

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

MARIA JOSÉ MOURATO CÂNDIDO TENÓRIO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:**

**IMPLANTAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO DE DISCUSSÃO DE ÓBITO INFANTIL E  
FETAL NOS MUNICÍPIOS DA XI REGIONAL DE SAÚDE**

SERRA TALHADA

2017

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

MARIA JOSÉ MOURATO CÂNDIDO TENÓRIO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:**

**IMPLANTAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO DE DISCUSSÃO DE ÓBITO INFANTIL E  
FETAL NOS MUNICÍPIOS DA XI REGIONAL DE SAÚDE**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública, para obtenção do título de Especialista Saúde Pública.

**Orientador (a):** Nathalie Mendes Estima

SERRA TALHADA

2017

## **RESUMO**

A precariedade das informações e as dificuldades para investigação e discussão de óbito infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde, levam a reflexão acerca da qualidade dos dados disponíveis na base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) nos municípios. A implantação dos Grupos Técnicos (GT's) de discussão de óbito infantil e fetal contribuem como importante ferramenta para superação dessas dificuldades, no que diz respeito, à melhoria da qualidade da informação, e faz parte das ações estratégicas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Este projeto propõe algumas estratégias para implantação e discussão destes óbitos. É necessário um reposicionamento que conduza ao seu fortalecimento como mecanismo de investigação e instância de proposição das medidas para a prevenção e redução da mortalidade em crianças menores de um ano de idade.

O presente Projeto de Intervenção tem como objetivo a implantação do Grupo Técnico de discussão de óbitos infantis e fetais nos municípios da XI Regional de Saúde, descentralizando-os para avançar na melhoria dos indicadores, avaliando as circunstâncias da ocorrência e propondo medidas para melhoria na qualidade da assistência a saúde.

### **Palavras-chaves:**

Mortalidade infantil, Mortalidade fetal, Vigilância Epidemiológica.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....                         | 5  |
| 2 JUSTIFICATIVA .....                     | 8  |
| 3 OBJETIVOS.....                          | 9  |
| 3.1 Objetivo geral.....                   | 9  |
| 3.2 Objetivos específicos.....            | 9  |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA .....             | 11 |
| 5 MÉTODO .....                            | 14 |
| 5.1 Tipo de Estudo .....                  | 14 |
| 5.2 Local da Intervenção .....            | 14 |
| 5.3 Processo Objeto da Intervenção.....   | 14 |
| 5.4 População da Intervenção.....         | 14 |
| 5.5 Período da Intervenção.....           | 15 |
| 5.6 Etapas da Intervenção.....            | 15 |
| 5.7 Coleta de dados: .....                | 16 |
| 5.8 Análises dos dados .....              | 16 |
| 5.9 Critério de Inclusão e Exclusão ..... | 16 |
| 5.10 Considerações Éticas .....           | 16 |
| 6 RESULTADOS ESPERADOS .....              | 17 |
| 7 VIABILIDADE .....                       | 20 |
| 8 CRONOGRAMA .....                        | 21 |
| 9 ORÇAMENTO ESTIMADO .....                | 22 |
| 10 FINANCIAMENTO .....                    | 23 |
| REFERÊNCIAS .....                         | 24 |
| ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA .....    | 27 |

## 1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para toda sociedade. A mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade e compõe uma das Metas do Desenvolvimento do Milênio, que apesar de ter alçado a meta estabelecida, continua apresentando uma alta Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) (MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

A TMI expressa o risco de morte dos Nascidos Vivos (NV) no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. O compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher e visa o alcance de patamares mais dignos de vida para a população (UNITED NATIONS, 2000).

A mortalidade infantil neonatal precoce (0 a 6 dias) e tardia (7 a 28 dias) está vinculada a causas preveníveis de mortes, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. As afecções perinatais respondem atualmente por cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de ser a primeira causa de morte em menores de cinco anos. (BRASIL, 2007).

Nesse grupo de causas destacam-se a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina) e a enterocolite necrotizante, as infecções específicas do período perinatal e a asfixia, como causas preveníveis de óbitos (FRANÇA et al., 2009). A asfixia é uma causa de óbito com grande potencial de prevenção, uma vez que 98% dos partos no Brasil ocorrem em maternidades e 88% são atendidos por médicos (BERQUÓ; GARCIA; LAGO, 2008).

Entre as principais causas da mortalidade infantil estão à falta de assistência e de instrução às gestantes, ausência de acompanhamento médico, deficiência na assistência hospitalar, desnutrição, déficit nos serviços de saneamento ambiental, entre outros. A ausência de saneamento provoca a contaminação da água e dos alimentos, podendo desencadear doenças como a hepatite A, cólera, diarreia, entre outras (VIANA, 2015).

Os Comitês de Mortalidade infantil fazem parte do processo de vigilância do óbito, e constituem um instrumento governamental e de controle social que deve mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o seu principal objetivo: a redução da mortalidade infantil em sua região de abrangência. Podem também ser descritos como uma medida para superar a insuficiência e a dificuldade na obtenção de dados relacionados à ocorrência e as circunstâncias dos óbitos (SANTOS; SILVA; LIMA, 2009).

A implantação do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil faz parte das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para redução da TMI, porém dada a escassez de médicos e enfermeiros obstetras nos municípios esses óbitos são discutidos na Regional de Saúde.

Os Grupos Técnicos (GT) são implantados nos municípios para discussão dos óbitos infantis e fetais, tendo participantes efetivos e flutuantes. Para composição efetiva temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da área de cobertura que acontece o óbito, representante do programa Mãe Coruja Pernambucana, Coordenadores de Vigilância em Saúde, Coordenadores de Atenção Primária e um médico. Entre os membros flutuantes, solicita-se a colaboração do médico, enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do respectivo município de residência do óbito, que prestaram assistência à mulher e/ou à criança durante o pré-natal, parto e/ou a puericultura.

O GT faz parte do processo de Vigilância do óbito, de caráter educativo, formativo e informativo, é instituído por uma equipe multiprofissional cuja atribuição é dar visibilidade as investigações, subsidiar a discussão, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, propor intervenções para redução da mortalidade e classificação dos critérios de evitabilidade. Suas análises são importantes no que diz respeito à tomada de decisão pelos gestores, bem como subsidia a elaboração de políticas públicas voltadas à redução deste evento.

Neste sentido, o presente plano de intervenção trata-se de uma proposta para implantação dos GT de discussão e estudo para prevenção da mortalidade infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde.

Os indicadores sobre mortalidade são fontes de informação importantes para identificar tendências e padrões, visando à implementação de políticas que promovam a redução das mortes, em especial as que têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde. (PERNAMBUCO, 2016-2019)

A mortalidade infantil, historicamente, tem sido utilizada como um indicador das condições de vida da população e está presente na agenda política, pois reflete o desenvolvimento social, econômico e político de um país, região ou município. Em nosso país, as desigualdades regionais e socioeconômicas são grandes desafios (VICTORA et al., 2011).

No Brasil, a região Nordeste tem os coeficientes de mortalidade na infância mais elevados, no entanto, desde 1990, vem ocorrendo uma redução anual da mortalidade infantil. O coeficiente de mortalidade infantil do Nordeste é 2,2 vezes maior que o da região Sul. Também temos iniquidades na mortalidade na infância por grupos étnicos, comparando crianças negras e brancas, que em 2004 foram 44 mortes em menores de 5 anos por 1000NV de crianças negras e 29/1000NV de crianças brancas (VICTORA et al., 2011).

O Estado de Pernambuco vem buscando a redução da mortalidade infantil com políticas que buscam a redução das desigualdades sociais considerando as 6 diferenças regionais, na tentativa de alcançar patamares mais aceitáveis. Esses fatos resultam de uma grande mobilização governamental e da sociedade. Entretanto, persistem situações de sub-registro de óbitos e nascimentos, grande proporção de óbitos evitáveis por tecnologias disponíveis, baixa qualidade da atenção prestada à gestação, parto e recém-nascido, em grandes partes decorrentes da descentralização radical que atribuiu aos municípios demandas excessivas, com pouco apoio técnico e financeiro dos governos federal e estadual (GARCIA et al., 2011).

Na XI Regional de Saúde a mortalidade infantil é utilizada para avaliar as condições de vida da população nos municípios de abrangência, uma vez que um dos indicadores mais expressivos, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI), infere o risco de morte dos NV no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde da população infantil (IBGE, 2015). No ano de 2016 ocorreram 56 óbitos infantis e deste apenas 28,6 foram investigados em tempo oportuno, apesar de todos os avanços na Vigilância do óbito, ainda é preciso superar grandes desafios para garantir os direitos das crianças à vida e evitar óbitos infantis e fetais (SIM-WEB/XI GERES).

## 2. JUSTIFICATIVA

Este projeto versa a intervenção voltada para a discussão de óbito infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde – Serra Talhada, com o objetivo de descentralizar as discussões desses óbitos nos Grupos Técnicos, os quais são compostos por profissionais de saúde de diversas categorias.

Os Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMMIF) e a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) necessitam para o seu aprimoramento desenvolvimento efetivo de suas ações, de um constante processo de sensibilização de novos atores e de formação de seus membros, face à alta rotatividade, à alta mobilidade e ao deslocamento de função dos profissionais, em especial nos municípios de pequeno porte (BRASIL, 2009).

Tal fato justifica o investimento na formação que contribui no trabalho efetivo dos CMMIF e criação de Grupos Técnicos (GT) para acompanhar, discutir e avaliar os óbitos infantis e fetais no âmbito municipal e Regional. Os óbitos infantis e fetais são mortes precoces evitáveis, em sua maioria, desde que seja garantido o acesso em tempo oportuno aos serviços qualificados de saúde.

É necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação e investigação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência.

A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, e elaborar as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo a diminuir as desigualdades nas taxas de mortalidade, e alcançando melhores níveis de sobrevivência infantil.

A taxa de mortalidade infantil expressa o número de crianças de um determinado local que morre antes de completar 1 ano de vida a cada mil nascidas vivas. Esse dado é um indicador da qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação.

No Brasil, assim como na maioria dos outros países, essa taxa está reduzindo a cada ano. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil segue em declínio. Em uma década (1998 – 2010) passou de 33,5 crianças mortas por mil nascidas vivas para 22 (CERQUERIA, ANO).

Pernambuco conseguiu uma das maiores quedas nos índices de mortalidade infantil de todo o país nos últimos oito anos. De acordo com dados do Governo do Estado, a redução



neste período foi de 26,3%, acima da média nacional e dos demais estados do Nordeste. Segundo dados do programa, a mortalidade infantil no Estado foi reduzida de 22,1% para 15,7%. (IBGE, ANO).

A mortalidade infantil na XI Regional de Saúde é monitorada e avaliada através do pacto pela Saúde, onde o objetivo é identificar e acompanhar a evolução dos óbitos dos nascidos vivos até o seu primeiro ano de vida para desencadear ações de intervenção que visem à redução desses óbitos (PERNAMBUCO 2016-2019).

O quadro abaixo apresenta a situação dos óbitos infantis da XI Geres, de acordo com a proporção de investigação e discussão:

Quadro 1: % de óbito investigados 1º semestre nos municípios da XI Geres no ano de 2016

| <b>XI GERES Resid</b>     | <b>Nº de óbito&gt;1 ano</b> | <b>Nº de óbito&gt;1 ano Investigado</b> | <b>%</b>    |
|---------------------------|-----------------------------|---|-------------|
| Betania                   | 3                           | 0                                       | 0,0         |
| Calumbi                   | 2                           | 0                                       | 0,0         |
| Carnaubeira da Penha      | 7                           | 3                                       | 42,9        |
| Flores                    | 3                           | 0                                       | 0,0         |
| Floresta                  | 11                          | 0                                       | 0,0         |
| Itacuruba                 | 3                           | 0                                       | 0,0         |
| Santa Cruz da Baixa Verde | 3                           | 0                                       | 0,0         |
| Sao Jose do Belmonte      | 5                           | 1                                       | 20,0        |
| Serra Talhada             | 18                          | 12                                      | 66,7        |
| Triunfo                   | 1                           | 0                                       | 0,0         |
| <b>XI GERES</b>           | <b>56</b>                   | <b>16</b>                               | <b>28,6</b> |

Fonte: SIM/XI GERES

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo geral

- ✓ Implantar o Grupo Técnico de discussão de óbitos infantil e fetais nos municípios da XI Regional de Saúde.

#### 3.2 Objetivos específicos

- ✓ Realizar diagnóstico situacional sobre mortalidade infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde.
- ✓ Conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência.

- ✓ Propor estratégias de intervenção através de medidas educativas e informativas para prevenção, promoção e reorganização dos serviços de saúde.

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma revisão nos artigos referentes à Vigilância do óbito em Pernambuco, e os indicadores de investigação ainda estão abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, em especial a região Nordeste, e em particular a XI Regional de Saúde, fazendo-se necessário a investigação desses casos para tomada de decisões.

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas. Esse dado é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos e causas da mortalidade infantil, os quais se destacam: a falta de assistência e de instrução às gestantes; ausência de acompanhamento médico; deficiência na assistência de saúde; desnutrição; ausência de políticas públicas efetivas em educação; ausência ou deficiência no saneamento básico.

PORTARIA Nº 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).

Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis.

A investigação do óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas com a família. As secretarias municipais de saúde devem instituir a vigilância do óbito, envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Preferencialmente, a equipe da atenção básica da área de abrangência do local de residência da família, é a responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, como parte integrante da sua atuação. Recomenda-se que seja elaborada uma Carta de Apresentação aos Serviços de Saúde dos profissionais que realizam a investigação dos óbitos nos serviços de saúde. Caso algum membro do Comitê seja indicado para realizar reuniões ou atividades educativas junto aos profissionais, deve apresentar a Credencial para Membro do Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009).

O Comitê de Mortalidade Infantil tem como objetivo identificar as causas que levaram ao óbito infantil, especialmente aquelas que poderiam ser evitadas. Consideramos o Comitê um importante instrumento de gestão onde é possível, após análise dos óbitos, planejar medidas de intervenção para reduzir a morte de crianças por possíveis falhas na assistência à gestante, ao parto ou ao recém-nascido, bem como avaliar a rede de serviços de saúde.

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. São instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção (BRASIL, 2009).

Diversas iniciativas estaduais e municipais de organização dos comitês e da investigação de óbitos foram realizadas, cada uma de acordo com a realidade local, interesse e condições de operacionalização. Em 2004 o Ministério da Saúde elaborou o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que sistematizou as experiências de vigilância ao óbito infantil e fetal e dos comitês, com o objetivo de ampliar a mobilização e o comprometimento dos gestores e profissionais de saúde do País para a organização de um sistema de acompanhamento dos óbitos com maior potencial de prevenção. Trata-se de uma política pública do Ministério da Saúde e um dos eixos prioritários de atuação da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, por meio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, por meio da Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica, que serve de referência para os locais que ainda não operam a vigilância do óbito ou não estruturaram os comitês e apoiar as iniciativas já existentes (BRASIL, 2009).

Os responsáveis pela vigilância de óbitos do município devem estar articulados com os GT's Regionais e Comitês Estaduais

A responsabilidade da investigação hospitalar pela equipe da instituição está prevista na legislação brasileira, reforçada pela RDC 36 da ANVISA de 3 de junho de 2008– item 4.1.6.1 (ANVISA, 2008).

Ressalta-se a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária).

### São atribuições do Grupo Técnico (GT)

#### Investigação

- ✓ Estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de UBS, Atenção Básica e vigilância em saúde, segundo critérios definidos, resguardando os aspectos éticos e o sigilo das informações;
- ✓ Incentivar e apoiar a participação nas reuniões de discussão de óbitos, em qualquer nível de gestão todos os atores envolvidos;
- ✓ Estimular a participação dos Núcleos de Vigilância Hospitalares, para o estudo e análise dos óbitos ocorridos naquelas unidades.

#### Análise dos óbitos

- ✓ Identificar e avaliar no momento da discussão os principais problemas relacionados à:
  - assistência à saúde prestada à gestante, à parturiente e à criança.
  - organização dos serviços de saúde.
  - condições sociais, situação da família e da comunidade.

#### Proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências

- ✓ Promover a interlocução com os profissionais da rede de serviços com o objetivo de discutir as circunstâncias associadas aos óbitos e qualificar a assistência prestada.
- ✓ Elaborar e propor aos gestores e órgãos competentes as medidas de intervenção necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

## **5. MÉTODO**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Projeto de Intervenção vai direcionar uma mudança ou transformação na realidade de uma estrutura ou de um processo Valeriano (2008) apud OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2015 p. 5, Este é uma proposta para implantação do Grupo Técnico (GT) de discussão, prevenção e estudo da mortalidade infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde, cuja finalidade é de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa.

### **5.2 Local da Intervenção**

O projeto será realizado nos dez municípios de abrangência, a citar, Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo, totalizando 226.493 habitantes (PERNAMBUCO, 2014).

### **5.3 Processo Objeto da Intervenção**

A intervenção buscará a implantação de Grupo Técnico de discussão de óbito Infantil e fetal nos municípios pertencentes a XI GERES.

### **5.4 População da Intervenção**

- ✓ Profissionais que atuam nas Unidades Básicas de saúde das (UBS, Médico, enfermeiro e ACS's) da área do óbito;
- ✓ Profissionais de saúde do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE);
- ✓ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- ✓ Secretários de Saúde e Coordenadores municipais;
- ✓ Representantes das instituições (governamentais, formadoras, conselhos profissionais, conselhos de saúde) e sociedade civil organizada, relacionadas ao tema;
- ✓ Defensores Públicos e Membros do Ministério Público;
- ✓ Técnico do Programa Mãe Coruja do município de residência do óbito;
- ✓ Codificador de causa básica de óbito do município.

### 5.5 Período da Intervenção

O Projeto de intervenção proposto será realizado no período de março a dezembro de 2017 nos Municípios pertencentes a XI Regional de Saúde de Serra Talhada.

### 5.6 Etapas da Intervenção

| <b>Objetivos</b>  | <b>Ações</b>  | <b>Metas</b>  | <b>Responsáveis</b>  | <b>Prazo</b>           |
|---|---|---|--|------------------------|
| Reunião da CIR  | Apresentação da situação de óbito infantil e fetal investigados e discutidos de cada município da XI Geres  | Apresentar a 100% dos municípios a situação de óbitos infantis e fetais investigados e discutidos | Vigilância em Saúde - Regional   | Realizado              |
| Realizar colegiado integrado de Vigilância em Saúde e Atenção Primária dos municípios | Apresentação da situação de óbito infantil e fetal investigados e discutidos de cada município da XI Geres com orientação para formação do GT       | 100% dos municípios com o GT implantado   | Vigilância em Saúde _regional<br>Vigilância em Saúde – Município<br>Atenção Básica             | Realizado              |
| Realizar capacitação do GT dos municípios pertencentes a XI Geres, para investigação. | Capacitação dos GT's  | 100% dos GT's capacitados   | Vigilância em Saúde - regional   | Realizado parcialmente |
| Discussão de casos  | Identificar possíveis falhas no aceso, na assistência para evitabilidade de novos casos;<br><br>Elaborar encaminhamento para os setores envolvidos. | 100% dos casos investigados e discutidos nos municípios da XI Geres                               | Vigilância em Saúde _regional<br>Vigilância em Saúde – Município<br>Atenção Básica - município | Realizado parcialmente |

## **5.7 Coleta de dados**

Os dados coletados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) são referentes à investigação de óbitos infantis e fetais na XI Regional de Saúde, no período de julho a Dezembro de 2016.

## **5.8 Análises dos dados**

Os dados serão analisados de acordo com as reuniões e discussões de óbitos infantis e fetais. Conforme a Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, determinar que a conclusão da investigação do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município de residência da mãe do natimorto ou da criança falecida, e deverá ser apoiada pelos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município onde a gestante, a parturiente ou a criança recebeu assistência ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município de residência.

Observa-se a importância de reforçar o papel dos comitês na investigação, avaliação, recomendações de medidas aos órgãos e instituições competentes, visando à redução da mortalidade infantil e fetal, o que essa análise proporciona, ainda, a avaliação em relação à qualidade da assistência e às condições de acesso aos serviços de saúde.

## **5.9 Critério de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos todos os municípios de abrangência da XI Região de Saúde, que participaram de todo processo de implantação do GT de discussão de óbito infantil e fetal.

Foram excluídos todos os municípios de abrangência da XI Região de Saúde, que não participaram do processo de implantação do GT de discussão de óbito infantil e fetal.

## **5.10 Considerações Éticas**

Foram utilizados dados secundários, e descentralização dos GT's? mediante Declaração de Anuência da gerência da XI Regional de Saúde (ANEXO A) e (APÊNDICE).



## 6. RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Após investigação e discussão espera-se a redução da mortalidade infantil e fetal, tomando como base problemas identificados durante a gestação e parto, pela assistência à saúde, para que sejam evitados novos casos.
- ✓ Melhor interação dos setores de Atenção Básica e Vigilância em Saúde dos municípios;
- ✓ Maior integração dos ACS's, equipes e comunidade;
- ✓ Óbitos infantis e fetais investigados
- ✓ Preenchimento correto de todas as fichas de investigação
  - Ficha de Investigação de Saúde Ambulatorial (I1 e F1);
  - Ficha de Investigação de Saúde Hospitalar (I2 e F2);
  - Ficha de Investigação de Entrevista Domiciliar (I3 e F3);
  - Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necrópsia (IF4);
  - Ficha Síntese Conclusões e Recomendações (IF5);
  - Planilha Municipal de Investigação do Óbito Fetal e Infantil (IF6)

Este Projeto mostra os avanços e importantes na implantação do Grupo Técnicos de Discussão de óbito infantil e fetal e refletem um grande avanço na coordenação e execução dos trabalhos das equipes de vigilância em Saúde e atenção Básica nos municípios, atingindo até o momento 90% dos municípios com o GT implantado e 60% destes discutindo óbitos infantis e fetais.

Na XI GERES, a investigação de óbitos infantis e fetais apresentou aumento gradativo, passando de 28,6% no início da implantação do Projeto, para 86,72%, no final de 2016 com o resgate das informações na investigação e posterior discussão. Os casos de 2017 continuam sendo investigados e discutidos e registrados a ficha síntese no módulo de investigação do SIM-WEB, com tendência crescente e com expectativa de alcance da meta estabelecida para de 100% o ano 2017.

Situação dos óbitos infantis da XI Geres, de acordo com a proporção de investigação e discussão:

Quadro 2: % de óbito investigados 2º semestre nos municípios da XI Geres no ano de 2016

| Município(s)           | Óbitos Existentes | Investigação cadastrada | % investigação cadastrada |
|------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|
| BETANIA                | 10                | 10                      | 100,00                    |
| CALUMBI                | 6                 | 6                       | 100,00                    |
| CARNAUBEIRA DA PENHA   | 10                | 10                      | 100,00                    |
| FLORES                 | 9                 | 8                       | 88,89                     |
| FLORESTA               | 28                | 28                      | 100,00                    |
| ITACURUBA              | 7                 | 6                       | 85,71                     |
| SANTA CRUZ DA B. VERDE | 5                 | 3                       | 60,00                     |
| SÃO JOSE DO BELMONTE   | 14                | 11                      | 78,57                     |
| SERRA TALHADA          | 34                | 25                      | 73,53                     |
| TRIUNFO                | 5                 | 4                       | 80,00                     |
| XI GERES               | 128               | 111                     | 86,72                     |

Fonte: SIM/XI GERES

Quadro 3: % de óbitos fetais e infantis notificados (até 30 dias) após o óbito

| Município(s)           | Óbitos Existentes | Nº de casos recebidos até 30 dias | % de casos recebidos até 30 dias |
|------------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| BETANIA                | 10                | 10                                | 100,00                           |
| CALUMBI                | 6                 | 6                                 | 100,00                           |
| CARNAUBEIRA DA PENHA   | 10                | 10                                | 100,00                           |
| FLORES                 | 9                 | 8                                 | 88,89                            |
| FLORESTA               | 28                | 25                                | 89,29                            |
| ITACURUBA              | 7                 | 6                                 | 85,71                            |
| SANTA CRUZ DA B. VERDE | 5                 | 3                                 | 60,00                            |
| SÃO JOSE DO BELMONTE   | 14                | 11                                | 78,57                            |
| SERRA TALHADA          | 34                | 24                                | 70,59                            |
| TRIUNFO                | 5                 | 4                                 | 80,00                            |
| XI GERES               | 128               | 107                               | 58,79                            |

Fonte: SIM/XI GERES

Quadro 4: % de óbitos fetais e infantis (Ficha síntese digitada até 120 dias após o óbito) com investigação cadastrada.

| Município(s)           | Óbitos Existentes | óbitos digitada até 120 dias após o Óbito | % óbitos digitados até 120 dias após o Óbito |
|------------------------|-------------------|---|--|
| BETANIA                | 10                | 3   | 30,00  |
| CALUMBI                | 6                 | 1   | 16,67  |
| CARNAUBEIRA DA PENHA   | 10                | 2   | 20,00  |
| FLORES                 | 9                 | 3   | 33,33  |
| FLORESTA               | 28                | 7   | 25,00  |
| ITACURUBA              | 7                 | 5   | 71,43  |
| SANTA CRUZ DA B. VERDE | 5                 | 2   | 40,00  |
| SÃO JOSE DO BELMONTE   | 14                | 3   | 21,43  |
| SERRA TALHADA          | 34                | 7   | 20,59  |
| TRIUNFO                | 5                 | 1   | 20,00  |
| XI GERES               | 128               | 34  | 26,56  |

Fonte: SIM/XI GERES



## **7. VIABILIDADE**

Este projeto é viável financeiramente e politicamente, pois o Grupo Técnico (GT) irá trabalhar para melhorar os indicadores de mortalidade infantil e fetal e com medidas de prevenção e controle nas discussões elaborando encaminhamentos para melhorar a qualidade e o acesso à assistência prestada.

## 8. CRONOGRAMA

| Atividades  | Previsão       |               |
|---|----------------|---------------|
|   | Início         | Término       |
| Realizar diagnóstico situacional sobre mortalidade infantil e fetal nos municípios da XI Regional de Saúde. | Setembro/2016  | Setembro/2016 |
| Levantamento dos óbitos infantis e fetais não investigados no município                                     | Outubro/2016   | Dezembro/2016 |
| Realização de oficina sobre Mortalidade Infantil e causas evitáveis   | Fevereiro/2017 | Março/2017    |
| Formação do Grupo técnico   | Março/2017     | Maió/2017     |
| Capacitação dos profissionais para investigação de óbito infantil e fetal e encaminhamentos                 | Abril/2017     | Dezembro/2017 |

Fonte: Elaborado pela autora

**9. ORÇAMENTO ESTIMADO**

| <b>Material</b>                              | <b>Quantidade</b> | <b>Valor individual</b> | <b>Total</b> |
|--|-------------------|-------------------------|--------------|
| Combustível para deslocamento aos municípios | 10                | 200,00                  | 2.000,00     |
| Capacitação dos municípios                   | 10                | 100,00                  | 1.000,00     |
| Diária de pessoal                            | 05                | 17,00                   | 85,00        |
| Papel para trabalhos e, grupo                | 20                | 3,00                    | 60,00        |
| Total R\$                                    |                   |                         | 3.145,00     |

Fonte: Elaborado pela autora

## **10. FINANCIAMENTO**

Todos os recursos financeiros: materiais, equipamentos, combatível, diárias, estão sendo custeados pela XI Regional e Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de Situação de Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS Caderno de Atividades Volume 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas para Vigilância epidemiológica do Óbito Materno, Infantil, Fetal e com Causa Mal Definida**. Brasília/DF 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. Ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)3ª ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados básicos para a Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1616-1 1. Mortalidade materna. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Série.

ww.datasus.gov.br . Acesso em 20/05/2017.

Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. Caderno de Saúde Pública

**LUCIANA MONTEIRO VASCONCELOS SARDINHA Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**

Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG. Diferenciais nos fatores de risco para mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. Cad. Saúde Pública 2012;28(11):2163-76.

Manual de Vigilância do e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2009 Ministério da Saúde; abr. 2009. 80 p. Livrotab, graf.(A. Normas e Manuais Técnicos)



Mortalidade perinatal. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde**. Disponível em : <http://brasil.evipnet.org> Acesso em: 05/07/2017.

MANUAL DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL, 2009

Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 108-114 p.

RIPSA, Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. Brasília, 2008.

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

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde?

XAVIER, S. B. **Mortalidade materna em Pernambuco**: uma revisão de literatura. Monografia. (Especialização). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes, Recife, 2010

ANEXO

## ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

SECRETARIA  
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO  
*Pernambuco*

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
XI GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado **Implantação do Grupo Técnico de Discussão de Óbito Infantil e Fetal nos Municípios da Xi Regional de Saúde** realizado por MARIA JOSÉ MOURATO, sob a orientação do prof. Msc. Nathalie Mendes Estima, a ser apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). E afirmo que esta instituição tem condições de apoiar a construção do referido trabalho.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que os envolvidos/as comprometam-se a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para a construção do Projeto de Intervenção.

Serra Talhada, 07 de julho de 2017.

  
Karla Milene S. L. Cantarelli  
Gerente XI GERES  
Mat. 192.983-8