



SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP.

FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP.

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC.

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ELIANNY DA COSTA CARDOSO LOPES

**A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO NA PREVENÇÃO DE MORTES
INFANTIS EVITÁVEIS: uma revisão bibliográfica da última década**

TERESINA/PI

2015

ELIANNY DA COSTA CARDOSO LOPES

**A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO NA PREVENÇÃO DE MORTES
INFANTIS EVITÁVEIS: uma revisão bibliográfica da última década.**

Monografia apresentada a Faculdade do Médio Parnaíba-FAMEP, como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.Esp. Fabrícia Alves.

TERESINA

2015

ELIANNY DA COSTA CARDOSO LOPES

**A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO NA PREVENÇÃO DE MORTES
INFANTIS EVITÁVEIS: uma revisão bibliográfica da última década.**

Monografia apresentada a Faculdade do Médio Parnaíba
FAMEP como requisito exigido para a obtenção do grau
Bacharelado em Enfermagem.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profª Esp.^a Fabrícia Alves Soares - Orientadora
Faculdade do Médio Parnaíba – FAMEP.

Profª. Msc. Cidianna Emanuely Melo do Nascimento
Faculdade do Médio Parnaíba – FAMEP.

Profª. Msc. Cyana Teresa Albuquerque Azevedo
Faculdade do Médio Parnaíba – FAMEP

TERESINA/PI

2015

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo consistiu uma trajetória onde houve momentos de angústia, dificuldades, mas também compreensão e companheirismo se fizeram presentes. Ao chegar à conclusão, a sensação que tenho é que *“a chegada compensou toda a caminhada”*. E neste caminho permeado de obstáculos e incertezas, muitas pessoas foram fundamentais, contribuindo com suas críticas construtivas, apoio e solidariedade.

Meus sinceros agradecimentos.

A Deus, em quem deposito minha fé particular. Autor da vida, da sabedoria. Quem ilumina os caminhos trilhados e distribui gratuitamente forças para superar os obstáculos.

A meus pais, filhas, cunhado pelo amor, carinho e incentivo e pelos diversos sacrifícios suportados, sem vocês eu não estaria aqui, pois a minha família é a pedra fundamental da minha sustentação.

A minha irmã gêmea de alma Cristianny, pelo amor incondicional, pela força transmitida de modo incessante e por sempre me fazer acreditar no meu potencial.

Ao minha orientadora Esp. Fabrícia Alves. por ter me aceito como orientanda. Pela competência e valioso aprendizado durante todo o processo de construção do trabalho, com dedicação, ensinamentos, simplicidade e reflexões que me proporcionaram a concretização deste projeto. Pela tranquilidade e paciência com minhas “limitações”.

A professora Msc. Cyana Teresa Albuquerque Azevedo, que acompanha minha trajetória profissional desde que ingressei na saúde pública, meu anjo da guarda. Pelo incentivo, dedicação e auxílio, sempre que a solicitei.

A todos os professores do curso que me mostram a grandeza dessa profissão, dividindo seu conhecimento, que de alguma forma contribuiu para minha formação.

A todos os colegas e amigos do curso pela cumplicidade e amizade e a troca de experiências com vocês. Em especial à Rosineide Olinda pelo apoio nos momentos mais difíceis e a Andreia Barbosa pela amizade, pelos momentos de estudo e conversas que ajudaram a moldar esse trabalho.

A todos da secretaria e coordenação do curso, que sempre estiveram disponíveis, pelo acolhimento, ensinamentos e afeto dispensados no decorrer deste percurso.

MUITO OBRIGADA!

Cada morte materna e cada morte infantil evitável
deve nos causar a indignação necessária para superação
das desigualdades, da exclusão social e da discriminação,
para agir em defesa da vida!
Comissão Perinatal –BH VIDA

RESUMO

Elianny da Costa Cardoso Lopes¹

Fabírcia Alves²

A pesquisa utilizou processo metodológico qualitativo e descritivo, com coleta de dados de uma Revisão Bibliográfica contendo artigos publicados última década (2005 a 2015) nos sites LILACS, SCIELO, MEDLINE, MS, DATASUS. Teve finalidade de apontar importância da Vigilância do Óbito na Prevenção de Mortes Infantis Evitáveis. E objetivos de compreender conceitos básicos da vigilância epidemiológica do óbito; conhecer o SIM - Sistema de Informação da Mortalidade infantil; levantar principais causas de morte infantil e mostrar perfil epidemiológico dos óbitos infantis. O problema constou da questão norteadora: como a vigilância do óbito atua na prevenção de óbitos infantis evitáveis? E hipótese do uso de dados do SIM colabora na adoção de medidas preventivas dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria na assistência e ações de vigilância. Os resultados levaram a considerar que a atuação da vigilância do óbito na prevenção de mortes infantis evitáveis faz-se importante por possibilitar uma ampliação e aprimoramento da estrutura da rede de atenção à saúde pré-natal em relação ao acesso e qualidade do serviço, ao acesso ao pré-natal de qualidade, também ao atuar na promoção da saúde da mãe e feto, promovendo humanização da atenção a ambos, melhorando a atenção ao parto de qualidade e promovendo um aleitamento materno.

Palavras-Chave: Vigilância. Óbito. Prevenção. Morte. Infantil.

ABSTRACT

The research used qualitative methodological process, descriptive, with data collection from a Literature Review containing articles published in the last decade (2005-2015) in sites LILACS, SciELO, MEDLINE, MS, DATASUS. It aimed to meet the SIM - Infant mortality Information System and point out the importance of the Death Watch in Infant Deaths Prevention Avoid ble. And the goals of understanding basic concepts of epidemiological surveillance of death; identify the main causes of infant death and show epidemiological profile of infant deaths. The problem consisted of guiding question: how the death of surveillance acts in the prevention of avoidable child deaths? And hypothesis that using SIM data collaborate in adopting preventive measures for avoiding ble deaths by improving the care and surveillance actions. The results led to believe that the death of the surveillance action in the prevention of preventable child deaths makes it important for enabling an expansion and improvement of the care network structure to prenatal health in relation to access and quality of service, access prenatal quality, also to act in promoting the health of mother and fetus, promoting humanization of attention to both, improving the attention to quality delivery and promoting breastfeeding.

Keywords: Surveillance. Death. Prevention. Death. Infant.

LISTA DE SIGLAS

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SUS - SISTEMA Único de Saúde

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

PRMI - Projeto de Redução de Mortalidade Infantil

CMI - Coeficiente da Mortalidade Infantil

IEA - Associação Internacional de Epidemiologia

CBVE - Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

DO- Declaração de Óbito

TMP - Taxa de Mortalidade Perinatal

SVE - Sistema de Vigilância Epidemiológica

SIS - Sistema de Informação em saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

MI - Morte Infantil

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Lista de causas de mortes evitáveis em menores de 5 anos.....	27
TABELA 2- Demonstrativo dados dos artigos	30

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Geral.....	13
2.2 Específicos.....	13
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
3.1 A MORTALIDADE NO BRASIL E A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	14
3.1.1 Estudos da Mortalidade no Brasil.....	14
3.1.2 Epidemiologia.....	16
3.2. O SISTEMA DE INFORMAÇÕES E DADOS SOBRE A MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA.....	18
3.2.1 Sistema de Informação de Mortalidade – SIM.....	19
3.2.2 Mortalidade Infantil Evitável na Última Década.....	21
3.2.3 A Vigilância do Óbito na Prevenção de Mortes Infantis Evitáveis.....	23
4 METODOLOGIA.....	27
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	28
6 CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS	38

1. INTRODUÇÃO

Conhecer padrão de mortalidade de qualquer grupo populacional é de suma importância, em decorrência de tais informações e os indicadores nortearam a implementação e o monitoramento de políticas de saúde.

O cenário epidemiológico no Brasil tem mudado desde a década de 1930, onde a principal causa de morte eram as doenças infecciosas nas capitais, passando atualmente as doenças cardiovasculares a representarem como principal causa de mortalidade em todo território brasileiro (BRASIL, 2005).

Estudos de mortes maternas despontaram no Brasil no final da década de 80, comitês de estudos foram criados para serem instrumentos de combates à mortalidade materna, que representa um avanço na melhoria da saúde materna. As causas externas foram consideradas a terceira causa de mortalidade em 2010 da população brasileira, entretanto caso se restrinja essa análise para um determinado grupo, vai-se observar que foi a principal causa de óbito na faixa etária de 10 a 39 anos (COSTA, 2013).

Diante desse quadro onde os óbitos continuam a crescer mas mudando apenas seu perfil epidemiológico, a criação e o aprimoramento da capacidade de coleta e análise de dados, são elementos essenciais para estabelecer as prioridades na elaboração e monitoramento de planos de ação.

A vigilância epidemiológica compreende o conhecimento dos determinantes e a proposição de medidas de prevenção e controle à saúde; assim, a vigilância do óbito tem por finalidade implantar ou implementar a investigação do óbito fetal, infantil, materno, causas mal definidas e causas externas.

Regulamentado pelo Ministério da Saúde desde 2008, a coordenação de vigilância do óbito envolve ações de notificação, investigação, análise, identificação dos determinantes, análise e recomendações que visam nortear as ações e políticas de prevenção.

É certo que, como fontes de dados para vigilância da mortalidade o país dispõe de um Sistema de Informação de Mortalidade – (SIM), então consolidado e descentralizado, possibilitando que os municípios tenham condições de informar e acessar os bancos de dados para calcular as taxas de mortalidade.

Em síntese, o Sistema de Informação disponibiliza o suporte necessário para que o planejamento, as decisões e ações dos gestores, num determinado nível decisório (municipal, estadual, federal), não sejam baseados em dados subjetivos, em conhecimentos ultrapassados ou em conjecturas. E sendo um de seus objetivos, na concepção do Sistema Único de Saúde

(SUS) possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, tomando como referenciais microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença.

Mortes preveníveis são mortes que poderiam ser evitadas com tecnologias adequadas de atenção à saúde de uma população. Isso significa que esse conceito é variável no tempo e no espaço, de acordo com as tecnologias disponíveis. Podem ser vistas como um evento sentinela porque sua ocorrência deveria ser capaz de acionar mecanismos de investigação e busca de explicações para o ocorrido, por indicar problemas na atenção à saúde e setores que necessitam de aprimoramento.

Suas causas, geralmente, são por definição, aquelas sensíveis à atenção à saúde, oportuna e de qualidade. Sendo uma das hipóteses levantadas no Brasil em relação à queda da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), particularmente pela queda das mortes preveníveis, melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) - incluindo a ampliação de cobertura das ações de atenção básica à saúde (SARDINHA, 2014).

Assim, a problemática desta pesquisa teve como foco: Como a vigilância do óbito atua na prevenção dos óbitos infantis evitáveis? Tendo por hipótese que o uso de dados do Sistema de Informações de Mortalidade colabora na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria na assistência e ações de vigilância.

O presente tema foi escolhido após perceber-se que o conhecimento do padrão de mortalidade infantil da população é indiscutivelmente importante para a implementação e o monitoramento de políticas de saúde pública, sendo requisito básico para a organização de atividades para o controle e prevenção.

2.OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar importância da Vigilância do Óbito na Prevenção de Mortes Infantis Evitáveis.

2.2. ESPECÍFICOS:

Tendo por objetivos específicos: Compreender conceitos básicos da vigilância epidemiológica do óbito; Conhecer o sistema de informação da mortalidade infantil; Levantar as principais causas de morte e Mostrar perfil epidemiológico dos óbitos infantis evitáveis.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 A MORTALIDADE NO BRASIL E A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

3.1.1 Estudos da Mortalidade No Brasil

Estudos de mortalidade têm contribuído na compreensão de processo de saúde e doença em diversos locais e épocas, permitindo maior conhecimento da realidade e avaliação do efeito de intervenções na saúde da população.

Diante disto, Sardinha (2014) ressalta que a morte infantil é resultado de pelo menos três conjuntos de fatores, a saber: 1) Características do contexto social e econômico, tais como: renda, a qualidade da moradia, transporte e educação; 2) Oferta de serviços que podem levar à melhoria das condições de saúde, tais como, o saneamento básico; e 3) Oferta, qualidade e utilização dos serviços de saúde relacionados à atenção à gestante e a criança antes, durante e após o parto.

E que o planejamento adequado da gravidez, o acesso às consultas de pré-natal de boa qualidade, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida da criança, com orientações pertinentes, o cumprimento do calendário de vacinação, o incentivo ao aleitamento materno, são alguns dos fatores descritos na literatura como relevantes na prevenção das mortes infantis.

O registro das estatísticas vitais vem sendo utilizado antes da era Cristã, na Grécia, Roma e povos do Oriente e registravam algumas informações vitais, com fins administrativos, militares ou tributários. No Século XVII na Inglaterra John Grount utilizou o registro das estatísticas para informar níveis e padrões de óbitos, como também sua evolução temporal, mas as primeiras publicações foram feitas por Willian Farrem (1837) na Inglaterra (LOPES, 2012).

Segundo Pizzo et al (2014) estudo caso-controle de base populacional realizado em Londrina evidenciou que mulheres que receberam “tratamento para engravidar” apresentaram risco bastante aumentado (cerca de oito vezes) para partos prematuros, mesmo controlando variáveis como local de residência (favela ou não), idade do responsável pelo sustento da família, índice de massa corporal da gestante e filho anterior pré-termo.

A expressão vigilância epidemiológica passou a ser aplicada no Brasil como definição do controle das doenças transmissíveis na década de 1950, assim originalmente, a expressão significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doen-

ças transmissíveis e de seus contatos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, baseada conforme medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente e não de forma coletiva (BRASIL, 2009).

O programa de erradicação da varíola na década de em 1960 deu início intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, As campanhas valiam-se de instrumentos precisos para o diagnóstico de casos, essas intervenções consistiram na organização de grandes campanhas sanitárias que logo depois serviu de base para a organização de sistemas nacionais de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009).

No Brasil, estudos sobre mortalidade começaram na década de 70. Em 1975 foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade - (SIM), (FIGUEIROA et al., 2013) para análise da situação de saúde, cobertura nacional e composto por um conjunto de ações que vai desde a coleta, ao processamento de dados até a divulgação dos óbitos registrados (CAMPOS et al., 2013). Desenvolvido para atender as necessidades de dados de mortalidade, esse sistema representou um grande avanço na quantidade e qualidade dos dados recebidos, contribuindo para nortear políticas de saúde pública (PINTO, 2012).

Salienta-se que entre os anos de 2000 a 2007, morreram no Nordeste e na Amazônia Legal (incluindo o Maranhão), 76.916 crianças menores de um ano, número de óbitos que atingiu quase 50% do total nacional, o que motivou o governo federal à criação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, priorizando estas regiões (BRASIL, 2008).

Uma importante estratégia, adotada para alcançar as metas pactuadas para redução da mortalidade infantil é a investigação de óbitos, realizada por meio dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Experiências mundiais apontam a estruturação de comitês de mortalidade e investigação de óbitos como instrumento para a melhor compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2009).

As iniciativas de implantação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, como instrumento para concretização dessa prioridade, são datadas em meados da década de 1990. Na ocasião o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) com metas definidas para cada estado, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e investigação de óbitos, principalmente na região Nordeste, considerando as iniquidades regionais do País (BRASIL, 2009).

Dentre as principais utilidades, o indicador de mortalidade infantil revela a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população, avalia o risco de evento ou agravamento à saúde, mensura as atividades de atenção à saúde para estabelecimento de objetivos e metas na área

materno infantil. Trata-se de parâmetro tradicionalmente medido pelo coeficiente da mortalidade infantil - CMI, que tem sido utilizado para avaliar a situação de saúde nas diferentes regiões. No entanto, embora o indicador seja utilizado mundialmente, os dados ainda não apresentam consistência quanto à cobertura e qualidade, principalmente nos países em desenvolvimento (ANDRADE, 2007).

3.1.2 Epidemiologia

Sendo a mortalidade indicador da qualidade da população, pode-se ressaltar que o conhecimento epidemiológico é fundamental à organização de ações de mortes preveníveis (BRASIL, 2005).

O Brasil passou por uma transição epidemiológica no final da década de 1960, nas estruturas etárias e no padrão de morbimortalidade que trouxe mudanças no tamanho da população brasileira e na expectativa de vida, com uma diminuição dos óbitos infantil e aumento na população idosa. Os principais resultados dessas alterações epidemiológicas foram o aumento do envelhecimento e a mudança nas causas de mortalidade (KANSO, 2008). Com a queda de mortes evitáveis por ações de imunoprevenções, que no caso são as doenças infecciosas (MALTA, 2007).

Estudos de mortes maternas também despontaram no Brasil no final da década de 80, logo, com emergência comitês de estudos foram criados para serem instrumentos de combates à mortalidade materna, que sem dúvida representa um avanço na melhoria da saúde materna. E as causas externas foram consideradas a terceira causa de mortalidade em 2010 da população brasileira, entretanto caso se restrinja essa análise para um determinado grupo, vai-se observar que foi a principal causa de óbito na faixa etária de 10 a 39 anos (COSTA, 2013).

A Vigilância Epidemiológica é parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde – LOS, no seu Art. 6º, Parágrafo 2º, que diz “Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou 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” (Lei nº 8080 de 19/09/90). A Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004 preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, a “vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, Distrito Federal e da União (BRASIL, 2006, p.26).

A Campanha de Erradicação da Varíola deu importante contribuição à uma organização do sistema de notificação e investigação de casos suspeitos da doença, em todo o território

rio nacional, segundo a nova conceituação de vigilância epidemiológica, então amplamente difundida pela Organização Mundial de Saúde

Neste aspecto, entende-se por Vigilância Epidemiológica um conjunto de ações capazes de prover de recomendar e adotar as ações de controle de doenças e agravos (CEARA, 2010).

O Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009) expressa a importância de problema de saúde pública pelos indicadores de: morbidade, mortalidade, incapacidade e custos atribuídos. Nesse sentido, o reconhecimento da função de vigilância decorre, em última análise, da capacidade demonstrada em informar com precisão, a cada momento, a situação epidemiológica de determinada doença ou agravo, as tendências esperadas, o impacto das ações de controle efetivadas e a indicação de outras medidas necessárias.

Ainda, segundo o referido Guia, os resultados de ações desenvolvidas no sistema também são medidos pelos benefícios sociais e econômicos decorrentes, das vidas poupadas dos casos evitados e dos custos assistenciais reduzidos. Essas Informações são contrapostas às despesas operacionais do sistema, sendo que a manutenção do sistema de vigilância envolve variadas e complexas atividades, acompanhadas e avaliadas com vistas a aprimorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações, dentre elas (BRASIL, 2009):

- Atualidade da lista de doenças e agravos mantidos no sistema;
- Pertinência das normas e instrumentos utilizados;
- Cobertura rede de notificação e participação fontes que a integram;
- Funcionamento do fluxo de informações;
- Abrangência dos tipos de dados e das bases informacionais utilizadas;
- Organização da documentação coletada e produzida;
- Investigações realizadas e sua qualidade;
- Informes analíticos produzidos, em quantidade e qualidade;
- Retroalimentação do sistema à iniciativas e instrumentos usados;
- Composição e qualificação da equipe técnica responsável;
- Interação com instâncias responsáveis pelas ações de controle; com comunidade científica e centros de referência;
- Condições administrativas de gestão do sistema; e
- Custos de operação e manutenção.

Tais medidas avaliativas possibilitam tanto detectar quanto excluir casos; também, identificar todos os subgrupos da população em que ocorrem os casos possibilitando agilidade ao Sistema de Informação.

De acordo com a Associação Internacional de Epidemiologia –(IEA) são três os principais objetivos da epidemiologia: a) Descrever distribuição e magnitude dos problemas de saúde das populações humanas; b) Proporcionar dados essenciais ao planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, como para estabelecer prioridades; c) Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades. E a partir de seus objetivos, a Epidemiologia pode ser conceituada como:

Ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição e fatores determinantes das doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (CBVE, 2005, p.4).

A Vigilância epidemiológica tem a finalidade de conhecer a ocorrência de doenças e outros agravos considerados prioritários, seus fatores de risco e suas tendências, além de planejar, executar e avaliar medidas de prevenção e de controle.

Na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 –, encontra-se o seguinte conceito :

Vigilância Epidemiológica trata-se do conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual/coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (CBVE, 2005, p.5).

Em se tratando da vigilância em saúde deve ser entendida como um modelo assistencial alternativo, que deve ser desenvolvido a partir de problemas reais de uma área delimitada, em uma perspectiva de intersectorialidade. Está fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações de promoção da saúde entre os indivíduos e grupos familiares, das ações das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária dirigidas à prevenção de riscos e danos; e da atenção primária, na moradia e nas unidades de saúde, com ênfase em grupos populacionais específicos e na reorientação da demanda a serviços, envolvendo vários programas(BRASIL,2009).

3. 2 SISTEMA DE INFORMAÇÕES E A MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA.

3.2.1 Sistema de Informação de Mortalidade – SIM

Foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de informações sobre todas as mortes de residentes do País. A operacionalização do SIM é baseada no preenchimento e coleta do documento padrão – a Declaração de Óbito (DO), sendo este documento obrigatório para emissão da certidão de óbito. A Portaria SVS nº116/2009, de 11/02/2009 estabelece processos de coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre os óbitos para SIM. Tal sistema é gerido pelo Departamento Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância de Saúde, atuando com as demais Secretarias do âmbito Estadual e Municipal (BRASIL, 2012).

O SIM dispõe dos seguintes conceitos (FRANÇA; LANSKY 2009):

a) Morte Fetal, de produto da concepção, antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez; indica o óbito que depois da separação o feto não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida;

b) Morte Neonatal, de um nascido vivo que ocorre durante os primeiros 28 dias de vida; divididas em mortes neonatais precoces, durante os primeiros 7 dias de vida, e tardias, após o sétimo dia de vida terminando com 28 dias completos de vida;

c) Morte Infantil, crianças nascidas vivas antes de completar um ano.

Os dados da Declaração do Óbito são instrumentos para as estatísticas e estudos epidemiológicos; estes fornecem informações tais como: a causa do óbito, característica social e ocupacional (CAMPOS et al., 2013). Sendo que deverão ser transferidos pelas secretarias, no prazo de até 30 (trinta) dias após o encerramento do mês da ocorrência do óbito (BRASIL, 2012). E todos os fetos e nascidos vivos pesando ao menos 500 gramas ao nascimento devem ser incluídos nas estatísticas. Quando não se dispõe desta informação, deve-se utilizar idade gestacional de 22 semanas completas ou comprimento corpóreo de 25 centímetros.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é calculada pelo número óbitos de menores de um ano de idade dividido pelo número de nascidos vivos, por mil, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Já a taxa de mortalidade perinatal (TMP) é calculada dividindo o número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais. As TMI e TMP são indicadores privilegiados na comparação regional, no entanto, diferenciais quanto a cobertura e a qualidade devem ser considerados. Para o cálculo das taxas é importante considerar também a cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. A subnotificação de óbitos é mais fre-

quente entre crianças menores de um ano e fetais, sido repetidamente descrito em estudos brasileiros. São os óbitos ocultos, os esquecidos. A subenumeração dos óbitos fetais provavelmente é maior e mais difícil de ser estimada (RIPSA, 2008).

Considera-se que o peso ao nascer é o principal determinante isolado da mortalidade infantil e perinatal e em toda DO de óbito fetal ou de menor de um ano deve constar essa informação. No entanto, esta informação está em branco ou é ignorada em 12,1% dos óbitos fetais, em 13,6% dos óbitos neonatais e em 21,4% dos óbitos infantis, em 2007, no Brasil. Para a análise de situação de saúde, esta variável deve estar preenchida em mais que 90% dos casos. Outras variáveis da DO importante para o cálculo da TMP, como a idade gestacional, são frequentemente omitidas. O método cálculo da TMP evoluiu através do tempo, levando em conta a incorporação de tecnologias que tornam possível a sobrevivência de crianças muito prematuras. Para o cálculo, o período perinatal começa com 22 semanas (154 dias) de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento (0 a 6 dias de vida) (RIPSA, 2008).

A escolaridade materna é outro importante determinante de sobrevivência fetal e infantil, indicando necessidade de intervenção de outros setores na promoção da saúde. Este campo da DO encontra-se em branco ou a informação é ignorada em 31,8% dos óbitos infantis notificados ao SIM em 2007, no Brasil. Outra situação quanto à qualidade do dado é possibilidade da ocorrência do erro de classificação de neo-morto como natimorto. Crianças que nasceram com baixo peso ou faleceram poucos minutos ou horas após o nascimento e que portanto, segundo a equipe de assistência, são avaliadas como tendo pequena viabilidade, podem ser classificadas como óbito fetal (FIGUEROA, 2013).

Para (FIGUEROA, 2013), essa percepção da viabilidade do recém-nascido depende dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis, fatores socioeconômicos familiares e culturais. Isto pode ter impacto no cálculo da TMI, reduzindo-a artificialmente nas áreas de menor nível socioeconômico e o contrário acontece quando a investigação recupera e corrige a informação no SIM: o numerador da TMI aumenta e a TMI se eleva sem que o número de morte tenha aumentado realmente.

Enfatiza-se que a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a responsabilidade partilhada entre as três esferas de gestão, aumentando a demanda por informações mais detalhadas e oportunas em cada ente federado, a ampliar o conhecimento do perfil epidemiológico da população, contribuindo ao planejamento e focalização das ações a serem desenvolvidas (FRIAS, 2005). Nisto, os sistemas de informação de estatísticas vitais passaram a ter maior atenção e aplicabilidade na gestão do SUS. Desde então, o Ministério da Saú-

de adota iniciativas com o intuito de melhorar a cobertura e a qualidade da informação disponível nesses sistemas.

Certamente que a Informação em Saúde é base para gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Assim, a oportunidade, a atualidade, a disponibilidade e cobertura são características que determinam uma qualidade da informação e são fundamentais para que todo Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) apresente um bom desempenho. Dependem da concepção apresentada pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), da sua sensibilidade para captar, o mais precocemente possível, as alterações que podem ocorrer no perfil de morbimortalidade de uma área e, também, na organização e cobertura das atividades desenvolvidas pela vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009).

Em síntese, um Sistema de Informação deve disponibilizar um suporte necessário para que o planejamento, as decisões e as ações dos gestores, em um determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), não sejam baseados em dados subjetivos, em conhecimentos ultrapassados ou em conjecturas. Sendo um de seus objetivos, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitar análise da situação de saúde no nível local, tomando por referencial, microrregiões homogêneas, considerando necessariamente as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença (BRASIL, 2009).

3.2.2 Mortalidade Infantil na Última Década

Conceitua-se Mortalidade infantil como óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos desde 0 dia de vida até menor de 01 ano, sendo neonatal precoce óbito menor de 7 dias; neonatal tardio, entre 7 a 27 dias e pós-neonatal, de 28 a 365 dias; (SANTOS JR, 2009.)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta aquela acima de 40 óbitos de menores de um ano de idade por 1.000 nascidos vivos, e classifica as taxas de mortalidade infantil em baixas (abaixo de 20 por mil), médias (20 a 49 por mil) e altas (50 por mil ou mais) (IBGE, 2004).

Os óbitos com causas básicas mal definidas estão classificados por achados anormais, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não encontrados em outra parte. As causas externas são mortes ocasionadas por acidentes e violência (CEARA, 2010).

Observa-se queda na taxa de mortalidade infantil em mais de 50% entre 1990 e 2008, com destaque na região nordeste, resultados de diversas ações dos serviços de saúde, aumento

da cobertura do pré-natal, da cobertura vacinal da população e introdução de novas vacinas, melhoria das condições nutricionais, as ambientais e utilização da terapia de reidratação (BRASIL, 2012)

Entre anos 2000 a 2010, as afecções perinatais foram a principal causa de morte em crianças menores de um ano de idade em todas as regiões do Brasil. Na faixa etária de 1 a 9 anos as causas externas foram a principal causa de óbito em todas as regiões. E as causas externas, também, foram a principal causa de mortalidade nas faixas etárias de 10 a 19 anos, em todas as regiões do país, exceto na região Sul (BRASIL, 2012).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil apresenta tendência contínua de queda (de 47,1 /1.000 nascidos vivos para 19,3/1.000 nascidos vivos de 1990 a 2007). No entanto, a taxa ainda se encontra em nível muito elevado se comparada com de países desenvolvidos (4/1.000 nascidos vivos) e mesmo as de outros países em desenvolvimento como Chile, Argentina, Uruguai (UNICEF 2008).

E o Nordeste foi região que registrou maior redução no índice de mortalidade de crianças até cinco anos, passando de 87,3 mil óbitos em 1990 por mil nascidos vivos para 19,6 em 2012. Entre os estados com maior redução, estão Alagoas, onde a queda foi de 84% e Ceará, onde o índice diminuiu 82%.

A redução da mortalidade infantil no Brasil foi possível graças à adoção de diversas ações, em que se destacam: aumento da cobertura vacinal da população e introdução de novas vacinas, utilização da terapia de reidratação oral, aumento da cobertura do pré-natal, ampliação dos serviços de saúde, redução da fecundidade, melhoria condições ambiental e nutricional da população, aumento da taxa de escolaridade das mães e aumento das taxas de aleitamento materno.

De acordo com o IBGE, a diminuição da mortalidade é efeito de uma combinação de fatores, como a redução da taxa de fecundidade (número de filhos por mulher), pois a mulher brasileira passou a ter um filho em vez de dois na última década. Outros dados que tiveram impacto sobre os números foram, a ampliação de políticas públicas de prevenção em saúde, as melhorias no saneamento básico, o aumento da renda, especialmente da população mais pobre, e a maior escolaridade das mães (BRASIL, 2009).

Os principais determinantes associados à MI são a assistência pré-natal e assistência hospitalar à mulher e recém-nascido, sendo as características maternas (escolaridade, idade, patologias), da gravidez e do recém nascido (peso ao nascer, intervalo interpartal, idade gestacional) e fatores relacionados às políticas e ações de serviços de saúde. Atualmente, a princi-

pal causa de óbitos em crianças menores de um ano são as afecções perinatais, que estão associadas às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao recém-nascido. A maior parte desses óbitos é evitável por adequada atenção ao recém-nascido (32%), à mulher na gestação (13%) e no parto (11%) e por adequado diagnóstico e tratamento (9%) (LANSKY & FRANÇA, 2009).

Santos Jr. (2009) cita que toda literatura descrita e outras que documentam a mortalidade infantil e seus componentes, são unânimes em considerar as mortes ocorridas no período neonatal estão associadas às afecções perinatais, anomalias congênitas, problemas relacionados ao parto, à deficiência dos serviços à mãe na gestação e a seu filho recém-nascido e a determinantes socioeconômicos.

Também aponta que, em sociedades mais desenvolvidas, esses óbitos são responsáveis pela maioria dos óbitos infantis e que a maior proporção deles concentra-se no período neonatal precoce.

A mortalidade infantil no Brasil caiu 73% nos últimos 25 anos, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com Relatório Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil 2015, o índice de mortes entre crianças brasileiras menores de 5 anos passou, em 1990, de 61 óbitos para cada mil nascidas vivas para 16 óbitos para cada mil nascidas vivas em 2015 (EBC, 2015).

Apesar dos avanços, a OMS destacou que as disparidades persistem no país. O estudo indica que, dos cerca de 5,5 mil municípios brasileiros, mais de mil registraram taxa de mortalidade infantil de até cinco óbitos para cada mil nascidas vivas em 2013, enquanto em 32 cidades a taxa superava 80 óbitos para cada mil nascidas vivas. E que as crianças indígenas que vivem no Brasil têm duas vezes mais chance de morrer antes de completar o primeiro ano de vida que as demais. Segundo o relatório, esse tipo de exemplo demonstra que, mesmo em países com níveis relativamente baixos de mortalidade infantil, são necessários maiores esforços para reduzir as disparidades entre diferentes grupos sociais.

3.2.3 A Vigilância do Óbito na Prevenção de Mortes Infantis Evitáveis

O monitoramento e a investigação do óbito infantil têm sido usados como instrumentos de melhoria da qualidade à saúde e de qualificação da informação em saúde. Nesse sentido, a Portaria nº 72, de 11/01/2010 do Ministério da Saúde - MS estabeleceu que a vigilância do óbito infantil e fetal faz-se obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) .

Esta portaria estabeleceu que a vigilância dos óbitos infantis e fetais é de atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais Municipais, do Distrito Federal e no âmbito federal. Além disso, estabeleceu que a busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais da saúde designados por estas Secretarias. Esta ação visa qualificar informações, ampliar identificação de fatores determinantes do óbito infantil e subsidiar adoção de medidas que possam prevenir ocorrência desses eventos (SARDINHA, 2014).

Mortes preveníveis são mortes que poderiam ser evitadas com tecnologias adequadas de atenção à saúde de uma população. Isso significa que esse conceito é variável no tempo e no espaço, de acordo com as tecnologias disponíveis. Podem ser vistas como um evento sentinela porque sua ocorrência deveria ser capaz de acionar mecanismos de investigação e busca de explicações para o ocorrido, por indicar problemas na atenção à saúde e setores que necessitam de aprimoramento.

Suas causas, geralmente, são por definição, aquelas sensíveis à atenção à saúde, oportuna e de qualidade. Sendo uma das hipóteses levantadas no Brasil em relação à queda da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), particularmente pela queda das mortes preveníveis, melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) - incluindo a ampliação de cobertura das ações de atenção básica à saúde.

A mortalidade infantil como ocorrência “evitável” por serviços de saúde eficazes é conhecida desde os anos 70, constituindo-se, portanto, um “evento sentinela” da qualidade da atenção médica. O conceito de óbitos evitáveis, ou *sentinel events*, foi proposto por Rutstein (1976), considerando que estas condições poderiam ser melhoradas por ações de saúde eficazes, constituindo *clear-cut*, índices da qualidade da assistência à saúde de uso imediato (ARAÚJO, 2010).

Eventos sentinelas, os óbitos fetais ou de crianças que, por terem peso ao nascer adequado e compatível com a vida, alertando para um possível óbito potencialmente evitável. Nestes casos a vigilância epidemiológica de óbitos proporciona: análise das causas da morte, análise da assistência prestada para uma intervenção nos serviços de saúde, análise dentro dos processos, com melhor compreensão da cadeia de eventos que conduziu ao óbito (ARAÚJO, 2010).

Neste contexto, seguindo o raciocínio de evitabilidade, independente do peso ao nascer, todo óbito pós neonatal ou domiciliar deve ser analisado, porem, excluindo malformações congênitas graves e incompatíveis com a vida corretamente declaradas e notificadas. De acor-

do com as considerações, o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal recomenda critérios mínimos de seleção de caso no âmbito nacional (BRASIL, 2009).

Em 2004 foi elaborado pelo Ministério da Saúde, o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, documento que serviu como referência para a implantação e ou reestruturação dos comitês estaduais e ou municipais. Então essa estratégia vem tornando-se uma realidade, conforme pesquisa de âmbito nacional em 2007 pelo Ministério da Saúde, em parceria com os Centros Colaboradores de Saúde da Criança e Centros Universitários nos municípios com população igual ou superior a 80.000 habitantes (BRASIL, 2009).

Segundo o Anexo E do Manual de Vigilância e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil Fetal e Comitê de Prevenção a lista das causas de óbitos na categoria Evitáveis são (BRASIL, 2009, p.69): redutíveis por imunoprevenção; por adequado controle na gravidez; adequada atenção ao parto; ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces; através de parcerias com outros setores. construídas a partir da Portaria nº 723/GM, 10 de maio de 2001, publicada no DOU de 14 de maio de 2001, instituindo o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, conforme tabela 1:

Tabela 1 - Lista de causas de mortes evitáveis em menores de 5 anos

Classificação das Causas Evitáveis pela CID-10	
Grupo de Causas Evitáveis	
1. Reduzíveis por ações de imuno prevenção	Tuberculose, tétano neonatal, outros tipos de tétano, difteria, coqueluche, poliomielite aguda, sarampo, rubéola, hepatite B, caxumba, meningite por haemophilus, rubéola congênita, hepatite viral congênita.
2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	Sífilis congênita, doenças vírus da imunodeficiência humana, afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido, complicações maternas da gravidez que afetam ao feto ou o recém nascido, crescimento fetal retardado e desnutrição fetal, transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, doenças hemolíticas do feto ou recém-nascido devidas isoimunização, Rh e ABO do feto ou do recém-nascido.
2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	Outras complicações do trabalho de parto ou do que afetam o recém-nascido, Transtornos relacionados à gestação prolongada e ao peso elevado ao nascer, Traumatismo de parto, Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer e aspiração neonatal.

<p>2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido</p>	<p>Transtornos respiratórios e cardiovasculares de perinatais, infecções específicas do período perinatal, hemorragia neonatal, outras icterícias perinatais, transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido, transtornos hematológicos do recém-nascido e do aparelho digestivo do recém-nascido, afecções comprometedoras do tegumento e regulação térmica do recém-nascido, desconforto respiratório do recém-nascido, outros transtornos originados no período perinatal.</p>
<p>3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento</p>	<p>Outras doenças causadas por clamídias, outras doenças bacterianas, Anemias nutricionais, Hipotireoidismo congênito, diabetes mellitus, e distúrbios metabólicos – fenilcetonúria e deficiência congênita lactase, desidratação, meningite, epilepsia, febre reumática e doença cardíaca reumática, Infecções agudas das vias superiores, pneumonia, outras infecções agudas das vias aéreas inferiores, edema de laringe, doenças crônicas das vias aéreas inferiores, doenças pulmonares devidas a agentes externos, Infecção do trato urinário, Síndrome de Down.</p>
<p>4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.</p>	<p>Doenças infecciosas intestinais, algumas doenças bacterianas zoonóticas, febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais, Rickettsioses, raiva doenças devidas a protozoários, helmintíases, outras doenças infecciosas, deficiências nutricionais, acidentes transportes, envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas, Intoxicação acidental por outras substâncias, quedas acidentais, exposição ao fumo, ao fogo e chamas, exposição às forças da natureza, afogamentos e submersão acidentais, outros riscos acidentais à respiração exposição a corrente elétrica, radiação e a temperaturas e pressões, extremas do ambiente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, exposição a forças mecânicas inanimadas, acidentes em pacientes na prestação de cuidados médicos e cirúrgicos, reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção acidentes tempo do procedimento efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica.</p>

Fonte: ANEXO F, Fundação SEADE, (BRASIL,2009).

4 METODOLOGIA

O processo metodológico abrange uma pesquisa qualitativa e descritiva, através de coleta de dados de uma revisão bibliográfica contendo artigos publicados na última década (2005 a 2015) nos sites LILACS, SCIELO, MEDLINE, MS, DATASUS e INCA. Segundo Gil (2007, p.66) uma revisão literária “expõe de forma resumida principais ideias já discutidas por outros autores que abordam o problema, levantando críticas e dúvidas e contribuir para seu conhecimento”.

Realizou-se seleção preliminar de artigos com conteúdo obedecendo aos critérios de inclusão: publicados em português, na última década (2005 a 2015), com descritores: Mortalidade Infantil; Vigilância Óbito; Prevenção. E critérios de exclusão abrangendo: temas não relacionados à busca, artigos em língua estrangeira e com publicação anterior a 2005. Especifica-se que dentre os dez (10) artigos selecionados analisou-se questões como: estatísticas da mortalidade infantil no Brasil, causas da mortalidade infantil na última década e atuação da vigilância do óbito na prevenção de mortes estáveis.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Segue Demonstrativo dos 10 artigos selecionados abordando resultados e estatísticas da mortalidade infantil no Brasil, causas da mortalidade infantil na última década e atuação da vigilância do óbito na prevenção de mortes estáveis.

Tabela 2: **Demonstrativo Dados dos Artigos**

Autor / Ano	Título	Método	Resultado
PIZZO. (2014)	Mortalidade Infantil na percepção de gestores profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em municípios do sul do Brasil.	Abordagem qualitativa roteiro semiestruturado	Em sua visão a redução da mortalidade infantil na última década decorreu de melhores condições de vida e medidas políticas e ações setoriais e extra setoriais. Os desafios percebidos referem-se à qualificação da assistência pré-natal, redução da gravidez na adolescência, melhoria da atenção ao recém-nascido prematuro, prevenção da prematuridade.
SARDINHA (2014)	Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal	Revisão sistemática: estudo de caso	Identificou-se maior chance de morte infantil entre filhas de mães sem companheiros, com mal formação congênita e nascidas com baixo peso (≤ 2.500 gramas). Sendo principais fatores (após 1o dia vida): a mãe ter licença maternidade no momento do nascimento do filho, ganhar 12 mais quilos gestação. E fatores protetores encontrados: a mãe fazer 6 consultas ou mais de pré-natal e bebê receber aleitamento materno exclusivo.
ARAÚJO	Análise Implantação e Operacionalização dos Comitês de Pre-	Estudo descritivo,	Ressalta que para efetivação da redução da mortalidade infantil faz-se fundamental implementar estratégia dos Comitês de Prevenção do

(2012)	venção do Óbito Infantil e Fetal no Estado do Ceará	Qualiquantitativo	Óbito Infantil como instrumento de gestão para redirecionamento das políticas públicas de saúde materno infantil com inclusão dos dados no SIM e no módulo de investigação epidemiológica (SIM-WEB).
ALMEIDA (2006)	Sistemas de Informação e Mortalidade Perinatal	Estudo Comparativo	Não é possível obter taxas específicas de mortalidade neonatal precoce e fetal por peso ao nascer, idade materna e tipo de gestação para grande parte das UFs estudadas, devido falhas no preenchimento das declarações de óbito. A taxa mortalidade neonatal precoce específica por peso ao nascer só é possível ser obtida taxas de mortalidade específicas por categoria de idade gestacional para os óbitos fetais.
FRANÇA; LANSKY (2009)	Mortalidade infantil no Brasil	Estudo descritivo	Para classificação evitabilidade dos óbitos fetais, faz necessária definição do momento do óbito, se anteparto ou intraparto, e que o campo da DO “morte em relação ao parto” é mal preenchido e requer estudos de validação. Em 2007, no Brasil, em 28% dos óbitos fetais, o momento do óbito era ignorado e em quase 3% o óbito foi depois do parto (eram nascidos vivos).
PINTOS (2012)	Investigação de óbitos por causa mal definida: estratégia de fortalecimento da vigilância em saúde.	Estudo transversal e descritivo,	As informações mais precisas da causa da morte expressas na declaração de óbito possibilitaram reflexão e planejamento da prática do enfermeiro e demais profissionais, gestores e controle social, pois permitiram elaborar indicadores epidemiológicos da situação de saúde, subsídio fundamental no processo decisório e na formulação de políticas públicas de saúde.
			Relata, que a mortalidade neonatal precoce foi determinante que mais contribuiu para os óbitos de crian-

<p>SANTOS JUNIOR. (2009)</p>	<p>Análise da taxa de mortalidade infantil no município de Caçapava do Sul</p>	<p>Estudo transversal e descritivo</p>	<p>ças no primeiro mês de vida no município. Assim fica visível uma fragilidade da proteção à saúde materno-infantil em Caçapava do Sul; e isto talvez justificado pela inexistência de boa infraestrutura médico-hospitalar com falta de programas direcionados às gestantes e recém-nascidos de alto risco.</p>
<p>MALTA (2007)</p>	<p>Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.</p>	<p>Pesquisa qualitativa</p>	<p>Para continuidade e aperfeiçoamento do debate das causas de mortes evitáveis pela ação da Saúde, três questões merecem aprofundamento: opção por adotar, como eventos evitáveis, apenas reduzíveis por tecnologias disponíveis no SUS, excluindo varicela; necessidade ou não da definição pontos de corte do peso dos recém-nascidos, para posterior consideração da evitabilidade do óbito infantil; e inclusão de causas relacionadas ao óbito fetal.</p>
<p>CAMPOS (2013)</p>	<p>Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde</p>	<p>Estudo Qualitativo</p>	<p>Buscando compreender as concepções de gestores de Epidemiologia acerca do SIM na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, uma das mais pobres do Estado e com maior proporção de óbitos por causas mal definidas. Foram relatadas melhorias quanto à estrutura física dos municípios para operacionalizar o SIM, mas também lacunas relacionadas com a carência de recursos humanos capacitados para o uso sistemático e produtivo dos dados no nível local e com a rotatividade de profissionais.</p>
			<p>Desafios atuais percebidos referem à qualificação da assistência pré-natal, redução da gravidez na ado-</p>

CALDEIRA (2010)	Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária.	Pesquisa Qualiquantitativa	lescência, melhoria atenção ao recém-nascido prematuro, prevenção da prematuridade, com destaque a maior controle de técnicas de reprodução assistida e financiamento do SUS. Sendo que à medida que a mortalidade infantil se reduz, aumenta a proporção de mortes neonatais e se tornam mais complexas as ações necessárias ao seu enfrentamento.
--------------------	--	----------------------------	---

Fonte: Direta 2015

Dentre os estudiosos abordados, destacam-se os resultados de ARAUJO (2012) que ressalta a importância da implementação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil como instrumento de gestão para o redirecionamento das políticas públicas de saúde materno infantil. Neste contexto os comitês têm como principais objetivos estabelecer uma rede de vigilância dos óbitos infantis ocorridos nos municípios a partir da estratégia de “evento sentinela”, avaliar e corrigir, quando necessário, a causa básica desses óbitos bem como identificar os fatores determinantes e propor intervenções através de medidas educativas e informativas visando à prevenção, promoção e reorganização da assistência à saúde.

O comitê busca atuar na melhoria das estatísticas vitais, com o objetivo de reduzir o sub-registro de nascidos vivos, de óbitos fetais e de óbitos infantis e qualificar o preenchimento da declaração de nascimento (DN) e declaração de óbito (DO), visando promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde, o que confere maior credibilidade ao sistema de informação.

A investigação objetiva ainda, a coleta de informações para análise e avaliação de todos os aspectos envolvidos no óbito, propiciando a discussão dos comitês. O processo de investigação abrange o acesso aos prontuários médicos, ficha perinatal, cartão do pré-natal, prontuário familiar, visitas domiciliares e contempla dados mínimos para uma adequada compreensão das circunstâncias em que nasceu, viveu e morreu a criança.

Sardinha (2014) aponta que há uma relação clara da mortalidade infantil com a atenção à saúde, mesmo em contextos precários de qualidade de vida. O acesso da mãe ao planejamento da gravidez, ao pré-natal de qualidade e ao parto adequadamente assistido, assim como o cuidado adequado à criança durante seu primeiro ano de vida são essenciais para garantir a sobrevivência e o crescimento e desenvolvimento dessa criança.

O pré-natal em condições ideais (quantidade de consultas e qualidade da atenção) tem papel fundamental na prevenção da morte infantil, a identificação precoce de problemas de saúde da mãe e do bebê, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento fetal, o acompanhamento do estado nutricional na gravidez por ter grande importância devido à associação com a suscetibilidade biológica materna, por o feto ser dependente do organismo materno para seu desenvolvimento, o preparo para o parto e orientações de cuidados após o nascimento.

O baixo peso ao nascer é o principal fator de risco associado à morte neonatal no mundo, reflete a morbidade materna desfavorável durante o desenvolvimento do feto, podendo refletir sua baixa condição socioeconômica e a falta de acesso ou baixa qualidade do cuidado dispensado à gestante.

A presença de companheiro parece refletir em melhor desfecho da gravidez e sobrevivência infantil, possivelmente devido à contribuição financeira e ao apoio psicossocial familiar.

Para Caldeira (2010), a ESF atuando de forma multidisciplinar e prioritariamente com a promoção da saúde, em especial a saúde infantil e materna, ainda que não tenha em sua composição o profissional especialista. Apesar de a especialidade de medicina de família estar se difundindo em todo o mundo, a maioria dos profissionais que trabalha nas equipes não tem especialização na área ou atua há pouco tempo nas atividades da estratégia. Assim, alguns questionamentos são feitos quanto à efetividade da assistência à saúde materno-infantil por profissionais sem uma formação de pós-graduação que os capacite para satisfazer a maior parte das necessidades de saúde que podem apresentar os pacientes de qualquer idade da comunidade onde trabalham.

O primeiro estudo nacional que procurou avaliar qualitativamente o cuidado primário materno-infantil após a implantação da Estratégia de Saúde da Família foi realizado em São Paulo e buscou avaliar a relação entre a utilização de serviços de Atenção Primária e o nível de saúde das crianças. Os resultados desse estudo destacavam que a maioria das crianças tinha acesso a uma atenção fragmentada, com associação direta entre esse tipo de assistência e o seu estado de saúde. Destaca-se, assim, a relevância do cuidado primário continuado, pois acredita-se que a longitudinalidade esteja intimamente associada com a qualidade da atenção. O pediatra é, por definição, um médico de cuidado primário. No entanto, existe uma sobrecarga de demanda para a assistência curativa, reduz a eficiência desse profissional para atendimento preventivo e funções de educação em saúde. De forma similar, pode-se assumir que o ginecologista-obstetra também efetua atividades prioritárias de Atenção Primária na atenção à gestante e promoção da saúde da mulher. Nesta visão pode se frisar que se estariam os médi-

cos de família e suas respectivas equipes atentas a tais necessidades, mesmo não dispondo dos olhares dos especialistas, o questionamento se dar, devido a diminuição da mortalidade infantil, mais o aumento da mortalidade neonatal, que também foi estudada por Santos Junior (2009), que relata a precariedade de infraestrutura adequada para atendimento de recém-nascidos e gestantes de alto risco, já que a maioria dos municípios brasileiros tem um único hospital com uma maternidade e não possui UTI neonatal. Os casos mais graves são encaminhados para municípios vizinhos.

A inadequada assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sugere-se que sejam realizados estudos mais aprofundados, capazes de apontar quais os principais fatores de riscos para as mortes ocorridas no primeiro mês de vida.

Embora os fatores de risco para o óbito neonatal sejam diversos e interajam entre si é necessária a implantação de políticas públicas para a promoção da saúde da mulher antes da concepção, durante a gestação e, da criança depois do parto, de maneira a gerar um desenvolvimento contínuo e integrado à saúde, com objetivo de garantir acesso aos serviços de qualidade. Esse avanço pode ser decisivo no combate a mortalidade neonatal.

Pintos (2009) especifica novos desafios na formulação de políticas públicas com base nas informações dos SIM comprometido pelos sub-registro e deficiências de qualidade da informação, o Ministério da Saúde propõe o uso do formulário padronizado da Autópsia Verbal (AV) e uma integração entre as áreas de análise e avaliação da situação de saúde.

Na investigação do óbito por causa mal definida, é fundamental a utilização do instrumento da Autópsia Verbal. O MS recomenda que essa ação seja incorporada à rotina dos serviços de atenção básica, propiciando informações valiosas e gerando uma consciência crítica que favoreça a redução dessas causas mal definidas. Ademais, a identificação da causa básica, possibilita traçar o perfil epidemiológico da mortalidade e, conseqüentemente, nortear as ações de promoção e prevenção. Portanto, o registro adequado dos campos propostos no estudo é de relevância para a qualidade do SIM. A produção de informações mais precisas quanto à mortalidade expressa na causa morte na DO reflete a situação de saúde e contribuirá para subsidiar a gestão e o controle social, na formulação de políticas públicas de saúde, objetivando a redução da morbimortalidade. Portanto, o registro adequado dos campos propostos no estudo é de relevância para a qualidade do SIM.

O SIM é um sistema complexo e que para ser operacionalizado requer que os diferentes profissionais envolvidos desempenhem suas funções de maneira efetiva.

Campos (2013) aponta a falta de capacitação e a alta rotatividade dos profissionais que lidam com o SIM prejudicam a utilização do sistema como fonte de informação para a gestão da saúde em municípios de pequeno porte.

A ocorrência de reduzido número de óbitos em municípios de menor porte e sua dispersão entre as causas de morte dificultam a análise epidemiológica. Provavelmente os achados e as considerações apontadas expressam a realidade de muitos municípios brasileiros quanto às dificuldades estruturais e fragilidades do SIM, que resultam em subnotificação de eventos e elevada proporção de óbitos por causa mal definida.

Por outro lado, a adequação da estrutura física, a expansão da cobertura da gestão do SIM municipal trouxe uma evolução nos processos de busca ativa e investigação dos óbitos.

A problemática da capacitação e da rotatividade dos recursos humanos fica mais clara quando se trata do conhecimento acerca da gestão do sistema e da utilização da informação como instrumento de gestão no dia a dia.

França Lansky (2009) e Almeida (2006) salientam que para compreender melhor a mortalidade neonatal, é necessário analisar as causas dos óbitos, considerado a mais importante informação da DO e a mais básica das informações de saúde.

Não há dúvida de que maiores riscos de mortalidade neonatal são geralmente associados à qualidade da atenção pré-natal, ao atendimento ao parto e aos cuidados recebidos pelo recém-nascido.

Entretanto, os resultados na saúde perinatal não são apenas função da eficiência obstétrica e neonatal, mas também do desenvolvimento econômico e social da sociedade. Há clara associação entre a condição sócio-econômica da mulher, sua saúde e o uso dos serviços de saúde. A desigualdade econômica e social brasileira se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao RN, com concentração dos óbitos nos grupos sociais de baixa renda. A maior parte das mortes maternas, fetais e infantis precoces ocorre por causas evitáveis no período periparto, apesar de 97% dos partos ocorrerem predominantemente em ambiente hospitalar no país e com assistência médica.

A informação sobre o momento do óbito em relação ao parto é importante para definir o perfil da mortalidade perinatal, pois é possível estabelecer se o óbito foi intra-parto ou ante-parto. Esta informação é indispensável, pois ocorreu grande declínio dos óbitos intra-parto nos países com atenção pré-natal e ao parto adequadas.

Estudos realizados em Pelotas, Fortaleza e Belo Horizonte registraram taxas de mortalidade perinatal 2 a 3 vezes maiores que a de países desenvolvidos, com 40 a 70% das mortes consideradas redutível por adequada assistência pré-natal, com identificação de fatores de

risco ao nascer como, doenças congênitas, baixo peso dentre outros fatores. Essa diferença aumenta para 10 a 20 vezes para causas como a imaturidade e a asfixia e para mortes neonatais precoces de crianças com peso ao nascer menor que 2000g, indicando graves problemas na assistência durante o trabalho de parto, assim como ao recém-nascido. Da mesma forma, o número elevado de mortes por asfixia intraparto, sobretudo de crianças com peso adequado ao nascer e em gravidez de baixo risco, demonstra o grande potencial de evitabilidade destas mortes.

Problemas na qualidade da informação compromete a obtenção de indicadores específicos, dificultando as atividades de monitoramento sobre os óbitos neonatais, nascimentos e fatores relacionados dificultam o reconhecimento de questões relevantes e comprometem a definição de estratégias de saúde adequadas para o país e grupos populacionais de maior risco. A cobertura dos óbitos notificados ao SIM e a proporção de causas mal definidas são indicadores tradicionalmente utilizados para monitorar a qualidade das estatísticas sobre causas de morte.

Segundo Pizzo (2014) A melhoria nas condições de vida e as políticas públicas gerais como a ampliação da licença-maternidade, os programas nacionais e estaduais de fornecimento de leite, nos anos 1980 e a ampliação dessas políticas nos anos 1990 e 2000, mais atualmente o bolsa família, foram os fatores determinantes na redução da mortalidade infantil, período de vida em que as condições socioeconômicas, de nutrição, meio ambiente e atenção primária à saúde exercem papel relevante na saúde infantil.

A reorganização da assistência à mulher e à criança, o maior contato das equipes com as famílias e a busca ativa na comunidade. O desempenho da ESF na assistência materno-infantil em comparação com as unidades de saúde tradicionais, embora ainda aquém das suas possibilidades e com necessidade de aperfeiçoamento de ações, a influência das ações desencadeadas em prol do aleitamento materno na redução da morbimortalidade de crianças, são ações que estão diretamente ligadas à diminuição da mortalidade infantil.

Os sistemas de informação em saúde foram fundamentais para o monitoramento da mortalidade infantil, sobretudo a partir da municipalização do processamento dos dados e das ações de vigilância epidemiológica.

Em relação à atenção hospitalar, o referenciamento com garantia de assistência a partos de alto risco e os avanços tecnológicos incorporados à área de atenção neonatal, como, por exemplo, respiração assistida, uso de corticoide antenatal e surfactante, foram outros fatores percebidos como contribuintes para a redução da mortalidade infantil, como também o aumento de leitos de UTI neonatal no Brasil, nos últimos anos.

No entanto, a estreita relação da gravidez precoce com outros determinantes sociais e com indicadores de menor acesso e pior qualidade de atenção à saúde revelam que a vulnerabilidade dessas mães.

Malta (2007) destaca a necessidade de se aprofundar a temática da evitabilidade e a busca de consenso para a construção de uma lista de causas de morte com características, do contexto brasileiro.

O processo facilitaria a adoção de mecanismos de monitoramento do desempenho segundo o nível de complexidade da atenção à saúde (básica, média e alta) e o nível da prevenção (primária, secundária ou terciária) a realizar. Seus resultados poderiam nortear as ações e políticas públicas de saúde. Os indicadores de evitabilidade podem ser importantes indicadores de efetividade dos serviços de saúde. Seu acompanhamento permite levantar hipóteses sobre a performance desses serviços em uma determinada área geográfica visando induzir políticas públicas de saúde corretivas.

Nesse debate, uma questão que merece aprofundamento é a da opção por adotar, como eventos evitáveis, apenas aqueles reduzíveis por tecnologias disponíveis no SUS. Essa opção forçou a exclusão de algumas causas de óbitos cuja ocorrência não é aceitável considerando-se o conhecimento tecnológico atual, caso dos óbitos por varicela. discutiu-se a relevância da definição da viabilidade do recém-nascido segundo o peso ao nascer, como critério antecedente à classificação do óbito segundo a evitabilidade da causa da morte. Dessa forma adotou-se, o referencial da tecnologia disponível no SUS, independentemente de sua acessibilidade ou de sua disponibilidade em outros setores.

6. CONCLUSÃO

A análise dos resultados leva a considerar que a atuação da vigilância do óbito na prevenção de mortes infantis evitáveis faz-se importante por possibilitar uma ampliação e aprimoramento da estrutura da rede de atenção à saúde pré-natal em relação ao acesso e qualidade do serviço, ao acesso ao pré-natal de qualidade, também ao atuar na promoção da saúde da mãe e feto, promovendo humanização da atenção a ambos, melhorando a atenção ao parto de qualidade e promovendo um aleitamento materno.

Conclui-se que a pesquisa atingiu o objetivo de responder à problemática de como a vigilância do óbito atua na prevenção dos óbitos infantis evitáveis, ao citar que mediante ações visando qualificar informações, ampliar identificação de fatores determinantes do óbito infantil e subsidiar adoção de medidas que possam prevenir ocorrência desses eventos. O que implica conhecer perfil dos óbitos, determinantes e evitabilidade, visibilizando o problema e subsidiando implantação de medidas que promovam a redução da mortalidade, monitorando a qualidade da assistência de saúde, com caráter educativo e ético.

O que vem de encontro ao exposto pelo Ministérios da Saúde (BRASIL, 2009) que a redução da mortalidade infantil no Brasil foi possível graças à adoção de diversas ações, em que se destacando o aumento da cobertura do pré-natal, da vacinal e introdução de novas vacinas, terapia de reidratação oral; ampliação dos serviços de saúde; redução contínua da fecundidade; melhoria condições ambiental e nutricional da população; aumento da taxa de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno.

Espera-se que esta pesquisa venha a contribuir como fonte bibliográfica a demais interessados em aprofundar o tema.

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, L. B. Análise da Implantação e Operacionalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no Estado do Ceará. 2012. 97f. Dissertação (**Mestrado Saúde da Criança e do Adolescente**). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

ALMEIDA. M. F. A.; ALENCAR. G. P. A.; NOVAES. H. M. D.; ORTIZ. L. P. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 9, n. 1, mar. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ministério da Saúde** – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica/**Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 12 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob **gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M. D.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3139-3147, 2010. Suplemento 2.

CAMPOS, Deise et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1473-1482, maio 2013.

CBVE – **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da saúde, 2005.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretária da Saúde. Manual de normas técnicas para Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, Infantil, Fetal e com Causa Mal Definida. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde, **Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**, 2010.

COSTA, Juvenal Soares Dias et al. Evolução da mortalidade por causas externas no município de Pelotas e no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 1996-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>>. Acesso em 22 jun. 2015.

EBC. Agencia Brasil. **Arthur Chioro diz que o Brasil vive epidemia de cesarianas**. Disponível em. www.ebc.com.br. Acesso em 2015.

_____. Mortalidade infantil no Brasil caiu 73% nos últimos 25 anos. Disponível em: www.ebc.com.br. Acesso em 2015.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil no Brasil. In: **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília, 2009. No prelo.

FRIAS, P. G. et al. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, p. S43-S51, dez. 2005. Suplemento 1.

FIGUEIROA, Barbara de Queiroz et al. . Análise da cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade em Olinda-PE, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, p. 475-484, mar. 2013 .

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. ed. 4. São Paulo: Atlas, 2007.

LOPES, Cecília Guimarães Vilaverd. Indicadores Socioeconômicos e Assistenciais como Preditores da Adequação das Informações sobre Mortalidade em Alagoas. Dissertação Mestrado em Saúde Pública. **Centro Pesquisas Aggeu Magalhes Fundação Oswaldo Cruz**, Recife, 2012.

MALTA D.C, DUARTE E.C, ALMEIDA M.F, DIAS M.A.S, MORAIS Neto O.L, MOURA L. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saude**. out-dez,2007.

PINTOS, Cristina Helena Camurça Correia et al. Investigação de óbitos por causa mal definida: estratégia de fortalecimento da vigilância em saúde. **Rev. RENE**; 13(4), set.-dez. 2012.

PIZZO, Lígia Goes Pedrozo et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.908-918, 2014.

RIPSA: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm> >. Acesso em 2015.

SANTOS JUNIOR, Galvão Guedes Machado dos; JACOBÉ, Luciane Flores. Análise da taxa de mortalidade infantil no município de Caçapava do Sul. **Ciência e Natura**, UFSM, 31(1):17-32, 2009.

SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010). **Faculdade de Medicina**. Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical. Brasília, 2014