

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS-UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**MÁRCIA CECÍLIA PICOLLOTTO DE OLIVEIRA**

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DE  
MORTALIDADE INFANTIL E FETAL GRAMADO-RS**

**PORTO ALEGRE  
2020**

MÁRCIA CECÍLIA PICOLLOTTO DE OLIVEIRA

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DE  
MORTALIDADE INFANTIL E FETAL GRAMADO-RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS  
Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Joel Rolim Mancia.

PORTO ALEGRE

2020

O48p Oliveira, Márcia Cecília Piccolotto de.  
Proposta de implantação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil e Fetal Gramado-RS / Márcia Cecília Piccolotto de Oliveira. – 2020.  
77 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2020.

“Orientador: Prof. Dr. Joel Rolim Mancia.”

1. Vigilância sanitária. 2. Enfermagem. 3. Mortalidade infantil. 4. Mortalidade perinatal. I. Título.

CDU 614.253.5

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”  
Cora Coralina

## RESUMO

A mortalidade fetal e infantil, embora tenha apresentado declínio nas últimas décadas, permanece como um grande desafio para Saúde Pública brasileira. Estudos sobre a temática apontam que grande parte das ocorrências são classificadas como evitáveis, sendo resultantes de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Esta análise mostra-se como um indicador potente para a qualificação da assistência obstétrica e neonatal, sobretudo diante de causas evitáveis. A investigação das ocorrências é atribuição da Vigilância Epidemiológica municipal, a qual se dá com auxílio das coordenadorias regionais de saúde. Embora obrigatória, a proporção de óbitos infantis e fetais investigados no País ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste. Nesta perspectiva, visando induzir estes processos analíticos no cotidiano dos serviços, o Ministério da Saúde, em 2004 propôs aos entes federados a instituição de Comitês de Prevenção de Mortalidade Fetal e Infantil, os quais devem ofertar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, ao mesmo tempo que, propor intervenções para redução da mortalidade à nível local. Diante do exposto, buscou-se tecer uma análise da mortalidade fetal e neonatal no período de 2017 a 2019 no município de Gramado/RS e propor a implantação do Comitê de Prevenção no Município. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, com delineamento retrospectivo, de base documental subsidiado pela pesquisa direta nos registros de investigação de óbitos fetais e neonatais do setor de Vigilância Epidemiológica municipal. A análise dos dados teve como base estatística descritiva, apresentando como resultado no período do estudo, 56% (n:10) de óbitos neonatais, seguido de 44% (n:8) de óbitos fetais, desses, 61% (n:11) eram prematuros extremos, 22% (n:4) eram atermos e 17% (n:3) eram prematuros. Dos óbitos neonatais, 50% (n:5) ocorreram até 24hs de vida. Quanto ao peso ao nascer, 30% (n:3) tinham peso maior que 2.500g, 10% (n:1) peso 2.500g a 1500g e 60% (n:6) peso menor que 1.500g. Dos óbitos fetais, 37,5% (n:3) tinham peso maior que 2.500g e 62,5% (n:5) peso menor que 1500g. Houve o predomínio de mulheres de cor brancas (72%, n:13), com escolaridade de nível médio completo (44%, n:8), na faixa etária entre 20-34 anos (62%,n:13) e com companheiro (61%, n:11). A multiparidade foi predominante (67%, n:12). 56% (n:10) não tinham histórico de aborto e 94% (n:17) foram de gestação única. Quanto ao risco gestacional estimado previamente, prevaleceu o baixo risco, em 66,6% (n:12). O acesso ao pré-natal de 67% (n:12) ocorreu no primeiro trimestre de gestação. 65% (n:11) realizaram pré-natal na rede pública e 35% (n:6) na rede privada. 95% (n:15) apresentavam algum fator de risco gestacional. O produto gerado deste estudo foi a proposta de implantação pela Secretaria Municipal de Saúde do Comitê de Mortalidade Infantil e Fetal no município de Gramado se constituindo na apresentação dos documentos: Construção da proposta de implantação do comitê de prevenção de mortalidade infantil e fetal Gramado-RS; Resultados da caracterização da mortalidade fetal e neonatal no município; Contextualização dos registros relacionados aos riscos gestacionais e desfecho do parto; Regimento do Comitê.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde; Enfermagem; Comitês; Mortalidade Fetal; Mortalidade Neonatal.

## ABSTRACT

Fetal and infant mortality, although it has declined in recent decades, remains a major challenge for Brazilian Public Health. Studies regarding the subject point out that most of the occurrences are classified as preventable, which result from biological, social, cultural factors and the health system failures. This analysis is a powerful indicator for the qualification of obstetric and neonatal care, especially in relation to preventable causes. The investigation of the occurrences is the responsibility of the municipal Epidemiological Surveillance, which takes place with the assistance of the regional health coordinators. Although mandatory, the proportion of infant and fetal deaths investigated in the country is still low, especially in the states of the North and Northeast regions. In line with this perspective, aiming to induce these analytical processes in the daily routine of services, the Ministry of Health, in 2004, proposed to the federated entities the institution of the Fetal and Infant Mortality Prevention Committees, which should offer visibility, follow and monitor infant and fetal deaths, while proposing interventions to reduce mortality at the local level. Within this, an attempt was made to carry out an analysis of fetal and neonatal mortality in the period from 2017 to 2019 in the municipality of Gramado/RS and to propose the implementation of the Prevention Committee in the Municipality. This is a qualitative and quantitative research, with a retrospective design, based on documents supported by direct research in the investigation records of fetal and neonatal deaths in the municipal epidemiological surveillance sector. Data analysis was based on descriptive statistics, presenting as result in the period of this study, 56% (n: 10) of neonatal deaths, followed by 44% (n: 8) of fetal deaths, of which 61% (n: 11) were extremely premature, 22% (n: 4) were within the regular gestational period and 17% (n: 3) were premature. From the neonatal deaths, 50% (n: 5) occurred within 24 hours of life. Regarding the birth weight, 30% (n: 3) weighed more than 2,500g, 10% (n: 1) weight 2,500g to 1500g and 60% (n: 6) weight less than 1,500g. From the fetal deaths, 37.5% (n: 3) weighed more than 2,500g and 62,5% (n: 5) weighed less than 1500g. There was a predominance of white women (72%, n: 13), with complete high school education (44%, n: 8), aged between 20-34 years (62%, n: 13) and with partner (61%, n: 11). Multiparity was predominant (67%, n: 12). 56% (n: 10) did not have history of abortion and 94% (n: 17) were single pregnancies. In relation to the gestational risk previously estimated, the low risk prevailed, at 66.6% (n: 12). The access to prenatal care of 67% (n: 12) occurred in the first trimester of pregnancy. 65% (n: 11) performed prenatal care in the public network and 35% (n: 6) in the private network. 95% (n: 15) had some gestational risk factor. The product generated from this study was the proposal for implantation by the Municipal Health Secretariat of the Child and Fetal Mortality Committee in the municipality of Gramado, constituting the presentation of the documents: Construction of the proposal for the implementation of the child and fetal mortality prevention committee Gramado-RS ; Results of the characterization of fetal and neonatal mortality in the municipality; Contextualization of records related to pregnancy risks and delivery outcome; Committee Charter.

### **Keywords:**

Health Surveillance; Nursing; Committees; Fetal Mortality; Neonatal Mortality.

**LISTA DE SIGLAS**

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CPOIF	Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FM	Feto morto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IML	Instituto Médico Legal
ITU	Infecção do Trato Urinário
LBE	Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SVO	Serviço de Verificação de Óbito

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TMF	Taxa de Mortalidade Fetal
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UNICEF	Fundo Internacional de Emergências das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VE	Vigilância Epidemiológica
VM	Ventilação Mecânica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 Tema .....	13
1.2 Delimitação do Tema .....	13
1.3 Problema .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 Objetivo Geral .....	14
2.2 Objetivos Específicos .....	14
2.3 Justificativa .....	14
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>16</b>
3.1 Histórico e análise da Mortalidade Infantil e Fetal no cenário brasileiro .....	16
3.2 Processo de investigação do óbito fetal e neonatal .....	19
3.3 Comitês de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal .....	23
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	26
4.2 Cenário de Estudo .....	26
4.3 Etapa 1 - Exploratória .....	27
4.3.1 Estudo 1: Caracterização da mortalidade fetal e neonatal .....	28
População e amostra .....	28
Coleta de dados .....	29
Análise dos dados .....	29
4.3.2 Estudo 2: Contextualização dos registros relacionados aos riscos gestacionais e desfecho do parto .....	29
População e amostra .....	30
Coleta e Análise dos Dados .....	30
4.4 Etapa 2 – Construção da proposta de implantação do comitê de prevenção de mortalidade infantil e fetal Gramado-RS. ....	30
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>33</b>
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
6.1 Características socioeconômicas e demográficas, antecedentes maternos obstétricos e gestacional, e características do parto e neonato. ....	34

<b>6.2 Contextualização dos registros relacionados Riscos gestacionais e desfecho do parto .....</b>	<b>46</b>
<b>7 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL EM GRAMADO .....</b>	<b>54</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE E – OFÍCIO AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade fetal e infantil, embora tenha apresentado declínio nas últimas décadas, permanece como um grande desafio para Saúde Pública brasileira, sobretudo pelas persistentes e notórias desigualdades regionais e interurbanas, que culminam com a concentração de óbitos na população mais pobre e em grupos sociais específicos. Na década de 90, o País apresentava taxa de mortalidade de 47/1000 Nascidos Vivos (NV). Já em 2007 com uma redução de 59% chegou a 19,3/1000NV. Medidas como acesso a saneamento básico, queda na taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional, grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e fortalecimento da atenção primária, contribuíram para esse cenário. (BRASIL, 2009).

Em 2015 o Brasil atingiu a meta proposta pelos Objetivos do Milênio de taxa de mortalidade menor 15,7/1000NV, registrando taxa de 13,8/1000NV. Nesse mesmo ano, a Organização das Nações Unidas (ONU) preparava as metas para os anos seguintes, expressas no documento “Transformando o nosso mundo: A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”. Visando o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos, a Agenda 2030 da ONU propõe 17 objetivos lançados a comunidade internacional rumo ao desenvolvimento em suas múltiplas facetas: econômico, social e humano. (BRASIL, 2020; ONU, 2015).

Entre os objetivos listados, dos quais o Brasil é signatário, consta para até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12/1.000 NV e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, até 25/1.000 NV. (ONU,2015; IBGE,2015). Tais objetivos requerem integração de diferentes setores da sociedade brasileira, uma vez que as iniquidades em saúde contribuem para que o alcance destes objetivos se distancie. Uma ilustração desse cenário pode ser vista quando analisamos as taxas de mortalidade nas diferentes regiões brasileiras: em 2007 a taxa de mortalidade infantil no Nordeste foi 40% maior do que a taxa nacional e 2,1 vezes maior do que a taxa da região Sul. (BRASIL, 2009).

A mortalidade infantil, sobretudo a fetal e a neonatal, em grande parte pode ser classificada como evitável, uma vez que muitos dos óbitos são resultantes da combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Neste sentido, as ações de vigilância permitem analisar e indicar intervenções

relacionadas às condições de vida da população, assim como ações a serem induzidas por políticas públicas de saúde, especialmente relacionadas à atenção à gestante e ao recém-nascido. (BRASIL, 2009).

O óbito fetal é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) “como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez”. A mortalidade neonatal compreende os óbitos que ocorrem, desde o nascimento até 27º dias de vida, e a mortalidade pós-neonatal abrange os óbitos que ocorrem entre os 28º e o 364º dia de vida. O componente pós-neonatal é resultante da interação das condições ambientais sobre a criança. Já a mortalidade fetal e a neonatal partilham das mesmas circunstâncias e etiologias: características biológicas maternas, fetais e de assistência ao parto, sendo em grande parte atribuída a causas evitáveis. (BRASIL, 2009).

No cenário brasileiro, desde o final da década de 80, a mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais, representando entre 60% e 70% das ocorrências. Ao comparar com outros países, observa-se o quanto os níveis são elevados no Brasil: em 2007, o País apresentava uma taxa de 13,2/1000, quando países como Argentina (10/1000), Chile (5/1000), Canadá (3/1000), Cuba (4/1000) e França (2/1000) apresentavam taxas mais baixas em 2004. (BRASIL, 2009). De 2007 para 2018, passados 10 anos, observa-se pequena redução na mortalidade neonatal 12,2/1000 NV no País. (BRASIL, 2020).

Em tempo, vale destacar que o período neonatal se divide em: precoce e tardio. O período neonatal precoce abrange o nascimento até o 6º dia de vida e o tardio compreende do 7ª a 27º dia de vida. É no período precoce que se situam a maior parte dos óbitos neonatais, sendo que um quarto desses ocorre no primeiro dia vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades. (LANSKY et. al., 2009).

Quando analisados os óbitos em menores de um ano a partir da Lista de causas de mortes evitáveis por ação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MALTA et. al., 2007), identifica-se que 62% dos óbitos em nascidos vivos com peso maior que 1500 gramas eram evitáveis. Ao analisar mais atentamente essas causas, observa-se 25,8% apresentam como marcador “reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido”. Vale gizar que prematuridade e suas complicações, alocadas nesse marcador, contribuem significativamente para elevação do percentual. As causas relacionadas à

assistência, à gestação e ao parto representam 20,6%, demonstrando a importância da atenção pré-natal e ao nascimento para a redução da mortalidade infantil no Brasil. Já em relação à mortalidade fetal, poucos são os estudos brasileiros disponíveis, evidenciando a baixa visibilidade, interesse e compreensão que esse evento representa. (BRASIL, 2009).

Deste modo, a análise da mortalidade fetal e neonatal é um indicador apropriado para a qualificação da assistência obstétrica e neonatal e da utilização dos serviços de saúde, sobretudo diante de causas evitáveis. (LORENZI et. al., 2001; ANDRADE et. al., 2009; BRASIL, 2009; OLIVEIRA et. al., 2010). Todavia, a proporção de óbitos infantis e fetais investigados no País ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste. Visando induzir processos analíticos no cotidiano dos serviços, em 1990, o Ministério da Saúde, lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), o qual previa incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, principalmente no Nordeste, considerando as taxas sobressalentes da região. (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, em 2004, o Ministério da Saúde publicou “Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal”, 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. Ainda em 2007, uma pesquisa conduzida pelo Ministério da Saúde em parceria com entidades colaboradoras identificou que entre 248 municípios com mais de 80 mil habitantes, apenas 50% tinham comitês atuantes, sendo as proporções mais elevadas nas regiões Sudeste (74,5%) e Sul (50%). Entre os municípios analisados, 80% tinham o comitê instituído de modo oficial e 78% destes funcionavam de forma integrada ao comitê de investigação de morte materna. (BRASIL, 2009).

Em todos os âmbitos de atuação dos comitês, as atividades desenvolvidas são realizadas de forma complementares, com foco na análise e divulgação das informações, permitindo o compartilhamento de experiências e oferecendo aos profissionais de saúde uma reflexão acerca das ações e estratégias organizacionais de prevenção da mortalidade fetal e infantil. (RUOFF, 2017). A instituição do comitê de prevenção de óbito infantil e fetal, embora não seja uma obrigatoriedade aos municípios, corrobora com as ações descritas na Rede Cegonha e se constitui um importante aliado no cumprimento da Agenda 2030.

## **1.1 Tema**

Vigilância da mortalidade fetal e infantil

## **1.2 Delimitação do Tema**

Mortalidade fetal e neonatal.

## **1.3 Problema**

No município de Gramado, Rio Grande do Sul, a investigação dos óbitos fetais e neonatais é realizada pelo setor de Vigilância Epidemiológica, constituindo-se um processo setorial. Por essa característica, torna-se uma atividade administrativa, que fomenta reflexão apenas da equipe do setor, não alcançando visibilidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Deste modo, não se constitui objeto de indução e qualificação das práticas assistenciais e gerenciais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Propor a implantação do comitê de prevenção de mortalidade infantil e fetal de Gramado-RS

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e de utilização dos serviços de saúde das mulheres que vivenciaram óbito fetal e neonatal no período de 2017 a 2019 em Gramado;
- b) Descrever o perfil dos fetos e neonatos que foram a óbito no período de 2017 a 2019 em Gramado;
- c) Relacionar antecedentes obstétricos, ocorrências na gestação atual e causa do óbito fetal e neonatal;
- d) Descrever conforme a investigação epidemiológica as causas de óbitos evitáveis e não evitáveis.

### **2.3 Justificativa**

Gramado apresenta índice de óbito fetal e neonatal, de longa data, abaixo da meta estipulada pelo Rio Grande do Sul, fato este que faz com que os poucos casos que ocorrem no município não despertem uma reflexão por parte dos profissionais de saúde. O serviço de vigilância epidemiológica assume a função de investigador das ocorrências, conforme determina a Portaria N<sup>o</sup> 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que direciona e estabelece a obrigatoriedade da investigação do óbito fetal e infantil por esse serviço. Tal ação além de qualificar os dados para o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), possibilita análise dos diferentes fatores que podem ter contribuído para o desfecho.

Como enfermeira da Vigilância Epidemiológica do município, é rotina em meu trabalho investigar estes óbitos, um assunto o qual eu não dominava e que me fez buscar informações na literatura. No decorrer das investigações me questionava quais vulnerabilidades precisavam ser observadas pelos profissionais de saúde nas

gestantes? Quais ações poderiam ser implantadas na RAS para evitar novas ocorrências? Como fomentar essa discussão entre os serviços e profissionais? Poderíamos enquanto município zerar as ocorrências de óbitos fetais e neonatais classificados como evitáveis? Questionamentos que foram se acentuando e com minha entrada no mestrado profissional me fizeram entender a necessidade de um diálogo intersetorial e multiprofissional, que por sua vez me desafiaram a construir esta “rede” por meio da implantação de um comitê municipal de prevenção do óbito fetal e infantil.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo compartilha-se o itinerário teórico que embasa a pesquisa. Para isso constituiu-se três tópicos, os quais exploram o histórico e análise da mortalidade infantil e fetal no cenário brasileiro, o processo de investigação do óbito fetal e neonatal e a instituição dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

#### **3.1 Histórico e análise da Mortalidade Infantil e Fetal no cenário brasileiro**

Os índices de mortalidade infantil no mundo, embora vêm apresentando uma melhora progressiva, seguem sendo um desafio para os serviços de saúde e para sociedade, constituindo-se uma grande preocupação em Saúde Pública. Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) adotados pela ONU em 2000, impulsionaram os países a enfrentar os principais desafios sociais do século XXI, dentre eles, reduzir a mortalidade infantil, em especial de crianças menores de cinco anos, em dois terços, entre 1990 e 2015. O Brasil é signatário da ONU no combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando o alcance de patamares mais dignos de vida para a população. Nesta perspectiva, vale destacar que a mortalidade infantil é reflexo também dessas condições, que em nosso País segue com as persistentes e notórias desigualdades regionais e intraurbanas, com concentração de óbitos na população mais pobre e em grupos sociais específicos. (UNITED NATIONS, 2000; BRASIL, 2009).

Em 2015, o Brasil apresentou taxas de mortalidade infantil que superaram a meta, ficando em 13,8/1000NV. (IBGE, 2015). Nesse mesmo ano, a ONU preparava as metas para os anos seguintes. Em setembro de 2015, em Assembleia Geral, foi adotado o documento “Transformando o nosso mundo: A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”, um guia para as ações da comunidade internacional, onde se comprometeram em tomar medidas ousadas e transformadoras para promover o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas para que os países adotem conforme suas prioridades. O objetivo 3, Saúde e bem-estar, meta 3.2, estipula até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, e reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12/1000 NV, e

a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, até 25/1000 NV. (BRASIL, 2015).

A mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir do final da década de 80, e representa entre 60% e 70% das ocorrências no País. Numa análise mais ampliada, a taxa de mortalidade neonatal nacional vem mantendo níveis elevados, 13,2/1000 NV, em 2007, quando comparada com a taxa de outros países no ano de 2004, como Argentina (10/1000), Chile (5/1000), Canadá (3/1000), Cuba (4/1000) e França (2/1000). Em 2018, a taxa de mortalidade neonatal no Brasil era de 12,2/1000 NV, no RS 9,8/1000NV e em Gramado 6,8/1000NV. A maior parte dos óbitos neonatais ocorreu no período neonatal precoce, do nascimento ao 6º dia de vida, e cerca de um quarto dos óbitos ocorreu no primeiro dia vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que no Brasil é predominantemente hospitalar. (LANSKY et. al., 2009; BRASIL, 2009; BRASIL, 2020).

A Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) é um dos indicadores de qualidade da assistência prestada à gestante, altamente sensível para verificar a qualidade do pré-natal e monitoramento do cuidado intraparto. Em 2016, foram registrados 1,7 milhão de óbitos fetais no mundo, uma diminuição de 65,3% desde 1970 devido ao aumento do número de nascidos vivos, que passou de 114,1 milhões em 1970 para 128,8 milhões em 2016. As taxas de óbitos fetais diminuíram 68,4%, de 41,5 em 1970 para 13,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2016. A menor TMF em 2016 foi na Finlândia (1,11/1.000 NV) e a maior no Sudão do Sul (43,4/1000 NV). Apenas seis países da Europa ocidental tiveram taxa de óbito fetal abaixo de 1,5 por 1.000 em 2016, feito que não foi alcançado por nenhum país nas Américas. Em 2018 a taxa de óbito fetal no Brasil foi de 10,4/1000NV, no RS de 8,5/1000NV e Gramado 6,8/1000NV, a mesma de óbitos neonatais. (BRASIL 2009; GBS, 2017; DATASUS, 2020).

Esse panorama evidencia que há um longo percurso a ser percorrido para atingirmos níveis semelhantes aos de países desenvolvidos, a contar que esses óbitos, em grande parte seriam evitáveis desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços de saúde qualificados. Malta et.al (2007), classifica como causas evitáveis aquelas reduzíveis por ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, ações adequadas de diagnóstico e tratamento e ações adequadas de promoção à saúde. Na visão dos autores, vários

fatores estão associados à mortalidade fetal e neonatal, entre eles, biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde, e redução depende de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis, no entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência ou destinaram investimentos específicos para a sua redução. (BRASIL, 2009; OLIVEIRA, 2015).

Historicamente em nosso País, as políticas públicas relacionadas à atenção à saúde da mulher eram resumidas a preocupação com o grupo materno-infantil. Em 1983, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ampliando a assistência à mulher nas alterações clínicas ginecológicas, no controle do pré-natal, parto e puerpério, nas doenças sexualmente transmissíveis, no câncer cérvico-uterino e mamário, na concepção e contracepção, desde a adolescência até a terceira idade. Já em 2004, sob o enfoque de gênero, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que visava melhorias na integralidade e promoção da saúde da mulher, dos direitos sexuais e reprodutivos, na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto e no combate à violência doméstica e sexual. (BRASIL, 2008; ASSIS, 2013).

Em 2011, o MS lançou a inovadora estratégia “Rede Cegonha”, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, no âmbito do SUS, a qual propõe fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. Instituída pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha engloba um pacote de ações para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério e ao nascimento seguro das crianças, assim como seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011).

Entre os vários componentes da Rede Cegonha, os quais são fundamentais para uma gestação de sucesso e como consequência um nascimento seguro, destaca-se um pré-natal de captação precoce da gestante, com a acolhimento e avaliação de risco e vulnerabilidade, vinculando-a ao serviço e ao local onde será realizado o parto,

garantindo acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno e ofertando todas as estratégias para uma gestação e parto seguro. (BRASIL, 2011)

O Componente parto e nascimento deverá garantir a oferta de leitos obstétricos e neonatais, de acordo com as necessidades locais ou regionais, norteados pela RDC nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com realização de acolhimento e classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com foco na Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2011)

Quanto ao Puerpério e atenção integral a saúde da criança, deve-se promover o aleitamento materno e alimentação complementar saudável, acompanhar a puérpera e criança na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, fazendo busca ativa de crianças vulneráveis, implementando estratégias de programas educativos relacionados a saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2011)

É notável o avanço em relação as políticas públicas destinadas a saúde das mulheres, todavia há muito o que se fazer ainda. Em face a mortalidade fetal e neonatal, implica em reconhecer a pluralidade de fatores envolvidos, analisar possíveis falhas assistenciais e propor mudanças nos processos gerenciais e assistenciais.

### **3.2 Processo de investigação do óbito fetal e neonatal**

A investigação do óbito fetal e infantil é atribuição da Vigilância Epidemiológica, que é parte do campo de atuação do SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) no seu Art. 6º, Parágrafo 2º:

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.

A Portaria Ministerial nº 1172, de 15 de junho de 2004, preconizava e atribuía ao componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e aos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios.” (BRASIL, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº 72, de 11 de janeiro, a vigilância do óbito infantil e fetal obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS, sendo baseada nas considerações relacionadas ao real dimensionamento do óbito infantil e fetal no Brasil, identificando os principais fatores de risco associados a mortalidade infantil e fetal, possibilitando a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências, através da declaração de óbito (DO), documento oficial que atesta a morte, de preenchimento obrigatório pelos médicos, e que tem o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desde 2006, com maior agilidade na transmissão da informação sobre o óbito;

A vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória e é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica das secretarias de todas as instâncias, a busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais deve ser designada também por estes profissionais. O óbito infantil é aquele ocorrido em NV até 364 dias de vida. É considerado NV a expulsão ou extração do corpo da mãe, independente da duração, depois da separação, o conceito que respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, que seja batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. (BRASIL, 2009)

O óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, com peso igual ou superior a 500 gramas. Sem esta informação, considerar a idade gestacional de 22 semanas ou mais. Sem estas duas informações, considerar comprimento corpóreo de 25 cm cabeça calcânhar ou mais. Para fins de investigação são considerados todos os casos dentro dos critérios: Fetais: natimortos; Neonatais: 0 a 27 dias de vida; e Pós-neonatais: 28 dias de vida até 364 (um ano incompleto). Em casos de malformação congênita grave ou complexa ou letal, a sua investigação é facultativa. (BRASIL, 2009)

O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação é a DO, que deve ser adequadamente preenchida em todos os campos. Os instrumentos base para a investigação são os padronizados para uso no Estado ou Município, ou recomendados pelo ministério da saúde no “Manual de Vigilância de óbito Infantil ou Fetal” do Ministério da Saúde ou outros que sejam recomendados por estas instâncias. O prazo para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com envio da 1ª via da DO é de no máximo quarenta e oito horas da ocorrência. O Estado através do registro no SIM tem 30 dias para disponibilizar ao Ministério da Saúde a

informação. O Prazo para levantamento de dados, conclusão da investigação e análise e discussão pelos responsáveis pela vigilância de óbitos é de 120 dias a contar da data de ocorrência. (BRASIL, 2009)

O Prazo para atualizar o SIM, com os resultados da investigação devidamente recodificado quando necessário, e transferência do registro alterado para o Ministério da Saúde é 30 dias após a conclusão da investigação. Os serviços de saúde públicos ou privados devem fazer busca ativa diária de óbitos infantis e fetais em suas dependências para garantir os fluxos e prazos estabelecidos nesta portaria. Deverão também disponibilizar acesso a prontuários para o início da investigação. Os responsáveis pela investigação devem garantir sigilo e privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos no art. 154 e no artigo 269 do Código Penal e no art. 102 do Código de Ética Médica. (BRASIL, 2009)

A conclusão da investigação do óbito é atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município de residência da mãe, natimorto ou criança falecida, apoiados pelo município onde ocorreu o óbito. O suporte técnico caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao departamento de informática do SUS (DATASUS), com vista a operacionalização do disposto na portaria. (BRASIL, 2009)

A vigilância do óbito deve compreender as etapas de Identificação do óbito, aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, entrevista domiciliar, levantamento de dados nos serviços de saúde (prontuários de UBS, serviços de urgência, ambulatório de especialidades), prontuários hospitalares, laudos de necrópsia/anatomopatológico, resumo, discussão e conclusão sobre o caso, análise de evitabilidade, Identificação das medidas de prevenção/intervenções necessárias. Vale ressaltar que os dados coletados com a família, por meio da entrevista domiciliar, são de fundamental importância, contribuindo com informações habitualmente não registradas nos prontuários, como por exemplo as dificuldades da família em perceber situações de risco à saúde, dificuldades de acesso aos serviços e ao tratamento indicado. (BRASIL, 2009).

Na ocorrência de morte por causa externa (ou não natural) – “*óbito que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte*” - a DO deve, obrigatoriamente, ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML) e, nos municípios

sem IML, qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual. (BRASIL, 2009).

Em Gramado, a investigação dos óbitos fetais e neonatais inicia após o recebimento da DO, que é encaminhada pelos serviços de saúde, cartório ou recebimento da informação via SIM (quando ocorre em outro município) ao setor de vigilância epidemiológica (VE). Ao identificar a ocorrência do óbito é realizada a busca ativa nos registros ambulatoriais pelo sistema de informação municipal e em registros hospitalares. Caso o pré-natal tenha ocorrido na rede privada, é realizado contato com o médico assistente, para obter as informações do acompanhamento prestado a gestante. De posse destas informações, é realizada uma primeira análise, buscando identificar fatores que possam ter contribuído para o óbito fetal ou neonatal. Logo após é realizado contato com a puérpera, para agendamento de visita domiciliar, para ouvir as percepções da mulher e da família acerca da gestação e parto. Todas as informações levantadas serão compiladas, gerando um relatório, finalizando o processo de investigação com o registro no SIM, dentro do prazo estipulado.

Em 2008, o Ministério da Saúde passou a adotar a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis (LBE), proposta por Malta et. al (2007), sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para identificação de problemas potencialmente preveníveis em relação aos óbitos infantis no país. De acordo com essa nova classificação, as mortes de menores de cinco anos foram organizadas nas seguintes categorias: causas evitáveis (reduzíveis por ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, ações adequadas de diagnóstico e tratamento e ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde); causas mal definidas e demais causas (não claramente evitáveis).

Ao estudar as mortes evitáveis em menores de um ano no período de 1997 a 2006 no Brasil, Malta et. al (2010) classificou os óbitos em causas evitáveis, mal definidas e não evitáveis empregando a LBE. Foram calculadas tendências das taxas de mortalidade infantil por causas de morte e usou-se regressão não linear para avaliação de tendência. Os autores verificaram que as causas reduzíveis de mortalidade apresentaram redução de 37%. A mortalidade por causas reduzíveis por adequada atenção ao parto declinou em 27,7%; adequada atenção ao recém-nascido, 42,5%; e por adequada atenção à gestação cresceu 28,3%. O aumento da

mortalidade por adequada atenção à gestação revela a baixa qualidade dessa assistência e a necessidade de aprimoramento da atenção pré-natal.

### **3.3 Comitês de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal**

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CPOIF) atuam de forma sigilosa, são constituídos por equipes multiprofissionais e interinstitucionais, de caráter educativo e formativo. Sua principal atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, propor intervenções para redução da mortalidade e ser um instrumento de gestão que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, no intuito de subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção. (BRASIL, 2009).

As primeiras iniciativas de investigação de óbitos datam do início do século XX, nos Estados Unidos, com a organização dos Comitês de Morte Materna. Diversas experiências no mundo apontam a estruturação de comitês de mortalidade e investigação de óbitos como uma estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde voltadas à redução da mortalidade materna e infantil. (BRASIL, 2009).

Em meados de 90, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) com ações e metas definidas para cada ente federativo, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, principalmente na região Nordeste, considerando as iniquidades regionais do País. A elaboração do Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal em 2004, serviu de referência para a estruturação dos Comitês. Em 2007, pesquisa realizada em 2007 pelo Ministério da Saúde, em parceria com Centros Colaboradores de Saúde da Criança e Centros Universitários nos municípios com população de 80.000 habitantes ou mais, mostrou que cerca de 50% desses municípios já têm comitês, com uma proporção maior nas regiões Sul e Sudeste. Entre os apontamentos, os pesquisadores destacaram a necessidade de maior apoio técnico e operacional das Secretarias de Estado e do Ministério da Saúde, bem como dos gestores municipais para qualificar o trabalho desenvolvido por estes comitês. (BRASIL, 2009).

O objetivo geral e específicos dos Comitês segundo o Manual, é avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais, propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para sua redução, envolver e sensibilizar os gestores, os profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a magnitude da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo e buscar conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência. (BRASIL, 2009)

O Comitê também poderá definir e caracterizar os óbitos infantis evitáveis como eventos sentinelas, e também estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados, avaliando a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança pelos serviços de saúde e estimulando o processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e a Declaração de Óbito (DO), além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança, estimulando um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador. (BRASIL, 2009)

Os Comitês são constituídos nas instâncias Nacional, Estadual, Regional e Municipal. Para o Comitê tornar-se oficial, a Secretaria de Saúde deve publicar uma Portaria/Resolução e elaborar o Regimento Interno. O Regimento deve contemplar os seguintes itens, de acordo com o nível de atribuição do Comitê: (BRASIL, 2009)

- Definição dos objetivos e finalidades, estrutura (representação institucional) e funcionamento;
- Definição das atribuições do Comitê;
- Rotinas de trabalho;
- Processo de investigação do óbito: fluxo da investigação ambulatorial e hospitalar; entrevista domiciliar;
- Método de investigação, análise dos casos e avaliação da assistência prestada à saúde;
- Método de análise de evitabilidade;
- Definição de prazo para a conclusão das investigações;
- Estratégias de divulgação do trabalho com o retorno da análise para os profissionais e instituições envolvidas;

- Encaminhamentos necessários frente aos problemas identificados;
- Indicação de correção das informações em saúde (SIM e SINASC, em articulação com os setores de epidemiologia/informações regionais e municipais);
- Estratégias de interlocução com os gestores para a elaboração dos planos municipais, regionais e estaduais visando a redução da mortalidade infantil e fetal;
- Definição de recursos para o funcionamento do Comitê.

A composição dos Comitês vai depender das características e particularidades locais, em termos da organização da população e entidades existentes. É imprescindível a participação de representantes das instituições diretamente envolvidos na atenção à saúde da gestante e da criança, dos técnicos que realizam a investigação, que lidam com as estatísticas vitais, além de representantes da sociedade civil. A nível Estadual/Regional/Municipal devem ter representantes das seguintes áreas: (BRASIL, 2009)

Representantes da Secretaria de Saúde: Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher, Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Especializada, Vigilância Epidemiológica, Controle e Avaliação  
UNICEF;  
Conselho Estadual de Saúde;  
Conselhos Regionais de Entidades Profissionais;  
Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Saúde Pública; Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente;  
Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente;  
Ministério Público;  
Sociedades científicas: obstetrícia, pediatria, enfermagem, outras;  
Entidades da sociedade civil organizada;  
Representantes dos hospitais locais (públicos e privados).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

De acordo com Gil (2008, p.8) “*para que um conhecimento possa ser considerado científico, torna-se necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação. Ou, em outras palavras, determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento.*” Nesta perspectiva, compartilha-se o caminho metodológico empreendido para descrever e analisar o perfil dos óbitos fetais e neonatais cujas gestantes residiam em Gramado no período de 2017 a 2019 (Etapa1) e implantar o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal neste município (Etapa 2).

### 4.2 Cenário de Estudo

O estudo foi conduzido junto ao setor de Vigilância Epidemiológica de Gramado. Sobre as características locais, assinala-se que estimativas do IBGE para 2019, apontam que o município possui 36.232 habitantes, em grande parte residentes no meio urbano. A economia é movimentada, sobretudo, pelo setor turístico e moveleiro. A rede de atenção à saúde conta com um hospital filantrópico, um centro de atenção psicossocial e nove unidades básicas de saúde, com aproximadamente 60% (GRAMADO, 2017) de Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídas em diferentes pontos do território, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1-**Distribuição dos serviços de Atenção Primária em Gramado

Nome Unidade	Modalidade de Equipe
UBS Centro	2 Equipes Simples
UBS Vila Olímpica	2 Equipes Saúde da Família
UBS Várzea	2 Equipes Saúde da Família
UBS CAIC	1 Equipe Simples
UBS Nailor Balzarette	1 Equipe Saúde da Família
UBS Jardim	1 Equipe Saúde da Família

UBS Floresta	1 Equipe Simples
UBS Carniel	1 Equipe Simples
UBS Piratini	1 equipe Simples

**Fonte:** Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (GRAMADO,2017)

Conforme Diretrizes do Ministério da Saúde, a gestante de risco habitual realiza acompanhamento no serviço de atenção primária de sua escolha dentro do município. Os exames preconizados para os diferentes trimestres da gestação são ofertados pela rede privada, por intermédio de contratos entre secretaria municipal e prestadores de serviços, com exceção dos testes rápidos que são realizados na própria unidade de saúde. A maternidade situada no Hospital Arcanjo São Miguel é a referência para o parto. Já a gestação de alto risco, além de seguir sendo acompanhada pela atenção primária local, é referenciada para serviços com maior densidade tecnológica ou especialidades clínicas na região de saúde, a partir de fluxos contratualizados entre os gestores municipais.

A taxa de mortalidade infantil, segundo dados do BI Público (RIO GRANDE DO SUL,2020), é abaixo de dois dígitos e tem decaído a cada ano, situando em 6,1 em 2019, abaixo da pactuada pelo estado do Rio Grande do Sul (9,5). Vale lembrar que este indicador compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). Taxas abaixo de 20/1000 nascidos vivos são consideradas baixas. Em tempo, vale destacar que desde 2011, o município não registra óbito materno.

### **4.3 Etapa 1 - Exploratória**

Este momento foi construído por dois estudos. No estudo 1, foi caracterizada a mortalidade fetal e neonatal por meio de variáveis agrupadas em três categorias: socioeconômicas e demográficas maternas, antecedentes maternos, obstétricos e da gestação atual e características do parto e neonato. No estudo 2, foi realizada a contextualização dos registros relacionados aos riscos gestacionais e desfecho do parto.

A coleta de dados se deu por meio do compilado de documentos que constitui o processo de investigação do óbito, arquivados junto ao setor de Vigilância Epidemiológica, composto de:

- a) Declaração de óbito;
- b) Cópia da DNV;
- c) Ficha de investigação de óbito infantil e fetal, investigadas a nível ambulatorial e hospitalar.
- d) Ficha de investigação do óbito infantil e do óbito fetal para entrevista domiciliar realizada com os cuidadores da criança falecida (mãe ou familiar responsável).
- e) Autopsia verbal: para criança menor de um ano: Coleta as informações verbais dos cuidadores da criança falecida (mãe ou familiar), para esclarecer a causa da morte quando mal definida ou desconhecida.
- f) Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia.
- g) Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – Síntese.
- h) Planilha Municipal de Vigilância do óbito Infantil e fetal.

#### 4.3.1 Estudo 1: Caracterização da mortalidade fetal e neonatal

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, com delineamento retrospectivo, desenvolvido junto ao setor de Vigilância Epidemiológica, em Gramado, Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa quantitativa dispõe de possibilidades de análise de dados mensuráveis, ou seja, valores numéricos, buscando investigar fatos e eventos em busca da compreensão de sua essência. Esta abordagem propicia expor e discutir por meio de tabelas/gráficos informações que podem ser relacionadas com outros trabalhos. (DYNIEWICZ, 2014).

#### População e amostra

O estudo apresenta amostra não-probabilística, sendo a população escolhida fetos e neonatos (0-27dias) que evoluíram para óbito, com parto ocorrido em Gramado ou fora, de gestantes moradoras deste município, entre janeiro a dezembro de 2017,

2018 e 2019. É importante destacar que embora haja uma descrição da constituição e dos fluxos da rede de atenção à saúde pública, as gestantes que realizaram acompanhamento pelo sistema suplementar também foram incluídas, uma vez que todos os óbitos de residentes são investigados pela vigilância municipal. Como critérios de exclusão teve-se definido a priori dois: 1- fetos ou neonatos nascidos em Gramado, de mães não residentes; 2- que não tiveram o processo de investigação realizado pela equipe de vigilância neste período. Vale ressaltar que no período contemplado pela pesquisa todos os óbitos foram investigados. Deste modo, não houve perdas na amostra.

#### Coleta de dados

A coleta de dados deu-se por meio de instrumento (**APÊNDICE A**) elaborado previamente com objetivo de caracterizar os óbitos, as gestantes e os processos gestacionais e de parturição. Realizou-se a busca dos arquivos de mortalidade fetal e neonatal, a seguir os documentos foram lidos e relidos e os dados compilados com instrumentos construídos em Excel.

#### Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados, tomando como referência Gil (2008) que indica três etapas: estabelecimento de categorias (processo de organização que é feito mediante seu agrupamento); codificação e tabulação (processo pelo qual os dados brutos são transformados em símbolos e agrupados); análise descritiva simples (n) e relativa (%) dos dados (organização dos dados em gráficos ou tabelas e a sua interpretação).

#### 4.3.2 Estudo 2: Contextualização dos registros relacionados aos riscos gestacionais e desfecho do parto

Com intuito de explorar mais a fundo os riscos gestacionais e desfecho do parto, uma pesquisa qualitativa de base documental foi elaborada, buscando assim,

visibilizar a singularidade de cada caso. Em tempo, vale marcar que a distinção entre pesquisa bibliográfica e pesquisa documental está na natureza das fontes, uma vez que a primeira utiliza contribuições de autores enquanto a segunda se vale de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico. (GIL, 2008). Entre as vantagens de escolha deste delineamento, listam-se a facilidade em responder de forma rápida e baixo custo à questão de pesquisa estabelecida. Entretanto, possui desvantagem pela possibilidade de a qualidade dos dados ser variável e registrada causando predeterminação. (HULLEY *et. al.*, 2015).

### População e amostra

A população e amostra deste segundo estudo seguiu os critérios estabelecidos no estudo 1. Deste modo, o estudo 2 se caracteriza como uma continuidade da etapa exploratória.

### Coleta e Análise dos Dados

Para este estudo, usou-se o mesmo instrumento do estudo 1, (**APÊNDICE A**), no qual foi sendo registrada as particularidades e que permitiu apreender as singularidades de cada caso. Considerando a natureza dos dados, seguiu-se as diretrizes preconizadas por Minayo (2012) para análise do tipo temática:

- a) Pré-análise: o material foi organizado e passou por leituras sucessivas;
- b) Exploração do material: compilou-se as informações em temáticas comuns entre as diferentes ocorrências;
- c) Tratamento dos resultados: discute-se as informações obtidas, as quais serão interpretadas à luz de outros.

## **4.4 Etapa 2 – Construção da proposta de implantação do comitê de prevenção de mortalidade infantil e fetal Gramado-RS.**

Diante das investigações dos óbitos infantis e fetais pela VE, sentíamos a falta de um diálogo entre as equipes multiprofissionais, com o intuito de podermos discutir os casos que acontecem em Gramado e buscar soluções para redução de óbitos por causa evitáveis. A criação de um Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal a tempos vem sendo vista como uma possibilidade de termos as necessidades enquanto investigadores atendida.

No decorrer da pesquisa, ficou evidente a necessidade de melhoria em muitos processos assistências e de gestão, foi elaborada a proposta de criação do Comitê de Óbito Infantil e Fetal para este município, subsidiado e orientado por documentos e diretrizes do Ministério da Saúde, levando em consideração as peculiaridades e necessidades de Gramado.

A partir das discussões com a VE e equipe de gestão, e com apoio de literatura e outras experiências, foi elaborada uma proposta de regimento interno para o Comitê Municipal, a qual contempla os objetivos e finalidades, composição e atribuição dos membros e funcionamento do mesmo. Vale lembrar que o processo de construção do documento, baseou-se, sobretudo no Manual dos Comitês de Prevenção do óbito Infantil e Fetal. (BRASIL, 2009)

Visando assegurar a pluralidade da instância colegiada, previu-se a participação de profissionais da equipe da VE e da gestão de saúde municipal, esses sendo denominados como membros Natos. Como membros indicados, teremos representantes da Atenção Básica, que atuam com gestantes e neonatos, representantes do serviço de Ginecologia e Obstetrícia da rede municipal. Representantes dessa mesma área que atuam no Hospital Arcanjo São Miguel, representantes vinculados a Secretaria de Assistência Social Municipal e do setor de Saúde Mental, ambos vinculados a Secretaria de Saúde do Município. O Comitê poderá a partir de deliberações, convidar membros, que terão direito a voz, porém não a voto.

Os membros natos e indicados elegerão na ocasião de inauguração dos trabalhos, um presidente, um vice-presidente e um secretário executivo, para um mandato de dois anos, podendo estes serem reconduzidos por mais uma vez. Os encontros ocorrerão uma vez a cada dois meses ou extraordinariamente, quantas vezes forem necessárias. As reuniões serão presididas pelo presidente ou vice-presidente, auxiliados pela secretária executiva. As decisões ou recomendações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao presidente o voto de desempate.

As faltas dos membros as reuniões sem justificativas, serão passíveis de substituição, mediante comunicação oficial, e um novo membro será indicado. Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões e atividades do Comitê, tendo direito a voz na presença do titular e voto na ausência deste.

As convocações para as reuniões serão feitas por e-mail, com antecedência de sete dias, e a pauta encaminhada com antecedência mínima de 24hs. O Comitê ficará aberto a participação de pessoas e entidades, desde que o assunto proposto venha ao encontro de seus objetivos. Todos os membros deverão manter atualizado seu cadastro e assinar um termo de compromisso em que se comprometem a manter sigilo e confidencialidade dos dados obtidos nas investigações dos óbitos.

Com os documentos finalizados, um ofício será direcionado ao Secretário Municipal de Saúde solicitando apreciação, anuência e encaminhamento dos processos administrativos para sua implantação: divulgação de Portaria criando o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e encaminhamento dos ofícios convite para indicação de representantes e os respectivos dados cadastrais.

Concluído os trâmites administrativos, mediante aprovação do secretário de saúde, um encontro será agendado em dia e horário pré-estabelecido para que os membros natos e indicados possam deliberar e encaminhar ajustes na proposta de regimento interno e realizar eleição para os cargos de presidência, vice-presidência e secretária, e o Comitê seja então implantado em Gramado.

Em um segundo momento, a presente pesquisa será apresentada e os dados discutidos entre os membros, sendo avaliado pelo colegiado e encaminhamentos mais amplos para rede de atenção à saúde.

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 2013a). Tratando-se de dados documentais, é dispensando uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Deste modo, as prerrogativas éticas se situaram o no acesso, uso e na publicação das informações. Para tal, foi confeccionado o termo de compromisso para utilização de dados **(APÊNDICE B)**.

A pesquisa possui anuência do Secretário Municipal de Saúde **(APÊNDICE C)**. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) pela Plataforma Brasil, sendo aprovado conforme parecer de número 4.212.963, no dia 14 de agosto de 2020 **(ANEXO A)**.

Os resultados obtidos a partir desta pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos e a pesquisadora fará a devolutiva a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por intermédio de uma cópia do estudo, bem como se interessar a gestão, uma apresentação poderá ser realizada.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, visto que, trabalhou com dados documentais. Deste modo entende-se como riscos da pesquisa, eventuais desconfortos dos profissionais em relação a análise dos dados. Todavia, a pesquisadora conduziu a coleta e análise observando todas normas. Os benefícios do estudo estão relacionados a possibilidade de qualificar o pré-natal e contribuir para a redução de óbitos fetais e neonatais evitáveis em Gramado, por meio da implantação do Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Neonatal.

## 6 RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se os resultados dos estudos. Para melhor discussão, os dados quantitativos são apresentados num primeiro momento, os quais descrevem características socioeconômicas e demográficas maternas; antecedentes maternos, obstétricos e de gestação atual; características do parto e do neonato. Os resultados do segundo estudo são apresentados no tópico riscos gestacionais e desfecho do parto.

### 6.1 Características socioeconômicas e demográficas, antecedentes maternos obstétricos e gestacional, e características do parto e neonato.

Entre 2017 e 2019, ocorreram 18 óbitos fetais e neonatais em Gramado, sendo 56% (n:10) neonatais e 44% (n:8) fetais. Do total de ocorrências, 61% (n:11) eram prematuros extremos, ou seja, ocorreram em menos de 32 semanas de gestação, 17% (n:3) eram prematuros, o que corresponde a idade gestacional menor que 37 e maior que 32 semanas e 22% (n:4) a termos, com 37 semanas ou mais.

Dos óbitos neonatais, 50% (n:5) ocorreram até 24hs de vida, 30%(n:3) com mais de 24hs até 6 dias de vida, 20% (n:2) óbito ocorrido entre 7 e 27 dias de vida. Quanto ao peso ao nascer, 30% (n:3) tinham peso maior que 2.500g (adequado), 10% (n:1), peso entre 2.500g a 1.500g (baixo peso) e 60% (n:6) peso menor que 1.500g (muito baixo peso). Dos óbitos fetais, 37,5% (n:3) tinham peso maior que 2.500g (adequado) e 62,5% (n:5) peso menor que 1.500g (muito baixo peso).

Vale ressaltar que a gestação ocorre dentro de um contexto, onde as características biopsicossociais podem influenciá-la tanto de maneira positiva quanto negativa. Sabidamente, algumas condições, por se constituírem vulnerabilidades, corroboram para piores desfechos na gestação, parto e nascimento. Estudo realizado por Demitto *et al* (2017) observou maior ocorrência de óbito neonatal entre mulheres brancas, com maior escolaridade, casadas, com 20 e 34 anos e com atividade remunerada, todavia, sem associação estatística. Tal achado converge com os encontrados neste estudo, conforme apresentado na tabela 01:

**Tabela 1- Características socioeconômicas e demográficas maternas**

Cor da pele	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Branca	5	83%	3	60%	5	71%
Preta	0	00%	0	00%	0	00%
Parda	1	17%	2	40%	2	29%
Outra	0	00%	0	00%	0	00%

  

Escolaridade	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Ensino superior completo e mais	0	00%	0	00%	0	00%
Superior incompleto	0	00%	2	40%	0	00%
Ensino médio completo	4	67%	1	20%	3	43%
Ensino médio incompleto	0	00%	2	40%	3	43%
Ensino fundamental	0	00%	0	00%	0	00%
Ensino fundamental incompleto	0	00%	0	00%	0	00%
Ignorado	2	33%	0	00%	1	14%

  

Idade	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
<20	1	17%	0	00%	1	14,3%
20-34	3	50%	4	80%	5	71,4%
35 ou mais	2	33%	1	20%	1	14,3%

  

Situação conjugal	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Com companheiro	3	50%	3	60%	5	71%
Sem companheiro	1	17%	2	40%	2	29%
Ignorado	2	33%	0	00%	0	00%

  

Inserção no mercado de trabalho	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Não	0	00%	1	20%	2	29%
Sim	4	67%	4	80%	5	71%
Ignorado	2	33%	0	00%	0	00%

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

Como pode-se observar, os óbitos fetais e neonatais envolveram predominantemente mulheres de cor branca (72%, n:13), com escolaridade de nível

médio completo (44%, n:8), da faixa etária entre 20-34 anos (62%, n:13) e com companheiro (61%, n:11).

Baixa escolaridade materna (menor que cinco anos de estudo regular) é um dos fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis a gestação de baixo risco. (BRASIL, 2013b). Este dado se diverge do encontrado nesta pesquisa, onde temos a prevalência de 56% (n:10) de gestantes com 11 anos ou mais de escolaridade. Em relação à idade materna, estudos (DE MELO, 2016; ALMEIDA, MORALES, 2019) apontam que idade materna maior ou igual a 35 anos está associada a desfechos perinatais desfavoráveis, como prematuridade, baixo peso e baixo escore de apgar. Já gestantes com idade inferior a 20 anos, além de apresentarem múltiplos fatores de risco, apresentam maior risco de óbito neonatal. Neste estudo, 67% (n:12) das gestantes tinham entre 20 e 34 anos, considerada como de menor risco.

A situação conjugal insegura representa uma característica desfavorável a gestação de baixo risco. (BRASIL, 2013b). Neste estudo, 61% (n:11) das gestantes viviam com companheiro, mas não se pode afirmar que estes relacionamentos eram seguros. Quanto a inserção no mercado de trabalho, 72% (n:13) das gestantes estavam trabalhando. Esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse, são condições desfavoráveis a um pré-natal de baixo risco. (BRASIL, 2013b).

Considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico assim como a conjuntura sociodemográfica e econômica contribuem para visualizar novos caminhos, na direção de uma assistência resolutiva e capaz de minimizar os efeitos do risco na gravidez. Nas tabelas 02, 03 e 04 são apresentados dados relacionados a paridade, aborto prévio, tipo de gestação, risco gestacional, encaminhamento, instância do pré-natal, trimestre de ingresso no pré-natal, número de consultas no pré-natal, realização de testes rápidos e profissional que assistiu ao pré-natal.

**Tabela 2- Antecedentes maternos, obstétricos e de gestação atual**

Paridade	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Múltipara	4	67%	4	80%	4	57%
Primípara	2	23%	1	20%	3	43%

  

Aborto prévio	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Sim	3	50%	1	20%	4	57%
Não	3	50%	4	80%	3	43%

  

Tipo de gestação	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Única	6	100%	5	100%	6	86%
Gemelar	0	00%	0	00%	1	14%

  

Risco gestacional	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Gestação de baixo risco	5	83%	4	80%	3	43%
Gestação de alto risco	1	17%	1	20%	3	43%
Ignorado	0	00%	0	00%	1	14%

  

Encaminhamento	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Sim	1	100%	1	100%	2	67%
Não	0	00%	0	00%	1	23%

Fonte: Dados Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020

Podemos observar que a multiparidade é predominante, uma vez que 67% (n:12) das gestantes eram múltiparas. A nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos), são fatores de risco associados a um desfecho desfavorável da gestação. (BRASIL, 2012).

Quanto ao histórico de aborto prévio, no ano de 2017, 50% (n:3) destas gestantes já haviam abortado, enquanto as demais 50% (n:3) não tiveram esta experiência. Em 2018, 80% (n:4) não tinham histórico de aborto prévio enquanto 20%

(n:11) já haviam abortado previamente. Em 2019, 57% (n:4) tinham histórico de aborto prévio, seguido de 43% (n:3) sem histórico. Neste período, a média foi de 56% (n:10) sem histórico de aborto e 44% (n=8) com aborto prévio. O histórico gestacional prévio de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento), é fator de risco gestacional que pode levar ao encaminhamento do pré-natal de alto risco. (BRASIL, 2013b).

Quanto ao tipo de gestação prevaleceu a gestação única. Em 2017 e 2018, todas as gestações foram únicas (n:11) e em 2019, 86% (n:6). Neste período, 94% (n:17) destas gestações foram de feto único e 6% (n:1) de gemelar.

Quanto ao risco gestacional classificado pelo obstetra, predominou o baixo risco. Em 2017, 83% (n:5) destas gestações eram classificadas de baixo risco, seguido de 17% (n:1) de gestação de risco. Em 2018, 80% (n:4) classificadas como gestação de baixo risco e 20% (n:1) de alto risco. Em 2019 43%(n:3) de baixo risco, 43% (n:3) gestação de alto risco e 14% (n:1) ignorada (nesta situação pelo fato de uma gestante não ter feito pré-natal). A prevalência neste período foi de gestação de baixo risco, 66,6% (n:12), 27,8% (n:5) de gestação de alto risco e 5,6% (n:1) ignorado.

Entre 2017 e 2018, as duas (100%) das gestantes classificadas no pré-natal como de alto risco foram encaminhadas para o serviço de referência. Em 2019, 67% (n:2) das gestantes assim classificadas tiveram acesso ao pré-natal de alto risco, enquanto 23% (n:1) tiveram o acesso ao alto risco negado. É indispensável que a avaliação do risco seja permanente e aconteça em todas as consultas, sendo que a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e puerpério. (BRASIL, 2013b). Para Rodrigues (2017a) o fator de risco na gestação é multicausal, interdependente de diversos fatores individuais, sejam eles sociais, econômicos, obstétricos ou clínicos, que são determinantes para as condições de vida, para o desenvolvimento da gravidez e para a saúde da gestante e do feto.

O acolhimento com classificação de risco da gestante pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado em um serviço com maior densidade tecnológica, que devem ser ofertadas às usuárias em qualquer momento do pré-natal. (BRASIL, 2013b).

**Tabela 3- Antecedentes maternos, obstétricos e de gestação atual**

		2017		2018		2019	
		N	%	N	%	N	%
<b>Pré-natal</b>							
Público		4	67%	3	60%	4	57%
Privado		2	33%	2	40%	2	29%
Não realizou		0	00%	0	00%	1	14%
<b>Entrada no pré-natal</b>							
		2017		2018		2019	
		N	%	N	%	N	%
Primeiro trimestre		5	83%	3	60%	4	57%
Segundo trimestre		0	00%	2	20%	2	29%
Terceiro trimestre		0	00%	0	00%	0	00%
Não realizado		0	00%	0	00%	1	14%
Ignorado		1	17%	0	00%	0	00%
<b>Número de consultas</b>							
		2017		2018		2019	
		N	%	N	%	N	%
>=6		1	16,7%	3	60%	4	57%
<6		4	66,6%	2	40%	2	29%
Ignorado		1	16,7%	0	00%	0	00%
Não realizou		0	00%	0	00%	1	14%
<b>Testes rápidos</b>							
		2017		2018		2019	
		N	%	N	%	N	%
Primeiro trimestre		3	50%	2	40%	4	57%
Segundo trimestre		0	00%	2	40%	1	14%
Terceiro trimestre		0	00%	0	00%	0	00%
Momento do parto		2	33%	1	20%	2	29%
Ignorado		1	17%	0	00%	0	00%
<b>Profissional assistente pré-natal</b>							
		2017		2018		2019	
		N	%	n	%	N	%
Médico		6	100%	5	100%	5	71,4%
Enfermeiro		0	00%	0	00%	0	00%

Médico e enfermeiro	0	00%	0	00%	1	14,3%
Não realizou	0	00%	0	00%	1	14,3%

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

O acompanhamento pré-natal foi, predominantemente, na rede pública, uma vez que 61% (n:11) das gestantes realizaram em Unidades Básicas de Saúde do Município, 33% (n:6) na rede privada e 6% (n:1) não realizou. Estudo realizado por Mario (2019), mostra que o pré-natal adequado foi mais frequente entre as mulheres de cor branca e que realizaram o pré-natal na rede privada.

Também pode-se observar que a maioria das gestantes acessou o pré-natal no primeiro trimestre (67%, n:12), seguido de 22% (n:4) no segundo trimestre, 5,5% (n:1) não realizou e 5,5% (n:1) esta informação foi ignorada. A captação precoce de gestantes para início oportuno do pré-natal é fundamental para o diagnóstico também precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante, feto ou criança. (BRASIL,2016). Comparado com dados da tabela 2, onde que aponta que 67% (n:12) das gestantes foram classificadas como de baixo risco, a entrada precoce no pré-natal não evitou o desfecho negativo na gestação.

Do total das gestantes envolvidas no estudo, 16 realizaram pré-natal, sendo que 50% (n:8) compareceram a 6 ou mais consultas, seguida de 50% (n:8) que realizaram menos de seis consultas. Uma gestante não foi possível identificar o número de consultas e outra não realizou pré-natal. Vale gizar que o significativo número de gestantes com menos de seis consultas (50%) pode ter se dado pelo fato de 61% (n:11) destas gestações terem sido interrompidas com menos de 32 semanas. Conforme o recomendado nos protocolos da Atenção Básica, a gestante de baixo risco deve realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, que podem ser intercaladas entre médico e enfermeiro, sendo uma por mês até 28ª semanas, quinzenais da 28ª semana até a 36ª e semanais da 36ª até a 41ª semana de gestação. (BRASIL, 2016).

Quanto a realização de testes rápidos, que inclui a testagem para Sífilis e HIV, os mesmos ocorrem somente na rede pública ou na hora do parto no hospital. Para análise foram consideradas também a testagem por exames laboratoriais, visto que, há no estudo gestantes que realizaram pré-natal na rede privada. Do total de gestantes, 50% (n:9) realizaram testes rápidos no primeiro trimestre, 17% (n:3) no

segundo trimestre, 28% (n:5) no momento do parto e 5% (n:1) esta informação foi ignorada.

Estes dados nos mostram ainda uma fragilidade na realização dos testes rápidos ou exames laboratoriais de sífilis e HIV no primeiro trimestre de gestação, visto que, conforme tabela 2, somente 75% das gestantes que acessaram o pré-natal no primeiro trimestre realizaram os testes rápidos também neste período. O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e da sífilis durante o pré-natal é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos no pré-natal para as gestantes e para suas parcerias sexuais. (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde recomenda às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que adotem medidas que facilitem o acesso ao diagnóstico de HIV e triagem da sífilis por meio dos testes rápidos, para as gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2012b).

Para Nunes (2016), observa-se o aumento da cobertura da atenção ao pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, mas ainda se observa um elevado nível de inadequação, destacando-se como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal, a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas.

A tabela 3 ainda mostra dados referente a categoria de profissional que acompanhou o pré-natal. Dentre as gestantes que realizaram pré-natal, 94% (n:16) foram assistidas somente por médico e uma gestante (6%) apresentou registros de consulta com médico e enfermeiro. Os achados mostram o quanto a participação dos enfermeiros no acompanhamento das gestantes é incipiente em Gramado. Vale lembrar que a participação interprofissional, em especial do enfermeiro, pode contribuir para integralidade em saúde. Não raras vezes, encontra-se mulheres que não tiveram em seu pré-natal espaços de discussão sobre aspectos emocionais da maternidade, alimentação, amamentação.

A Rede Cegonha fomenta a participação do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de acordo com sua habilitação, conforme os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011). Em tempo, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, publicada em 1986, indica nos artigos 09 e 11, respectivamente que “os enfermeiros obstétricos e obstetristas são profissionais especializados e têm

autonomia na atenção ao parto normal” e “a assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento do trabalho de parto e a execução do parto sem distócia estão entre as atribuições dos enfermeiros generalistas enquanto integrantes das equipes de Saúde”. (COFEN, 1986).

Os dados referentes ao local do parto, hospital de referência para gestação de alto risco, tipo de hospital, e presença de UTI Neonatal, tipo de parto e profissional assistente, parto de menores de 1.500g em hospital sem UTI Neonatal, peso do NV, Peso do FM, óbito neonatal e idade gestacional, malformação congênita, apgar e uso de Ventilação mecânica (VM) são apresentados nas tabelas 04, 05 e 06.

Evidencia-se que todos os partos estudados ocorreram em maternidade (100%), mas somente 22% (n:4) dos ocorreram em hospital de referência para gestação de risco, ou seja, com UTI neonatal. Na análise, identifica-se que em 2017 e 2018, 100% (n:6) dos nascimentos de menores de 1.500g ocorreram em hospital sem UTI Neonatal. Em 2019, esse indicador apresentou melhora, sendo que 40% (n:2) dos partos que resultaram em óbito fetal e neonatal ocorreram em instituição com este serviço com este serviço.

Quanto a gestão, 89% (16) das maternidades pertenciam a hospitais que atendem público e privado, 5,5% (n:1) hospital privado e 5,5% (n:1) em hospital público. No Brasil, conforme dados do DATASUS, em 2018 98,5% dos nascimentos ocorrem em maternidade. (BRASIL, 2020).

**Tabela 4- Características da rede hospitalar**

<b>Local do parto</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Domicílio	0	00%	0	00%	0	00%
Trajetos	0	00%	0	00%	0	00%
Maternidade	6	100%	5	100%	7	100%
<b>Hospital de referência para gestação de alto risco</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	2	33%	0	00%	2	29%
Não	4	67%	5	100%	5	71%
<b>Tipo de hospital</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Público	1	16,7%	0	00%	0	00%
Privado	1	16,7%	0	00%	0	00%
Misto	4	66,6%	5	100%	7	100%
<b>Hospital tem UTI Neonatal</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	2	33%	0	00%	2	29%
Não	4	67%	5	100%	5	71%
<b>Parto &lt;1.500g em hospital sem UTI neonatal</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem UTI	3	100%	3	100%	3	60%
Com UTI	0	00%	0	00%	2	40%
Ignorado	0	00%	0	00%	0	00

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

Na tabela 5 são apresentadas características do processo de parturição. Os dados apontam que o tipo de parto predominante foi o vaginal (67%, n:12) e 100% deles foram assistidos por médico. Conforme pode-se verificar, há uma mudança em

relação ao tipo de parto ao longo do período. Em 2017, 100% (6) dos partos foram vaginais. Já em 2018, 60% (n:3) foram por esta modalidade (60%) e em 2019, parto por cesariana apresentou maior índice, sendo que 57%(n:4) dos partos foram cirúrgicos. Pode-se observar entre as gestantes estudadas um elevado índice de partos vaginais, destoando-se dos índices nacionais, que apontam maior ocorrência de cesárea no Brasil. De acordo com DATASUS, no Brasil, 60% dos partos foram de cesariana, seguido de 62,5% no RS e 79% em Gramado. (BRASIL, 2020).

Em relação ao tempo gestacional, 67% (n=12) dos óbitos fetais e neonatais ocorreram em gestantes com 32 semanas de gestação, com destaque para 2019, que registrou um percentual de 71,4% (n=5).

**Tabela 5- Características do processo de parturição**

Idade gestacional (semanas)	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
>=37	2	33%	1	20%	1	14,3%
33-36	1	17%	1	20%	1	14,3%
<=32	3	50%	3	60%	5	71,4%

  

Tipo de Parto	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Cesariana	0	00%	2	40%	4	57%
Vaginal	6	100%	3	60%	3	43%
Fórceps	0	00%	0	00%	0	00%

  

Parto assistido por	2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%
Médico	6	100%	5	100%	7	100%
Enfermeiro	0	00%	0	00%	0	00%
Parteira	0	00%	0	00%	0	00%

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

Ainda na Tabela 6, apresenta-se o peso dos nascidos vivos no período de estudo, sendo que 30% (n:3) tinham peso maior que 2.500g, 10% (n:1) peso entre

2.500g e 1.500g e 60% (n:6) com menos de 1.500g. Já entre os FM, 37,5% (n:3) tinham peso superior a 2.500g, seguido de 62,5% com peso inferior a 1.500g (n:5). Das ocorrências, 72% (n:13) eram do sexo feminino.

**Tabela 6- características dos fetos e neonatos**

<b>Peso NV</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
>=2.500	1	20%	1	100%	1	25%
1500-2499	1	20%	0	00%	0	00%
<1.500	3	60%	0	00%	3	75%

  

<b>Peso FM</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
>=2.500	1	100%	1	25%	1	33%
1500-2499	0	00%	0	00%	0	00%
<1.500	0	00%	3	75%	2	67%

  

<b>Sexo</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	1	17%	2	40%	2	29%
Feminino	5	83%	3	60%	5	71%

  

<b>Óbito Neonatal</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 24hs	3	60%	0	00%	2	50%
>24hs a 6dias	1	20%	1	100%	1	25%
7 a 27 dias	1	20%	0	00%	1	25%

  

<b>Malformação congênita</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	17%	2	40%	0	00%
Não	5	83%	3	60%	7	100%

  

<b>Apgar &lt;7 no quinto minuto de vida</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>

Sim	3	60%	0	00%	1	33%
Não	2	40%	1	100%	2	67%
	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>	
<b>Ventilação mecânica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	3	60%	1	100%	2	50%
Não	2	40%	0	00%	2	50%

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

Com relação a malformação congênita, assinala-se que 83% (n:15) dos casos analisados não tinham esse registro. Em 2019, dos sete óbitos, nenhum apresentava malformação congênita, ou seja, a priori, não haveria questão fisiológica prévia que justificasse o desfecho. Sobre a perspectiva do Apgar dos neonatos, em 2017, 40% (n:2) apresentaram valor superior a 7 no quinto minuto de vida, 100% (n:1) em 2018 e 67% (n:2) em 2019. A ventilação mecânica (VM) foi utilizada por 60% (n=3) dos NV em 2017, 100% (n:1) em 2018 e 50% (n:2) em 2019. Tais achados mostram condições biológicas desfavoráveis dos bebês que acabaram evoluindo para óbito.

## 6.2 Contextualização dos registros relacionados Riscos gestacionais e desfecho do parto

Neste tópico os dados de natureza qualitativa serão apresentados e discutidos. Para tanto, elaborou-se quadros com analisadores que indicam riscos e vulnerabilidades identificadas na gestante e na gestação, bem como a encaminhamento das trajetórias assistenciais. Tais achados poderão atuar como sentinelas no acompanhamento de pré-natal, subsidiando práticas de cuidado integrais e processos de vigilância sensíveis as particularidades do processo gestacional.

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais. Desta forma, é necessário que se identifiquem fatores de risco gestacional o mais precocemente. Em situações em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade

materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, necessitando de avaliações mais frequentes, ou necessitando de procedimentos com maior densidade tecnológica. (BRASIL, 2016).

A caracterização de uma situação de risco, nem sempre implica a referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. Em situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. A unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. (BRASIL,2016).

Até o momento da intercorrência que levou ao parto, 65% (n:11) das gestações eram consideradas de baixo risco, 35% (n:6) gestações de alto risco e uma gestante não foi possível classificar, visto que, não fez pré-natal. Das gestantes que fizeram pré-natal, 65% (n:11), realizaram acompanhamento na rede pública e 35% (n:6) na rede privada. Das gestantes que fizeram pré-natal na rede pública, 36% (n:4) tiveram classificação de alto risco, enquanto na rede privada foram 20% (n:1). Ao analisarmos o pré-natal das gestantes que o realizaram e das quais tínhamos informações (n:16) baseado nas evidências científicas, 94% (n:15) apresentavam algum fator de risco gestacional.

Após a investigação dos óbitos fetais ou neonatais pela vigilância, 55,5% (n:10) foram classificados como evitável por adequada atenção a gestação, 28% (n:5) causas não claramente evitável, 11% (n:2) evitável por adequada atenção ao parto e 5,5% (n:1) evitável por adequada atenção ao neonato.

## Quadro 2 – Riscos, vulnerabilidades e trajetórias gestacionais- casos 2017

História Gestacional	Risco Estimado *Equipe de Saúde	Setor	Desfecho	Risco Baseado em Evidências *análise da pesquisadora	Classificação investigação da VE
<b>CASO 1</b> HAS Rupreme	Baixo Risco	Público	BR - Prematuro extremo, óbito antes de acessar a UTI	Alto Risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher no parto)
<b>CASO 2</b> Hipotireoidismo Colestase Gestacional	Baixo Risco	Privado	FM	Alto Risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 3</b> Sem informação do Pré – natal	Não foi possível classificar	Privado	Atermo Asfixia grave; Convulsões	Não foi possível classificar	Evitável (Reduzível adequada atenção a mulher no parto)
<b>CASO 4</b> HAS 46 Anos	Alto Risco (Não chegou acessar)	Público	Prematuridade extrema	Alto Risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 5</b> DM Mal formação congênita	Baixo Risco	Público	Prematuridade Sofrimento fetal Mal formação congênita Choque cardiogênico	Alto Risco	Causas não claramente evitáveis
<b>CASO 6</b> ITU Rupreme - TPP Polidrâmnio	Baixo Risco	Público	Prematuridade extrema PCR – RCP	Alto Risco	Causas não claramente evitáveis

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

Pode-se observar no quadro 2 que todas as gestantes, cujo desfecho foi óbito fetal e neonatal, em 2017, apresentavam fatores de risco gestacionais que as direcionariam para o pré-natal de alto risco, todavia 67%(n:4) receberam pelas equipes de saúde local, mais especificamente, pelos médicos assistentes, a classificação de baixo risco gestacional. De acordo como o Ministério da Saúde, HAS, ITU de repetição, endocrinopatias (Hipotireoidismo ou Hipertireoidismo, DM), idade materna superior a 35 anos, polidrâmnio, TPP, são fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco. (BRASIL, 2016).

Além da frágil dimensão dos riscos pelos profissionais, chama atenção o caso 3 em que a investigação não permitiu identificar números de consultas, exames, entre outras informações importantes na perspectiva da qualidade de pré-natal. A investigação realizada na ocasião se baseou apenas em registros hospitalares, não contemplando as etapas direcionadas pelo Ministério da Saúde, como investigação ambulatorial e entrevista domiciliar com gestante e familiares. Esse fato demonstra a

importância da qualificação da investigação pelas equipes de vigilância epidemiológica e da instituição do Comitê de Prevenção de Óbito Fetal e Infantil no Município.

No caso 4, a gestante foi diagnosticada como de alto risco com 19 semanas de gestação, por HAS. Com 21 semanas foi encaminhada ao pré-natal de alto risco em Caxias do Sul, mas o parto prematuro, de FM foi realizado antes da consulta no alto risco ter ocorrido, fato este que pode ter acontecido pelas questões burocráticas que envolvem o encaminhamento, visto que, o pré-natal de alto risco acontece em outra unidade da federação, Gramado tem como referência Caxias do Sul.

A análise de 2018 é apresentada no quadro 3. No referido ano houve 5 ocorrências, sendo 4 de óbitos fetais (80%) e um neonatal. Entre as gestantes, 60% (n:3) realizou pré-natal na rede pública e todas tinham classificação de baixo risco gestacional. Das que realizaram na rede privada (n:2), uma foi classificada como gestação de alto risco. Similarmente a 2017, todas as gestantes apresentavam fator de risco gestacional, mas apenas uma recebeu a classificação de gestante de alto risco.

### Quadro 3 – Riscos, vulnerabilidades e trajetórias gestacionais- casos 2018

História Gestacional	Risco Estimado *Equipe de Saúde	Setor	Desfecho	Risco Baseado em Evidências *análise da pesquisadora	Classificação Investigação da VE
<b>CASO 1</b> Placenta Prévia Oligodrâmnio Hemorragia	Alto Risco	Privado	FM	Alto Risco	Causas não claramente evitáveis.
<b>CASO 2</b> ITU de Repetição; TPP Eco com Mal Formação Fetal	Baixo Risco	Público	FM	Alto Risco	Causas não claramente evitáveis
<b>CASO 3</b> Tentativa de Aborto Prévio, Sem Sucesso	Baixo Risco	Público	FM	Alto Risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 4</b> ITU de Repetição;	Baixo Risco	Público	Aspiração de Mecônio; UTI Neonatal – Sepse – Hipertensão Pulmonar – Óbito Neonatal	Alto Risco	Evitável (Reduzível por adequada atenção ao neonato)
<b>CASO 5</b> Não fez exames de Rotina	Baixo Risco	Privado	FM – Sífilis Congênita	Alto Risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

Chama a atenção o fato de uma das gestantes (caso 5) não ter realizado os exames de rotina de pré-natal. Nos registros da entrevista domiciliar, a gestante relatou que “não tinha dinheiro para pagar a diferença de coparticipação do plano de saúde para realização dos exames”. Um ponto que merece reflexão é a não procura/encaminhamento para assistência pré-natal na rede pública, onde poderia ter realizado exames laboratoriais e as testagens rápidas para ISTs, entre elas sífilis, e recebido tratamento para ela e para o parceiro.

Outros dois casos (caso 2 e caso 4) apresentam a informação de ITU de repetição. O tratamento de infecções genitais e do trato urinário é fator de prevenção do TPP, que se caracteriza pela presença de contrações regulares e modificações cervicais maior que 2 cm. (BRASIL, 2013). Estudo de Calegari (2016) aponta a ITU como a intercorrência mais comum, seguida de síndrome hipertensiva, DM e TPP,

que podem estar relacionadas a qualidade da atenção ao pré-natal e ou consultas insuficientes.

Estudo de Ibeapina (2017) revela que 66,0% dos óbitos fetais que ocorreram na Região Sul, no período de 2001-2014, foram classificados como reduzíveis, dos quais, 45,7 % foram classificados como redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação (infecções maternas que afetam o feto ou RN) e 51,0 % foram classificados como redutíveis por adequada atenção à mulher no parto (hipóxia intrauterina, asfixia ao nascer, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta).

No quadro 4, explora-se as ocorrências de 2019, ano com mais registros de óbitos fetais e neonatais. Seguindo padrão dos anos anteriores, todas as gestantes apresentavam fator de risco gestacional, todavia, apenas uma acessou a rede de cuidados para alto risco. Três gestantes, embora com fatores de riscos importantes, foram classificadas como baixo risco e, portanto, não foram encaminhadas e uma não realizou acompanhamento pré-natal.

#### Quadro 4 – Riscos, vulnerabilidades e trajetórias gestacionais- casos 2019

HISTÓRIA GESTACIONAL	RISCO ESTIMADO *Equipe de Saúde	SETOR	DESFECHO	RISCO BASEADO EM EVIDÊNCIA *análise da pesquisadora	Classificação Investigação da VE
<b>CASO 1</b> Pós Bariátrica; Insuficiência placentária.	Baixo Risco	Privado	FM	Alto risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 2</b> TPP Incompetência Istmo cervical	Baixo Risco	Privado	Prematuro extremo – UTI - Óbito Neonatal	Alto risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 3</b> Hipertireoidismo Placenta previa total; ITU; DPP	Alto Risco (Negado)	Público	TPP – Descolamento de placenta. PCR – Óbito neonatal	Alto risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 4</b> DM Tabagismo	Alto Risco (Não Acessou o alto risco)	Público	FM	Alto risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 5</b> Gestação múltipla; Restrição de crescimento Intraútero	Alto Risco	Público	FM	Alto Risco	Causa não claramente evitável
<b>CASO 6</b> ITU TPP	Baixo Risco	Público	Prematuro Extremo IRA	Alto risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)
<b>CASO 7</b> Não fez pré-natal HIV Prévio, Dependente Química; TPP	Sem pré-natal	Público	Sífilis congênita. Prematuridade; Sepse POT enterectomia Hemorragia craniana	Alto risco	Evitável (Reduzível por atenção à mulher na gestação)

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica de Gramado, 2020.

Fato que merece discussão é o acesso negado ao pré-natal de alto risco para o caso 3. A gestante foi encaminhada pela equipe de atenção básica por quadro de hipertireoidismo, que no momento encontrava-se controlado. Mas o desfecho de óbito neonatal acabou ocorrendo em decorrência do descolamento prematuro de placenta. A gestante tinha diagnóstico no pré-natal de placenta prévia total, no entanto, este não foi referido no encaminhamento para o pré-natal de alto risco. O caso 5 foi classificada

como gestação de alto risco e acessou a rede de referência, todavia, um dos bebês acabou indo à óbito. Vale sinalizar que este desfecho é frequente em gestações gemelares.

O caso 7 revela como as vulnerabilidades maternas contribuem para o aumento dos riscos gestacionais. A gestante não aderiu ao pré-natal, acessando os serviços de saúde somente na área do parto. Rodrigues (2017b), assinala que a situação socioeconômica materna quanto complicações durante a gestação atuam como fatores de risco.

Diante do resultado da análise do estudo 1 e 2, fica bastante evidente a necessidade de qualificar as práticas assistências e gerencias relacionadas ao pré-natal e parto. O Comitê terá papel fundamental na articulação da rede de cuidado prestado a gestante e neonato, visto que, será constituído por uma equipe multiprofissional e interinstitucional, a qual irá atuar de forma sigilosa, educativa e formativa, possibilitando a visibilidade que o tema merece e construindo a rede necessária para estar dando um passo rumo ao índice zero de óbitos evitáveis em Gramado.

## **7 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL EM GRAMADO**

Com os dados analisados e o regimento interno do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal construído, dei os primeiros passos para implantação do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e enfim construir esta “rede” de diálogo interprofissional e intersetorial. Desta forma, os processos disparados integram o produto oriundo da minha caminhada no mestrado profissional.

Com o Regimento Interno do Comitê finalizado, conformamos o produto desta pesquisa, também foi elaborado o termo de confidencialidade para os membros (**APÊNDICE D**). Em seguida, um ofício (**APÊNDICE E**) foi direcionado ao Secretário Municipal de Saúde solicitando apreciação, anuência e encaminhamento dos processos administrativos para sua implantação: divulgação de Portaria criando o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e encaminhamento dos ofícios convite para indicação de representantes e os respectivos dados cadastrais.

No dia 14 de outubro realizou-se uma reunião com a secretária municipal de saúde e a coordenadora da atenção básica para discussão e encaminhamento do processo de implantação. Na ocasião deliberou-se sobre as representações do Comitê e os reflexos deste na rede de saúde. Em 16 de Outubro foram encaminhados os ofícios para as entidades, bem como o convite para evento alusivo a implementação do Comitê, realizado no dia 06 de novembro as 10h, no auditório da SMS. Na ocasião os membros indicados e natos serão apresentados.

Regimento Interno do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal de Gramado:

### **Seção I**

#### **Da caracterização e dos Objetivos**

**Art. 1º-** A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) institui o Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CPOIF) de Gramado de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

**Art. 2º-**O CPOIF constitui-se em um espaço interinstitucional, de participação multiprofissional e da sociedade civil, cujo caráter desenha-se eminentemente educativo e formativo. Sob rigorosos preceitos éticos, o Comitê tem como atribuição dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. Por sua essência, conforma-se como importante instrumento de gestão que permite 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.

## **Seção II**

### **Das finalidades e Atribuições**

**Art. 3º-** São finalidades do CPOIF:

I-Envolver e sensibilizar e os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;

II- Monitorar a situação e distribuição dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;

III- Conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência;

IV- Avaliar a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança pelos serviços de saúde;

V- Identificar os óbitos infantis e fetais evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;

VI- Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta da Criança;

VII- Identificar e recomendar por meio de relatórios executivos, estratégias e medidas de atenção à saúde, necessárias para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis;

VIII-Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, avaliando indicadores e propondo intervenções visando assegurar redução da mortalidade infantil e fetal.

**Art. 4º-** São atribuições do CPOIF:

I- Promover a análise e discussão dos óbitos infantis e fetais de gestantes/parturientes/puérperas residentes no município com os profissionais da Rede de Atenção à Saúde: atenção básica, atenção secundária e atenção terciária;

II- Estimular a investigação e análise dos óbitos infantis e fetais para o planejamento e organização das intervenções de assistência à saúde de modo a prevenir novas ocorrências;

III- Elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal;

IV- Promover e estimular a integração entre os serviços assistenciais e destes com a vigilância epidemiológica visando a qualificação das informações sobre mortalidade, tais como melhoria nos registros de atendimento, na DNV e DO;

### **Seção III**

#### **Da Composição**

**Art. 5º-** O CPOIF é composto por membros natos, indicados e convidados.

I- Todos os membros precisam estar vinculados, direta ou indiretamente, a área da saúde da mulher e da criança e possuir competência técnica para cumprir e/ou dar encaminhamentos na sua área de atuação;

II- Para integralidade do Comitê, cada representação deve se dar por meio de um membro titular e um suplente.

**Art. 6º-** Serão membros:

I- Natos: representante (s) da equipe de vigilância epidemiológica municipal e da gestão de saúde municipal.

II- Indicados:

Representantes dos profissionais que atuam na assistência à gestantes e neonatos na Atenção Básica;

Representantes dos profissionais que desempenham na Rede de Atenção à Saúde municipal atividade de Ginecologia e Obstetrícia;

Representantes dos profissionais que atuam no setor de Obstetrícia do Hospital Arcanjo São Miguel;

Representantes dos profissionais vinculados à Secretaria de Assistência Social Municipal com desenvolvimento de ações para gestantes e puérperas;

Representantes dos profissionais vinculados ao setor de Saúde Mental na Secretaria de Saúde do Município.

III- O CPOIF poderá a partir de deliberações, convidar membros, os quais terão direito à voz, porém não a voto.

IV- Os ofícios recebidos com indicações dos respectivos setores serão encaminhados ao Secretário de Saúde que homologará, oportunamente, as indicações.

V- A inexistência de representações de qualquer um desses setores não impede a organização e os processos de trabalho do Comitê.

**Art. 7º** - Os membros natos e indicados do Comitê elegerão por ocasião da inauguração dos trabalhos e, por meio de votação fechada, um presidente, um vice-presidente e um secretário executivo para um mandato de dois anos, podendo estes ser reconduzidos uma vez.

Parágrafo único- Alterações na composição ensejarão nova eleição para um mandato de dois anos, cabendo a recondução.

**Art. 8º**- Compete à Presidência do CPOIF:

I- Presidir e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

II- Coordenar o planejamento da agenda do Comitê;

III- Convocar reuniões extraordinárias;

IV- Estabelecer contatos oficiais com autoridades, gestores e profissionais quando necessário;

V- Convidar representantes de outros órgãos e/ou entidades que possam contribuir nas discussões e intervenções do Comitê;

VI- Encaminhar os relatórios executivos do Comitê aos Órgãos e/ou instituições afins, bem como acompanhar seus desdobramentos;

VII- Representar o Comitê em eventos oficiais.

VIII- Dirimir os casos omissos, ou seja, não tratados neste regimento.

**Art.9º-** Compete à Vice-presidência do CPOIF:

I. Substituir o (a) Presidente quando necessário;

II. Assessorar o (a) Presidente.

**Art.10º-** Compete à Secretaria Executiva CPOIF:

I. Assessorar o (a) Presidente e Vice-Presidente nas diversas atividades;

II- Registrar em arquivo oficial todos os encontros e deliberações;

III- Proceder leitura da ata e solicitar as assinaturas dos presentes.

**Art. 11º-** Compete aos membros natos e indicados:

I. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Analisar os relatórios de investigação de óbitos infantis e fetais encaminhados pela Vigilância Epidemiológica municipal;

III. Elaborar relatórios executivos contendo análise de evitabilidade, problemas e fragilidades identificados e recomendações à gestão e aos serviços de saúde.

IV. Acompanhar os desdobramentos oriundos dos relatórios executivos encaminhados aos Órgãos e/ou instituições afins;

IV. Participar de ações de intervenção e/ou formação relativos à mortalidade quando requisitados.

#### **Seção IV**

##### **Do Funcionamento**

**Art. 12º-** O CPOIF reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada dois meses, e extraordinariamente, quantas vezes forem necessárias por convocação;

**Art.13º-** O CPOIF acordará e fechará uma agenda anual destas reuniões a serem realizadas em espaço disponibilizado pela SMS;

**Art. 14º** - As reuniões deverão ser presididas pela presidência ou pela vice-presidência do CPOIF, com auxílio da Secretaria Executiva;

**Art.15º** - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão instaladas, em primeira convocação, com a presença da maioria simples dos seus membros (natos e indicados);

**Art. 16º-** As decisões ou recomendações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de desempate.

**Art. 20º-** Cada membro nato ou indicado poderá faltar, sem justificativa, no máximo a 02 (duas) reuniões consecutivas ou 03 (três) alternadas num período de 1 ano, sob pena de comunicação oficial à entidade ou órgão representado pela presidência do Comitê;

Parágrafo único- A entidade ou órgão representado deverá indicar novos membros (titular e suplente) até a próxima reunião;

**Art.21º-** O membro suplente poderá participar de todas as reuniões e atividades do Comitê, com direito a voz na presença do titular e, voz e voto na ausência deste.

**Art. 22º-** As convocações para as reuniões serão feitas por e-mail com antecedência de no mínimo 07 (sete) dias corridos;

**Art.23º-** As pautas serão encaminhadas com antecedência de no mínimo 24 (vinte e quatro) horas antes das reuniões;

**Art. 24º-** O Comitê ficará aberto à participação de pessoas ou entidades desde que o assunto proposto venha ao encontro de seus objetivos;

**Art. 25º-** Todos os membros titular e suplente deverão manter atualizado o seu cadastro junto ao CPOIF (nome completo, e-mail, telefone celular, endereço e telefone da instituição/órgão representado). Qualquer alteração deve ser, imediatamente, comunicada ao e-mail [epidemio@gramado.rs.gov.br](mailto:epidemio@gramado.rs.gov.br)

**Art.26º-** Todos os membros, natos e indicados, deverão assinar um termo de compromisso em que se comprometem a manter sigilo e confidencialidade dos dados obtidos nas investigações dos óbitos;

## **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art.27º**-Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos oportunamente pelo Comitê.

**Art.28º**-Este Regimento entrará em vigor após sua aprovação pelo Comitê por maioria simples em reunião ordinária pautada para este fim.

Regimento aprovado na Reunião Ordinária do CPOIF em\_\_\_\_\_.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema abordado nesta pesquisa é bastante delicado, visto que, cada óbito investigado tem por trás a história de vida de uma gestante, e muitas vezes um sonho de maternidade que foi interrompido, além de uma equipe profissional responsável por garantir o sucesso desta gestação. O seu resultado mostrou claramente muitas fragilidades advindas da assistência prestada a gestante no pré-natal, parto ou ao neonato, resultando em um desfecho desfavorável, seja ou pelo óbito fetal ou neonatal, que poderia ter sido evitado.

Entre as fragilidades encontradas no presente estudo, vale destacar o papel do Enfermeiro, que pareceu estar muito distante da assistência ao pré-natal, deixando de dar a sua contribuição neste período tão importante da vida da mulher, que precisa de muita escuta e qualificação profissional para que seja identificado precocemente sinais de alarme e realização de intervenção adequada. O Enfermeiro sempre teve papel muito importante em todas as frentes de atuação, e faria muita diferença estar mais atuante neste processo, visto que, é capacitado para tal.

Realizar o trabalho de investigação do óbito requer conhecimento do profissional investigador acerca de todo o processo que a análise do óbito envolve, e na maioria das vezes nos deparamos com resultados que mereciam e deveriam ser discutidos para sanar ou minimizar sua recorrência. Na ausência de um suporte para discussão, os resultados encontrados se tornam apenas mais um número estatístico, gerando até mesmo uma frustração por parte do investigador, que visualiza algo que muitas vezes não foi percebido pela RAS. Talvez, até mesmo por falta deste retorno pós investigação, a equipe pode não estar visualizando suas fragilidades para tentar corrigir os seus processos assistências.

A criação do Comitê de Mortalidade Fetal e Infantil no município, que está em processo de implantação, trará grandes benefícios para a comunidade gramadense, visto que, este órgão irá mediar o trabalho em rede, devolvendo o resultado das análises e propondo melhorias nos processos com foco nas fragilidades detectadas nas investigações, de forma não punitiva, mas educativa, sempre baseado em evidências científicas.

Como mestrande e profissional atuante na Vigilância Epidemiológica, depois de ter ficado longe dos bancos acadêmicos por muitos anos, sinto uma imensa satisfação em ter desenvolvido este trabalho e ter contribuído com a sugestão e

implantação do Comitê de Mortalidade Fetal e Infantil em Gramado. Com isto, vejo grandes perspectivas de melhorias e de estarmos reduzindo a zero o nosso índice de óbitos evitáveis, atingindo as metas lançadas pela Agenda 2030 da ONU em 2015, referentes a este tipo de óbito.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Bruna Bergamini Pereira de; MORALES, Júlia Delli Colli. **Idade Materna e Resultados Perinatais na Gestação de Alto Risco**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Centro Universitário de Maringá, Maringá, 2019.

ANDRADE, Lannuze Gomes et al. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 285-292, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 de fevereiro de 2020.

DE ASSIS, Heloisa Maria. **Mortalidade fetal: um estudo para os óbitos evitáveis ocorridos no Município de Belo Horizonte, 2008-2010**. Tese (Doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional). Faculdade de Ciências Econ micas-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema  nico de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em 08 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolu o n  466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

BRASIL. **Lei n  11.899, de 8 de janeiro de 2009**. Institui o Dia Nacional da Leitura e a Semana Nacional da Leitura e da Literatura. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L11899.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11899.htm). Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. Departamento de Aten o Básica. **Aten o ao pré-natal de baixo risco [recurso eletr nico]**. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 318 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em 03 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Preven o do  bito Infantil e Fetal**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 302 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes\\_implantacao\\_testes\\_rapidos\\_hiv\\_sifilis.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf) Acesso em 03 de abril de 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Gramado**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/gramado/panorama>. Acesso em 10 de junho de 2020.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Notas técnicas. **Óbitos por residência, 2018**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. **Óbitos Fetais**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6941&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fet10>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em 03 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 230p.

CALEGARI, Rafaella da Silva; GOUVEIA, Helga Geremias; GONÇALVES, Annelise de Carvalho. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-

natal. **Cogitare enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, Abr.-Jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604/28558>. Acesso em 02 de fevereiro de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 1986. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html) Acesso em 10 de maio de 2020.

DE MELO, Willian Augusto et al. Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. **Espaço para Saúde**, v. 17, n. 1, p. 83-92, 2016.

DEMITTO, Marcela de Oliveira et al . Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100409&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100409&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 de julho de 2020.

DYNIEWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3ª ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2014.

GBD 2016 Mortality Collaborators. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2016. **Lancet**, v.390, p. 1084–1150, 2017. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2931833-0>. Acesso em 10 de julho de 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed.- São Paulo: Atlas, 2008.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Porto Alegre: 4. Artmed Editora, 2015.

IBIAPINA, Flávio Lúcio Pontes. **Óbito fetal no Brasil: distribuição espacial e espaço-temporal (2001-2014)**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Fortaleza. 2017. 140 p.

LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elisabeth; ISHITANI, Lenice; PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. **A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. BRASIL**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LORENZI, Dino Roberto Soares De et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-146, 2001. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000100014#:~:text=A%20mortalidade%20perinatal%20tem%20sido,1994%3B%20Aquino%2C%201997](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100014#:~:text=A%20mortalidade%20perinatal%20tem%20sido,1994%3B%20Aquino%2C%201997)). Acesso em 03 de março de 2020.

MALTA, Déborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out./dez. 2007. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 01 de junho de 2020.

MALTA, Déborah Carvalho et.al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 409-412, 2010. Disponível em: Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000300016&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000300016&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 02 de julho de 2020.

MARIO, Débora Nunes et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, Mar.2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000301223&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301223&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 de fevereiro de 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa. 12ª ed., São Paulo: Hucitec; 2012

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA, Elaine Fernandes Viellas de, et. al. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, Mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300014&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 de fevereiro de 2020.

OLIVEIRA, Eliene et al. Mortalidade infantil evitável em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 397-397, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Brasil. **17 Objetivos para transformar o mundo**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em 02 de junho de 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação. **Pactuação Interfederativa de Indicadores (2017-2021)**. Disponível em: [http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_MeuMunicipio](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_MeuMunicipio). Acesso em 10 de julho de 2020.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **SANARE**, Sobral, v. 16, Supl. 01, p.23-28, 2017a.

RODRIGUES, Patricia Lima. **Avaliação da qualidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade e fatores associados à mortalidade perinatal no Brasil**. 2017b. Tese (Epidemiologia em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

RUOFF, Andriela Backes; ANDRADE, Selma Regina de; SCHMITT, Márcia Danieli. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100505&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100505&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 16 de setembro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. 10. revision. 2.ed. Geneva: WHO; 2004. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/> Acesso 12 de setembro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period**. ICD-PM. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/icd-10-perinatal-deaths/en/> Acesso 12 de setembro de 2020.

## APÊNCIDE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### FERRAMENTA COLETA DE DADOS

VARIAVEIS GERAIS	2017	2018	2019
Óbito neonatal e infantil			
Peso ao nascer (g)			
>=2500			
Baixo peso (< 2.500)			
Muito baixo peso (<1.500)			
Idade gestacional (semanas)			
A termo (37 ou mais)			
Prematuridade (<37)			
Prematuridade extrema (<32)			
Óbito			
Fetal			
Até 24hs			
>24hs a 6 dias			
7 a 28dias			
29 a 365			

### VARIAVEIS SOCIOECONOMICAS E DEMOGRAFICAS

Raça/Cor da pele da mãe			
Branca			
Preta			
Parda			
Outra			
Escolaridade materna			
Ensino superior completo e mais			
Superior incompleto			
Ensino médio completo			
Ensino médio incompleto			
Ensino fundamental			
Ensino fundamental incompleto			
ignorado			
Situação conjugal da mãe			
Com companheiro			
Sem companheiro			
ignorado			
Idade materna			

Tipo de Parto			
Cesariana			
Vaginal			
Fórceps			
Parto assistido por			
Médico			
Enfermeiro			
Parteira			
Ignorado			
Nascimento <1.500g em hospital sem UTI neonatal			
Sim			
Não			
Ignorado			
Recém-nascido			
Sexo			
Feminino			
masculino			
Peso ao nascer			
>=2.500			
1500-2499			
<1.500			
Óbito fetal			
>=2.500			
1500-2499			
<1.500			
Idade gestacional (semanas)			
>=37			
33-36			
<=32			
Malformação congênita			
Sim			
Não			
Apgar <7 no quinto minuto de vida			
Sim			
Não			
Feto morto			
Ignorado			
Ventilação mecânica			
Sim			
Não			
Feto morto			
Complicações Neonatal			

## APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS



*Prefeitura Municipal de Gramado*

Secretaria de Saúde

Gramado, 02 de abril de 2020.

VIG- 030-2020

Ao Secretário da Saúde João Altemir Teixeira

Eu, Márcia Cecília Picolotto de Oliveira, CPF 90928660087, enfermeira COREN-RS 140019, servidora lotada na Vigilância Epidemiológica, venho por meio deste solicitar anuência para utilização dos dados referentes a mortalidade fetal e neonatal do Município para fins de pesquisa, tendo em vista o requisito de desenvolvimento de projeto e intervenção pelo Programa de Mestrado Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, o qual estou vinculada. Saliento que o objetivo da pesquisa é analisar o perfil materno, gestacional e obstétrico, classificando desfechos evitáveis e não evitáveis na perspectiva dos serviços de saúde. De posse deste panorama, é também objetivo propor a criação de um Comitê de Mortalidade Fetal e Neonatal a ser constituído por profissionais que compõem a Rede Cegonha em âmbito municipal, com vistas a analisar as novas ocorrências e propor alinhamentos e melhorias na Rede de Atenção à Saúde. Em tempo, sinalizo que todas as prerrogativas éticas presentes na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde serão adotadas e comprometo-me em apresentar os resultados parciais e finais à gestão.

Atenciosamente,

**Márcia Cecília Picolotto de Oliveira**

**SAU-REG-022**

**APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA***Prefeitura Municipal de Gramado*

Secretaria Municipal da Saúde

SAU-OFFÍCIO 179-20

Gramado, 02 de abril de 2020.

Eu, **Altemir João Teixeira**, Secretário de Saúde de Gramado, confiro anuência à servidora **Márcia Cecília Piccolotto de Oliveira** para utilização dos dados referentes a mortalidade fetal e neonatal do Município para fins de pesquisa, a qual corresponde um dos requisitos do Programa de Mestrado Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, o qual a mesma encontra-se vinculada. Saliento que foi esclarecido que o objetivo da pesquisa é analisar o perfil materno, gestacional e obstétrico, classificando desfechos evitáveis e não evitáveis na perspectiva dos serviços de saúde. É objetivo da pesquisadora criar o Comitê de Mortalidade Fetal e Neonatal a ser constituído por profissionais que compõem a Rede Cegonha em âmbito municipal, com vistas a analisar as novas ocorrências e propor alinhamentos e melhorias na Rede de Atenção à Saúde. Em tempo, sinalizo que todas as prerrogativas éticas presentes na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde deverão ser adotadas os resultados parciais e finais serem apresentados a gestão.

Atenciosamente,

Município de Gramado  
Secretaria Municipal da Saúde  
Altemir João Teixeira  
Secretário de Saúde

**Altemir João Teixeira**  
Secretário Municipal de Saúde

SAU-REG-022

## APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



*Prefeitura Municipal de Gramado*

Secretaria de Saúde

### Termo de Confidencialidade e Sigilo do Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal

Gramado, \_\_\_\_\_, 2020.

Eu \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ na atribuição de membro do **Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal de Gramado**, comprometo-me em manter confidencialidade e sigilo das informações relativas ao processo de investigação dos óbitos fetais e infantis, bem como das possíveis deliberações que possam ser encaminhadas pelo Comitê.

Deste modo, comprometo-me eticamente em não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;

Não repassar documentos e informações decorrentes do processo investigatório para não membros do Comitê;

Não fazer uso de documentos, relatórios, entre outros, que não sejam os fins do Comitê;

Atentar para medidas de segurança, para que tais dados e informações não sejam copiados, revelados ou venham a ser usados indevidamente ou sem autorização;

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fico ciente de todas as sanções nas esferas penal, civil e administrativa que poderão advir.

---

Assinatura Membro

SAU-REG-022



*Prefeitura Municipal de Gramado*

Secretaria de Saúde

Rua Ernesto Volk, nº 300 – Centro – Cep 95.670-000 – Gramado – RS – Telefone: (54) 3295-7100 – Site;  
<http://saude.gramado.rs.gov.br>

## APÊNDICE E – OFÍCIO AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



*Prefeitura Municipal de Gramado*  
Secretaria de Saúde

Gramado, 29 de setembro de 2020.

**VIG- 131-2020**

**Ao Secretário da Saúde João Altemir Teixeira**

Prezado Secretário,

Eu, Márcia Cecília Picolotto de Oliveira, CPF 90928660087, enfermeira COREN-RS 140019, servidora lotada na Vigilância Epidemiológica, venho por meio deste solicitar sua apreciação, anuência e encaminhamento dos processos administrativos para a implantação do “COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL” neste município. Conforme pesquisa por mim realizada, como um dos requisitos do Programa de Mestrado Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, o qual estou vinculada, foram analisados dados sobre o perfil das gestantes que tiveram parto de Feto Morto e Neonatal no período de 2017-2019 neste município. Como fruto deste processo, proponho a implantação do respectivo comitê, que será constituído por profissionais que compõem a Rede Cegonha em âmbito municipal, sem custos aos cofres públicos, com vistas a analisar as novas ocorrências e propor alinhamentos e melhorias na Rede de Atenção à Saúde.

Atenciosamente,

**Márcia Cecília Picolotto de Oliveira**

Recebido:

30/09/20  
 Município de Gramado  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 João Altemir Teixeira  
 Secretário de Saúde

**SAU-REG-022**

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MORTALIDADE FETAL E NEONATAL: ANÁLISE DOS CASOS E PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DE MORTALIDADE EM GRAMADO

**Pesquisador:** MARCIA CECILIA PICOLLOTTO DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 36010820.0.0000.5344

**Instituição Proponente:** Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.212.963

#### Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado MORTALIDADE FETAL E NEONATAL: ANÁLISE DOS CASOS E PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DE MORTALIDADE EM GRAMADO, apresentado pela pesquisadora MÁRCIA CECÍLIA PICOLLOTTO DE OLIVEIRA e em processo de qualificação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNISINOS Orientado pelo: Prof. Dr. Joel Rolim Mancia. O projeto propõe a análise da mortalidade fetal e neonatal no período de 2017 a 2019, no município de Gramado/RS, e propor a implantação de Comitê de Prevenção da mortalidade fetal e neonatal no Município. Trata-se de um estudo com delineamento retrospectivo, de base documental (com dados secundários) subsidiado pela pesquisa direta nos registros de investigação de óbitos fetais e neonatais do setor de vigilância epidemiológica municipal. A análise dos dados terá como base estatística descritiva.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são adequados e exequíveis.

#### OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a mortalidade fetal e neonatal no período de 2017 a 2019 no município de Gramado/RS.

Objetivos Específicos

**Endereço:** Av. Unisinos, 950

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 93.022-000

**UF:** RS

**Município:** SAO LEOPOLDO

**Telefone:** (51)3591-1198

**Fax:** (51)3590-8118

**E-mail:** cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 4.212.963

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e de utilização dos serviços de saúde das mulheres que vivenciaram óbito fetal e neonatal no período de 2017 a 2019 em Gramado;
- b) Descrever o perfil dos fetos e recém-nascidos que foram a óbito no período de 2017 a 2019 em Gramado;
- c) Relacionar antecedentes obstétricos, ocorrências na gestação atual e causa do óbito fetal e neonatal;
- d) Descrever conforme a investigação epidemiológica as causas de óbitos evitáveis e não evitáveis;
- e) Sugerir a implantação do Comitê de análise e prevenção de óbito fetal e infantil em Gramado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores explicam que a pesquisa não envolverá seres humanos diretamente, dispensando uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Deste modo, as prerrogativas éticas se situarão no acesso, uso e na publicação das informações. Para tal, foi confeccionado o termo de compromisso para utilização de dados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo aborda tema de relevância na área da saúde coletiva, propondo o questionamento sobre fatores associados à mortalidade fetal e neonatal e a criação de um comitê de prevenção de mortalidade fetal e neonatal no município onde o estudo será realizado que certamente terá impacto sobre esse importante indicador de qualidade do pré-natal e suas consequências. .

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

É apresentada uma carta e um Termo de Anuência, ambos apropriados e assinados pelo Secretário Municipal da Saúde.

**Recomendações:**

Recomenda-se no texto do projeto, no item Considerações éticas, retirar a frase "não envolverá seres humanos diretamente" pois sempre há envolvimento de seres humanos, mesmo em se tratando de revisão de dados secundários e atribuir riscos e benefícios de acordo com a Resolução 466/12.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Av. Unisinos, 950  
**Bairro:** Cristo Rei **CEP:** 93.022-000  
**UF:** RS **Município:** SAO LEOPOLDO  
**Telefone:** (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO  
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 4.212.963

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1605290.pdf	31/07/2020 18:05:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/07/2020 18:01:52	MARCIA CECILIA PICCOLOTTO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de concordância	anuencia.pdf	31/07/2020 18:01:29	MARCIA CECILIA PICCOLOTTO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta.pdf	31/07/2020 18:01:09	MARCIA CECILIA PICCOLOTTO DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	31/07/2020 18:00:42	MARCIA CECILIA PICCOLOTTO DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	31/07/2020 18:00:11	MARCIA CECILIA PICCOLOTTO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	31/07/2020 17:59:41	MARCIA CECILIA PICCOLOTTO DE OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LEOPOLDO, 14 de Agosto de 2020

---

**Assinado por:**  
**José Roque Junges**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Unisinos, 950  
**Bairro:** Cristo Rei **CEP:** 93.022-000  
**UF:** RS **Município:** SAO LEOPOLDO  
**Telefone:** (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br