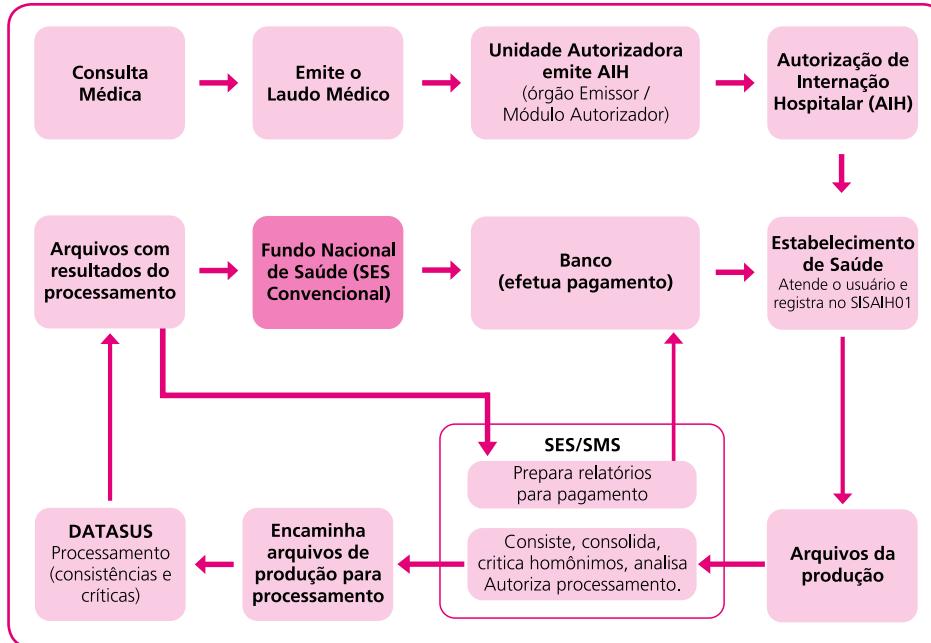
Notas:

1. Procedimento realizado: informa os principais procedimentos realizados no paciente durante a internação. Esta é a principal informação utilizada para o pagamento dos hospitais.
2. Diagnósticos da internação principal e secundária e diagnóstico da causa de morte – as doenças segundo a CID-10.

Fluxo da AIH

O fluxo da AIH é apresentado no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Fluxo da AIH



Fonte: Brasil (2005).

Cobertura do SIH

O SIH-SUS cobre apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, não incluindo hospitalizações da rede privada não credenciada.

Para se ter uma ideia do contingente populacional que não utiliza ou utiliza pouco os hospitais do SUS, tomemos os resultados da pesquisa especial Pnad de 2008 (IBGE, 2008).

Do total da população brasileira, 25,9% dispunha de pelo menos um plano de saúde privado. O percentual de pessoas cobertas por planos de saúde é maior nas áreas urbanas (29,7%) do que nas rurais (6,4%). Também foi observada uma diferença entre as regiões do país, o Sudeste e o Sul registraram coberturas de 35,6% e 30,0%, respectivamente, três vezes maior do que nas regiões Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%).

Sistema de informação da atenção básica (Siab)

Diferente do SIM, Sinasc e SIH/SUS, no Siab os dados digitados não são individualizados. As fichas referem-se a dados consolidados por áreas

Os dados inseridos no Siab são originados das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos atendimentos realizados na unidade de saúde. São dados sobre saúde da família, condições de moradia e saneamento, produção e composição das equipes de saúde.

geográficas definidas. Embora cada profissional/equipe disponha dos dados individualizados, estes não são digitados no sistema.

Objetivos

Tem como finalidade acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e PACS.

Período de abrangência

Em vigor desde 1998.

Instrumentos para a coleta de dados

Diferente também do SIM, Sinasc e SIH/SUS, o Siab possui diversos instrumentos de coleta e de consolidação de dados. No Quadro 3, apresentamos com detalhe os que contribuem para o tema do nosso estudo.

Quadro 3 – Descrição dos diferentes instrumentos do Siab



Para conhecer os outros instrumentos do Siab e a descrição dos dados disponibilizados, acesse http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf.

Ficha	Descrição	Dado/Campo
A	Cadastramento das famílias	Dados demográficos e socioeconômicos da família e das condições da moradia
B-GES	Acompanhamento da gestante	Dados de acompanhamento da gravidez, resultado da gestação
C	Acompanhamento da criança	Dados do Cartão da Criança
D	Registro de atividades, procedimentos e notificações	Dados sobre a produção de serviços e a ocorrência de óbitos, doenças e/ou situações consideradas como marcadoras
SSA2	Relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias na área	Dados das fichas A, B, C e D de cada área

Fonte: Brasil (2003).

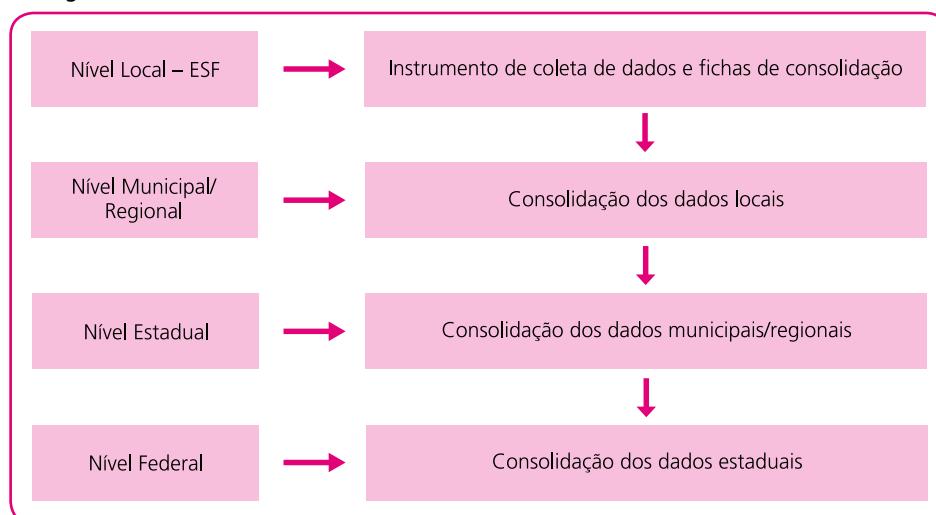
Entre os dados que constam do Siab são de especial interesse:

- ⑨ **Nascimento** – Registrado no relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias com base em dados coletados do Cartão da Criança – que fica com a família.
- ⑨ **Óbito** – Registrado na ficha D, os dados coletados são: data da ocorrência, nome, endereço, sexo, idade e causa. São obtidos com a família ou na declaração de óbito.

Fluxo dos instrumentos

O fluxo dos instrumentos é apresentado no Fluxograma 2.

Fluxograma 2 – Fluxo dos instrumentos do Siab



Fonte: Adaptado de França (2001).



Para saber mais, recomendamos as leituras:

- *O Manual do sistema de informação da Atenção Básica*, disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/acesso_rapido/auditoria/manual_SIAB.pdf
- *Sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa de Saúde da Família*, disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/importancia_sim_sinasc.pdf

Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (Sisprenatal)

O Sisprenatal Web é o sistema utilizado para a coleta de dados sobre a assistência pré-natal, parto, puerpério e criança de zero a 24 meses prestada pelo SUS.

Objetivos

Captar dados para monitorar o cumprimento de requisitos mínimos essenciais para a assistência ao pré-natal, parto e puerpério de mulheres e de crianças de zero a 24 meses atendidas no SUS.

O PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento), criado pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS n. 569, de 1/6/2000), estabeleceu requisitos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres, desde a Atenção Básica até os maiores níveis de complexidade. São eles: início precoce do acompanhamento pré-natal, mínimo de seis consultas, imunização contra o tétano, duas rotinas de exames básicos (hemoglobina, hematócrito, glicemia em jejum, tipagem sanguínea, HBsAg, urina, sorologias para HIV e sífilis) e consulta puerperal até 42 dias.

Mais recentemente, com o lançamento da Rede Cegonha, o Sisprenatal foi reformulado e uma nova versão já está disponível em www.saude.gov.br/sisprenatal. Este sistema é constituído pelo cadastramento universal das gestantes e puérperas, de forma a permitir a identificação de gestantes e puérperas de risco, a avaliação e o acompanhamento da atenção à saúde por elas recebida durante o pré-natal, parto e puerpério.

Com base nos dados do Sisprenatal, são calculados vários indicadores para avaliar o nível de cumprimento das atividades normatizadas da assistência pré-natal, como, por exemplo, os percentuais de gestantes que iniciaram o pré-natal até o quarto mês e que realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e consulta de puerpério, além dos exames básicos preconizados.

Período de abrangência

Reformulado em 2011.

Instrumento para a coleta de dados

O Sisprenatal possui dois instrumentos de coleta de dados, detalhados a seguir:

- ⌚ Ficha de cadastramento da gestante
- ⌚ Ficha de registro dos atendimentos da gestante

Principais dados que constam nos instrumentos

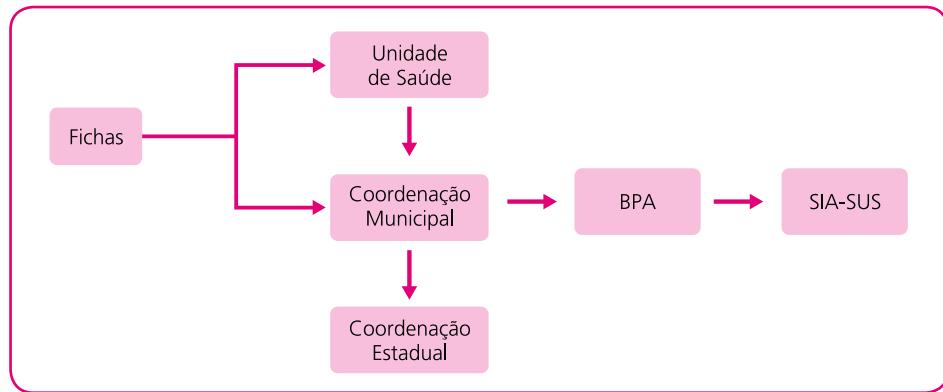
Quadro 4 – Descrição dos campos dos instrumentos

Ficha	Dado/Campo
Cadastramento da gestante	
Identificação do serviço de saúde	Nome e código (SIA-SUS e IBGE) da unidade de saúde e município
Identificação da gestante	Data de nascimento e endereço
Acesso ao pré-natal	Data e responsável pela primeira consulta de pré-natal e data da última menstruação
Registro dos atendimentos da gestante	
Identificação do serviço de saúde	Nome e código (SIA-SUS e IBGE) da unidade de saúde e do município
Assistência à saúde	Profissional que atendeu a gestante, acompanhamento das consultas de pré-natal, exames e vacinas e consulta puerperal

Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo do instrumento

Fluxograma 3 – Ficha de cadastro – coordenação municipal



Fonte: Brasil (2011a).

Fontes especiais de dados

No Quadro 1 (Sistemas de Informação em Saúde), além das informações oriundas dos diferentes sistemas de informação, outras fontes de dados são apresentadas – as pesquisas especiais, entendidas como componentes fundamentais de um sistema nacional de informações em saúde.

As pesquisas especiais são primordiais para conhecer:

- ⌚ as desigualdades, no acesso e no uso de serviços de saúde;
- ⌚ o financiamento de sistema de saúde privado;
- ⌚ a fertilidade da população feminina, o uso de métodos contraceptivos, a prevalência da amamentação, outras informações sobre saúde da mulher e da criança, além de dados socioeconômicos;
- ⌚ os estabelecimentos de saúde existentes no Brasil, públicos ou privados, abrangendo aspectos como esfera administrativa, tipo de atendimento, serviços oferecidos, leitos existentes, além de informações sobre equipamentos médico-hospitalares.



Aqui estão alguns exemplos de pesquisa especial que recomendamos para leitura:

- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/>
- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad), disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>
- Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtml>

Censo demográfico (IBGE)

As informações do censo estão disponíveis na internet, podendo ser acessadas de forma agregada por:

- Municípios brasileiros, acesse o site: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>
- Estados brasileiros, acesse o site: <http://www.ibge.gov.br/estadosat>

Informações do censo atual (2010): www.censo2010.ibge.gov.br

Censos anteriores e outras pesquisas realizadas pelo IBGE podem ser acessados no site

<http://www.sidra.ibge.gov.br/> e <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>

No site do DATASUS também estão disponíveis alguns dados do censo.

O censo demográfico ou populacional constitui fonte de referência sobre a situação de vida da população nos municípios e em seus recortes internos, como distritos, bairros e localidades, rurais ou urbanas. O censo é realizado a cada dez anos e visa à enumeração da população e dos domicílios no país. São coletados dados populacionais e características de todos os domicílios localizados em território nacional.

Agora que conhecemos as diferentes fontes de dados, vamos para a etapa seguinte da análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal: os conteúdos sobre os cálculos de indicadores.

Indicadores

Nos Capítulos 2, 3 e 4, empregamos diversos indicadores, tanto socioeconômicos – proporção de analfabeto, PIB, cobertura de abastecimento de água – quanto de saúde, entre estes, as taxas de mortalidade fetal e infantil, a razão de mortalidade materna etc. Nos Capítulos 5 e 6 foram enfatizadas as principais fontes dos dados utilizadas para construir os indicadores. Agora vamos apresentar as expressões matemáticas e os conceitos de indicadores de saúde.

Com base na leitura da Parte I do livro, podemos concluir que os indicadores têm uso amplo nas várias áreas do conhecimento e fazem parte do nosso quotidiano, ou dizem respeito a questões que nos afetam direta ou indiretamente.

O que é um indicador de saúde?

São medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Por que os indicadores de saúde são importantes?

Seu mérito deve-se, especialmente, aos seguintes fatos:

- ➲ refletem a situação de saúde de uma população e contribuem para o monitoramento de condições de saúde;

- ➊ permitem comparar a situação de saúde entre diferentes grupos, regiões e períodos, contribuindo para subsidiar o planejamento em saúde e avaliar as intervenções.

Nos capítulos anteriores, destacamos que a comparabilidade dos diferentes grupos, regiões e períodos empregando indicadores depende de:

- Uniformidade do conceito de cada dado empregado na construção dos indicadores.
- Cobertura e completude dos sistemas de informação empregados (desde o registro, passando pela coleta e transmissão de dados).

Você conhece a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)?

A Ripsa foi criada pelo Ministério da Saúde em alinhamento com a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. Seu objetivo era apoiar os esforços dos países membros em reunir dados e informações para caracterizar a situação de saúde no continente, bem como tornar esses dados disponíveis ao público em geral.

A Ripsa é composta pelas instituições-chave da política de informações em saúde no país e tem como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e de análises sobre as condições de saúde e suas tendências no país, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas dirigidas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população.



Para saber mais sobre a Ripsa, acesse o site: <http://www.ripsa.org.br>

Como são expressos?

A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de eventos relacionados a um determinado agravio à saúde até cálculos matemáticos mais sofisticados.

Os indicadores podem ser expressos como:

- ➊ **Número absoluto:** por exemplo, número de internações em UTI neonatais.
- ➋ **Razões:** por exemplo, leitos hospitalares por habitante.

- ◉ **Proporções:** por exemplo, percentual de mulheres que não realizaram o pré-natal e percentual de mulheres que realizaram sete ou mais consultas.
- ◉ **Taxas:** por exemplo, taxa de mortalidade infantil.
- ◉ **Média aritmética:** por exemplo, número médio mensal de consultas de pré-natal em unidades de saúde.

Os indicadores são apresentados segundo delimitação geográfica e período de tempo.

Na análise da situação da mortalidade materna, infantil e fetal, a delimitação geográfica do conjunto de indicadores compreendeu o Brasil e suas grandes regiões, e o período de tempo variou da década de 1970 até 2009.

Agora, vamos ver com mais detalhes cada tipo de indicador.

Número absoluto

É o indicador mais simples, utilizado principalmente para o planejamento. Por exemplo, o conhecimento do número de nascidos vivos em um município indica o número de leitos, berços, equipamentos, o perfil e a quantidade de recursos humanos, assim como a quantidade de serviços de saúde necessários para o atendimento ao parto.

Esse indicador não serve para comparar a situação de saúde de diferentes grupos, regiões e períodos de tempo, pois para isso é também necessário conhecer o tamanho da população na qual os eventos foram originados.

Um caso especial de número absoluto é o chamado **evento sentinel**, que são problemas de saúde cuja ocorrência não é esperada quando os programas de controle funcionam adequadamente. Portanto, a existência de apenas um caso (o evento sentinel), independentemente do tamanho da população que o gerou, é um sinal de alerta e deve produzir uma investigação. Por exemplo, um óbito por sífilis congênita indica falha da assistência pré-natal em detectar, tratar e evitar a infecção na gestação (DEVER, 1988).

Vamos exemplificar com um indicador já bem conhecido de vocês.

Tabela 1 – Dados hipotéticos do número absoluto de óbitos infantis em dois municípios do Brasil, 2010

Localização	Número de óbitos infantis
Município A	30
Município B	50

Em qual município o óbito infantil é mais comum?

A apresentação apenas do número absoluto sugere que o óbito infantil é mais comum no município B, pois foram registrados mais óbitos.

Entretanto, para responder a pergunta, é necessário levar em conta o tamanho da população. Neste caso, o número de nascidos vivos em cada município.

Para isso, existe outra expressão matemática que relaciona o número de óbitos ao tamanho da população do local em que o óbito ocorreu denominada de “taxa ou coeficiente”.

Os indicadores apresentados a seguir são expressões matemáticas, estruturadas da seguinte forma:

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}}$$

Taxa ou coeficiente

É a relação de dois valores numéricos de naturezas diferentes.

O método de cálculo é:

A estrutura básica de uma taxa é representada pelo:

- Numerador = número de óbitos (ou doenças) ocorridos na população definida^(*)
- Denominador = número da população definida exposta ao risco de morrer (ou adoecer)^(*)

Então, a taxa representa a velocidade de mudança, no nosso exemplo, do estado vivo para o estado morto entre a população sob risco.

(*) Em determinado município/estado/região e período de tempo.

Acrescentamos duas colunas à Tabela 1 com o número de nascidos vivos por município no ano de 2010, o que nos permitirá calcular o indicador Taxa de Mortalidade Infantil.

Tabela 2 – Dados hipotéticos do número de óbitos infantis, de nascidos vivos e da taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos¹) em dois municípios do Brasil, 2010

Localização	Óbito infantil	Nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos
Município A	30	1.195	25,1
Município B	50	2.370	21,1

¹. Para comparar diretamente as taxas calculadas, multiplicam-se os resultados das expressões por 1.000.

Método do cálculo

Município A

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{30}{1.195} \times 1.000 = 25,1$$

Município B

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{50}{2.370} \times 1.000 = 21,1$$

Retorne à Tabela 2 e observe que, embora o número de nascidos vivos no município B seja bem maior que no município A, a taxa de mortalidade no município A (25,1 óbitos em 1.000 nascidos vivos) é maior em comparação com município B (21,1 óbitos em 1.000 nascidos vivos).

As taxas são utilizadas para estimar o risco de ocorrência de um problema de saúde em relação à determinada população em determinado ano e local.

Atenção!

Perceba que, se tentássemos responder a pergunta com base apenas no número absoluto, teríamos respondido município B, mas isso não significa que os nascidos vivos do município B tenham maior risco de morte no primeiro ano de vida.

Para verificar o risco, calculamos a taxa de mortalidade infantil, indicador empregado para a comparação entre localidades.

Outro indicador também utilizado para comparar a situação de saúde entre os municípios é a proporção.

Proporção

É a relação entre dois valores numéricos da mesma natureza, muito utilizado pela simplicidade de cálculo.

Este indicador pode ser utilizado para responder a seguinte pergunta: **Em qual dos municípios o óbito neonatal tem maior contribuição entre o total de óbitos infantis ocorridos?**

Para responder a pergunta, temos o cálculo:

- Numerador = número de óbitos ocorridos no período neonatal^(*)
- Denominador = número total de óbitos de menores de um ano^(*)

Observe que o numerador está incluído no denominador.

(*) Em uma determinada localidade/região e período de tempo

Este indicador é expresso em porcentagem, por isso deve ser multiplicado por 100 depois do cálculo, e seu valor varia de 0 a 100.

Os óbitos incluídos no numerador, também fazem parte do denominador, ou seja, o óbito neonatal é um subconjunto do total de óbitos infantis registrados no denominador.

Vamos exemplificar. Analise a Tabela 3. Perceba que foram acrescentadas duas colunas à Tabela 1, com os dados do número de óbitos neonatais em cada município.

Tabela 3 – Dados hipotéticos do número de óbitos infantis, óbitos neonatais e proporção de óbitos neonatais em dois municípios do Brasil, 2010

Localização	Óbito infantil	Óbitos neonatais	Proporção de óbitos neonatais (%)
Município A	30	19	63,3
Município B	50	34	68,0

Método do cálculo

Município A

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{19}{30} \times 100 = 63,3\%$$

Município B

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{34}{50} \times 100 = 68,0\%$$

Agora, vamos voltar à pergunta anterior.

Em qual dos municípios o óbito neonatal tem maior contribuição entre o total de óbitos infantis ocorridos?

A resposta é: o município B, porque foi o que apresentou maior proporção de óbitos neonatal entre o total de óbitos infantis.

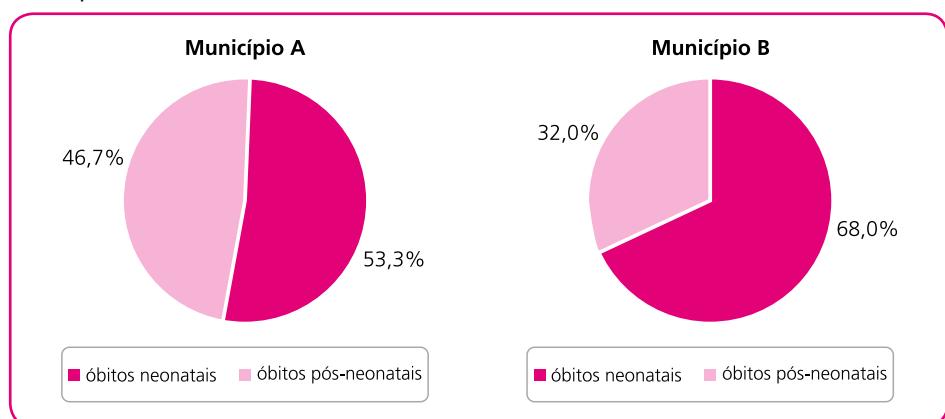
Para ajudar na interpretação do indicador também podemos expressá-lo na forma de gráficos. Como a proporção é calculada com base em valores numéricos da mesma natureza, podemos representá-la em um gráfico de setores circulares, conhecido como “pizza”.

No Gráfico 1, a “fatia da pizza” retrata a proporção dos óbitos neonatais em relação ao total de óbitos infantis, indicando a importância desses óbitos no conjunto total.

Quando analisamos a representação gráfica do indicador Proporção (Gráfico 1), fica ainda mais claro que a “fatia da pizza” de óbitos neonatais é maior no município B.

Reparem que no Gráfico 1 também podemos observar a contribuição da mortalidade proporcional pós-neonatal.

Gráfico 1 – Dados hipotéticos de proporção de óbitos neonatais e pós-neonatais por município, 2010



Fonte: Brasil (2011c).

Outro indicador muito utilizado na área de saúde e que também serve para comparar a situação de saúde entre regiões é a **Razão**.

Razão

É a relação entre dois valores numéricos de **naturezas diferentes**.

Na prática, há dois tipos de razão. Um deles é calculado pela divisão de uma taxa por outra taxa, como vimos no Capítulo 3 da Parte I deste livro – a razão de sobremortalidade por afecções perinatais.

No Brasil, em 2008, segundo dados do SIM, para cada criança menor de um ano que morria por doenças infecciosas, 11,1 morriam por afecções perinatais (BRASIL, 2011c).

Exemplo de outro tipo de Razão foi apresentado no Capítulo 2 da Parte I deste livro – a razão de mortalidade materna, em que o número total de óbito materno é comparado com o número total de nascido vivo.

Vamos utilizar como exemplo um indicador de avaliação de recursos de saúde, o número de berços por 1.000 nascidos vivos.

Para o cálculo, temos:

- Numerador = número de berços^(*)
- Denominador = número de nascidos vivos^(*)

(*) Em um determinado município/região/estado e período de tempo.

Este indicador pode ser utilizado para responder a seguinte pergunta:

Em qual das regionais de saúde a oferta de berços é maior?

Vamos analisar a Tabela 4.

Tabela 4 – Dados hipotéticos do número de nascidos vivos, de berços e da razão de berços por nascidos vivos de duas regionais de saúde, 2010

Localização	Nascidos vivos	Berços	Razão de berços por 1.000 nascidos vivos ¹
Regional A	380	10	26
Regional B	840	20	23

¹ Para comparar diretamente as razões calculadas, multiplicam-se os resultados das expressões por 1.000.

Método do cálculo

Regional A

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{10}{380} \times 1.000 = 26$$

Regional B

$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} = \frac{20}{840} \times 1.000 = 23$$

A interpretação do indicador **Razão** é a seguinte:

- ⌚ Regional A: para cada 1.000 recém-nascidos são ofertados 26 berços.
- ⌚ Regional B: para cada 1.000 recém-nascidos são ofertados 23 berços.

Agora, vamos retornar à pergunta e respondê-la:

Em qual das regionais de saúde a oferta de leitos é maior?

Resposta: A oferta de berços é maior na Regional A, embora tenha a metade do número de berços da Regional B.

Classificação dos indicadores

Nos capítulos anteriores, em que descrevemos a situação de mortalidade materna, infantil e fetal, seus determinantes e o impacto das ações de saúde, foi utilizado um conjunto de indicadores. Apresentaremos agora a classificação de indicadores empregada pela Ripsa.

1. Demográficos: população por idade e sexo, esperança de vida ao nascer.
2. Socioeconômicos: proporção de analfabeto, proporção de indivíduos em pobreza, níveis de escolaridade.
3. Mortalidade: taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade neonatal, taxa de mortalidade pós-neonatal, razão de mortalidade materna, taxa de mortalidade perinatal.

4. Morbidade e fatores de risco: proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, taxa de prevalência de aleitamento materno, proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal, taxa de incidência por sífilis congênita.
5. Recursos: proporção do PIB gasto em saúde, número de leitos hospitalares por habitante, valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH).
6. Cobertura: consultas de pré-natal, proporção de partos hospitalares, proporção de partos cesáreos, cobertura vacinal, cobertura de domicílios servidos com rede geral de esgoto.

O Quadro 5 apresenta a matriz de indicadores da razão de mortalidade materna, taxas de mortalidade infantil e perinatal com as seguintes informações: denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados.



Para saber mais, acesse a publicação *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*, da Ripsa (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008), na qual está disponível a matriz dos indicadores básicos que traz informações sobre conceituação, fontes de dados, método de cálculo e categorias. Além disso, cada indicador está definido em uma ficha de qualificação padronizada, que dispõe sobre as suas principais características, por exemplo, interpretação, limitações etc.

Esta publicação está disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabcards/livroindb/2ed/indicadores.pdf>

Quadro 5 – Indicadores de mortalidade materna, infantil e seus componentes e perinatal

Indicador	Definição	Interpretação	Usos	Limites	Método de cálculo	Categorias para análise
Razão de Mortalidade Materna	Número de óbitos maternos, por cem mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos as causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerperio, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas. Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Razões elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerperio. 	<ul style="list-style-type: none"> Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar estudos especiais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério. 	<ul style="list-style-type: none"> O cálculo direto da taxa com base em dados derivados de sistemas de registro contínuo pode exigir correções da subenumeração de mortes maternas e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Imprecisão na declaração da causa de óbitos maternos pode comprometer a consistência do indicador. Comparações espaciais e temporais podem ser prejudicadas pelo emprego de diferentes definições de morte materna. Realizar comparações internacionais, para o que se adota a definição tradicional de morte materna, ocorrida até 42 dias após o término da gestação. Para determinadas análises no âmbito nacional, utiliza-se o conceito de mortalidade materna tardia. 	<p>Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna/ número de nascidos vivos de mães residentes x 100.000.</p>	<p>Unidade Geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</p>

Quadro 5 – Indicadores de mortalidade materna, infantil e seus componentes e perinatal (cont.)

Indicador	Definição	Interpretação	Usos	Limites	Método de cálculo	Categorias para análise
Taxa de Mortalidade Infantil	Número de óbitos de menores de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 por mil ou mais), médias (20-49 por mil) e baixas (menos de 20 por mil). Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico. Atualmente, vários países apresentam valores abaixo de 10 por mil. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, o componente pós-neonatal é predominante. Quando a taxa é baixa, o seu principal componente é o neonatal, com predominio da mortalidade neonatal precoce. Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. As taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> O cálculo direto da taxa, com base em dados obtidos de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos infantis e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. 	<p>Número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade/número total de nascidos vivos de mães residentes x 1.000 nascidos vivos.</p> <p>• Componentes da mortalidade infantil: neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardia (7-27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias e mais de vida).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. • Componentes da mortalidade infantil: neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardia (7-27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias e mais de vida).

Quadro 5 – Indicadores de mortalidade materna, infantil e seus componentes e perinatal (cont.)

Indicador	Definição	Interpretação	Usos	Limites	Método de cálculo	Categorias para análise
Taxa de Mortalidade Neonatal	Número de óbitos de menores de 28 dias de vida a cada mil nascidos vivos, em determinado período e local.	<ul style="list-style-type: none"> Estima o risco de um nascido vivo morrer no período considerado. Taxas elevadas estão geralmente relacionadas às más condições de saúde da mãe e à insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> O cálculo direto da taxa, com base em dados originados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos neonatais e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. 	<p>Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida/número de nascidos vivos (x 1.000) de uma determinada localidade num mesmo período.</p> <p>Alternativo: aplica-se à taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE a proporção de óbitos de 0 a 27 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de 1 ano de idade, excluídos os de idade ignorada).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Componentes da mortalidade infantil: neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardia (7-27 dias de vida).

Quadro 5 – Indicadores de mortalidade materna, infantil e seus componentes e perinatal (cont.)

Indicador	Definição	Interpretação	Usos	Limites	Método de cálculo	Categorias para análise
Taxa de Mortalidade Pos-neonatal	Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Estima o risco de morte dos nascidos vivos no período considerado. Taxas elevadas de mortalidade pós-neonatal refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado. 	<ul style="list-style-type: none"> Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade pós-neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. 	<ul style="list-style-type: none"> O cálculo direto da taxa, com base em dados derivados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos pós-neonatais e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. 	<p>Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade/número de nascidos vivos de mães residentes x 1.000.</p> <p>Alternativo: aplica-se à taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE a proporção de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de 1 ano de idade, excluídos os de idade ignorada).</p>	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

Quadro 5 – Indicadores de mortalidade materna, infantil e seus componentes e perinatal (cont.)

Indicador	Definição	Interpretação	Usos	Limites	Método de cálculo	Categorias para análise
Taxa de Mortalidade Perinatal	Número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias) acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias), por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos) em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Todos os valores referem-se à população residente. A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) antecipou o início do período perinatal para 22 semanas de gestação, que corresponde a aproximadamente 500g de peso ao nascer e a 25 cm de estatura.	<ul style="list-style-type: none"> Estima o risco de morte de um feto nascido sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. A taxa é influenciada por fatores vinculados à gestação e ao parto, entre os quais o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada. Taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Todos os valores referem-se à população residente. A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) antecipou o início do período perinatal para 22 semanas de gestação, que corresponde a aproximadamente 500g de peso ao nascer e a 25 cm de estatura. 	<ul style="list-style-type: none"> Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade perinatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Essa taxa é muito utilizada na área da saúde, especialmente por obstetras e neonatologistas, pois refere-se a óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto. Contribuir para a análise comparada das condições socioeconômicas e de saúde. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde e direcionadas à atenção materno-infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> O cálculo direto da taxa, com base em dados originados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos perinatais e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A subenumeração de óbitos fetais tende a ser maior que a de óbitos de menores de 1 ano de idade e é mais difícil de ser estimada. A informação sobre a duração da gestação é frequentemente omitida na Declaração de Óbito, comprometendo a aplicação precisa da definição de período perinatal. Comparações temporais e espaciais podem ser invalidadas por utilizarem diferentes definições de período perinatal, considerando que as revisões anteriores à CID-10 adotavam o critério de 28 semanas de gestação como limite inferior do período. 	<ul style="list-style-type: none"> Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0-6 dias de vida completos, de mães residentes/ número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação). 	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

Fonte: Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008).

Nota: Texto transscrito reorganizado em quadro.

Considerações finais

Este capítulo apresentou uma visão geral dos sistemas de informação e indicadores de saúde, destacando as relações entre eles. Foi realçado que muitos aspectos da saúde, com numerosos indicadores, requerem quantificação e que as informações com boa cobertura, completude e em tempo oportuno subsidiam a tomada de decisões, o planejamento e a implementação das atividades.

Referências

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua implicação na saúde coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de acompanhamento do programa de humanização no pré-natal e nascimento: Sisprenatal*. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/sisprenatal/index.php?area=01>>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família*. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/importancia_sim_sinasc.pdf>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *SIAB*: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/acesso_rapido/auditoria/manual_SIAB.pdf>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de informações sobre nascidos vivos*. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 25 dez. 2011.

CARDOSO, A. M. et al. *International Microdata Scoping Studies Project: Brasil*. [S.l.: s.n.], 2007.

DATASUS. *Arquivos de DO: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10br.def>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

DEVER, G. E. A. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Pnad*. Rio de Janeiro, 2008.

FIALHO JUNIOR, R. B. *Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea: como (o) usar mesmo?* Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FRANÇA, T. *Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2001.

FRIAS, P. G. et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2257-2266, out. 2008.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no estado do Rio de Janeiro, Brasil, ~ 1992 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 601-617, dez. 1997.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANTOS, A. C. *Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso de suas informações*. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

VERMELHO, L. L.; LEAL, A. J. C.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Ed.). *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

7. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança

Paulo Germano de Frias, Regina Coeli Viola, Leila Monteiro Navarro, Maria do Rosário Mascaro Machado, Penha Maria Mendes da Rocha, Mayumi Duarte Wakimoto, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

A análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal que apresentamos nos Capítulos 2, 3 e 4 apontou que os óbitos materno, infantil e fetal preenchem critérios para serem tratados como eventos de relevância para ações de Saúde Pública. Os critérios considerados são os seguintes:

- ⑨ **Magnitude:** mortes que afetam grandes contingentes populacionais.
- ⑨ **Transcendência:** relevância especial dos óbitos, destacando-se: a social, avaliada pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da morte e que se manifesta pela sensação de medo, desestruturação familiar ou indignação; e a relevância econômica e cultural.
- ⑨ **Evitabilidade:** a grande maioria das causas de óbitos ocorridas é evitável pelas tecnologias existentes, de modo que tais condições jamais ou raramente evoluiriam para óbito, já que é possível sua prevenção e/ou tratamento do agravo ou condição que o determina.
- ⑨ **Compromissos nacionais e internacionais:** relativos ao cumprimento de metas continentais ou mundiais ou nacionais de redução da mortalidade materna e infantil, previstas em vários acordos firmados pelo governo brasileiro com organismos internacionais e entre os três entes federados nacionais.

Estes são critérios suficientes para justificar as atividades de **Vigilância de Óbitos Materno, Infantil e Fetal**, como uma das estratégias importantes no cuidado da saúde da mulher e da criança.

A vigilância do óbito junto com a vigilância sobre as doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância

ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária, todas compõem o conjunto de ações da Vigilância em Saúde.

A execução de cada uma dessas vigilâncias tem como objetivo proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Informações importantes para subsidiar as recomendações e as medidas de prevenção e controle das doenças e do óbito.

Cada uma das vigilâncias citadas apresenta um conjunto de ações específicas baseado nas características clínicas, laboratoriais e epidemiológicas do agravo à saúde de interesse e das medidas de prevenção e controle à luz do conhecimento atual.

Assim como a **análise da situação de mortalidade**, a vigilância é um campo de atuação da Epidemiologia nos serviços de saúde.

Relembrando, a Epidemiologia é, em síntese, o campo da saúde pública que estuda a frequência, a distribuição e os determinantes dos agravos à saúde nas populações humanas, com o objetivo de identificar processos de intervenção e os mecanismos de controle.

Dito de outra forma, a Epidemiologia, com base na descrição de quem tem o agravo, quando ele ocorre e onde se encontra, busca explicar como e por que o agravo apareceu e o que se pode fazer para controlá-lo. Os dados servem para subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis de cuidado da saúde – **informação para a ação**.

Inicialmente vamos apresentar de forma bem sucinta a história da vigilância, suas funções gerais no âmbito dos serviços de saúde, para em seguida detalharmos as ações específicas da Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal.

Vigilância em saúde

A vigilância, com vistas ao controle de doenças e à proteção da saúde da comunidade, está entre as mais antigas atividades de saúde pública. Ao longo da história, a sua concepção e suas ações foram tomando forma.

Os mais antigos registros de medidas para o controle de doenças remontam ao final da Idade Média. Na época, as ações de controle compreendiam o isolamento e a quarentena das pessoas com doenças contagiosas.



A partir do século XIX, com o desenvolvimento de investigações sistematizadas de campo para a identificação da cadeia de transmissão das doenças infecciosas, surgiu a ideia de vigilância, definida pela observação sistemática e ativa dos suspeitos de doenças infecciosas e de seus contatos. O propósito era detectar os primeiros sintomas da doença no indivíduo para adotar medidas de isolamento. Nessa concepção, as ações desenvolvidas eram baseadas na vigilância de pessoas, e as medidas de controle da doença aplicadas no nível individual e não de forma coletiva.

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância aplicado à saúde pública passa a ser mais amplo, compreendendo o acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de prevenção e controle.

A vigilância tem entre outros objetivos específicos:

- ➲ descrever o padrão de ocorrência de agravos de relevância em saúde pública;
- ➲ identificar tendências, grupos e fatores de risco com vistas a elaborar estratégias de controle de agravos específicos à saúde;
- ➲ estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos à saúde;

- ⑨ recomendar, com base em evidências científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de agravos específicos à saúde;
- ⑨ avaliar o impacto de medidas de intervenção.

O alcance desses objetivos faz da vigilância um valioso instrumento para o planejamento, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

A operacionalização da vigilância compreende um sistema de funções específicas e complementares que devem ser desenvolvidas de forma contínua e regular, de modo a possibilitar o conhecimento, a cada momento, da frequência, da distribuição e das ações de prevenção e controle desenvolvidas.

O conjunto de funções da vigilância compreende:

- ⑨ coleta de dados;
- ⑨ processamento, análise e interpretação dos dados coletados;
- ⑨ recomendação das medidas de controle apropriadas;
- ⑨ promoção das ações de controle indicadas;
- ⑨ avaliação da efetividade das medidas adotadas;
- ⑨ divulgação de informações pertinentes.

O estabelecimento de um sistema de vigilância requer a definição correta de:

- ⑨ agravo à saúde sob vigilância;
- ⑨ dados a serem coletados a respeito de cada caso ou suspeito;
- ⑨ fontes regulares de informações;
- ⑨ fluxo e periodicidade dos dados coletados;
- ⑨ competência e atribuições de profissionais de saúde em cada instância do sistema de saúde;
- ⑨ definição das normas técnicas que orientem as ações de controle;
- ⑨ periodicidade da divulgação de relatórios, normas e recomendações.

A coleta de dados da vigilância do agravo à saúde pode ser passiva ou ativa.

A vigilância passiva é iniciada pelo atendimento de paciente pelos profissionais de saúde. Por depender do registro espontâneo dos profissionais, está sujeita à subestimação da ocorrência da doença ou do óbito e de

ausência de dados, por exemplo, em caso de não emissão da DN ou da DO ou não preenchimento de campos destes documentos.

Dependendo das necessidades, da relevância do agravo em termos de saúde pública e da existência de recursos para prevenir e controlar o agravo à saúde é estratégico estabelecer a vigilância ativa. Esta se caracteriza pelo contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe da vigilância e as fontes de informação, geralmente constituídas por unidades básicas de saúde, clínicas públicas e privadas, laboratórios e hospitais. Isso permite um melhor conhecimento do comportamento dos agravos à saúde na comunidade, tanto em seus aspectos quantitativos quanto qualitativos. A investigação epidemiológica do óbito materno, fetal e infantil, que passaremos a denominar investigação de óbito, é um exemplo de vigilância ativa.

Investigação epidemiológica

Exemplo de vigilância ativa, a investigação epidemiológica objetiva esclarecer a ocorrência de doenças transmissíveis, de agravos inusitados à saúde ou de óbitos.

A investigação epidemiológica de óbito é o estudo de campo realizado com base em óbitos notificados ou identificados após busca ativa ou direcionada. Destina-se a avaliar as implicações da ocorrência dos óbitos para a saúde coletiva, tendo como objetivos: determinar o perfil de mortalidade, identificar as causas do óbito e orientar as medidas de prevenção e controle. Por ser uma atividade de fundamental importância para o processo de decisão-ação da vigilância, exige-se conhecimento e competência profissional.

Os procedimentos para a realização da **investigação de óbito materno, infantil e fetal** serão detalhados em roteiro específico, mais adiante.

A continuidade e o aperfeiçoamento do sistema de vigilância dependem do compromisso de responder, de forma adequada e oportuna, aos profissionais de saúde envolvidos no processo de assistência à saúde do paciente.

Vigilância do óbito materno, infantil e fetal

As funções da vigilância discutidas anteriormente serão aplicadas à vigilância do óbito materno, infantil e fetal. Cada uma das diferentes

funções da vigilância será aprofundada, procurando estabelecer os limites e a especificidade dessas funções nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Do mesmo modo como foi discutido para a análise da situação de mortalidade, a execução de uma série de funções específicas e complementares da vigilância do óbito implica que cada profissional de saúde precisa saber de forma bem clara não só as suas próprias responsabilidades e atribuições, como as dos outros profissionais envolvidos na atividade. Existe também a necessidade de uniformizar os procedimentos para permitir a comparação de dados e informações produzidas.

Vamos começar abordando os aspectos históricos e organizacionais dos serviços no contexto da vigilância do óbito materno, infantil e fetal.

A organização da vigilância do óbito materno, infantil e fetal no SUS

No início da construção da experiência brasileira, consolidaram-se algumas etapas da vigilância do óbito como atividade de Comitês de Mortalidade Materna, conteúdo a ser aprofundado no próximo capítulo.

Já mais recentemente, com base nas experiências municipais e estaduais, foram se delimitando as atribuições e competências do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde e dos Comitês de Mortalidade interinstitucionais na execução das ações de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal.

O marco da reorganização do processo de trabalho nos estados e municípios para vigilância do óbito materno foi a Portaria GM n. 1119, de 05/06/2008 (BRASIL, 2008), e a publicação do *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno* (BRASIL, 2009a). Para a vigilância do óbito infantil e fetal, a Portaria de n. 72, de 11/01/2010 (BRASIL, 2010a), e o lançamento do *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal*, dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal (BRASIL, 2009b).

A vigilância do óbito é uma estratégia importante no cuidado da saúde da mulher e da criança, porque:

- ➲ contribui para a melhoria do registro dos óbitos;
- ➲ orienta as ações de intervenção para a prevenção e o controle de novos óbitos;
- ➲ informa sobre o contexto social e econômico da família enlutada.
- ➲ avalia as ações e os serviços de saúde;

⑨ contribui no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos, por meio de ações de sensibilização e análise de óbitos.

Essa atividade é de competência das três esferas de governo e obrigatoriedade nos serviços de saúde que integram o SUS.

Âmbito municipal

- a) Busca ativa de declarações de óbito e de nascidos vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território.
- b) Vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna.
- c) Gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica.
- d) Divulgação de informações.

Âmbito estadual

- a) Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, incluindo:
 - consolidação dos dados provenientes de unidades notificadoras e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM e do Sinasc;
 - envio dos dados ao nível federal regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - análise dos dados;
 - retroalimentação dos dados.
- b) Divulgação de informações e análises epidemiológicas.
- c) Execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência estadual.

Âmbito federal

- a) Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, SIM e Sinasc, incluindo a:
 - normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;
 - consolidação dos dados provenientes dos estados;
 - retroalimentação dos dados.
- b) Divulgação de informações e análises epidemiológicas.
- c) Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional.

- d) Promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos.

Sob a ótica da integralidade do cuidado, as funções da vigilância incluem tanto a **abordagem individual**, organizada sob a forma de consultas e procedimentos, quanto a **abordagem coletiva**, fundamental para proceder à análise e ao controle dos agravos à saúde da população.

Para aumentar a efetividade das ações de saúde, é essencial a melhor utilização dos dados disponíveis sobre a ocorrência e gravidade de agravos à saúde e o fortalecimento da integração da vigilância com a área da assistência à saúde, ou seja, com os serviços e ações de saúde.

Tradicionalmente, as ações típicas de vigilância eram separadas da execução das ações de prevenção e controle de doenças. Entretanto, mais recentemente, tem-se fortalecido a ideia de que o trabalho coordenado e integrado entre a vigilância e a assistência à saúde é condição indispensável para o desenvolvimento de ações efetivas para o controle de agravos à saúde.

Para refletir

No seu município, a Vigilância em Saúde trabalha de forma articulada com a equipe da assistência à saúde? E com o conselho de saúde?

Quais são os fatores que estimulam e ou dificultam cada uma das articulações mencionadas?

Em sua opinião, como a Vigilância em Saúde contribui no processo de prevenção e controle dos agravos à saúde?

Como já vimos, o papel da Epidemiologia vem sendo valorizado nos diversos documentos e portarias que buscam definir as formas de atuação do SUS.

Indicadores epidemiológicos são empregados com o intuito de estabelecer as bases de negociação entre os gestores de diferentes níveis de governo com relação à programação das ações de saúde para a prevenção e o controle dos óbitos; também funcionam como critérios para o repasse de verbas.

Mais recentemente, como estudamos no Capítulo 1, foi instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap – Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011). As metas e os indicadores de

saúde e os critérios de avaliação de desempenho do Coap, com relação à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde, definidos entre os diferentes níveis de gestão têm como referência o Plano Nacional de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde, o Pacto pela Vida e de Gestão, as políticas prioritárias pactuadas na tripartite e o Compromisso do Milênio.

Especificamente para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal (um dos seis compromissos sanitários do Pacto pela Vida, apresentado no Capítulo 1) foi definido um conjunto de indicadores para avaliar o alcance das metas especificadas em duas diretrizes do Coap, apresentadas a seguir:

⌚ **Diretriz 3 do Coap** – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Entre os indicadores universais, destacamos:

- número de óbitos maternos;
- taxa de mortalidade infantil;
- proporção de óbitos infantis e fetais investigados;
- proporção de óbitos maternos e óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)

⌚ **Diretriz 6 do Coap** – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral e na observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social e garantia do respeito às especificidades culturais. Entre os indicadores universais, destacamos:

- proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados;
- proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.

Nas próximas seções, apresentaremos os conceitos operacionalizados e como estão sendo incorporados ao SUS, à vigilância do óbito materno, infantil e fetal.

Funções específicas da Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal

Este item aprofundará os aspectos mais relevantes de cada função específica da vigilância do óbito, assim como as atribuições do profissional de saúde responsável por elas. São questões fundamentais para garantir que as atividades de vigilância do óbito materno, infantil e fetal sejam articuladas e desenvolvidas de forma contínua e regular.

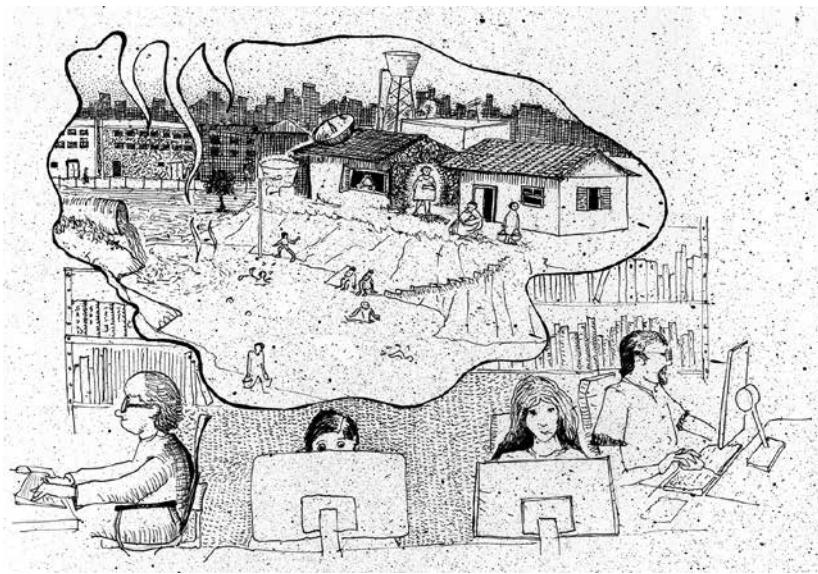


Para saber mais sobre o Coap, consulte o caderno *Metas e indicadores para composição da Parte II do contrato organizativo de ação pública* (BRASIL, 2012). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_marco12.pdf

O fio da meada... Discutimos que a vigilância apresenta funções específicas e complementares que variavam segundo a característica do evento, os objetivos específicos a serem alcançados e o funcionamento do serviço de saúde. E completamos que, para o estabelecimento de qualquer sistema de vigilância, era preciso definir:

- ⑨ os dados a serem coletados sobre cada caso ou suspeito;
- ⑨ as fontes regulares de informações;
- ⑨ o fluxo e a periodicidade dos dados coletados;
- ⑨ a competência e as atribuições de profissionais de saúde em cada instância do sistema de saúde;
- ⑨ a definição das normas técnicas que orientam as ações de controle;
- ⑨ a periodicidade da divulgação de relatórios, normas e recomendações.

No caso da vigilância do óbito materno, infantil e fetal, além das fontes regulares de informações como o SIM e o Sinasc, é estabelecida a vigilância ativa, que se caracteriza pelo contato direto, a intervalos regulares, com as fontes de informação. Estas geralmente constituídas por serviços de saúde públicos e privados, funerária, cemitério, permitindo, assim, identificar o número real de óbitos e esclarecer os motivos da sua ocorrência.



Aprofundaremos o conteúdo de uma fonte especial de dados de vigilância ativa, a **investigação de óbito**, definida como um estudo de campo realizado com base na identificação de óbitos. Destina-se a avaliar as implicações da ocorrência dos óbitos para a saúde coletiva, tendo como objetivo maior orientar as medidas de prevenção e controle. É uma atividade de fundamental importância para o processo de decisão-ação dos serviços de saúde, por isso exige conhecimento e competência profissional.

Etapas da vigilância do óbito

1. Investigação

- 1.1 Identificação do óbito
- 1.2 Seleção dos óbitos para investigação: critérios de inclusão
- 1.3 Coleta de dados
 - 1.3.1 Investigação domiciliar
 - 1.3.2 Investigação nos estabelecimentos de saúde

2. Análise do óbito

- 2.1 Identificação dos problemas relacionados ao óbito
- 2.2 Análise da evitabilidade do óbito
 - 2.2.1 Critérios de evitabilidade para o óbito materno
 - 2.2.2 Critérios de evitabilidade para o óbito infantil e fetal

3. Identificação e proposição de medidas preventivas e corretivas relacionadas à assistência e às estatísticas vitais

- 3.1 Definição de medidas para melhorar a assistência à saúde da mulher e criança
- 3.2 Correção das estatísticas oficiais
 - 3.2.1 Cobertura
 - 3.2.2 Completude e causa mal definida

4. Elaboração de relatórios

Quem são os responsáveis pelas ações de vigilância do óbito?

As ações de vigilância do óbito materno, infantil e fetal são de responsabilidade de profissionais de saúde designados pelas autoridades locais de vigilância.

A execução de forma articulada e interdependente das ações de vigilância de óbitos exige a atuação da equipe de vigilância por meio do grupo técnico. Além dos profissionais de saúde que trabalham na execução das ações de vigilância, fazem parte da equipe: profissionais de saúde

da assistência à saúde (serviços de saúde de baixo, médio e alto grau de densidade tecnológica), vinculados ou não ao comitê de mortalidade, e profissionais do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), ou da Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH). É importante destacar que a equipe municipal de vigilância do óbito tem um conceito amplo e flexível, adequado ao contexto local.

As divisões das responsabilidades dos diferentes profissionais na execução e no monitoramento das etapas de vigilância do óbito garantem o cumprimento dos fluxos, dos prazos e da conclusão da investigação e estudo do óbito, e definições de medidas conforme as portarias que regulamentam a vigilância da morte materna, infantil e fetal – Portarias GM/MS n. 1.119/2008 e n. 72/2010 (BRASIL, 2008, 2010).

É importante que os profissionais envolvidos com a investigação do óbito materno, infantil e fetal estejam vinculados a uma instituição governamental.

Para praticar



Em seu município, quais são os profissionais responsáveis pela execução das ações de vigilância do óbito materno, infantil e fetal?

Etapas da vigilância do óbito

Na sequência, são apresentados os aspectos mais relevantes de cada uma dessas etapas.

Etapa 1 – Investigação

Identificação dos óbitos

O objetivo da identificação é conhecer todos os óbitos materno, infantil e fetal ocorridos no município.

As portarias que regulamentam a vigilância da morte materna, infantil e fetal (Portaria GM/MS n. 1.119/2008 e 72/2010) (BRASIL, 2008, 2010) definem a DO como instrumento oficial de identificação dos óbitos e como base para o desencadeamento da vigilância.

Após a ocorrência do óbito, o serviço de saúde ou o profissional médico tem o prazo de 48 horas para enviar a 1^a via da DO ao profissional responsável pela gestão do SIM municipal, cabendo ao último, no mesmo prazo de 48 horas, encaminhar cópia da declaração à equipe de vigilância da SMS, a fim de iniciar a investigação.

Como vários municípios brasileiros têm problema de **sub-registro de óbitos**, é preciso ampliar a identificação dos mesmos. Para isso, a SMS deverá estabelecer contato direto, a intervalos regulares, com as diversas fontes de informação. Esse procedimento é denominado “método de busca ativa ou direcionada” de DO e de óbitos não informados ao sistema, com ou sem emissão de DO. Recomenda-se que seja realizado em:

- ◉ Hospitais, Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Instituto Médico Legal (IML), cartórios, serviços funerários e cemitérios oficiais ou não;
- ◉ Programa de Agente Comunitário de Saúde, e da Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- ◉ Corpo de bombeiros, delegacias, meios de comunicação, organizações sociais e ainda junto a líderes religiosos e comunitários, curandeiros, parteiras, entre outros informantes-chave;
- ◉ Outros sistemas de informações em saúde, como o SIH e o Siab.

As portarias que regulamentam a vigilância do óbito materno, infantil e fetal estabelecem que os serviços de saúde do SUS devam também realizar busca ativa diariamente da ocorrência de óbito ou da emissão de DO em suas dependências.

Para praticar

Procure saber quais procedimentos de identificação dos óbitos são realizados como rotina e os que são realizados ocasionalmente no município em que você atua. Em relação aos prazos regulamentados, verifique como ocorre no seu local de trabalho.

Reflita sobre o que poderia ser feito em seu município para ampliar e agilizar o conhecimento quanto à ocorrência de óbitos materno, infantil e fetal.



Sub-registro de óbito é a omissão do registro nos sistemas de informações sobre óbitos em nível nacional, o do Registro Civil e o SIM. É frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, principalmente entre as crianças com menos de 1 ano de idade. O sub-registro de óbitos se deve, principalmente, à ocorrência de sepultamentos sem a exigência da certidão nos chamados cemitérios clandestinos, à dificuldade de acesso aos cartórios e à falta de informação da população sobre a importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.



O Ministério da Saúde produziu o instrutivo “Busca direcionada de registro de nascimentos e óbitos em municípios da Região Nordeste e Amazônia Legal” (BRASIL, 2011b), que orienta quanto aos procedimentos e disponibiliza instrumentos para a institucionalização da busca ativa ou direcionada.

Para conhecer o documento, acesse o link: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Instrutivo_Busca_Direc_Obitos_e_Nasc_jan_2011.pdf

Seleção dos óbitos para investigação: critérios de inclusão

Apresentamos agora os critérios de inclusão para a investigação dos óbitos. É necessário inicialmente realizar a seleção de óbitos.

O objetivo é selecionar os óbitos de mulheres em idade fértil, crianças menores de 1 ano e os óbitos fetais elegíveis para a investigação.

Para a investigação, são critérios de inclusão:

- a) Todos os **óbitos maternos** e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são de investigação obrigatória (Portaria GM/MS n.1.119/2008) (BRASIL, 2008).

Óbito materno, para fins de investigação, refere-se à morte de uma mulher durante a gestação ou até um ano após, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela.

Para todos os óbitos de mulheres em idade fértil, a investigação deve ser iniciada para averiguar se a mulher estava grávida ou esteve nos 12 meses anteriores à morte. Caso esta informação seja confirmada, a investigação deve continuar. Em qualquer etapa da investigação, se for constatado que a mulher não estava grávida e nem no período puerperal e se a causa básica de óbito estiver bem definida, não há necessidade de prosseguir com a investigação.

Subinformação de óbito materno resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério.

Muitas vezes as mortes maternas podem estar mascaradas por causas terminais das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, induzindo à **subinformação de óbito materno**.

b) Todos os óbitos infantis e fetais

Para fins de investigação, considerar como critério mínimo (Portaria GM/MS n. 72/2010) (BRASIL, 2010a):

- Óbitos pós-neonatais (entre 28 dias de vida e um ano incompleto)
- Óbitos neonatais (entre o nascimento vivo até 27 dias de vida)
- Óbitos fetais

Para os óbitos por malformação congênita grave, complexa ou letal, a investigação é facultativa e considera o menor potencial de prevenção.

Evento sentinel é um evento sanitário de alerta que evidencia situações indesejáveis e possibilita o monitoramento de serviços e sistema de saúde (RUTSTEIN et al., 1976).

Para os municípios com maior volume de óbitos infantis e fetais, recomenda-se priorizar os que nasceram com peso maior ou igual a 1.500 gramas, por ser mais compatível com a vida e pelo potencial de alerta quanto à evitabilidade – por isso são considerados **eventos sentinel**. Quando o peso ao nascer ou qualquer outro dado não estiver disponível na DO, é necessário consultar a DN ou o prontuário hospitalar para o esclarecimento quanto ao critério de inclusão.

Os municípios têm autonomia para ampliar os critérios de inclusão definidos nas portarias do MS, por exemplo, assumindo a investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos de idade, como já acontece em alguns municípios do país.

Para refletir

Na etapa de seleção dos óbitos para a investigação, quais critérios de inclusão são adotados em seu município? Estão em consonância com o preconizado? Por quê?

Coleta de dados

Esta etapa tem como objetivo levantar dados e informações relevantes para o adequado esclarecimento quanto às condições e circunstâncias que determinaram, condicionaram ou favoreceram a ocorrência do óbito. Para tanto, o profissional responsável deve realizar investigações por meio de múltiplas fontes e informantes, considerando os locais e as pessoas que possam fornecer dados relevantes para um adequado conhecimento sobre o óbito.

O Ministério da Saúde elaborou fichas de investigação do óbito, fruto do trabalho e da experiência acumulada por diversos estados e municípios brasileiros. Elas têm caráter confidencial e visam facilitar a reconstituição da história dos óbitos e a compreensão das circunstâncias que culminaram com a morte materna, fetal e de crianças menores de 1 ano de idade.

Em geral a coleta de dados é realizada por meio de entrevista domiciliar e de resgate dos dados nos serviços de saúde. Vale a pena lembrar que ambas as técnicas não são excludentes, ao contrário, são complementares.

Para a coleta de dados, estão disponíveis as seguintes fichas:

- ⌚ Fichas de Investigação – Serviço de Saúde (ambulatorial e hospitalar)
- ⌚ Fichas de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia, quando realizado este procedimento
- ⌚ Fichas de Investigação – Entrevista Domiciliar
- ⌚ Fichas de Investigação – Sumário, Conclusões e Recomendações

A coleta dos dados deve ser iniciada logo após a ocorrência do óbito, respeitando os prazos estipulados pelas Portarias n. 1.119, de 05 de junho de 2008, e n. 72, de 11 de janeiro de 2010. Quanto mais cedo for iniciada a investigação, maiores serão as possibilidades de obter, junto à família, informações sobre fatos relevantes para o desfecho, bem como dispor de documentos esclarecedores sobre as circunstâncias que culminaram no óbito.

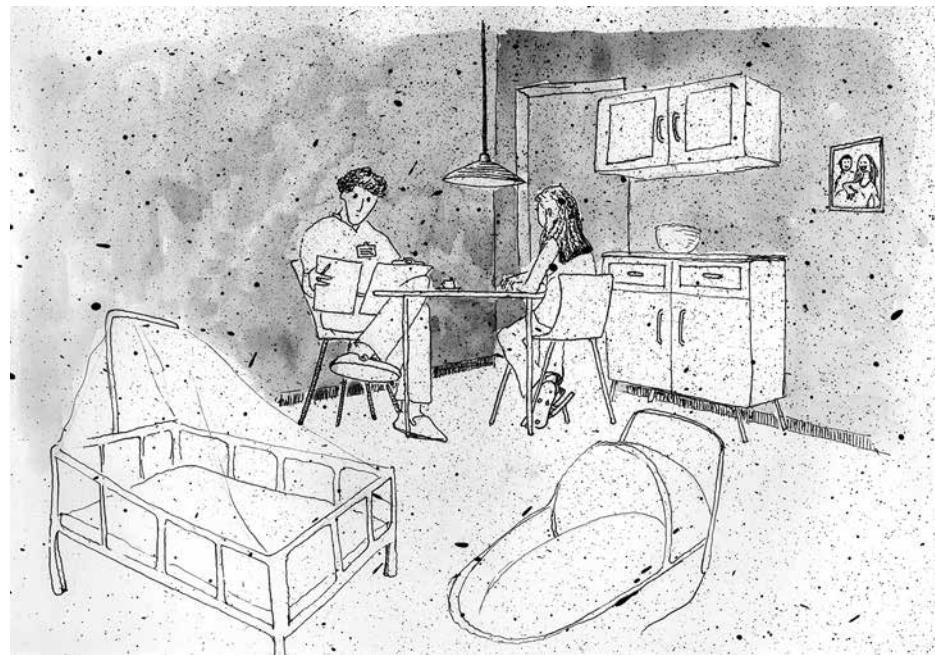
Para que o profissional de saúde contribua de forma efetiva para o conhecimento dos fatores associados ao óbito, é necessário que os dados coletados nas entrevistas ou resgatados de prontuários sejam confiáveis, ou seja, devem corresponder, o mais fielmente possível, à realidade. O sucesso da investigação depende da qualidade do trabalho de cada profissional envolvido. Para isso, também é importante que os dados sejam coletados de forma isenta de julgamentos, com responsabilidade, confidencialidade e honestidade.



Antes de iniciar a coleta dos dados, o profissional de saúde deverá ler atentamente cada **ficha de investigação** e os **manuais de preenchimento** das fichas da vigilância do óbito materno, infantil e fetal, a fim de conhecer os dados a serem coletados. O material pode ser acessado no seguinte endereço eletrônico: <http://sva.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

As fichas para investigação do óbito materno, infantil e fetal estão disponíveis em:

- http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/fichas_obito_infantil_220910.pdf
- http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/fichas_obito_materno_220910.pdf



As instruções para o preenchimento das fichas de investigação constam nos manuais de preenchimento das fichas da vigilância do óbito materno, infantil e fetal (BRASIL 2011c, 2011d).

Acesse as instruções sobre:

- óbito materno em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Preench_Obito_Materno_2011_jan.pdf
- óbito infantil e fetal em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Preench_Obito_Infantil_%20Fetal_2011_jan.pdf

Os profissionais responsáveis pela coleta dos dados devem ter a cópia da DO e das fichas de investigação. No caso de óbito infantil, deve portar também, se possível, uma cópia da DN para complementar a identificação do óbito.

Investigação domiciliar

A visita domiciliar tem grande importância na área da saúde, visto que objetiva avaliar as condições ambientais e físicas em que vivia o(a) falecido(a) e sua família, assim como obter outros dados relevantes que muitas vezes não são registrados nos documentos dos estabelecimentos de saúde.

Por meio da técnica da entrevista, é possível obter informações de interesse para a investigação, uma vez que o profissional formula perguntas orientadas com um objetivo definido, interagindo com o respondente frente a frente. Permite também obter dados dos Cartões da Gestante e/ou da Criança e outros documentos.

Durante a visita domiciliar, na entrevista pessoal, o profissional de saúde deve preencher a Ficha de Investigação do Óbito Materno e/ou a Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Domicílio.

Os objetivos e os dados integrantes das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal (IF3) e do Óbito Materno (M3) – Domicílio podem ser lidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Instrumentos utilizados na investigação do óbito infantil, fetal e materno no domicílio

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal	IF3	Domicílio	Identidade da criança e mãe (óbito infantil) ou identidade da mãe (óbito fetal); características da mãe e da família; gestação e pré-natal; assistência ao parto; informações sobre o natimorto (óbito fetal) ou informações sobre o atendimento da criança na maternidade (óbito infantil).	Coletar informações sobre as características e condições de vida da mãe e da família, dados sobre a gestação, nascimento, antecedentes maternos, assistência pré-natal, assistência ao parto e ao RN por meio de entrevista com o cuidador da criança falecida.
Ficha de Investigação de Óbito Materno	M3	Domicílio	Identidade da falecida e do entrevistado; características da falecida e da família; história obstétrica; doenças e condições antecedentes; gestação e pré-natal; parto ou aborto.	Coletar as informações verbais de familiar ou amigo da falecida acerca da história de vida e de saúde da mulher e da assistência em serviços de saúde durante a doença que a levou à morte.

Fonte: Brasil (2009a, 2009b).

Morte!

Adriane Sabroza

Para o bom desempenho da investigação do óbito, os profissionais de saúde devem estar cientes da delicada relação que estabelecem com as famílias em luto.

Para familiares e amigos, falar sobre a morte de um ente querido é certamente uma tarefa bastante difícil, na medida em que, ao narrar os acontecimentos que antecedem à morte, acaba-se expondo as fragilidades e a impotência diante dela. Aliado a isso, está a dificuldade de expressar sentimentos como a dor e o sofrimento pela perda.

Para o profissional de saúde também não é uma situação fácil, ouvir os relatos de familiares e/ou amigos. Lidar com emoções e sentimentos fortes do outro às vezes traz a revolta por uma morte considerada evitável.

No início da entrevista pode haver resistência inicial em falar da morte, mas o que se verifica, em geral, é a boa receptividade e a prontidão em fornecer as informações, ainda que possa haver momentos de maior mobilização emocional.

Fonte: Leal et al. (2011).

Investigação nos estabelecimentos de saúde

O objetivo desta investigação é transcrever os dados contidos nos prontuários e em outros documentos disponíveis nos estabelecimentos de saúde.

A coleta de dados pode ser feita por meio de entrevistas com os profissionais e/ou por meio de resgate de dados nos serviços de saúde que atuaram na assistência ao falecido(a).

Estas informações são relevantes para melhor compreender as circunstâncias em que ocorreu o evento. Entre as fontes disponíveis nos serviços de saúde, destacamos: prontuários, fichas de atendimento e de encaminhamentos dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, cartão da gestante, caderneta de saúde da criança, relatórios de alta da maternidade e de internações hospitalares, resultados de exames e laudos de necropsia.

A investigação inicia-se com o preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno e/ou Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal. São duas as fichas: serviço ambulatorial e serviço hospitalar. Em caso de realização de necropsia, deverá ser preenchida a ficha de coleta de dados de laudos de necropsia.

Mais detalhes das fichas de investigação de óbito infantil e fetal (IF1, IF2, IF4) e do óbito materno (M1, M2 e M4) podem ser lidos no Quadro 3.

Quadro 3 – Instrumentos utilizados na investigação do óbito infantil, fetal e materno em estabelecimentos de saúde

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal	IF1	Serviços ambulatoriais (atenção básica, urgência e emergência)	Identidade da criança (óbito infantil) ou identidade da mãe (óbito fetal); assistência ao pré-natal; assistência à criança: centro de saúde, consultórios, serviço de urgência/emergência (óbito infantil).	Coletar informações referentes à assistência da mãe e da criança em prontuários, fichas de atendimento, cartão da gestante e da criança (infantil).
	IF2	Serviço hospitalar	Identidade da criança (óbito infantil) ou identidade da mãe (óbito fetal); assistência ao parto; assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento (óbito infantil); assistência à criança no hospital durante a doença que levou à morte (óbito infantil); anotações complementares sobre o natimorto (óbito fetal).	Coletar informações referentes à assistência da mãe e da criança em prontuários, fichas de atendimento.
Ficha de Coleta de Dados de Laudos de Necropsia	IF4	Instituto Médico Legal (IML) ou no Serviço de Verificação do Óbito (SVO)	Identidade da falecida/criança/feto; causa da morte e descrição do caso que consta no laudo de necropsia; exame macroscópico; exame microscópico ou toxicológico.	Coletar informações de dados de laudo de necropsia.
Ficha de Investigação de Óbito Materno	M1	Serviços ambulatoriais (atenção básica, urgência e emergência)	Identidade da falecida; assistência pré-natal; assistência à mulher: centro de saúde, consultórios, serviço de urgência/emergência.	Coletar informações sobre os atendimentos em prontuários, fichas de atendimento e cartão da gestante sobre a assistência ao pré-natal, parto, aborto e nascimento em ambulatório, antes e durante a doença que causou morte.
	M2	Serviço hospitalar	Identidade da falecida; internação da mulher durante a doença que levou à morte; assistência ao parto ou aborto; informações sobre o recém-nascido.	Coletar informações referentes à assistência da mãe e da criança em prontuários e fichas de atendimento.

Quadro 3 – Instrumentos utilizados na investigação do óbito infantil, fetal e materno em estabelecimentos de saúde (cont.)

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Ficha de Coleta de Dados de Laudos de Necropsia	M4	Instituto Médico Legal (IML) ou no Serviço de Verificação do Óbito (SVO)	Identidade da falecida/criança/feto; causa da morte e descrição do caso que consta no laudo de necropsia; exame macroscópico; exame microscópico ou toxicológico.	Coletar informações de dados de laudo de necropsia.

Fonte: Brasil (2009a, 2009b).

Orientações gerais para o preenchimento das fichas de investigação

- Não deixe de assinalar nenhuma questão.
- É importante registrar nas Fichas de Investigação de Óbito as respostas de maneira adequada, não omitir e nem acrescentar dados e não influenciar as respostas. Escreva na forma exata como o entrevistado respondeu. Não procure “traduzir” o que é dito.
- Toda informação que não esteja contemplada pelas opções de resposta das Fichas de Investigação de Óbito deve ser anotada criteriosamente no rodapé.

Atenção!

- Uma revisão inicial do preenchimento da ficha de investigação, como, por exemplo, se todas as perguntas foram respondidas, deve ser feita antes de deixar o domicílio ou o estabelecimento de saúde.
- O papel do profissional de saúde que levanta os dados não é encontrar a causa da morte que está investigando, mas obter da forma mais isenta possível os dados necessários para que o grupo técnico de vigilância do óbito, após a avaliação das fichas, seja capaz de elaborar a conclusão da investigação. Para isso, o profissional de saúde deve preencher as fichas adequadamente.

Investigação do óbito com causa mal definida

Conforme discutido em capítulos anteriores, quanto maior o número de DO com a causa básica de óbito classificada como mal definida, menor a confiança das conclusões da análise da situação de mortalidade. A DO com dados incompletos constitui um problema; no caso, são lacunas tanto para avaliar o alcance quanto para orientar as ações e serviços de saúde para a prevenção da ocorrência de novos óbitos.

Para reduzir o número de DO emitida pelo médico com causa de morte mal definida, emprega-se a Ficha de Investigação de Óbito com Causa

Vimos no Capítulo 5, “Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde”, o conceito de causas mal definidas e seus códigos na CID 10^a Revisão. Você se lembra?

Mal Definida (IOCMD), para coletar dados em serviços de saúde, cartório, no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), Instituto Médico Legal (IML), Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e na Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

No caso de dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde serem insuficientes para esclarecer a causa básica do óbito, emprega-se o método denominado Autópsia Verbal (AV), que busca o esclarecimento da causa básica do óbito por meio de informação leiga, obtida em entrevista com parentes e cuidadores da pessoa falecida. As perguntas do instrumento AV referem-se aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente no período anterior ao óbito, observados pelas pessoas que conviveram com o paciente nesse período.

A aplicação do IOCMD ou dos formulários da AV é recomendada também para aqueles óbitos não notificados ao SIM e, portanto, sem emissão de DO, ou para as DO emitidas por cartório, sem ter sido atestada por um médico.

Os óbitos por causas violentas ou quando há suspeita de violência são encaminhados para o Instituto Médico Legal (IML) do município/estado. As DO destes óbitos são emitidas pelos peritos legistas que constroem o laudo da necropsia.

Os dados do laudo de necropsia devem ser registrados na Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia. As informações dessa ficha são fundamentais na investigação do óbito, pois tipificam o óbito (homicídio, suicídio ou acidente) e podem esclarecer as condições dos mesmos para o processo de investigação.

Nos casos de ocorrência do óbito fora do serviço de saúde, ou quando for admitido no serviço de saúde um cadáver sem nenhuma informação, o corpo deve ser encaminhado para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). Cabe ao SVO buscar informações junto aos familiares, utilizar a documentação disponível sobre o acompanhamento clínico do falecido, usar o método da Autópsia Verbal e também valer-se de necropsia, a fim de esclarecer a causa do óbito.

O Quadro 4 apresenta uma síntese dos instrumentos utilizados para a realização da IOCMD e AV. Eles são específicos para as faixas etárias: menores de 1 ano de idade; de 1 ano a 10 anos; pessoas com mais de 10 anos de idade; e foram elaborados considerando as causas de morte mais comuns de cada faixa etária. Os óbitos de mulheres em idade

fértil sem DO devem ser investigados com as fichas de rotina. Caso seja confirmado que a mulher não estava grávida e a causa do óbito mal definida, deve-se utilizar a AV3.

Quadro 4 – Descrição dos instrumentos utilizados na investigação de óbitos com causa mal definida e na autópsia verbal

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida	IOCMD	Estabelecimentos de saúde (ambulatorial e hospitalar) e outras fontes de informação como Sinan, IML, SVO, Funasa, imprensa ou junto ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.	Informações da declaração do óbito; investigação na unidade de saúde do PSF; investigação no estabelecimento de saúde da internação; investigação da causa da morte em outros locais; investigação domiciliar (autópsia verbal); conclusão da investigação.	Reunir e organizar, de forma sumária, os principais dados coletados para análise e interpretação dos problemas identificados nos diversos momentos da assistência e as recomendações específicas para o caso.
Autópsia Verbal	Formulário 1 (criança menor de 1 ano)	AV1	Domicílio	Identificação do falecido; local da entrevista; identificação do entrevistado; óbito devido a causa externa; fatores de saúde e história da gravidez da mãe; condições de nascimento; sinais e sintomas da doença que levou à morte o bebê que nasceu vivo; história de ferimento/acidente/violência; serviços de saúde e cuidados/tratamentos utilizados durante a doença que levou à morte; anotações complementares; conclusão da investigação da autópsia verbal.
	Formulário 2 (criança com 1 ano de idade ou mais e criança com menos de 10 anos)	AV2	Domicílio	Identificação do falecido; local da entrevista; identificação do entrevistado; relato do entrevistado utilizando suas próprias palavras; doenças e condições antecedentes; sinais e sintomas da doença que levou à morte; história de ferimento/acidente/violência; serviços de saúde e cuidados/tratamentos utilizados durante a doença que levou à morte; anotações complementares; conclusão da investigação da autópsia verbal.

Quadro 4 – Descrição dos instrumentos utilizados na Investigação de Óbitos com causa mal definida e na autópsia verbal (cont.)

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Formulário 3 (pessoas com 10 anos ou mais de idade, exceto mulher em idade fértil)	AV3	Domicílio	Dados sobre o falecido; local da entrevista; identificação do entrevistado; relato do entrevistado utilizando suas próprias palavras; doenças e condições antecedentes; fatores de risco; sinais e sintomas da doença que levou à morte; Perguntar em relação a todas as mulheres; história de ferimento/acidente/violência; serviços de saúde e tratamentos utilizados durante a doença que levou à morte; anotações complementares; conclusão da investigação da autópsia verbal.	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da pessoa falecida (mãe ou familiar) acerca da sua história de vida e de saúde e da assistência em serviços de saúde, e circunstâncias durante a doença que levou à morte.

Fonte: Brasil (2009a, 2009b).

Profissionais envolvidos na etapa de coleta de dados

Para que o processo de investigação de óbitos tenha os dados adequadamente coletados, os profissionais envolvidos devem ser capacitados para essa tarefa.

Investigação domiciliar e ambulatorial

Tanto quanto possível a equipe da atenção básica da área de abrangência do local em que reside a família do(a) falecido(a) deve participar da investigação do óbito, permitindo o resgate dos dados disponíveis nos serviços básicos de saúde e no domicílio em tempo oportuno. A participação da atenção básica facilita o estabelecimento de confiança e empatia com a família e/ou amigos do(a) falecido(a), fato que propicia a obtenção de informações confiáveis durante a entrevista domiciliar. Nas áreas de municípios sem cobertura do Pacs ou ESF, fica a critério do gestor local designar os profissionais de saúde responsáveis pela a investigação domiciliar e ambulatorial.

Investigação hospitalar

A coleta de dados no prontuário hospitalar e/ou do pronto atendimento deve ser feita por técnicos do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), quando ele existir. Na sua ausência, a coleta, a critério do gestor local, pode ser realizada pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou outro profissional de saúde. De preferência, os

profissionais escolhidos não devem ser os mesmos envolvidos diretamente na assistência ao óbito.

Caso a investigação em estabelecimento de saúde seja realizada por profissional de saúde externo ao serviço, é recomendado que ele agende o dia e horário para o resgate dos dados e leve uma carta de apresentação ao serviço de saúde. No Anexo A do *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (BRASIL, 2009b), encontra-se um exemplo de carta de apresentação.

Para refletir

Com base na experiência do seu município ou local de trabalho, identifique a quem compete cada etapa de coleta de dados da investigação do óbito materno, infantil e fetal.

Para viabilizar o início oportuno da investigação, as portarias que regulamentam a vigilância do óbito materno, infantil e fetal definem que o acesso ao prontuário e a outros documentos dos estabelecimentos de saúde devem ser disponibilizados até 48 horas após a solicitação.

Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

O Ministério da Saúde e as secretarias de estados e municípios vêm estimulando a implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) como uma das estratégias para melhorar a sensibilidade do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica na detecção das doenças de notificação compulsória e a vigilância dos eventos vitais (nascimento e óbito).

Os NHE de referência nacional têm como objetivos a detecção, a notificação e a investigação dos agravos e de óbitos de mulheres em idade fértil, maternos declarados, infantis, fetais, doenças infecciosas e por causa mal definida. O processo de trabalho do NHE deve ser integrado as estruturas do hospital, como as comissões de óbito ou comitês hospitalar de mortalidade materna e infantil, o prontuário de controle de infecção hospitalar, o colegiado gestor do hospital, entre outros (BRASIL, 2010b).

Para refletir

Considerando as investigações nos diferentes locais (domicílios e estabelecimentos de saúde), quais os principais entraves que você identifica na realização da investigação dos óbitos?



Consulte o *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*, Anexo A, no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf



Amplie seus conhecimentos sobre a regulamentação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/104937-2254.html>

Etapa 2 – Análise do óbito

O objetivo desta etapa é estabelecer os nexos entre as múltiplas fontes e informantes com vistas ao esclarecimento das circunstâncias que determinaram e/ou favoreceram o óbito.

Essas informações são essenciais para analisar a evitabilidade do óbito, questão discutida mais adiante.

A análise do óbito é realizada após o término da investigação e são avaliados os seguintes aspectos:

- ◉ qualidade do preenchimento dos instrumentos de registro da assistência e do óbito;
- ◉ condição socioeconômica da mulher ou da criança que faleceu;
- ◉ assistência prestada no pré-natal, parto, aborto, puerpério, urgências/emergências maternas, atenção ao recém-nascido ou a criança até 1 ano de idade.

A análise preliminar do óbito é de responsabilidade da equipe de vigilância por meio do grupo técnico que, como já discutido, tem um conceito amplo e flexível, adequado ao contexto local.

A proporção de óbitos materno, infantil e fetal investigados integram o conjunto de indicadores universais das Diretrizes 3 e 6 do Coap, já apresentadas neste capítulo.

O grupo técnico é responsável pela análise das fichas de investigação, pelo preenchimento da ficha síntese e pela alimentação do módulo de investigação do SIM (SIM-web). A coleta de dados, a análise do óbito e a conclusão do óbito investigado devem ocorrer no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência do óbito.

O módulo de investigação do SIM (SIM – web), apresentado no Capítulo 5, é uma ferramenta importante para o gestor municipal/estadual monitorar o *status* das investigações dos óbitos fetais, infantis e maternos sob a sua governabilidade. Permite avaliar o percentual de investigações realizadas sobre esses óbitos e, principalmente, o percentual de investigações oportunas, ou seja, aquelas concluídas no prazo de 120 dias, estabelecido em portarias ministeriais.

Outras ferramentas que também auxiliam o gestor na análise da situação de saúde do seu município/estado são os Painéis de Monitoramento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde.

As secretarias de saúde dos municípios que têm comitês atuantes devem envidar esforços para assegurar o estudo conclusivo do óbito. Assim, logo após o término da investigação e da elaboração de resumos dos



Conheça os Painéis de Monitoramento da SVS/MS de:

- mortalidade materna, em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
- mortalidade infantil e fetal, em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>

casos, devem promover uma reunião com seus membros para fazerem juntos uma análise ampla e detalhada de cada resumo e definição de medidas para evitar novos óbitos.

Para refletir

Quais as vantagens e os limites de envolver os profissionais da assistência na discussão do óbito?

Quando o município não dispõe de médicos em condições de realizar a avaliação dos diagnósticos e tratamentos dispensados ao(à) falecido(a), cópias das Fichas de Investigação preenchidas devem ser enviadas, em caráter sigiloso, às vigilâncias do óbito regionais ou estaduais, garantindo assim a análise da evitabilidade do óbito e a definição de medidas preventivas.

Para o óbito ocorrido fora do município de residência

No caso de o óbito materno, infantil e fetal ocorrer fora do município de residência do(a) falecido(a):

- a investigação hospitalar é atribuição do NHE ou da Comissão Hospitalar, ou de outra estrutura/profissional indicada, ou da equipe de vigilância do óbito do município onde ele ocorreu. Após o preenchimento das Fichas de Investigação de Óbito Materno, Infantil e Fetal (Serviço Ambulatorial e Serviço Hospitalar), cópia de cada uma delas deve ser enviada ao setor responsável pela Vigilância do Óbito na SMS de ocorrência do óbito, a quem compete encaminhá-las para a SMS do município de residência do(a) falecido(a), por intermédio da SES;
- a investigação domiciliar e ambulatorial é de competência da SMS do município de residência do(a) falecido (a), assim como a execução das etapas subsequentes da Vigilância do Óbito.

Identificação dos problemas relacionados ao óbito

Esta identificação **objetiva** avaliar criticamente os possíveis problemas ocorridos nos diversos momentos da assistência à saúde prestada à mulher, feto e aos menores de 1 ano de idade, de modo que a análise propicie concluir sobre a evitabilidade do óbito e definir medidas efetivas de prevenção.

Para orientar a equipe municipal de Vigilância do Óbito e os Comitês de Mortalidade a identificar os problemas ocorridos nos diversos momentos de assistência à saúde, nos Quadros 5 e 6 apresentamos uma lista de possíveis problemas associados à ocorrência dos óbitos.

Quadro 5 – Possíveis problemas identificados no momento da assistência – Mulher

Problema	Detalhamento
Problemas no planejamento familiar e na assistência pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso: <ul style="list-style-type: none"> - aos serviços; - à informação sobre serviços; - aos insumos; - a exames. • Falta de captação precoce e busca ativa da mulher. • Falta de recursos humanos. • Desqualificação do profissional de saúde (negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam a mulher, não identificação de risco reprodutivo, falha diagnóstica e inadequação de procedimentos e métodos recomendados, não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno, entre outros). • Inexistência de protocolos no serviço. • Referência e contrarreferência não formalizada.
Problemas na assistência ao parto, puerpério e intercorrências	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso: <ul style="list-style-type: none"> - aos serviços; - à informação; - aos insumos e medicamentos; - a exames. • Falta de recursos humanos. • Desqualificação do profissional de saúde (não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno, falha diagnóstica e inadequação de procedimentos e tratamento, entre outros). • Falha de preenchimento dos instrumentos de registro. • Falta de equipamento ou de manutenção para equipamentos. • Inexistência de protocolos no serviço. • Referência e contrarreferência não formalizada. • Carência de leitos obstétricos e de UTI. • Falta de sangue, hemoderivados.

Fonte: Brasil (2009a).

Quadro 6 – Possíveis problemas identificados no momento da assistência – Criança

Problemas no planejamento familiar	
Acesso à informação, atendimento, exames, métodos contraceptivos	Acolhimento, utilização de protocolos
Problemas na assistência pré-natal	
Acesso à informação, atendimento, exames, medicamentos, pré-natal de alto risco	Utilização de protocolos, identificação de gravidez de risco, referência e contrarreferência
Problemas na assistência ao parto	
Acesso à assistência, referenciamento desde o pré-natal, acolhimento, atendimento oportuno, leitos de alto risco, transporte	Uso de partograma, utilização de protocolos adequados, referenciamento para alto risco, presença de acompanhante
Problemas na assistência ao recém-nascido na maternidade	
Acesso à assistência, leito de cuidados intermediário, UTI neonatal	Exames, medicamentos, utilização de protocolos na sala de parto, unidade neonatal, transporte adequado
Problemas na assistência à criança no Centro de Saúde / UBS	
Acesso à assistência, acolhimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, atendimento em situações agudas, exames, medicamentos	Utilização de protocolos, identificação de risco, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado
Problemas na assistência à criança na urgência	
Acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	Utilização de protocolos, referência e contrarreferência
Problemas na assistência à criança no hospital	
Acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	Utilização de protocolos, avaliação de risco, referência e contrarreferência
Causas externas	
Identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao IML	
Dificuldades sócio-familiares:	
Para reconhecimento de risco, para seguir as orientações fornecidas, recusa de tratamento proposto, situação de risco, entre outras	
Problemas na organização do sistema de saúde	
Cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, pré-natal de alto risco, leitos para gestante e recém-nascido de alto risco, central de regulação, central de internação ou de leitos, leitos de UTI neonatal, transporte inter-hospitalar, medicamentos, propedêutica, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde ao recém-nascido de risco e à criança, banco de leite, recursos humanos, equipes incompletas, entre outros.	

Fonte: Brasil (2009b).

Para refletir

De que forma a identificação de problemas relacionados à assistência pode contribuir para a análise dos óbitos?

Análise da evitabilidade do óbito

O objetivo desta análise é sistematizar as informações obtidas das múltiplas fontes e informantes para verificar a contribuição de variados determinantes na mortalidade materna, infantil e fetal, ao mesmo tempo em que avalia a efetividade dos serviços. Analisa-se a possibilidade de o óbito ser evitável com as tecnologias disponíveis.

Para a análise dos óbitos maternos, infantis e fetais, recomenda-se a utilização de roteiros e classificações de evitabilidade de acordo com a possibilidade de sua prevenção.

Existe uma diversidade de roteiros e classificações quanto à evitabilidade do óbito, como descreveremos a seguir.

Critérios de evitabilidade para o óbito materno

O Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno sugere levar em conta uma multiplicidade de fatores para analisar os óbitos maternos, infantis e fetais:

- ⌚ **Culturais e religiosos** – Considerar os casos em que ocorreu recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas. Ou ainda por falta de reconhecimento do problema.
- ⌚ **Profissionais** – Considerar os casos em que, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam a mulher. São exemplos a não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros. Nesses casos, devem-se tomar como referência as diretrizes dos manuais técnicos.
- ⌚ **Institucionais** – Considerar os casos em que problemas político-administrativos contribuíram para o óbito, tais como falta de captação precoce e busca ativa da mulher, carência de leitos obstétricos, falta de sangue, hemoderivados, ou medicamentos e inexistência de sistema de referência e contrarreferência formalizado para o tratamento clínico-ginecológico e obstétrico, entre outros.
- ⌚ **Sociais** – Considerar os casos em que as condições socioeconômicas desfavoráveis da mulher contribuíram para o óbito, tais como desemprego, baixa renda familiar e escolaridade, entre outros.
- ⌚ **Intersetoriais** – Considerar os casos em que a falta de equipamento social contribuiu para o óbito. Como exemplos, podemos citar a disponibilidade limitada de meios de transporte, a inexistência de

estradas, a segurança pública ineficiente e a falta de saneamento básico, entre outros.

Critérios de evitabilidade para o óbito infantil e fetal

O *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (BRASIL, 2009b) recomenda três classificações, cada uma delas com limites e potencialidades. As classificações adotam metodologias distintas, logo não há uma correspondência direta entre os grupos.

O Quadro 7 apresenta mais detalhes sobre tais classificações:

- ⑨ Classificação da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) – Propõe oito grupos de acordo com a causa básica do óbito utilizando a CID-10. As doenças que levaram ao óbito são classificadas em grupos, segundo as possibilidades de intervenção, determinadas pela existência de tecnologia apropriada para evitar o seu aparecimento, a sua progressão e óbito, independentemente do fato de os procedimentos estarem ou não disponíveis para a maioria da população no momento. Coloca como exemplos as imunizações, a terapia de reidratação oral para as doenças diarreicas, a amamentação, o reconhecimento dos sinais de gravidade de infecções respiratórias agudas, o espaçamento entre os partos, os cuidados na atenção pré-natal, entre outras.
- ⑨ Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do SUS – Agrupa as causas básicas de morte, segundo a redutibilidade e a intervenção associada, por meio da CID-10. Esta classificação adota o referencial da tecnologia disponível no SUS, independentemente de sua acessibilidade ou de sua disponibilidade em outros setores (prestadores de serviços privados). Portanto, foram excluídas as causas de morte evitáveis por ações não preconizadas ou disponíveis no SUS. Podem ser citadas como exemplo as doenças imunopreveníveis que ainda não foram incluídas no calendário do Programa Nacional de Imunização, como a hepatite A, a varicela e outras (MALTA et al., 2007).
- ⑨ Classificação de Wigglesworth Expandida para a Análise do Óbito Perinatal (fetais e neonatais precoces) – Considera o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde. Portanto, consiste em uma metodologia de avaliação da qualidade perinatal que propõe a classificação da evitabilidade, levando em conta que as intervenções mais efetivas podem estar relacionadas aos procedimentos de rotina dos serviços e não à tecnologia médica complexa (LANSKY et al., 2002).



Para obter maior detalhamento quanto à análise da evitabilidade, consulte o *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*, p. 34-37, e Anexos E e F.

Acesse o manual em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf

Os critérios de evitabilidade são ferramentas que podem sistematizar a classificação dos óbitos como evitáveis ou não na análise dos casos. Vale destacar a importância dos determinantes em saúde, assim como as políticas públicas que são idealizadas para a redução dos eventos que podem levar ao óbito.

Quadro 7 – Classificações de evitabilidade selecionadas para a análise de óbitos infantis e fetais

Seade		Mortes evitáveis por intervenção do SUS		Wigglesworth Expandida (CEMACH, 2005)*	
Grupo 1	Redutíveis por imunoprevenção	1	Causas evitáveis	Grupo 1	Malformação congênita (grave ou letal/potencialmente letal)
Grupo 2	Redutíveis por adequado controle na gravidez	1.1	Reduzíveis por ações de imunoprevenção	Grupo 2	Morte fetal anteparto: mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto
Grupo 3	Redutíveis por adequada atenção ao parto	1.2	Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e no parto e ao recém-nascido	Grupo 3	Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma')
Grupo 4	Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	1.2.1	Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	Grupo 4	Imaturidade/prematuridade
Grupo 5	Redutíveis por parcerias com outros setores	1.2.2	Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	Grupo 5	Infecção
Grupo 6	Não evitáveis	1.2.3	Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	Grupo 6	Outras causas específicas de morte
Grupo 7	Mal definidas	1.3	Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	Grupo 7	Causa externa
Grupo 8	Não classificadas/outras	1.4	Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	Grupo 8	Morte súbita, causa desconhecida
		2	Causas mal definidas	Grupo 9	Não classificada
		3	Demais causas (não claramente evitáveis)		

Fonte: Brasil (2009b).

* Tradução e adaptação: Lansky (2002).

Etapa 3 – Identificação e proposição de medidas preventivas e corretivas relacionadas à assistência e às estatísticas vitais

Esta etapa **objetiva** definir medidas que possam resultar na melhoria da assistência com redução dos óbitos maternos, fetais e infantis e assim evitar novas ocorrências. Também procuram melhorar a qualidade dos registros de atendimentos em estabelecimentos de saúde.

A conclusão da investigação do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do município de residência do(a) falecido(a) e, como já discutimos, deverá ser apoiada pelos responsáveis da vigilância de óbitos do município onde o(a) falecido(a) recebeu assistência ou morreu.

Como foi comentado anteriormente, no caso em que o município de residência do(a) falecido(a) não dispõe de profissionais de saúde, a análise da evitabilidade do óbito e a definição de medidas preventivas são organizadas e executadas pelos setores de vigilância regional ou estadual, ou pelo Comitê Regional ou Estadual de Mortalidade. As conclusões da vigilância de óbito devem retornar para o município de residência do(a) falecido(a) com maior brevidade possível, como forma de garantir a execução das intervenções locais.

É de fundamental importância a inserção do profissional médico nas equipes de vigilância de cada município, qualificando as discussões e as recomendações para a prevenção do óbito.

Para praticar



Identifique se no seu município as ações propostas para a redução da mortalidade materna, fetal e infantil são discutidas de forma integrada entre os diversos setores, e como as ações são encaminhadas e implementadas na rede de atenção à saúde.

Correção das estatísticas oficiais

O objetivo dessa correção é ampliar a cobertura e qualificar os dados que constam no SIM e no Sinasc.

Como já discutido, a melhoria dos registros do SIM e Sinasc possibilita uma análise mais fidedigna da situação de mortalidade, permitindo a avaliação das fragilidades e o planejamento de ações com maior potencial de impacto.

Cobertura

Como estratégia para o aumento da cobertura das notificações de óbitos e nascimentos, realiza-se a busca ativa em estabelecimentos de saúde, cartórios e cemitérios; os dados coletados devem ser digitados nos sistemas de informação correspondentes.

Quando a busca ativa identifica óbitos e nascimentos não registrados no SIM e Sinasc, ou seja, a DO e/ou DN não foram emitidas, todos os esforços para identificação das mesmas devem ser executados. Como última alternativa, pode-se preencher DO e DN epidemiológicas que deverão ser emitidas pela vigilância do município de residência do falecido e processadas no SIM e Sinasc, respectivamente, seguindo recomendações emanadas pela SVS/MS.

No caso de DO e/ou DN emitidas e resgatadas, entretanto não processadas, elas devem ser inseridas no sistema e não gerar DO Epidemiológica.

Especial atenção deve existir nessas situações para evitar a duplicitade de registro, ou seja, inserir na base do SIM e/ou Sinasc um óbito e/ou nascido vivo já registrado.

As DO e DN epidemiológicas possuem os mesmos dados da DO e DN oficial, mas não têm validade para registro civil. Portanto, garantem apenas o conhecimento mais fidedigno da situação epidemiológica.

Completude e causa mal definida

Os dados das DO e DN resgatados durante as diferentes etapas de investigação de óbito devem ser digitados no SIM e no Sinasc com o objetivo de diminuir o percentual de dados ignorados e/ou em branco.

Além disso, há a possibilidade de mudança das causas de óbito, que devem passar por uma nova seleção de causa básica. Esta nova codificação poderá, por exemplo, confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado ou classificar como óbito materno aquele originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil. Para os óbitos em geral, esse procedimento permite especificar melhor a causa de óbito e as futuras medidas de prevenção necessárias.

As correções da causa de óbito serão realizadas apenas do ponto de vista estatístico, não havendo qualquer alteração na Certidão de Óbito em cartório, nem na DO.

Para praticar



Agora que você conhece as fichas sugeridas pelo Ministério da Saúde para a investigação dos óbitos maternos, fetal e infantil, identifique as que são utilizadas no seu local de trabalho. São as fichas preconizadas pelo Ministério da Saúde?

Caso não sejam as mesmas, observe se os campos disponíveis na ficha em uso no seu local de trabalho dispõem das informações obrigatórias para alimentar o módulo de investigação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Etapa 4 – Elaboração de relatórios

Esta etapa objetiva a redação de relatórios apresentando: os dados do processo de investigação, as análises dos óbitos, a evitabilidade das

ocorrências, a disponibilidade de tecnologias para fazer frente ao problema; e ainda as recomendações de medidas para prevenir novos óbitos.

A elaboração do relatório é de responsabilidade da equipe de vigilância do óbito da Secretaria de Saúde, que pode incluir profissionais da assistência, como dito anteriormente, e poderá contar com a colaboração dos demais membros dos Comitês de Mortalidade.

Os dados da investigação dos óbitos devem ser sumarizados em relatório que contenha a descrição do evento (todas as etapas da investigação, incluindo tabelas e gráficos) e as principais conclusões e recomendações, das quais destacam-se:

- ⌚ alcance das metas de realização de investigação de óbito materno, infantil e fetal;
- ⌚ determinantes da ocorrência do óbito, indicando se houve falhas na assistência nos diferentes serviços de saúde e que providências foram ou serão adotadas para a devida correção;
- ⌚ se as medidas de prevenção implementadas, em curto prazo, estão sendo executadas;
- ⌚ descrição das orientações e recomendações, a médio e longo prazos, a serem instituídas tanto pela área de saúde quanto por outros setores;
- ⌚ análise da situação de mortalidade.

Para a elaboração do relatório, empregam-se os dados originados da Ficha Síntese, Conclusões e Recomendações.

Esse relatório deverá ser apresentado em reunião de trabalho para os membros dos comitês, estudiosos do assunto e gestores visando pactuar a execução das medidas para prevenir novos óbitos.

Ficha síntese, conclusões e recomendações

A Ficha de Investigação do Óbito – Síntese, Conclusões e Recomendações – deve ser preenchida ao longo das etapas de investigação, sendo posteriormente discutida no comitê. Na reunião do Comitê de Mortalidade, quando novamente são avaliados os problemas relacionados ao óbito, a evitabilidade e as medidas preventivas necessárias. Outras informações também podem ser acrescidas à ficha.

As informações contidas nessas fichas devem ser inseridas no Módulo de Investigação do Sistema de Informação sobre Mortalidade, que será

descrito a seguir. O acesso ao módulo é restrito aos usuários da SMS cadastrados pelas SES.

O detalhamento das fichas síntese, conclusões e recomendações de óbito infantil e fetal (IF5) e do óbito materno (M5) podem ser lidos no Quadro 8.

Quadro 8 – Instrumentos utilizados na investigação do óbito infantil, fetal e materno

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal Síntese, Conclusões e Recomendações	IF5	Secretaria de Saúde do Município	Identificação do óbito, dados sobre a investigação realizada, características e marcadores selecionados sobre a assistência à gestação, ao aborto, ao parto e ao recém-nascido, causas da morte, problemas identificados nos diversos momentos da assistência, a classificação de evitabilidade e alteração de dados no SIM e no Sinasc.	Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para a análise e a interpretação dos problemas identificados nos diversos momentos da assistência e as recomendações específicas para o caso.
Ficha de Investigação do Óbito Materno Síntese, Conclusões e Recomendações	M5	Secretaria de Saúde do Município	Identificação do óbito, dados sobre a investigação realizada, características e marcadores selecionados sobre a assistência à gestação, ao aborto, ao parto, causas da morte, problemas identificados nos diversos momentos da assistência, a classificação de evitabilidade e alteração de dados no SIM e no Sinasc.	Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para a análise e a interpretação dos problemas identificados nos diversos momentos da assistência e as recomendações específicas para o caso.

Fonte: Brasil (2009a, 2009b).

O prazo limite para a finalização da investigação do óbito pela equipe de vigilância é de no máximo 120 dias a contar da data da ocorrência do óbito. Após o preenchimento da Ficha Síntese, esta é inserida no Módulo de Investigação de Óbito pela SMS em até sete dias.

Módulo de investigação de óbitos materno e infantil

É uma ferramenta criada para registrar os dados da Ficha de Investigação de Óbito Materno, Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações que reúne e organiza de forma sumária os principais dados coletados na investigação para análise e interpretação, com a identificação

dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Este módulo, sob a responsabilidade federal, tem como objetivo o monitoramento da situação do processo de investigação nos municípios e estados.

Nos municípios onde os Comitês de Mortalidade são atuantes, a equipe da vigilância do óbito deverá acompanhar a emissão de relatórios pelos Comitês de Morte Materna, Infantil e Fetal, pois pode haver a necessidade de atualizar o módulo de investigação do SIM.

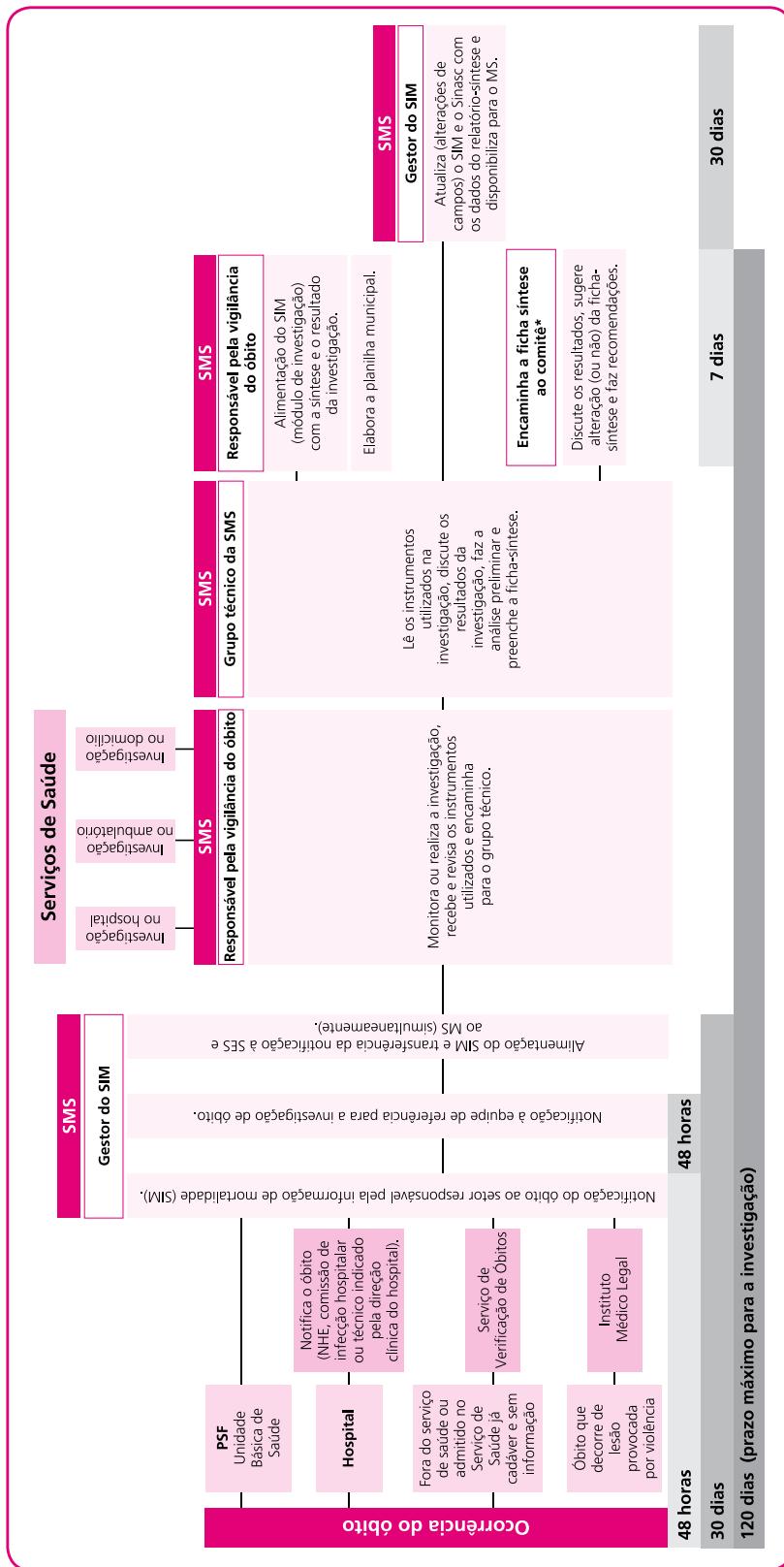
O prazo para o gestor do SIM do município de ocorrência do óbito atualizar e transferir os registros alterados para o Ministério da Saúde é de 30 dias após a conclusão da análise do óbito.

O grupo técnico da vigilância integrado por profissionais da assistência realiza o preenchimento da Ficha Síntese e a primeira análise do óbito para inserir as informações no Módulo de Investigação de Óbito.

Posteriormente, o óbito é encaminhado para discussão em reunião com todos os membros do comitê de mortalidade, e mudanças adicionais podem ocorrer no preenchimento da ficha, como já foi citado.

As Secretarias de Saúde dos municípios que têm comitês de mortalidade atuantes devem envidar esforços para assegurar o estudo conclusivo do óbito. Assim, logo após o término da investigação e da elaboração de resumos dos casos, devem promover reunião com seus membros para analisar ampla e detalhadamente cada resumo do caso e definir medidas que evitem novos óbitos.

A seguir apresentamos o resumo do fluxo e dos prazos estabelecidos para a execução das etapas da vigilância do óbito materno, infantil e fetal.



* O comitê node fazer a análise dos ôbitos investigados depois de encerrado o prazo máximo de investigação de óbitos (120 dias).
Fonte: Brasil (2008; 2010).

Nos manuais *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno* (BRASIL, 2009a) e *Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (BRASIL, 2009b) são sugeridos indicadores para descrever e comparar a situação de mortalidade do município.

No Capítulo 6, já foi apresentada a matriz de indicadores da razão de mortalidade materna e das taxas de mortalidade infantil e perinatal. O Quadro 10 descreve uma lista de novos indicadores com informações sobre método de cálculo, interpretação e uso.

Outros indicadores podem ser construídos, como a característica da mulher (paridade, escolaridade), a assistência pré-natal, o parto e o recém-nascido, entre outros dados disponíveis.

Também é recomendado que o comportamento dos indicadores seja analisado ao longo do tempo.

Atenção especial deve existir para garantir a confidencialidade das informações produzidas no relatório, não permitir a identificação da mulher ou criança, dos profissionais e das instituições de saúde que as atenderam.

Em municípios com baixo contingente populacional, há problemas para o cálculo da razão de mortalidade materna e as taxas de mortalidade infantil e seus componentes. Neste caso é indicado o uso de números absolutos de óbitos.

Para uma análise ao longo do tempo, é recomendado que os números de óbitos infantis e/ou maternos sejam somados por um período mais longo de tempo – por exemplo, em três ou cinco anos consecutivos.

Quadro 10 – Indicadores para empregar na elaboração do relatório

Indicador	Método de cálculo	Interpretação	Uso
Percentual de óbitos investigados, segundo critérios adotados	Número de óbitos investigados dividido pelo número total de óbitos ocorridos multiplicado por 100. Para materno, infantil e fetal.	Mede o cumprimento das metas pactuadas pelos gestores.	Avaliar o desempenho da ação de Vigilância em Saúde e subsidiar o planejamento da mesma.
Número total de óbitos	Contagem do número de óbitos ocorridos. Para materno, infantil e fetal.		Prover o numerador para o cálculo da taxa de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna.
Número total de nascidos vivos	Contagem do número de nascidos vivos ocorridos.		Prover o denominador para o cálculo da taxa de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna. Serve para dimensionar a população-alvo de ações e serviços de saúde da SMS.

Quadro 10 – Indicadores para empregar na elaboração do relatório (cont.)

Indicador	Método de cálculo	Interpretação	Uso
Proporção de óbitos por componentes da mortalidade infantil: neonatal (precoce e tardio) e pós-neonatal	Número de óbitos neonatal dividido pelo número total de óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano multiplicado por 100. Para neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal.	Percentuais elevados de óbitos neonatais estão preponderantemente associados a fatores da gestação e do parto, enquanto, no período pós-neonatal, predominam as causas ambientais.	Medir a participação relativa de cada componente da mortalidade infantil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada componente da mortalidade infantil.
Proporção de óbitos infantis com peso ao nascer maior que 2.500g	Número de óbitos com peso ao nascer maior que 2.500 g dividido pelo número total de óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano multiplicado por 100.	Proporções elevadas de óbitos com peso ao nascer maiores que 2.500 g estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.	Avaliar as ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva e proteção e atenção à saúde infantil e subsidiar o planejamento e gestão dos serviços de saúde.
Proporção de óbitos infantis por prematuridade	Número de óbitos em menores de 1 ano por prematuridade dividido pelo número total de óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano multiplicado por 100.	Proporções elevadas de óbitos por prematuridade estão associadas, em geral, a baixos níveis de assistência materno-infantil.	
Proporção de óbitos de crianças com asfixia ao nascer (Apgar < 7 no 5º minuto de vida)	Número de óbitos em menores de 1 ano com asfixia ao nascer (Apgar < 7 no 5º minuto de vida) dividido pelo número total de óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano multiplicado por 100.	Proporção elevada de óbito por asfixia está associada, em geral, a piores condições assistenciais durante o parto e ao recém-nascido.	Contribuir na avaliação dos níveis de assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido, visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas.
Taxa de mortalidade infantil segundo instituição de ocorrência (SUS e não SUS)	Número de óbitos dos menores de um ano segundo a instituição de ocorrência (SUS e não SUS) dividida pelo número de nascidos vivos segundo a instituição de ocorrência (SUS e não SUS) multiplicada por 1.000.	As diferenças das taxas de mortalidade infantil entre os hospitais são explicadas, em parte, pela gravidade e pelas características dos menores de 1 ano e como também pela adequação do tratamento dos hospitais.	Buscar entender as razões das variações no desempenho dos hospitais na assistência aos menores de 1 ano.
Proporção de óbitos classificados por grupos de causa definidas ou por causas evitáveis (CID, 10ª revisão) em menores de 1 ano	Número de óbitos dos menores de um ano por grupos de causas definidas ou causas evitáveis dividido pelo número total de óbitos de menores de 1 ano, excluídas as causas mal definidas multiplicado por 100. Para afecções originadas no período perinatal, doenças respiratórias e doenças diarreicas, causas evitáveis.	É influenciado por fatores que contribuem para aumentar ou diminuir determinadas causas, alterando a distribuição proporcional, como condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde.	Contribuir na avaliação dos níveis de assistência ao parto, ao recém-nascido e à criança, visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas.

Quadro 10 – Indicadores para empregar na elaboração do relatório (cont.)

Indicador	Método de cálculo	Interpretação	Uso
Razão de mortalidade materna por grupos etários	Número de óbitos maternos segundo grupos etários dividido pelo número de nascidos vivos, segundo grupo de idade da mãe multiplicado por 100.000. Para os seguintes grupos de idade (em anos): 10-14, 15-19, 20-29, 30-34, 35-39, 40-49.	A idade materna pode estar associada a condições de risco ao óbito, que estão mais relacionadas às mães nos dois extremos da distribuição etária.	Analizar as variações populacionais, geográficas e temporais da razão de mortalidade materna por grupos etários, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Avaliar as ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.
Proporção de óbitos maternos por raça/cor	Número de óbitos maternos segundo raça/cor dividido pelo número total de óbitos maternos multiplicado por 100.	Indica a proporção de óbitos maternos por raça/cor. A raça/cor pode estar relacionada a determinadas causas de morte que, por sua vez, estão relacionadas com as condições sociais e econômicas.	Analizar as variações populacionais, geográficas e temporais da razão de mortalidade materna por raça/cor, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
Razão de mortalidade materna segundo a instituição onde ocorreu o óbito (SUS e não SUS)	Número de óbitos maternos segundo instituição onde ocorreu o óbito (SUS e não SUS) dividido pelo número de nascidos vivos segundo a instituição de ocorrência (SUS e não SUS) multiplicado por 100.000.	As diferenças das taxas de mortalidade entre os hospitais são explicadas, em parte, pela gravidade e características das mulheres, como também pela adequação do tratamento dos hospitais.	Buscar entender as razões das variações no desempenho dos hospitais na assistência às mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério.
Razão de mortalidade materna segundo a adequação do número de consultas de pré-natal	Número de óbitos maternos segundo adequação de consultas de pré-natal preconizado pelo MS dividido pelo número de nascidos vivos segundo adequação do número de consultas de pré-natal multiplicado por 100.000. Adequação do número de consultas: 6 ou mais.	É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.	Analizar as variações geográficas e temporais na cobertura e no acesso do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal. Subsidiar processos de planejamento, gestão de ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e o parto.
Razão de mortalidade materna segundo a adequação da idade gestacional no início do pré-natal segundo preconizado pelo Ministério da Saúde.	Número de óbitos maternos segundo a adequação da idade gestacional no início do pré-natal preconizado pelo MS dividido pelo número de nascidos vivos segundo a adequação da idade gestacional no início do pré-natal multiplicado por 100.000. Adequação da idade gestacional no início do pré-natal: até o 4º mês da gestação.		

Quadro 10 – Indicadores para empregar na elaboração do relatório (cont.)

Indicador	Método de cálculo	Interpretação	Uso
Razão de mortalidade materna classificada por causas obstétricas diretas e indiretas ou causas evitáveis	Número de óbitos maternos segundo o tipo de causa obstétrica (diretas ou indiretas) ou causas evitáveis dividido pelo número de nascidos vivos multiplicado por 100.000.	A melhoria nas condições de vida da população e a qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério implica um risco menor da mulher de morrer por causas diretas e evitáveis.	Contribuir para a análise da situação epidemiológica e do nível de saúde da população, identificando questões críticas a serem mais bem investigadas. Avaliar as ações de saúde visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas à saúde da mulher.
Proporção de óbitos maternos classificada por causas obstétricas diretas ou por causas evitáveis	Número de óbitos maternos por causa obstétricas diretas ou causas evitáveis dividido pelo número total de óbitos maternos multiplicado por 100.	Mede a participação relativa (%) das causas obstétricas diretas e causas evitáveis na mortalidade materna.	
Proporção de óbitos conforme problemas identificados após a investigação	Número de óbitos maternos (infantis) por problemas identificados dividido pelo número total de óbitos maternos (infantis) multiplicado por 100,	Mede a participação relativa (%) de cada problema identificado após a investigação.	Analizar os problemas identificados, visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas à saúde da mulher e infantil.

Fonte: Brasil (2009a, 2009b); Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008).

Etapa 5 – Divulgação das informações

O objetivo da divulgação é disseminar os relatórios em cada nível de gestão, valendo-se de meios e canais de comunicação apropriados.

O compromisso com a retroalimentação é uma das questões destacadas ao longo dos últimos capítulos, vamos revisá-los?

O compromisso com o retorno da informação, de forma adequada e oportuna, é um dos pilares do funcionamento do sistema de vigilância. É fundamental essa resposta – ou retroalimentação – às fontes produtoras (estabelecimentos de saúde), demonstrando a sua contribuição no processo.

Adicionalmente, a divulgação do relatório assume valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social, prática que deve ser estimulada e apoiada em todos os níveis e que deve definir os instrumentos de informação, tanto para os profissionais de saúde como para a comunidade.

A credibilidade do sistema depende de que os profissionais de saúde e as lideranças comunitárias se sintam participantes e contribuintes. Além de motivar os notificantes, a retroalimentação do sistema propicia a coleta de subsídios para reformular normas e ações nos seus diversos níveis, assegurando a continuidade e o aperfeiçoamento do processo.

A organização de boletins informativos, encaminhados aos gestores de saúde em todos os níveis, pode auxiliar na obtenção de apoio institucional e logístico tanto para a realização da investigação quanto para aprimorar as medidas de prevenção dos óbitos.

Deve ser promovida a interlocução permanente da equipe de vigilância de óbitos e/ou dos comitês com os gestores da saúde, com vistas à sua participação na elaboração de estratégias de redução da mortalidade materna, infantil e fetal e de interferência eficiente nas políticas públicas dirigidas às necessidades da população.



Igualmente importante é distribuir os boletins informativos para outros setores de governo, com vistas a uma atuação intersetorial direcionada à promoção das condições de vida da população e à interferência sobre os determinantes sociais da mortalidade materna, fetal e infantil. Um trabalho contínuo de divulgação das informações também deve ser feito junto a entidades científicas, a exemplo da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Associação Brasileira de Obstetras e Enfermagem Obstétrica, Sociedade Brasileira de Pediatria, escolas médicas, de enfermagem, gestores, Conselhos de Saúde e de Direitos da Mulher e da Criança, Rede Feminista de Saúde, entre outras instituições da sociedade civil organizada e afeitas ao tema.

Devem ser considerados ainda os canais de divulgação, como publicações médicas e de saúde, sítios das secretarias de saúde e do Ministério da Saúde na internet, revista, boletins epidemiológicos, publicações oficiais do Sistema de Saúde e outros meios de comunicação.

Para praticar



Ciente da importância da vigilância do óbito materno, infantil e fetal e do passo a passo de uma vigilância do óbito, pesquise nos manuais do MS as atribuições das diversas esferas de governo e reflita se, no âmbito do seu trabalho, elas estão sendo cumpridas.

Planejamento das ações de vigilância do óbito materno, infantil e fetal

Para a adequada coordenação da vigilância do óbito materno, infantil e fetal no município, o profissional responsável deverá organizar as diferentes atividades de forma articulada e interdependente, realizada por diversos profissionais lotados nos diferentes níveis de gestão do SUS e até mesmo de outros municípios.

Os métodos para apreender o conhecimento disponível sobre a mortalidade e seus determinantes foram discutidos nos Capítulo 2, 3 e 4 da Parte I do livro; e a descrição das funções da vigilância do óbito e as atribuições e competências de cada profissional envolvido foram apresentadas nos Capítulos 5, 6 e também neste capítulo.

Os seguintes requisitos são necessários:

- a) Apreender o conhecimento disponível acerca da situação de mortalidade e seus determinantes.
- b) Definir, com os gestores de saúde, as atribuições e competências de cada profissional nas diferentes funções da vigilância do óbito.
- c) Realizar a capacitação de todos profissionais envolvidos na investigação do óbito.
- d) Prever a necessidade de viagens, insumos (incluindo as fichas de investigação do óbito) e outros recursos que dependam da aprovação de terceiros, para tomar as devidas providências.
- e) Disponibilizar o material necessário para a atuação no campo de investigação (fichas de investigação do óbito e cópias da DO e/ou DN do (a) falecido(a)).

Capacitação dos profissionais de saúde da equipe de vigilância do óbito do município

Grande parte do sucesso da vigilância do óbito depende da qualidade do processo de trabalho da equipe municipal.

O objetivo da capacitação é tornar todos os profissionais de saúde familiarizados com os procedimentos sob sua responsabilidade e com a aplicação das Fichas de Investigação de Óbitos.

A seguir, sugerimos alguns tópicos para a capacitação teórico-prática desses profissionais:

- Situação da mortalidade materna, infantil e fetal no município;
- Vigilância do óbito no município: etapas, atribuições e competências de cada profissional no processo de investigação;
- Leitura cuidadosa de cada ficha de investigação;
- Prática – realização de uma investigação de óbito e etapas subsequentes;
- Discussão das dúvidas e dos problemas vivenciados durante a atividade prática.

Para refletir

Com base na experiência do seu município ou local de trabalho: a quem compete a vigilância do óbito materno, infantil e fetal? Quais os atores envolvidos? Quais as etapas a serem seguidas?

Considerações finais

Com a leitura deste capítulo, reconhecemos a importância das ações de vigilância, com ênfase na ampliação dos objetos da vigilância epidemiológica – não mais restritos às doenças transmissíveis – para outros agravos, como a vigilância do óbito materno, infantil e fetal.

Apreendemos também que a utilização do método epidemiológico para a investigação dos óbitos qualifica o processo de coleta e análise dos dados, visando garantir a representatividade dos registros e a oportunidade das informações para o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da assistência às mulheres e às crianças.

A prática da vigilância requer profissionais capacitados, tanto aqueles responsáveis pela execução das ações de vigilância como os que atuam

na assistência. Requer ainda fluxos definidos e organizados, de modo que a informação coletada no nível local seja disponibilizada aos demais níveis de forma qualificada e oportuna. Portanto, a vigilância do óbito realizada de forma sistemática e integrada aos diferentes setores permite a construção de indicadores para o monitoramento da situação da mortalidade materna, infantil e fetal, gerando informação para as instâncias responsáveis pela definição das diretrizes e políticas e para a sociedade civil exercer o controle social.

Referências

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Metas e indicadores para composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública*: caderno. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jan. 2010a. Seção 1, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 ago. 2010b. Seção 1, p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 65-69, 23 dez. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Instrutivo: busca direcionada de registro de nascimentos e óbitos em municípios da Região Nordeste e Amazônia Legal*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Instrutivo_Busca_Direc_Obitos_e_Nasc_jan_2011.pdf>. Acesso em: dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Instrutivo para preenchimento da programação das ações de vigilância em saúde nas unidades federadas: 2010/11*. Brasília, DF, 2010c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de preenchimento das fichas de investigação do óbito infantil e fetal*. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de preenchimento das fichas de investigação do óbito materno*. Brasília, DF, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, DF, 2009b.

DRUMOND, J. M. *Epidemiologia e saúde pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal*. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

LANSKY, S. et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: dez. 2012.

LEAL, M. C. et al. *Condições de nascimento, de assistência ao parto e aos menores de um ano em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil e no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais*. [S.l.: s.n.], 2011. Questionário domiciliar: orientações ao entrevistador. Projeto FAPEMIG nº CDS – 224/2009. Mimeografado.

MALTA, D. C. et al . Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 4, p. 233-244, dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2012.

PALMEIRA, G. Epidemiologia. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *New England Journal of Medicine*, London, v. 294, p. 582-588, 1976.

SILVA JÚNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância e Saúde*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1725-1736, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2012.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em Saúde Pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 3, p. 7-26, jul./set. 1998.

WALDMAN, E. A. *Vigilância como prática de saúde pública*. 1991. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

8. Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde

*Paulo Germano de Frias, Leila Monteiro Navarro,
Sonia Maria Soares dos Santos, Marcos Augusto Bastos Dias e
Regina Coeli Viola*

Os comitês de prevenção do óbito materno, infantil e fetal, mais que uma estratégia de vigilância de óbitos, é um instrumento de controle social da qualidade de atenção à saúde prestada à mulher e à criança.

A instituição dos comitês de morte materna como estratégia para a redução da mortalidade teve início na década de 1930, nos Estados Unidos, com a implantação de Comitês de Mortalidade Materna, seguidos pela Inglaterra na década de 1950. Em meados da década de 1990, quase todos os países dispunham de Comitês de Morte Materna e/ou sistemas de vigilância das mortes maternas.

A instauração dos comitês foi impulsionada por eventos como a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco (Safe Motherhood Conference), realizada em Nairóbi, em 1987, e a 23^a Conferência Sanitária Pan-Americana, em Washington, em 1990, ambas consideradas marcos históricos. Tais conferências chamaram a atenção do mundo para a mortalidade materna, contribuindo para sua inclusão na agenda de discussão de problemas de saúde pública. Na conferência em Washington, os países signatários comprometeram-se a formular planos nacionais para reduzir em 50% o valor deste indicador. Entre as estratégias para alcançar a meta estava a implantação da vigilância epidemiológica da morte materna nos diversos níveis (nacional, regional e local).

Na América Latina, em meados da década de 1990, quase todos os países disponham de comitês de morte materna e/ou da vigilância das mortes maternas. No Brasil, a atuação do Ministério da Saúde teve início em 1987, apoiando a implantação de comitês de morte materna como uma das estratégias do Paism para reduzir a morbimortalidade feminina.

Ao longo da construção da experiência brasileira, consolidaram-se algumas etapas da vigilância do óbito como atividade dos comitês. O *Manual dos comitês de mortalidade materna*, em suas três edições (1994, 2000 e 2007), foi instrumento que contribuiu para a consolidação da estratégia. Da mesma forma, o primeiro Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, publicado em 2004, referendou essa estratégia.

Como foi estudado no capítulo anterior, com base nas experiências municipais e estaduais que tentaram delimitar com maior precisão os papéis da Vigilância do Óbito nas Secretarias de Saúde e dos Comitês interinstitucionais, o Ministério da Saúde lançou nova versão do *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*, em 2008, e do *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*, em 2010.

As etapas da vigilância do óbito materno, infantil e fetal foram discutidas no capítulo anterior. Neste capítulo, nosso objetivo é delimitar as atribuições dos Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal na Vigilância do Óbito.

Os manuais citados fornecem instrumentos para reorganizar o processo de trabalho internamente nas secretarias de saúde e valorizam o trabalho dos comitês como instâncias de controle social. Ao longo dos textos, são discutidos os aspectos relacionados aos Comitês de Mortalidade Materna e aos de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, à luz das Portarias do Ministério da Saúde, que regulamentam a Vigilância do Óbito Materno e do Óbito Infantil e Fetal. Essas portarias implicaram a reorganização do processo de trabalho em Secretarias de Saúde dos municípios e estados com repercussão diferenciada nas atividades dos comitês.

Comitês de mortalidade materna e de prevenção do óbito infantil e fetal: aspectos conceituais, objetivos e atribuições

Como vimos na Parte I deste livro, a mortalidade materna, infantil e fetal são eventos associados aos determinantes sociais que afetam sua magnitude e distribuição.

A mortalidade materna, infantil e fetal, além de expressar os níveis de saúde, reflete as condições de vida, as desigualdades sociais, a ausência ou fragilidade de políticas sociais e leis que garantam os direitos de cidadania e a participação social em cada região ou país.

Para entender o significado das relações do conjunto de fatores identificados na determinação do óbito materno, infantil e fetal, foi proposto o modelo teórico de análise dos determinantes, especificamente para o materno e o infantil. A construção dos modelos visa integrar os fatores sociais, biológicos e de comportamento e elucidar as relações que

se estabelecem entre eles e, assim, contribuir para o entendimento da ocorrência da morte materna, infantil e fetal.

Os modelos são bastante úteis não apenas para uma compreensão ampliada do fenômeno da morte materna, como também para ajudar a vigilância dos óbitos pelos serviços de saúde e a atuação dos comitês de mortalidade. Eles permitem rastrear os múltiplos fatores e dimensões que contribuíram para a ocorrência dos óbitos.

Partindo desses pressupostos, a redução da mortalidade materna, infantil e fetal exige ações e intervenções do setor saúde, assim como a aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas nos diferentes níveis de gestão. Com essa visão, o setor saúde trabalha institucionalmente a intersetorialidade, e as políticas públicas efetivas são construídas em parcerias.



Por conta disso, os Comitês de Morte Materna, Infantil e Fetal são de natureza interinstitucional, multiprofissional, confidencial, não coercitivos ou punitivos, com caráter formativo e educativo. São constituídos por instituições governamentais e da sociedade civil organizada, que desenvolvem ações nas áreas de saúde da mulher, do adolescente e da criança. Funcionam, portanto, como uma importante estrutura de controle social. É importante destacar que os óbitos discutidos nas reuniões dos comitês não são identificados, preservando a confidencialidade das informações de acordo com os preceitos éticos estabelecidos na legislação: Código de Nuremberg (TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NUREMBERG, 1947); Declaração de Helsinque (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964); Resolução CNS 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996); Declaração

Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005); Resolução do CFM n. 1.215 e Resolução do Código de Ética Médica n. 1.246 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1985, 1988).

Breve histórico do controle social na saúde

Como lemos no Capítulo 1, “A construção do direito à saúde no Brasil”, as ações de saúde que integram o SUS obedecem à seguinte diretriz: participação popular visando o controle social.

A Constituição Federal de 1988 assegura que a população, por meio de suas entidades representativas, participe tanto do processo de formulação das políticas de saúde como do controle de sua execução nos serviços de saúde em todos os níveis de governo, ou seja, desde o federal até o municipal.

Por essa razão, essas instituições de saúde e os governos passam a ter o dever de fornecer informações para que a população se posicione de forma consciente sobre as questões que dizem respeito ao direito à sua saúde.

No SUS, em cada esfera de governo, os Comitês de Mortalidade são as instâncias colegiadas de participação popular especificamente designadas para discutir a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

Atribuições dos comitês

Os comitês de prevenção da mortalidade, materna ou infantil e fetal têm como objetivos:

- ⑨ **Gerais** – Mobilizar diferentes parceiros para a redução de óbitos por meio da articulação entre instituições do poder público e da sociedade civil, exercendo, assim, o controle social e garantindo a realização das ações propostas.
- ⑨ **Específicos** – Identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência; avaliar a situação e distribuição dos óbitos maternos, seus componentes e fatores de risco; realizar a análise da evitabilidade do óbito; avaliar a qualidade da assistência prestada à mulher pelos serviços de saúde; identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade materna e melhoria dos registros de saúde; definir e caracterizar os óbitos evitáveis como eventos-sentinela; envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, infantil e fetal e sua repercussão na sociedade; construir um processo

de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na área de atuação dos serviços; divulgar a magnitude e a importância da mortalidade materna na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos para todas as instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas; promover a interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas; estimular a organização de outros comitês de morte materna.

Qual o diagnóstico da situação dos comitês no país?

No Brasil, a implantação dos primeiros comitês municipais de mortalidade materna ocorreu em 1988, nos estados de São Paulo, Paraná, Goiás e Rio de Janeiro.

Dados do Ministério da Saúde, em 1998, indicavam que, embora 27 comitês estaduais de morte materna tivessem sido implantados no período de dez anos, apenas 14 permaneciam em atividade, nove estavam em fase de reestruturação e quatro encontravam-se desativados, ou seja, os Comitês Estaduais de Morte Materna no Brasil apresentavam dificuldades no que se refere à sua manutenção.

Já a implantação de Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal no país foi impulsionada, em 1995, pelo lançamento do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil. Pouco depois, havia comitês implantados em 20 estados e em diferentes estágios de organização. Passados quatro anos, parte expressiva dessas primeiras experiências foi desarticulada.

Em 2003, a reativação da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, por meio de inúmeras iniciativas, favoreceu a retomada da implementação de comitês de mortalidade materna no país. Como consta na Tabela 1, entre 2001 e 2005 foi observado um avanço no número de comitês, sobretudo nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste. Na época, 22 estados investigavam todos os óbitos de mulheres em idade fértil. Minas Gerais, Sergipe, Paraíba, Alagoas, Ceará e Maranhão foram os estados que mais avançaram no processo de implantação dos comitês. Paradoxalmente, nos estados da Região Norte, onde o sub-registro e a subinformação de óbitos representam um problema (já apontado ao longo do livro), a implantação de comitês menos progrediu.

Tabela 1 – Número de Municípios/Regionais com Atividade de Vigilância do Óbito Materno por Região

Região	Municípios		Regionais	
	2001	2005	2001	2005
Sul	399	399	28	37
Sudeste	13	10	7	24
Centro-Oeste	2	15	9	30
Nordeste	67	523	11	27
Norte	14	4	0	2
Total	495	951	55	120

Fonte: Brasil (2007b).

Em 2007, uma pesquisa em todo o Brasil foi realizada com o objetivo de traçar um diagnóstico acerca da atuação dos comitês. Fizeram parte da amostra 248 municípios com população de 80.000 habitantes ou mais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e naqueles com a mesma população e taxas de mortalidade infantil superior a 15 óbitos por 1.000 nascidos vivos, localizados nas regiões Sudeste e Sul do país (BRASIL, 2009a).

A análise dos resultados confirma o aumento do número de comitês implantados e aponta as diferenças inter-regionais existentes. Em metade dos municípios visitados havia comitês atuantes. A maior proporção deles estava localizada na região Sudeste (74,5%), enquanto na região Norte era de apenas 16,7%. A disparidade entre essas regiões foi encontrada também no que se refere à existência do Comitê de Morte Materna: a região Sudeste apresentava a maior proporção (78,6%), e a região Norte, a menor (26,7%) (BRASIL, 2009a).

Quanto à melhoria da qualidade da informação, a região Sul apresentou a maior proporção de municípios que realizam a correção da causa básica no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), enquanto na região Centro-Oeste essa proporção foi de 34,8%. A pesquisa (BRASIL, 2009a) apontou ainda o boletim como o principal meio de divulgação dos dados obtidos pelos comitês em todas as regiões do país.

A estratégia relacionada à implantação de Comitês de Mortalidade Materna ou de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, desde a sua proposição, tem tido uma boa adesão. No entanto, a sua existência ao longo de pouco mais de duas décadas tem sido permeada de avanços e retrocessos condicionados por: maior ou menor envolvimento do movimento social organizado, em particular o movimento de mulheres; capacidade

de indução do poder público; disposição das autoridades sanitárias em promover estratégias; existência de profissionais com interesse no tema, entre outras variáveis dinâmicas e mutáveis de acordo com os contextos federal, estadual e municipal.

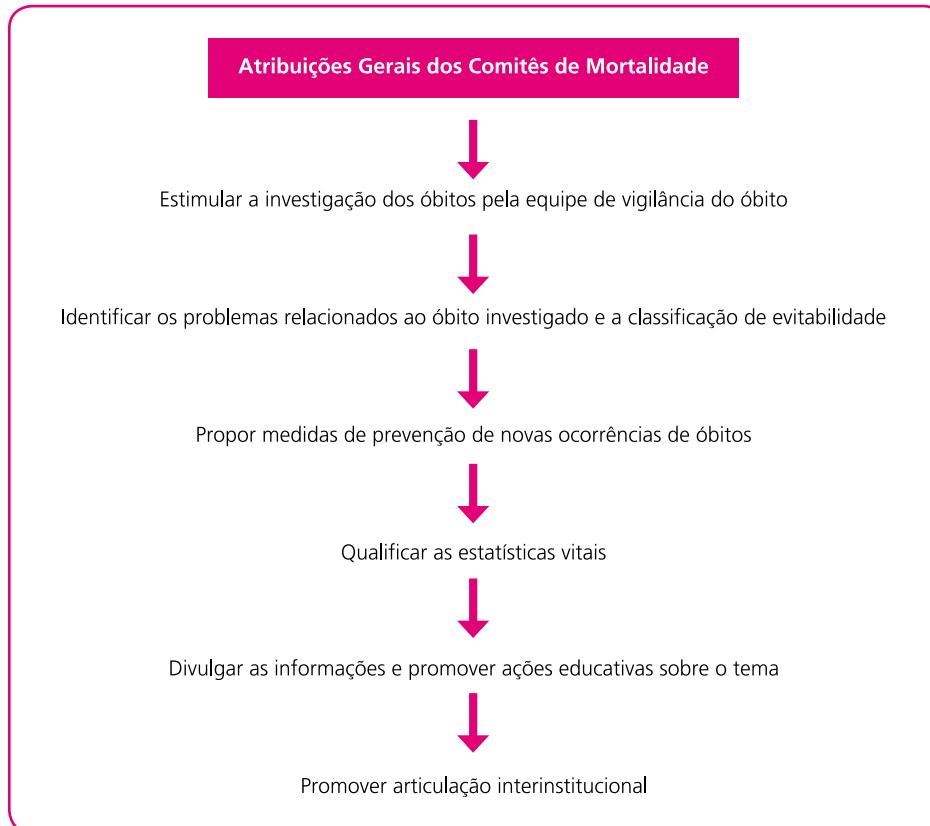
Para praticar



Identifique se no seu município e estado existem Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal. E, nos hospitais do seu município, quais possuem comitês ou comissões de óbito? No caso de existirem comitês, procure conhecer a sua composição e as suas atribuições.

A Figura 1 apresenta uma síntese das atribuições gerais dos comitês.

Figura 1 – Atribuições Gerais dos Comitês de Mortalidade



Vejamos com mais detalhes cada uma dessas atribuições.

Estimular a investigação dos óbitos pela equipe de vigilância do óbito

Os comitês devem incentivar a investigação dos óbitos pelos profissionais de saúde que compõem a equipe de vigilância do óbito das secretarias de saúde de municípios. As informações originárias da investigação do óbito destinam-se a identificar as causas dos óbitos e seus determinantes sociais, econômicos e de saúde, além de permitir a adoção de medidas de controle e a redefinição das políticas públicas que impactam a saúde de mulheres e crianças.

Identificar os problemas relacionados ao óbito investigado e a classificação de evitabilidade

Após o término da investigação dos óbitos, em reunião periódica é realizada a análise do óbito. Nesta etapa, o objetivo é avaliar criticamente os possíveis problemas ocorridos.

O problema pode ser entendido como algo pré-existente, porém passível de solução. Trata-se de um objeto que dá margem à discussão e à descoberta de uma ou mais alternativas de solução. Pode estar relacionado às condições físicas da mulher e da criança, às questões socioeconômicas, culturais e geográficas nas quais os grupos estão inseridos e quanto às práticas e serviços disponíveis. O modelo teórico da análise dos determinantes do óbito materno, infantil e fetal, como já discutido, pode ser empregado para o entendimento dos problemas que culminaram na ocorrência dos óbitos.

Os problemas por parte dos profissionais de saúde podem estar relacionados à:

- **Negligência** – Falta de cuidado, de aplicação, de exatidão; descuido, displicência, desatenção. Falta não intencional daquele que se omitiu no cumprimento de um ato de sua responsabilidade.
- **Imperícia** – Falta de habilidade, experiência ou destreza; incompetência.
- **Imprudência** – Ato contrário à prudência. Inconveniência, inadvertência, indiscrição, temeridade.

Propor medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos

Ao concluir os problemas envolvidos na ocorrência do óbito, o próximo passo do Comitê é recomendar aos gestores e profissionais envolvidos na assistência à saúde de mulheres e crianças, e em outros órgãos fora do setor saúde, intervenções e ações capazes de evitar a ocorrência de novos casos.

Considerando a palavra **prevenção** como uma disposição prévia ou uma opinião antecipada de algo e **medida** como uma providência ou algo que se deseja alcançar, podemos definir **medidas de prevenção** como as ações que podem ser utilizadas para evitar que algo aconteça.

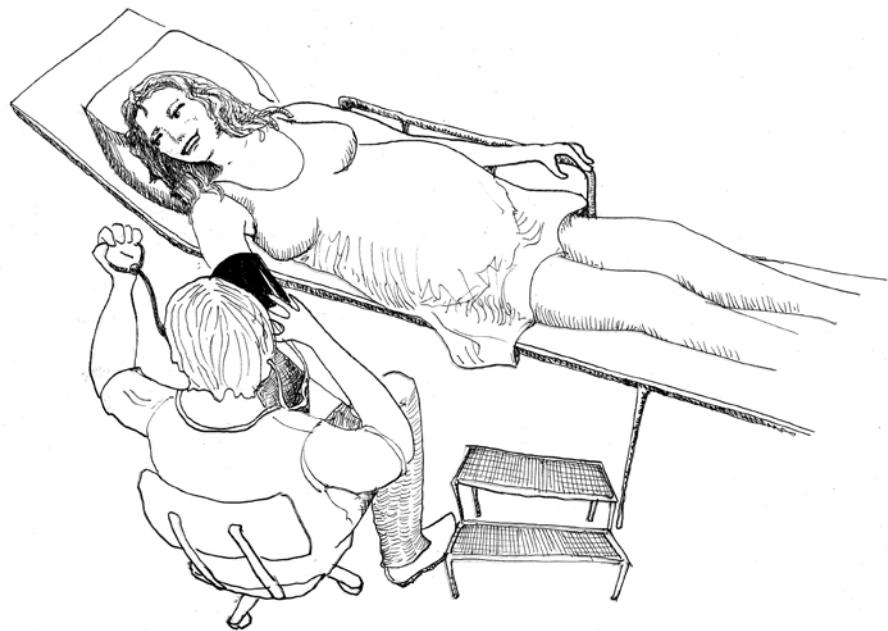
A prevenção significa a visualização antecipada dos riscos e a tomada de decisões que possam remover ou reduzir os efeitos de um possível dano. Pode-se dizer que prevenção é um processo contínuo, um caminho a ser trilhado para atingir uma efetividade cada vez maior no controle do risco eminente.

Consideramos como medidas de prevenção todas as que possam evitar o óbito. Essas medidas podem ser:

- ⑨ **Específicas**, quando são mais técnicas e direcionadas a determinado problema de saúde (como por exemplo, a disponibilidade de sangue para os usuários de um hospital).
- ⑨ **Inespecíficas**, quando o foco é amplo e generalizado, visando à promoção de um bem maior (como, por exemplo, o saneamento básico de uma região para diminuir casos de diarreia).

Pode-se dizer que as medidas direcionadas à prevenção dos óbitos maternos, infantis e fetais evitam a ocorrência de novos casos, uma vez que:

- ⑨ promovem educação em saúde: por meio da educação sanitária, dos hábitos saudáveis de vida e cuidados com a saúde e proteção específica pela assistência pré-natal e do acompanhamento de saúde da criança pela puericultura;
- ⑨ potencializam o diagnóstico e tratamento precoces: pela realização de exames periódicos e intervenção médica e cirúrgica oportuna;
- ⑨ propiciam a limitação do dano: promovendo o acesso facilitado aos serviços de saúde e os cuidados de saúde de forma adequada.



As medidas de prevenção dos óbitos maternos, fetais e infantis podem estar relacionadas a:

- ⑨ **Atuação dos profissionais de saúde** – Alguns casos de morte estão relacionados a problemas decorrentes do conhecimento inadequado da área, falta de compromisso, ponderação e baixa qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. São problemas que merecem maior atenção dos gestores de saúde e dos órgãos de classe (conselhos regionais e sociedades científicas). As medidas de prevenção compreendem estímulos à atualização do conhecimento, troca de opiniões e experiências e a organização de Comissões de Óbitos nos estabelecimentos de saúde.
- ⑨ **Estrutura das Unidades de Saúde em todos os níveis de atenção** – As condições do hospital, seus equipamentos e o seu funcionamento são fundamentais para a qualidade do cuidado, bem como a equipe técnica. Os gestores das Unidades de Saúde são responsáveis pelo funcionamento da instituição no que se refere à organização e supervisão do processo de trabalho e ao provimento e manutenção de recursos materiais e principalmente recursos humanos com qualidade.
- ⑨ **Medidas educativas e informativas** – Os profissionais de saúde são responsáveis em oferecer à população informação de qualidade para viabilizar o acesso aos conhecimentos necessários para a transformação de suas práticas em saúde. É importante incentivar

nos familiares, pais e cuidadores a responsabilidade em buscar as informações necessárias para o autocuidado e o cuidado com a saúde da mulher e criança no que tange à busca de assistência como medida preventiva e realização dos tratamentos indicados.

A prática de educação e saúde envolvendo profissionais e população é imprescindível para que a mulher ou os pais percebam a importância do acompanhamento dos profissionais, tanto no tratamento como na promoção e manutenção da saúde.

⑨ **Medidas sociais** – Englobam a melhoria das condições de vida e das condições relacionadas à saúde como o acesso ao saneamento básico, escola, atividades profissionalizantes, lazer e esporte.

Além de propor medidas de prevenção, é desejável que os comitês acompanhem a formulação de Planos de Ação que tenham como objetivo o enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal e o monitoramento das ações e atividades propostas.

Para refletir

Existe Comitê de Mortalidade no seu município? Caso não esteja implantado, que dificuldades você apontaria para a implantação do comitê em seu município?

Qualificar as estatísticas vitais

O acompanhamento da correção dos dados vitais pelos setores competentes das secretarias de saúde dos municípios é outra atribuição de grande relevância dos comitês, porque o aumento da identificação de óbitos amplia a cobertura do SIM e/ou Sinasc, e a correção dos dados do SIM, relativos à causa básica, endereço de residência, peso ao nascer, entre outros, torna a análise mais próxima do real.

Vamos trazer alguns textos apresentados nos Capítulos 2, 3 e 4 – “Saúde da mulher”, “Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade” e “Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis” – que destacaram as implicações da qualidade dos dados do SIM e Sinasc para descrever a magnitude e a distribuição do óbito materno, infantil e fetal mais próximas do real e, assim, propor medidas efetivas.

“Saúde da mulher” (Capítulo 2)

Desigualdades de gênero e socioeconômicas como fatores de vulnerabilidade: a mortalidade materna no Brasil e no mundo. Segundo ►

o Ministério da Saúde, na publicação Saúde Brasil-2009, a RMM, em 1990, era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No ano de 2000, conseguiu reduzir à metade esse nível de mortalidade, com 74 mortes por 100 mil nascidos vivos. Porém, de 2000 a 2007, a RMM praticamente se manteve sem grandes variações.

Para as autoras, o comportamento observado refletia dois grandes conjuntos de fatores. O primeiro associado à expansão da rede básica de saúde; ao aumento da cobertura dos serviços de planejamento reprodutivo e do pré-natal; e ao maior acesso e à qualificação da assistência hospitalar ao parto e puerpério. E o segundo, relacionado aos investimentos do Ministério da Saúde para melhorar a cobertura e qualidade dos dados de morte materna, que contribuíram para maior captação e identificação de óbitos maternos nos últimos anos.

"Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade" (Capítulo 3)

No Brasil, o número de óbitos infantis é obtido do SIM e o número de nascidos vivos do Sinasc.

Para os estados em que estes sistemas são avaliados como adequados em cobertura e regularidade, o cálculo da taxa de mortalidade infantil é direto, ou seja, são confiáveis os dados do SIM e do Sinasc. Procedimento recomendado para sete estados (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul) e no Distrito Federal.

Para os estados restantes, o número de óbitos infantis e nascidos vivos registrados respectivamente no SIM e no Sinasc são menores que os números reais de óbitos infantis e nascidos vivos ocorridos. Os sistemas são avaliados como inadequados em cobertura e regularidade. É o caso dos estados das regiões Norte e Nordeste e de Mato Grosso e Minas Gerais. A taxa de mortalidade é estimada utilizando os dados informados ao SIM e ao Sinasc corrigidos por fatores de correção, obtidos a partir dos resultados da pesquisa especial de busca ativa realizada nas regiões Norte e Nordeste e no Mato Grosso (SZWARCWALD et al., 2011a).

"Mortalidade fetal – mortes invisíveis e evitáveis" (Capítulo 4)

No caso brasileiro, vários preceitos que asseguram a qualidade da informação e das taxas de mortalidade fetal fidedignas ainda não foram alcançados, limitando, portanto, a utilização da taxa de mortalidade fetal: não valorização do registro da morte fetal; dados não preenchidos e ignorados da DO de óbitos fetais (morte em relação ao parto: antes ou durante o trabalho de parto, duração da gestação e peso ao nascer). ■

Divulgar resultados e promover ações educativas sobre o tema

Concluída a análise dos óbitos, os comitês municipais deverão elaborar relatórios próprios e enviá-los para os comitês regionais/estaduais. A periodicidade do envio do relatório para o comitê estadual, semestral ou anual deverá ser acordada.

O relatório deverá conter os estudos dos óbitos analisados e as medidas de prevenção propostas para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal na área de abrangência do comitê. Considerando a necessidade da confidencialidade dos dados, deve-se atentar para a não identificação da mulher ou criança e dos profissionais e instituições de saúde que a atenderam, a fim de evitar problemas ético-legais.

A divulgação dos resultados deverá alcançar as autoridades de saúde, entidades científicas, escolas médicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, sociedade civil organizada e sociedade de forma geral. A divulgação de resultados, a discussão de casos e a educação continuada são ações que devem ser desenvolvidas pelos comitês com vistas a sensibilizar todos os envolvidos na busca pela redução das taxas de mortalidade materna, infantil e fetal.

Deverá ser feita utilizando-se os diversos canais de divulgação, como publicações médicas e de saúde (revistas, boletins, entre outros), publicações oficiais do Sistema de Saúde e demais meios de comunicação. Naturalmente a linguagem adotada no relatório será condicionada a que público se destina a informação.

Talvez o principal desafio dos comitês no que tange ao seu papel educativo é desnaturalizar a morte materna, infantil e fetal, ratificando sua ocorrência como grave violação do direito à vida e à saúde.

Para os profissionais de saúde, a educação continuada deve estar voltada para o correto preenchimento dos registros de saúde como: DN, DO, prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança. Por meio da discussão ampliada das circunstâncias de ocorrência do óbito na área de atuação dos profissionais, é estimulada a crítica contextualizada e transformadora.

Promover articulação interinstitucional

Considerando que a redução da mortalidade materna, infantil e fetal exige ações e intervenções do setor saúde, assim como a aliança com outros

setores que elaboram e implementam políticas públicas nos diferentes níveis de gestão, tornam-se imprescindíveis:

- ⑨ a interlocução entre comitês, gestores e demais setores/instituições envolvidos com a saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e das crianças;
- ⑨ a participação de diferentes instituições na elaboração dos planos anuais de redução da mortalidade materna, infantil e fetal, como também no planejamento e na implementação de políticas efetivas voltadas para a redução da mortalidade desses grupos.

Para refletir

A redução da mortalidade materna, infantil e fetal faz parte da agenda política do seu estado e/ou do seu município?

Composição dos comitês de prevenção do óbito materno, infantil e fetal nos âmbitos municipal, estadual e regional

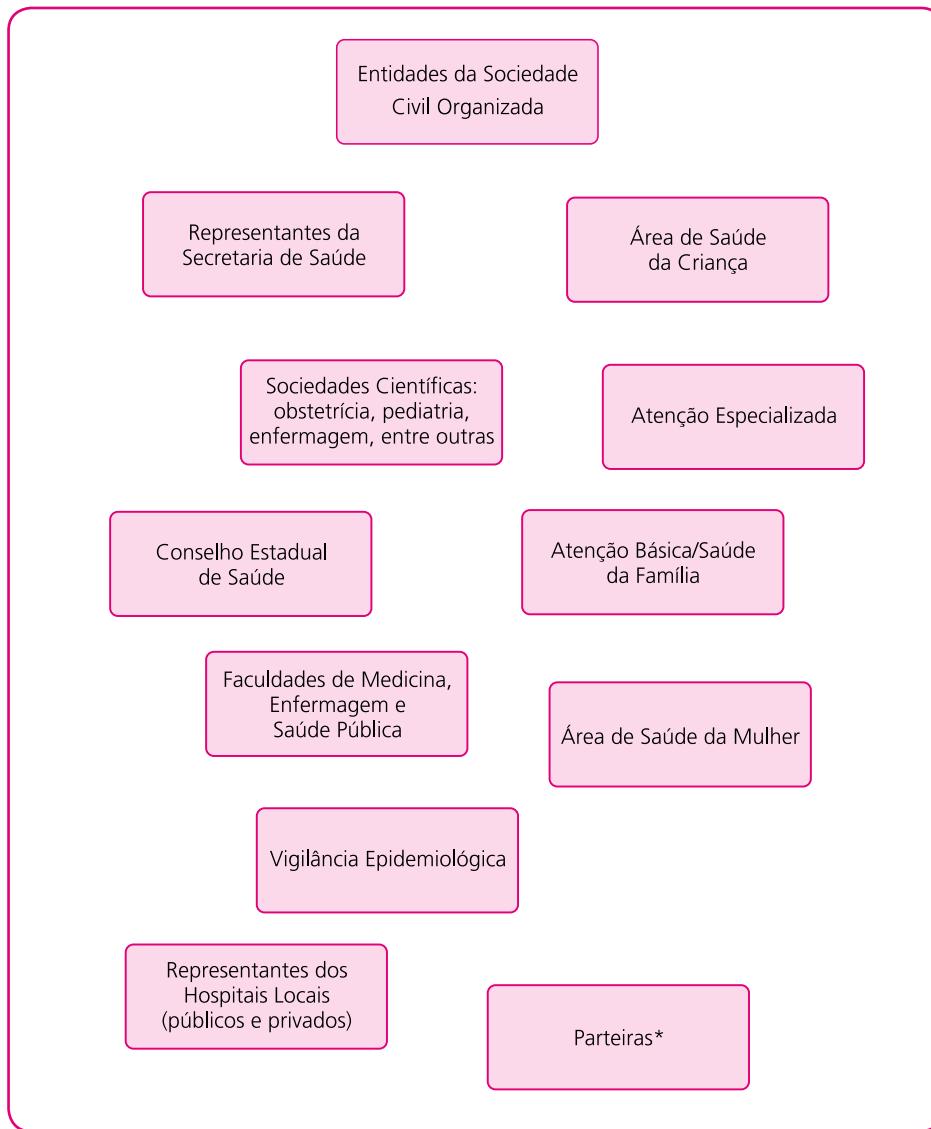
A composição dos comitês nas três instâncias de governo difere de acordo com o grau de organização da população e o número e a estrutura das instituições envolvidas com a saúde da mulher e da criança. Todavia é de fundamental importância que seja mantida a característica interinstitucional e multiprofissional de sua composição.

Da participação e do comprometimento dos envolvidos depende a efetividade das ações dos comitês.

Deverão estar representadas as diversas instituições envolvidas no atendimento à mulher e à criança; profissionais de saúde que fazem o registro de eventos vitais; representantes de instituições de ensino e de movimentos da sociedade organizada, ligados aos direitos de mulheres e crianças (Figura 2).

Em que pesem atuações pendulares de muitos dos comitês, sua implantação se traduz, indiscutivelmente, em avanço para a saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e das crianças, além de demonstrar a necessidade premente de seu fortalecimento.

Figura 2 – Composição básica do comitê regional/estadual/municipal de óbito materno, infantil e fetal



Nota: * O Manual dos comitês de mortalidade materna (BRASIL, 2007a) recomenda que os municípios que têm parteiras contemplem sua representação no comitê municipal.

É importante ressaltar que, em municípios menores, a inexistência de representações de muitas dessas entidades não impede a organização dos comitês. Nesses casos eles serão compostos por profissionais que possam ser capacitados para tal função.

Estruturação e organização dos comitês

Com vistas à garantia dos seus objetivos precípuos, os comitês devem ser constituídos e organizados de forma a se manterem autônomos e independentes.

Embora exista autonomia para a organização e implantação dos comitês nos níveis estadual e municipal, é necessário que os mesmos sejam vinculados às secretarias estaduais e municipais de saúde, de forma a obter o apoio administrativo e a assessoria técnica necessária para o desenvolvimento de suas atividades.

Etapas para a implantação dos comitês

O processo se desenvolve em três fases:

- ⑨ **Sensibilização de gestores, profissionais, instituições de saúde e entidades da sociedade civil** – Nessa etapa, a estratégia adotada é a realização de seminários ou oficinas para debater a importância dos comitês para a redução da mortalidade infantil e fetal.
- ⑨ **Instituição oficial do comitê** – Uma vez confirmado o interesse das instituições, é feita a convocação oficial dos membros e o estabelecimento do comitê por portaria/resolução das Secretarias de Saúde de estados ou municípios.
- ⑨ **Elaboração de regimento interno do comitê** – No regimento, são definidos objetivos e finalidades, estrutura, funcionamento e a origem dos recursos financeiros de cada comitê.



Para visualizar o modelo do regimento interno, consulte o Anexo I do *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal* (BRASIL, 2009b), em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf

São ainda definidos os encaminhamentos necessários após a análise de cada caso; a indicação de correção das informações em saúde, quando necessária; e as estratégias de interlocução com os gestores, a ser utilizada para a elaboração dos planos municipais, regionais e estaduais visando à redução da mortalidade infantil e fetal. Os itens que irão compor o regimento variam de acordo com as atribuições de cada comitê.

Qual a diferença entre comitês de prevenção do óbito e comitês hospitalares e/ou comissões de óbito?

Os comitês hospitalares e/ou comissões de óbito fazem parte da estrutura do estabelecimento de saúde integrante do SUS e estão vinculados às vigilâncias dos estados e municípios. São formados por profissionais das Secretarias de Saúde e da rede de assistência à saúde. Por meio da reflexão e da análise crítica dos óbitos ocorridos no estabelecimento de ▶

saúde, são feitas a identificação de responsabilidades e a prevenção de óbitos evitáveis.

A organização em comitês hospitalares é requisito para o funcionamento de maternidades que fazem parte do Programa de Gestação de Alto Risco e de Humanização do Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, assim como da RDC n. 36 da Anvisa, de 3 de junho de 2008, que regulamenta o funcionamento das maternidades.

Composição dos comitês hospitalares

Em geral, são compostos por: diretoria clínica e profissionais das equipes de obstetrícia, pediatria, neonatologia, enfermagem, comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH), núcleo de vigilância epidemiológica e outros, conforme a realidade local.



Considerações finais

Neste capítulo discutimos sobre a importância, a composição e a organização dos comitês de mortalidade materna e de prevenção do óbito infantil e fetal. Foi ainda enfatizado o papel que os comitês desempenham como instrumentos imprescindíveis de controle social, uma vez que incluem diferentes representações da sociedade civil, atuantes para garantir os direitos no campo da saúde de mulheres e crianças.

Outro ponto relevante apresentado aqui foi que, nos comitês, a discussão sobre óbitos e sua evitabilidade acontece de forma integrada ao processo de investigação e estudo preliminar executado pela equipe da vigilância, o que garante a avaliação do óbito como um evento sentinela, ao expor problemas – muitas vezes situados fora do setor saúde – cuja solução demanda a mobilização da sociedade em diferentes níveis. E esse ponto é revelador do papel inalienável dos comitês, garantido por sua autonomia e independência e pelo compromisso de seus membros com a busca da melhoria da qualidade na atenção à saúde da mulher e da criança.

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. *Declaração de Helsinque*. [1989?]. Declaração para orientação de médicos quanto a pesquisa biomédica envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.cometica.ufpr.br/Helsinque.htm>>. Acesso em: jan. 2013.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. *Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da mortalidade materna*. Brasília, DF, 4 jun. 2002. Disponível em: <<http://www.cfemea.org.br/images/stories/pdf/relatoriofinalcpimortalidadematerna.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jan. 2010. Seção 1, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, DF, 2009b.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE: IBAM, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução CFM n. 1.215/1985*. Rio de Janeiro, 11 jul. 1985. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1985/1215_1985.htm>. Acesso em jan. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n. 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-1577.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 111-138.

MANSANO, N. H. et al. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 329-332, jan./fev. 2004.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 183-189, 2003.

SOARES, V. M. N.; MARTINS, A. L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 4, p. 453-460, 2006.

TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NUREMBERG. *Código de Nuremberg: julgamento de criminosos de guerra perante os Tribunais Militares de Nuremberg* [S.I.], 1947. Disponível em: <<http://www.gtp.org.br/new/documentos/nuremberg.pdf>>. Acesso em: jan. 2013.

UNESCO. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética. Brasília, DF, 2005.

Siglas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde	Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância	CNS	Conselho Nacional de Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	Coap	Contrato Organizativo e Ação Pública
AIH	Autorização de Internação Hospitalar	Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
MAS	Pesquisa Assistência Médico-Sanitária	Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar	Cosems	Conselho Estadual de Secretários Municipais
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Dasis	Departamento de Análise da Situação de Saúde
Apac	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais	DATASUS	Departamento de Informática do SUS
API	Avaliação do Programa de Imunizações	DN	Declaração de Nascido Vivo
APS	Atenção Primária em Saúde	DO	Declaração de Óbito
AV	Autópsia Verbal	DP	Diferença Percentual
BCG	Vacina contra tuberculose ou bacilo de Calmette-Guérin	DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
BLH	Bancos de Leite Humano	Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial	ESF	Estratégia de Saúde da Família
CB	Causa Básica da Morte	FC	Fator de Correção
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	FCES	Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina	FCG	Ficha de Cadastramento da Gestante
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica	Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
CI	Comissões Intergestores Bipartite	FEC	Fundação Euclides da Cunha
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde	Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
CIT	Comissões Intergestores Tripartite	FNS	Fundo Nacional de Saúde

FRDAG	Pacs
Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Funasa	PAF
Fundação Nacional de Saúde	Programa Nacional de Anemia Falciforme
GPAB	PAI
Gestão Plena de Atenção Básica	Plano Ampliado de Imunizações
GPAB-A	Paisc
Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
GPSM	Paism
Gestão Plena do Sistema Municipal	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
HIV	PHPN
Vírus da Imunodeficiência Humana	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
IBGE	PIB
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	Produto Interno Bruto
IDH	Pnad
Índice de Desenvolvimento Humano	Pesquisa Nacional por de Amostra de Domicílios
IF	PNAISM
Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
IML	PNDS
Instituto Médico Legal	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
IOCMD	PNI
Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida	Programa Nacional de Imunizações
Ipea	Pniam
Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
LOS	POF
Lei Orgânica da Saúde	Pesquisa de Orçamentos Familiares
M3	PPI
Ficha de Investigação de Óbito Materno	Programação Pactuada e Integrada
MS	PRMI
Ministério da Saúde	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
NHE	PSF
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	Programa Saúde da Família
NOASs	RAS
Normas Operacionais de Assistência à Saúde	Rede de Atenção à Saúde
NOBs	Ripsa
Normas Operacionais Básicas	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
ODM	RMM
Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	Razão de Mortalidade Materna
OMS	Samu
Organização Mundial de Saúde	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
ONU	Seade
Organização das Nações Unidas	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
Opas	SES
Organização Pan-Americana da Saúde	Secretaria Estadual de Saúde
PAB	SIA
Piso de Atenção Básica	Sistema de Informações Ambulatoriais

Siab

Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH

Sistema de Informações Hospitalares

SIH-SUS

Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM

Sistema de Informação sobre Mortalidade

Sinan

Sistema de Informações de Agravos de Notificação

Sinasc

Sistema de Informações de Nascidos Vivos

Siops

Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde

SIS

Sistemas de Informações em Saúde

Sisprenatal

Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

Sisvan

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS

Sistema Único de Saúde

SVO

Serviço de Verificação de Óbitos

SVS

Secretaria de Vigilância em Saúde

TMI

Taxa de Mortalidade Infantil

UFF

Universidade Federal Fluminense

Unicef

Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPAs

Unidades de Pronto Atendimento

UTI

Unidade de Terapia Intensiva

Vigitel

Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Viva

Vigilância de violências e acidentes

Formato: 205 x 260mm

Tipografia: *Meridien LT Std e Frutiger Lt Std*

Papel do Miolo: *Papermax 90g/m²*

Papel e Acabamento Capa: *Papel Cartão supremo 250g/m²*

Ctp Digital: *Corbã Editora Artes Gráficas*

Impressão e acabamento: *Corbã Editora Artes Gráficas*

Rio de Janeiro, março de 2014.