

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LÁZARA NUNES SILVEIRA PINTO

**ÓBITO MATERNO-INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS: REALIDADE QUE EXIGE
MUDANÇAS NO ESTADO DE GOIÁS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LÁZARA NUNES SILVEIRA PINTO

**ÓBITO MATERNO-INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS: REALIDADE QUE EXIGE
MUDANÇAS NO ESTADO DE GOIÁS.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Miriam Lopes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ÓBITO MATERNO-INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS: REALIDADE QUE EXIGE MUDANÇAS NO ESTADO DE GOIÁS** de autoria da aluna **LÁZARA NUNES SILVEIRA PINTO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Profa. MSc. Miriam Lopes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos os pacientes que,
neste momento, encontram-se necessitando de assistência.*

Eles são a razão deste investimento.

*Quero concluir com um pensamento de **Madre Teresa de Calcutá:***

“Não precisamos realizar grandes obras afim de

mostrarmos um grande amor por Deus e pelo próximo.

É a intensidade do amor que colocamos em nossos gestos e ações

que os torna algo especial para Deus e para os homens.

*A maior e pior doença não é o câncer, a tuberculose ou a AIDS;
é sermos indesejados, desamados, discriminados e desassistidos”.*

AGRADECIMENTOS

Obrigado Meu Deus pela tua grandeza, pelo seu amor infinito, pelo cuidado com minha família, por nunca desistir de mim, por me amparar em meus momentos difíceis, sem Te nada sou. Mesmo sem merecer, Deus tem me presenteado todos os dias, esta especialização foi um presente maravilhoso! Ele também colocou pessoas especiais da minha vida.

Agradeço ao meu esposo, Edison Sulino, companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoia nas horas difíceis e compartilha comigo as alegrias. Sua compreensão e paciência foram muito importantes para que eu pudesse concluir este trabalho. Obrigado por estar sempre ao meu lado. Te amo!

*Aos meus filhos, Ricardo e Danilo, pelas palavras de ânimo, incentivo e compreensão nas minhas ausências. Muito obrigada meus queridos filhos por todo amor e carinho, eu os amo!
Filhos: Presente de Deus!*

Às minhas amigas, Lauriana e Maria Marta, que também estiveram juntas nesta "empreitada", obrigada por todo carinho e paciência. Essa conquista eu compartilho com vocês com muita alegria, pois vocês participaram tão de perto de cada momento bom e difícil que vivi, nesse período, vocês são parte dessa vitória.

À Professora mestre Miriam Lopes, que mesmo não nos conhecendo pessoalmente, possibilitou-me aprendizagem, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante essa jornada. Demonstrou carinho e cuidado nas minhas dificuldades, dedicou do seu tempo para me orientar neste trabalho, com muita paciência e atenção. Obrigada!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
5. MÉTODO.....	24
5.1 Diagnóstico da Realidade.....	24
5.2 Plano de Ação.....	29
5.3 Cronograma.....	35
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

RESUMO

Os dados oficiais da mortalidade materno-infantil no Brasil, ainda que subestimados, apontam a falta de qualidade da assistência oferecida às mulheres no estado gravídico-puerperal, pois, aproximadamente 70% dos óbitos de recém-nascidos e 90% dos óbitos maternos ocorrem por causas evitáveis. Estes dados revelam, ainda, o descompromisso do poder técnico-político com a saúde, assinalando um gerenciamento ineficiente, incapaz de identificar as fragilidades do processo e os fatores determinantes. Neste contexto, o artigo faz uma atualização embasada em evidências científicas, sobre a importância das práticas educativas no processo de saúde, visando o aprimoramento da atenção à saúde da mulher e criança. Desta forma, o trabalho tem como objetivo o desenvolvimento de ações de sensibilização, através da educação em saúde, para conscientização de profissionais e gestores, no estado, fundamentada na teoria de Paulo Freire que, a conscientização e mobilização dos envolvidos no processo podem resultar em engajamento responsável com maior disponibilidade de investimento nas ações assistenciais, transformando a realidade de atenção à saúde e, conseqüente, redução dos índices de mortalidade materno-infantil, por causas evitáveis. Os resultados obtidos permitiu concluir que, não há necessidade da criação de novas políticas públicas em saúde, no Brasil, pois o modelo existente é fundamentado nos princípios da humanização e acolhimento, articulado nas três esferas de gestão do SUS de modo a garantir melhorias da qualidade dos serviços de saúde. Embora se mostrasse a necessidade de reorganização do modelo assistencial brasileiro e estadual, com a adoção de novas tecnologias de trabalho e renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população, para que haja uma transformação responsável da realidade assistencial vivida pelas mulheres e criança.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Mortalidade materno-infantil

A Constituição Brasileira de 1988 reconhece a saúde como sendo o direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, a rede dos serviços públicos de saúde deve ser descentralizada, prestar atendimento integral, priorizando atividades preventivas – sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Passada mais de duas décadas, podemos observar a existência de progressos nos serviços assistenciais de saúde brasileira, mas não na proporção conforme instituído pela Constituição e com as reais necessidades do país. Contudo, deparamos com muitos discursos de apoio às causas sociais e sanitárias, porém pouco investimento e compromisso político-técnico. O descumprimento das leis é flagrante quando se analisa os inúmeros fatores que concorrem para que haja, injustificadamente, morte de mulheres em consequência da gravidez, do parto e do puerpério.

A mortalidade infantil se caracteriza pela morte de crianças no primeiro ano de vida e pode ser geralmente estimada sob forma de um coeficiente ou taxa. De acordo com Ministério da Saúde (MS), a taxa de mortalidade infantil traduz o número de óbitos de crianças, com menos de um ano, ocorrido durante um determinado período de tempo (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de quatro milhões de recém-nascidos morrem a cada ano como resultado de gestações e partos mal conduzidos, além de outros milhões de mulheres e crianças que continuam a viver, porém com problemas de saúde duradouros e debilitantes. É revoltante constatar que mais de 90% destas mortes podem perfeitamente serem evitadas por meio de um tratamento digno, valorizando a condição de cidadania das mulheres. E a revolta é maior por conhecer que grande parte destas medidas não tem nada de extraordinário – são cuidados, por vezes elementares, negados às nossas gestantes e puérperas (BRASIL, 1996).

No Brasil, a real magnitude da mortalidade materna ainda é desconhecida. Estima-se que ocorram anualmente entre 3 e 5 mil mortes de mulheres, cujas consequências são por complicações ligadas à gravidez, ao parto ou puerpério, variando os coeficientes entre estados e regiões. Um dos grandes problemas para o cálculo desses índices deve-se ao fato de que as declarações de óbito (DO), principal documento de registro para o controle do fenômeno, não são confiáveis em sua totalidade, havendo tanto um sub-registro quanto uma má qualidade na notificação (BRASIL, 2009).

De acordo com o MS, as causas da mortalidade infantil no Brasil se alteraram ao longo das últimas décadas. Na década de 80, as principais causas eram as doenças infectocontagiosas; mas nas décadas seguintes as mortes provocadas por essas doenças diminuíram devido a um maior contingente de crianças vacinadas, assim como a introdução de novas vacinas, como a da *Haemophilus*, que reduziu os casos de meningites e pneumonias provocados por essa bactéria. Outra variável com redução significativa nos índices foram as mortes infantis por diarreias em razão de melhorias na alimentação e nas condições sanitárias e ambientais da população (BRASIL, 2009).

Estudos realizados pelo MS apontaram as doenças perinatais como responsáveis pela maior taxa de mortalidade neonatal, entre 1996 e 2007, cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais (até os 27 dias), além de ser a primeira causa de morte em menores de cinco anos. As anomalias congênitas apareceram em segundo lugar e, desde 2007, as doenças do aparelho respiratório passaram a ser a terceira causa de morte infantil, no lugar das doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2012).

Segundo Struchiner e Schall (1999), 98% dos partos no Brasil ocorrem em maternidades e 88% deles são atendidos por profissionais médicos e mesmo assim, as crianças estão morrendo por prematuridade e complicações como: desconforto respiratório, infecções e asfixia. Essa realidade vem reforçar a necessidade urgente dos serviços e profissionais de saúde estar comprometidos com uma assistência integral qualificada às gestantes desde o início da gestação até depois do nascimento. Estudos do MS, em 2012, constataram ainda que, 62% das mortes de crianças nascidas vivas, com peso de 1500 gramas poderiam ter sido evitadas se o binômio mãe-filho tivessem recebido a assistência adequada na gestação, parto e puerpério. Estes dados reforçam as constatações de que a mortalidade infantil poderá ser reduzida de forma drástica com baixo investimento e maior conscientização dos nossos governantes e gestores em todas as esferas da assistência (BRASIL, 2012).

De acordo com dados divulgados pelo Relatório da Situação Mundial da Infância em 2013, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade infantil, melhorando quatro posições no ranking do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Os dados confirmam resultados positivos das Políticas de Saúde Pública do País voltadas para família, gestantes e crianças (UNFPA, 2013). O Programa de Saúde da Família (PSF), lançado pelo MS, em 1994 e implementado em 2006, através da Portaria nº 648/GM de 28/03/2006 - passando a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), agora como estratégia geral da política de saúde, visa oferecer uma

atenção básica mais resolutiva e humanizada no país (BRASIL, 2006). Essa estratégia vem ganhando cada vez mais novos esforços para melhorar a qualidade da assistência, o que é visível no país, quando deparamos com a taxa de mortalidade infantil apresentando tendência constante de queda, com uma redução de 26,6 óbitos infantis por mil nascimentos em 2000 para 16,2 óbitos por mil nascimentos em 2010, o que representa uma diminuição de 39% neste período (UNICEF, 2013).

A razão da mortalidade materna (RMM) no Brasil tem tido uma tímida diminuição, apesar das iniciativas do governo brasileiro com a criação de alguns programas, políticas e se tornando signatário de tratados internacionais para a redução da mortalidade materna. O número de mulheres que morreram no primeiro semestre de 2011, 705, foi 19% menor que no mesmo período de 2010, quando foram registrados 875 mortes de mulheres por consequências do período gravídico-puerperal (período entre a gravidez, o parto e o pós-parto). As razões de mortalidade materna nacional permanecem acima do que é considerado aceitável pela OMS: entre 10 e 20 mortes maternas/100.000 nascidos vivos (MORSE et al, 2011).

Destacam-se aqui as cinco principais causas de morte materna direta: as hemorragias (25%), seguidas pelas infecções (15%), as complicações do aborto (13%), a eclâmpsia (12%) e as distócias/obstruções no trabalho de parto (8%) (COUTO, 2012). Essa constatação tem motivado as organizações de saúde a elaborarem guias assistenciais específicos, orientados pelos novos conceitos da medicina baseada em evidencia, com comprovada efetividade na prevenção da morbimortalidade materna. A assistência no pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto e as causas importantes de morte materna, mas pode dar início às estratégias importantes para o fortalecimento do tripé assistencial: a promoção da saúde materna, prevenção dos riscos e garantia de suporte nutricional durante a gestação, favorecendo o prognóstico materno e, conseqüentemente, evitando a morte materno-infantil (CALDERON et al, 2006).

A morte materna é compreendida como a morte de uma mulher que está relacionada direta ou indiretamente, com o seu período reprodutivo, desde o início da gestação. Incluindo as mortes resultantes de aborto ou gravidez ectópica, além das complicações do ciclo gravídico-puerperal. A OMS define morte materna como sendo "a morte da mulher durante a gestação ou no período de até 42 dias após seu término, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou por medidas tomadas com relação à gestação, fora as causas acidentais ou incidentais" (BRASIL, 2007). Em 1994, a OMS introduziu o conceito de

morte materna tardia passando a considerar um período mais longo, de até um ano após o término da gestação, para o conceito de morte materna (LAURENTI, 1997).

Os óbitos maternos são distribuídos por grupo de causas: obstétricas diretas e indiretas. "As causas obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer das causas acima mencionadas" e "as causas obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez" (LAURENTI, 1997).

A dimensão do volume de causas obstétricas diretas e indiretas na mortalidade materna mede a participação relativa (%) das causas obstétricas diretas e indiretas na mortalidade materna. Esses dados contribui para a análise da situação epidemiológica e do nível de saúde da população, identificando questões críticas a serem melhor investigadas, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas (OMS, 1998).

A mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio a ser superado. Mais 800 mulheres morrem todos os anos por complicações na gravidez, parto e pós-parto. De acordo com o relatório do Fundo de População das Nações Unidas, o Brasil se mantém em 79º lugar entre os países com maior taxa de mortalidade materna, levantamento divulgado em 2011 (UNFPA, 2011).

Segundo dados da OMS, cerca de 1000 mulheres morrem por dia em todo o mundo. As mortes são mais frequentes nos países em desenvolvimento, evidenciando o lado cruel da saúde destinada as populações mais pobres. Apesar de a mortalidade materna ter diminuído em todo o mundo – de cerca de 585 mil, em 1990, para 358 mil, em 2008 – os números ainda são inadmissíveis (UNFPA, 2011).

“Iniciativas do Ministério da Saúde como os programas PAISM e PHPN, além do Pacto Nacional, que representa mais do que um programa e sim a política do Estado brasileiro para enfrentamento da mortalidade materna, são referências importantes, porque são o reconhecimento da gravidade do problema e a necessidade de seu controle, mas não conseguiram plena efetivação”, afirma Morse e cols. (2011).

De acordo com o Manual dos Comitês de Morte Materna, 2007, do Ministério da Saúde, a morte materna é um indicador utilizado na avaliação da saúde materno-infantil no Brasil, refletindo diretamente a qualidade da atenção prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica e a determinação política de promoção da saúde pública. Sabe-se que o índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é significativamente superior àquele observado nos países desenvolvidos (BRASIL, 2007).

No Brasil, deparamos com alguns entraves que dificultam o monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna e infantil: a subinformação e o sub-registro das causas de óbito, sendo que a sub informação é detectada por meio do preenchimento inadequado das declarações de óbito, quando não consta que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. O sub registro é caracterizado pela falta de registro do óbito em cartórios, seja pelas dificuldades de acesso aos cartórios ou até a desinformação da população quanto a importância da Declaração de Óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2007).

Muitos são os fatores determinantes que resultam em óbitos materno e infantil. Para tanto é essencial o conhecimento das causas e fatores associados aos óbitos evitáveis a fim de, realizar planejamento de ações adequadas às necessidades de cada grupo populacional. Sendo assim, devemos lançar mão de ferramentas que possam interferir e melhorar a qualidade de vida da população.

Para Couto (2012), embora se observe, no âmbito nacional, uma progressiva redução das taxas de mortalidade materna e infantil nos últimos anos, os números que se apresentam ainda não são aceitáveis, considerando-se que aproximadamente 70% dos óbitos de recém-nascidos e 90% dos óbitos maternos ocorrem por causas evitáveis, em sua maioria relacionada à falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, parto e puerpério. De acordo com Souza (2011), apesar dos avanços que o Brasil tem realizado nas últimas duas décadas, a redução da mortalidade materna ainda parece distante. Um complicador é o fato de que três quartos das mortes maternas brasileiras são resultantes de complicações obstétricas diretas, relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devidas a uma sequência de eventos resultantes de situações como hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico ou às intervenções, omissões e tratamento incorreto, os quais são evitáveis (OMS, 2010).

Os principais determinantes associados à morte infantil são a assistência pré-natal e assistência hospitalar à mulher e ao recém-nascido e a fatores relacionados às políticas e ações de serviços de saúde (LANSKY; FRANÇA, 2009). Atualmente, a principal causa de óbitos em crianças menores de um ano são as afecções perinatais, que estão associadas às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2011).

1.2 Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde

Nesse contexto, de acordo com a Lei nº. 8.080 de 1990, a - Vigilância Epidemiológica é um "conjunto de ações que proporciona 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. Dessa forma, a orientação atual para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) estabelece, como prioridade, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica, dotados de autonomia técnico-gerencial para enfocar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência" (BRASIL, 1990; 2011). Este conceito está de acordo com os princípios do SUS, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, e a consequente eliminação da discordância tradicional entre essas duas áreas, que tanto dificultava as ações de vigilância. Além disso, a descentralização das responsabilidades e funções do sistema de saúde implicou no redirecionamento das atividades de vigilância epidemiológica para o nível local (BRASIL, 2011).

Assim, desenvolveu-se o conceito de vigilância em saúde, que é compreendido tanto como modelo de atenção quanto como proposta de gestão de práticas sanitárias (BRASIL, 2011), cujo objeto das ações é o controle dos fatores determinantes e condicionantes, dos riscos e dos danos à saúde da população em determinado território.

A forma de organização desse modelo privilegia a construção de políticas públicas, a atuação intersetorial, assim como as intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base, para o planejamento das ações, as análises de situações de saúde nas áreas geográficas municipais (BRASIL, 2010; 2011).

Estrategicamente, a Vigilância em Saúde é um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade, do cuidado, devendo, nesse contexto, inserir-se na construção das redes de atenção à saúde. Dessa forma, avaliada do ponto de vista tecnológico e operacional, a ação de Vigilância em Saúde pode ser entendida como a prática da integração intrainstitucional entre as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde apresenta as seguintes características básicas (BRASIL, 2011):

- Intervenção sobre problemas de saúde – danos, riscos e/ou determinantes;
- Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos;
- Articulação de ações promocionais, de proteção e de prevenção;
- Atuação intersetorial;
- Ações sobre o território;
- Intervenção sob forma de operações.

A Vigilância Epidemiologia está subdividida em três núcleos: Núcleo de Vigilância das Doenças Transmissíveis; Núcleo de Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Núcleo de Imunizações. Entretanto o Sistema Sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Serviço de Investigação de Óbitos fazem parte do Núcleo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (BRASIL, 2011).

A investigação do óbito enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e a proposição de medidas de prevenção e controle. É a obtenção de informações para ação, com levantamento de dados, análise crítica e criteriosa da situação e qualificação dos dados para propor medidas de prevenção de novas ocorrências, além do retorno às equipes para a responsabilização, mobilização social e mudanças (JORGE, 2010).

No Brasil, a Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno é uma experiência que vem se aprimorando de forma rápida, exercendo um papel relevante como instrumento para a melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde e como fonte de evidências para o aprimoramento da atenção à saúde no país (JORGE, 2010).

Por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é possível extrair informações de avaliação das ações realizadas, relativas aos óbitos maternos e de crianças, especialmente aqueles passíveis de prevenção pela atuação do sistema de saúde. É essencial o conhecimento dos óbitos ocorridos na área de abrangência do serviço de saúde, pelos gestores da

saúde (unidade de saúde, município e estado), para avaliação da ocorrência de eventos-sentinelas, como a morte de crianças e mulheres por causas evitáveis e identificação das oportunidades perdidas de intervenção pelos serviços de saúde, de modo a reorientar as práticas de assistência e evitar novas ocorrências (COUTO, 2012).

A investigação do óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas com a família. As secretarias municipais de saúde devem instituir a vigilância do óbito, envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Preferencialmente, a equipe da atenção básica da área de abrangência do local de residência da família é a responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, como parte integrante da sua atuação (BRASIL, 2010; 2011).

Diversos estudos têm mostrado que a investigação e a análise de casos possibilitam a identificação e o entendimento dos problemas que podem ser evitados, inclusive em óbitos domiciliares ou em locais com baixa resolutividade (HARTZ et al, 1996; BARRETO et al, 2000). Um estudo em larga escala, pode possibilitar um melhor entendimento da situação da mortalidade infantil e perinatal e um melhor monitoramento dos níveis da mortalidade e de indicadores específicos, elementos indispensáveis para o planejamento em saúde (BRASIL, 2010; 2011).

A Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004 preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “*vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna*”, e dos Estados, Distrito Federal e da União, “*de forma complementar a atuação dos municípios*” (BRASIL, 2011).

As secretarias de saúde devem identificar os responsáveis pela vigilância de óbitos de referência do município e do estado, envolvendo profissionais da vigilância e da assistência à saúde. A vigilância de óbitos tem por objetivo incorporar o uso de informação qualificada no planejamento, avaliação de políticas públicas e ação em saúde. O processo de vigilância de óbitos pode ser desdobrado em identificar óbitos e nascimentos por meio de busca ativa, investigar óbitos elegíveis para investigação, propor medidas de prevenção, qualificar o SIM e o SINASC e analisar e monitorar os óbitos (BRASIL, 2011).

A integração das práticas de Vigilância Epidemiológica com a Atenção Básica à Saúde torna possível a investigação em tempo oportuno de todos os óbitos materno, infantil e fetal. A experiência de alguns serviços tem mostrado que o apoio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na investigação domiciliar e a adesão dos profissionais de saúde da assistência direta na

discussão dos casos têm contribuído para o aumento do número de investigações e na melhoria da assistência (QUARESMA, 2012). De acordo com o Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2009, do Ministério da Saúde, a equipe de vigilância de óbitos deve promover discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência da criança para análise ampla e detalhada de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito. O propósito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro. Por isso torna-se importante as discussões, no sentido de promover uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito e correção imediata de problemas que influenciaram o óbito, sensibilizando as pessoas diretamente envolvidas na assistência e no preenchimento dos registros de atendimento e da declaração de óbito (BRASIL, 2009).

As razões de mortalidade materna e os coeficientes de mortalidade infantil têm sido os indicadores de saúde mais utilizados quando o objetivo é avaliar não apenas a qualidade de saúde de uma determinada população, mas também o grau de desenvolvimento de uma nação. Estudos epidemiológicos consistentes poderão revelar informações valiosas sobre a qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo grávido-puerperal, durante o pré-natal e também a nível hospitalar, como também a assistência prestada ao recém-nascido durante o trabalho de parto e no parto, e ainda às crianças nos primeiros 365 dias de vida (LANSKY et al, 2002b).

Os óbitos materno-infantis por causas evitáveis não ocorrem num sistema de saúde que funciona adequadamente. O gerenciamento eficiente do sistema, em todos os níveis de complexidade, possibilita, aos profissionais de saúde e gestores, identificarem as fragilidades no processo de trabalho, a promoverem discussões, reavaliação e reorganização da atenção: fluxos, processos da assistência. Desta maneira, os fatores determinantes serão passíveis de detecção e de intervenção oportuna e adequada a fim de reduzirem os índices de óbitos materno-infantis.

2 JUSTIFICATIVA

A idealização deste projeto enquanto proposta para implantação de um programa de educação em saúde voltado para redução da mortalidade materno-infantil surgiu da necessidade de melhorar o fluxo das investigações de óbitos materno, infantil e fetal, no Estado de Goiás. O projeto constitui um grande desafio, implantar um Programa de Educação em Saúde voltado para Gestores Regionais, Municipais e Profissionais de Saúde, permitindo reflexão sobre a qualidade da assistência prestada às mães e crianças, nos municípios. A iniciativa visa conscientizar e

capacitar os profissionais de saúde para que conheçam melhor o funcionamento dos serviços de investigação de óbito materno-infantil e sua importância na redução da mortalidade por causas evitáveis.

Essa situação reforça a importância do trabalho multidisciplinar na execução das atividades educativas que visam a sensibilização e conscientização dos gestores e profissionais de saúde para a transformação responsável da realidade de vida e saúde, na alteração dos índices de mortalidade.

Frente a essa realidade epidemiológica, torna-se essencial a implantação desse programa de educação em saúde, pois a conscientização e mobilização dos envolvidos no processo podem resultar num maior engajamento e disponibilidade de investimento para as ações assistenciais em saúde, gerando uma transformação da realidade de atenção à saúde e, conseqüente, redução nos índices de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Desenvolver ações de sensibilização sobre as causas de óbito materno, infantil e fetal evitáveis, por meio da educação em saúde, conscientizando os gestores regionais, municipais e profissionais de saúde sobre a gravidade do problema visando transformar essa realidade.

3.2. Específicos

- Sensibilizar gestores para uma análise crítica da situação e mobilização efetiva para as mudanças necessárias a fim de garantir um modelo adequado de atenção à saúde, visando a redução de óbitos materno-infantis;
- Promover capacitações dos profissionais de saúde municipais, visando aprimorar as ações de investigação dos óbitos materno-infantis com maior agilidade e oportunidade de intervenção, para além de alimentar sistemas e organizar dados, mas mover mudanças;
- Fortalecer a competência técnica estadual da Vigilância e Investigação de óbitos, por meio da formação do Grupo Técnico Estadual, definindo um processo de trabalho multiprofissional para melhor assessoramento e orientação das regionais e municípios;

- Proporcionar intercâmbio entre profissionais e municípios visando a formação e fortalecimento do Grupo Técnico Municipal responsável pela análise e discussão dos casos de óbitos Materno Infantil e Fetal;
- Estimular a participação das equipes municipais nas Comissões Intergestora Regional apresentando as informações sobre a Vigilância do óbito às autoridades para tomada de conhecimento da situação e propor medidas de prevenção;
- Acompanhar as equipes técnicas dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar da capital, a fim de padronizar estratégias de institucionalização da busca ativa de óbitos nas unidades;
- Acompanhar e analisar o percentual de investigação epidemiológica dos óbitos maternos, infantil e fetal do Estado e encaminhar semestralmente ao Grupo Técnico Estadual as estratégias de prevenção formulada para redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No início do século XX e até meados da década de 70, a mulher contava com uma assistência muito fragmentada que se limitava às demandas relativas ao ciclo gravídico-puerperal. As ações de assistência eram centralizadas e não contemplava às necessidades dessa população-alvo, revelando baixo impacto dos indicadores de saúde da mulher e desigualdade nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres. Nesse período, o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher entre outras questões (STRUCHINER; SCHALL, 1999).

Na década de 70, a saúde da mulher começava a ser incorporada às políticas nacionais, com o lançamento do Programa de Saúde Materno-Infantil, no qual o planejamento familiar figurava sob o enfoque da paternidade responsável, objetivando reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2013). Em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que adotava, com dificuldade, políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério;

planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero. (BRASIL, 1975; LANSKY, ET AL, 2002b)

Já na década de 80, concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação do PAISM foi influenciada pelas características dessa nova política de saúde: integralidade e equidade da atenção, com a descentralização e regionalização dos serviços de saúde. Em análise, vemos que as ações de atenção à saúde da mulher, realizada de 1998 a 2002, afirmou que apesar de um discurso amplo, as políticas públicas voltadas para área do cuidado, mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva. Apenas o tema da redução da violência sexual foi sendo incorporado demonstrando, com isso, a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais (BRASIL, 1975).

Em 1984, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e Criança (PAISMC) foi implantado e, posteriormente, houve separação do programa da mulher, o qual passou a ser denominado de Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esse respectivo programa tinha como objetivo principal, a criação de condições para um atendimento integrado à saúde da criança, de zero a cinco anos, com a prioridade para os grupos de risco, por meio do aumento de cobertura da assistência e melhoria da qualidade do atendimento, diminuindo, assim, a morbimortalidade infantil. O mesmo assegura à todas as crianças: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) como metodologia de assistência; aleitamento materno e orientação da alimentação no 1º ano de vida; aumento nos níveis da cobertura vacinal; identificação precoce das patologias e, promoção e educação em saúde, destacando a importância da participação da família. A área técnica de saúde da criança e aleitamento materno tem atualmente por objetivos elaborar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a nove anos e apoiar a sua implementação nos estados e municípios (BRASIL, 1983).

O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) foi criado e implantado por meio da Portaria nº 569 de 1/6/2000 (BRASIL, 2004a), com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal no país. O referido programa baseia-se no direito inalienável da cidadania, portanto, direito ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, por meio da organização adequada dos

serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência e com investimentos e custeios necessários (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde lançou em 2004 o documento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM) (BRASIL, 2004b). Este documento tem por objetivo qualificar a gestão e superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio da organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços e estabelecer interfaces com as demais Políticas Públicas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida das mulheres. O reflexo desta política incide no compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, o qual garante seus direitos e reduz agravos e morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004b; 2004c).

Em 2004 o MS lançou a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que veio contribuir tanto para a promoção da saúde materna quanto infantil. Destaca, dentro das linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil, as ações de saúde da mulher com uma atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o pós-nascimento. Além disso, as principais estratégias de ação da vigilância à saúde, pela equipe de atenção básica, e da vigilância da mortalidade materna e infantil ampliam a responsabilização da gestão dos serviços de saúde no controle de doenças e agravos que podem surgir interferindo na sobrevivência da mãe e da criança. Isso aponta para uma grande evolução no âmbito das políticas públicas no Brasil, mostrando que a melhoria da qualidade de vida, e não medidas isoladas e verticalizadas tem norteado a promoção de saúde integral materno-infantil (BRASIL, 2006; HARTZ, 1997).

O governo brasileiro sensibilizado em honrar os compromissos de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso firmado, durante a cúpula do milênio, em setembro de 2000, vem investindo em novas políticas públicas com intuito de implementar as políticas já existentes para que as metas sejam alcançadas. Os ODM "são um conjunto de metas pactuadas pelos Governos dos 191 Países-Membros da ONU com a finalidade de tornar o mundo um lugar mais justo, solidário e melhor para se viver" (BRASIL, 2010). O compromisso foi após uma análise dos maiores problemas global, e prevê um conjunto de oito macro-objetivos,

voltados basicamente para as áreas de saúde, renda, educação e sustentabilidade, a serem alcançados pelas nações até 2015. Entre esses objetivos destacamos: objetivo 4 - *Redução da mortalidade infantil*. A cada ano, 11 milhões de bebês morrem de causas diversas. Investimento em saneamento básico, estímulo ao aleitamento materno e campanhas de esclarecimento sobre higiene pessoal e sanitária são algumas das medidas propostas; objetivo 5 - *Melhoria da saúde materna*. Nos países pobres e em desenvolvimento, a cada 48 partos uma mãe morre. As ações passam por iniciativas comunitárias de atendimento à gestante, no pré e pós-parto, e por programas de apoio à saúde da mulher (BRASIL, 2013).

A meta de reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos, quarto objetivo do milênio, já foi alcançada pelo Brasil em 2010, reduziu para 15,6 por 1000 nascidos vivos, contra 29,7 em 2000. Apesar do Brasil já ter alcançado essa meta, a mortalidade infantil, principalmente a neonatal continua sendo um grande problema na sociedade, pois é um dos principais indicadores de saúde pública, que reflete vários aspectos do estado e condições das populações, como a disponibilidade de assistência médica, de estruturas de apoio médico (hospitais) e sanitário e condições socioeconômicas (BRASIL, 2013). O MS tem investido em medidas de implementação de programas existentes e na criação de novas políticas de saúde como estratégias de prevenção e redução da mortalidade materno-infantil, mas, mesmo assim, identificamos ainda uma rede de atenção à saúde da mulher e criança muito fragmentada e pouco resolutiva, com elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal, modelo inadequado de atenção, não respeitando as evidências científicas e os princípios de humanização do cuidado e os direitos da mulher e criança (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde lança, oficialmente, em 2011, mais um Programa Nacional de Assistência Obstétrica e Infantil – a Rede Cegonha que, "consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis" (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha vem como estratégia para fomentar a implementação de um novo modelo de atenção obstétrica e infantil por meio do fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no enfrentamento da mortalidade materna e infantil, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento e o desenvolvendo ações para ampliação, qualificação e organização dessa rede de atenção à saúde

materna e infantil garantindo acesso, acolhimento e resolutividade no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, como proposta de redução dos índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é operacionalizada pelo SUS/MS e articula ações nas três esferas de gestão do SUS de modo a garantir a melhoria da qualidade dos diversos serviços de saúde que compõem esta rede. Está fundamentada nos princípios da humanização; acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; qualificação e resolutividade na atenção a crianças de 0 a 24 meses e, acesso às ações do planejamento reprodutivo. Seus princípios são a defesa dos direitos humanos de mulheres e crianças, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, as diferenças regionais, a equidade, o enfoque de gênero e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres e homens, jovens e adolescentes e a participação social (BRASIL, 2011).

Muitas foram as iniciativas que contribuíram para o alcance do objetivo em questão. Como o projeto “Salvando Vidas de Crianças no Nordeste do Brasil”, da Fundação ABRINQ – *Save the Children*, que irá atuar até 2016 com a promoção de ações voltadas para a redução dos índices de mortalidade infantil e materna na região do sertão nordestino. Para ampliar sua proximidade com as comunidades atendidas, o “Salvando Vidas” distribui materiais educativos sobre os temas, veicula programas em rádios locais que abordem amamentação, gravidez segura, parto e educação alimentar para gestante e bebê e promove apresentações abertas de peça teatral relacionadas a maternidade para a população dos municípios atendidos (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2010).

Quando todos os setores da sociedade trabalham em busca de um mesmo objetivo, fica mais acessível o resultado do mesmo. Uma simples informação pode salvar uma vida. Dessa forma, instituições, governo e empresas contribuíram para que o Brasil conseguisse alçar mais um dos Objetivos do Milênio. A continuidade é primordial para que todos os objetivos sejam alcançados. Por outro lado, a redução da mortalidade infantil e materna está entre as prioridades e objetivos do Pacto pela Saúde de 2006 (precisamente do seu componente “Pacto pela Vida”), consistindo ainda objeto do Pacto pela Redução das Desigualdades, celebrada pelos governadores do Nordeste e Amazônia Legal em 2009 (BRASIL, 2006).

Notamos que o governo federal, por meio do SUS, instituiu inúmeras políticas de saúde, no passado e continua a implementar novas políticas visando a melhoria na atenção na gestação e períodos perinatal e neonatal, mas é notório afirmar que, mesmo assim, essas ações não vem sendo adequadamente observadas pelas direções municipais do sistema. A legislação do SUS que disciplina parâmetros para essas políticas devem estruturar uma atuação exigente, uniforme e bem articulada, visando ao cumprimento da legislação aplicável e à melhoria dessa rede de atendimento e, como consequência, à redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal (COUTO, 2012).

A política nacional de vigilância do óbito no Brasil foi institucionalizada através das Portarias GM 1119/2008 e 72/2010 tornando-se regulamentada a vigilância do óbito materno e fetal-infantil no Brasil, respectivamente. Estes eventos foram estabelecidos como de “notificação obrigatória” nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), independente da causa declarada e determina prazos diferenciados para notificação, investigação e inclusão no Sistema de Informação (BRASIL, 2008; 2010). De acordo com ESCALANTE, (2013), de todos os óbitos mulheres em idade fértil (MIF) de (10 a 49 anos), 81,3% foram investigados, e do total de óbitos infantis, 61,4% foram investigados, em todo o país, em 2011.

A fim de continuar com a proposta deste projeto de intervenção, adotaremos como embasamento teórico para a implementação do mesmo a Educação em saúde, cujo conceito é ampliado e integra um estado positivo e dinâmico de busca de bem estar físico, mental, pessoal e ambiental, motivado por um processo que abrange a participação das pessoas no contexto de suas vidas cotidianas e não apenas das pessoas sob risco de adoecer (BRASIL, 2007). Alves (2005) afirma que "a educação em saúde é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social".

Segundo Schall e Struchiner (1999), a educação em saúde inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem (BRASIL, 2007).

De acordo com os dados apontados por Brasil (2007), a educação em saúde foi instituída no âmbito da saúde pública, orientando novas práticas, e só mais tarde constituiu-se em área de estudo e pesquisa. Verifica-se que, dentre várias dimensões, dessa disciplina, duas se destacam e persistem dias atuais: a primeira envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus feitos sobre a saúde e como restabelecê-la; a outra tendência, caracterizada como promoção da saúde pela OMS, inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente (ALVES, 2005).

A integralidade e reorientação do modelo assistencial devem abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de estarem relacionadas à organização dos serviços e das práticas de saúde (CARVALHO; SANTOS, 2002). De acordo com Alves, (2005), "a política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização das ações. As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela Saúde Pública. Em consequência, estas respostas, que assumiam a forma de programas especiais de saúde" (FREIRE, 2008).

O papel fundamental da educação está na conscientização. O compromisso do profissional com a sociedade reflete em mudanças quando ele esta consciente da sua realidade sendo capaz de "agir e refletir" (FREIRE, 2008, p. 16). O compromisso não é um ato passivo, inapto, mas reflexivo. Aquele que se compromete não pode ter uma visão ingênua da realidade, mas precisa buscar conhecê-la, compreendê-la em sua totalidade (FREIRE, 1999).

A educação envolve várias questões entre elas ter amor pelo que faz, “quem não ama não compreende o próximo, não o respeita” (FREIRE, 2008, p. 29). Assim, a educação deve estar ligada a esse respeito que não busca apropriar-se do próximo, impor-se, pelo contrário, almeja a comunicação e interação respeitosa (FREIRE, 2008).

Apesar das mudanças ou aberturas em relação à educação, ainda predomina o método de ensino tradicional, onde o educador é aquele que deposita conhecimentos e o aprendiz aquele que recebe “passivamente” os mesmos. Nessa concepção, acredita-se que quanto mais se “dá”, mais se sabe. Tudo isso é reflexo de uma consciência ingênua, sem profundidade da realidade, sem inquietações ou indagações (FREIRE, 2008).

A educação na visão de Paulo Freire realiza-se como prática libertadora com sujeitos livres e em condições de descobrir-se e conquistar-se como sujeito da sua própria história. A

melhor forma de ensinar é defender com seriedade e paixão, uma posição, estimulando e respeitando, ao mesmo tempo, o direito ao discurso contrário. Estará ensinando, assim, o dever de defender nossos ideais e, ao mesmo tempo, o respeito mútuo (FREIRE, 1999).

A pedagogia de Paulo Freire propõe um ensino na base do diálogo, a liberdade e ao exercício de busca ao conhecimento participativo e transformador. Uma educação que esteja disposta a considerar o ser humano como sujeito de sua própria aprendizagem e não como mero objeto sem respostas e saber. Sua vivência, sua realidade e essencialmente sua forma de enxergar e ler o mundo precisam ser considerados para que esta aprendizagem se realize (FREIRE, 1999).

De acordo com Paulo Freire, a educação visa à libertação, à transformação radical da realidade, para melhorá-la, para torná-la mais humana, permitindo que homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história e não como objetos (FREIRE, 1999).

A transformação do indivíduo e profissional se dá a partir da conscientização de que ensinar não é uma simples transferência de "conteúdo" ao aluno passivo. É considerar e não subestimar os saberes de experiência, o saber de senso comum, o saber popular. É um direito de todos: descobrir a razão de ser das coisas, não deve ser privilegio de elites (FREIRE, 1999). O profissional consciente do propósito e essência do seu trabalho, certamente, agirá com maior reflexão sobre a sua missão e seu papel na sociedade. Comprometendo-se com a reestruturação consciente e responsável das atividades, procurando desenvolver, planejar, coordenar e executar ações que leve a descoberta de novas dimensões e possibilidades da realidade na vida, num processo de formação mútua e permanente.

5. MÉTODO

5.1. Diagnóstico da Realidade

A presente proposta de intervenção será realizada na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), mais especificamente no serviço de investigação de óbitos, localizada no município de Goiânia, estado de Goiás que fica na região Centro-Oeste do país. O município e região metropolitana apresenta uma população estimada de 1 393 579 habitantes e o estado de Goiás, tem população estimada de 6 434 052 habitantes (IBGE, 2013).

A Regionalização da Saúde do Estado de Goiás está dividida em cinco Macrorregiões - Centro Oeste, Centro norte, Centro sudeste, Sudoeste e Nordeste, onde se encontra inseridas as dezessete Regionais de Saúde. A SES coordena e administra as dezessete Regionais de Saúde, totalizando 51(cinquenta e um) gestores e aproximadamente 85 (oitenta e cinco) profissionais de saúde.

Na rotina dos serviços de investigação de óbitos, no nível estadual estamos preocupados em investir na melhoria da qualidade das informações da Declaração de Óbito (DO), bem como na análise criteriosa quanto às causas preveníveis de morte materna e infantil. Procuramos estabelecer como rotina uma investigação consistente analisando determinados grupos de óbitos por meio de levantamentos específicos e análise de fatores de risco, serviços procurados e evolução do caso, tentando entender como e por que a morte ocorreu para que, à partir dessa análise, verificar se houve falha no atendimento ou se este foi feito tardiamente, procurando definir estratégias para a prevenção de novos eventos, com objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde. Os casos a serem submetidos à investigação, na vigilância e no aprimoramento da qualidade de informação são os óbitos maternos, mulheres em idade fértil, infantis e fetais.

Sabemos que é de responsabilidade do Estado coordenar, orientar e monitorar as ações de saúde e de vigilância de todos os municípios do estado, mantendo um trabalho integrado e bem articulado nos três níveis de gestão, possibilitando assim, aos profissionais e gestores de saúde identificar as fragilidades no processo de trabalho, planejar e reorganizar os serviços para as mudanças necessárias. Mas, como contamos com uma equipe técnica de trabalho bem reduzida - duas enfermeiras e apoio técnico da coordenação e serviço de informação, o serviço de investigação de óbito, na SES, não consegue atender todas as demandas de serviços.

Diante dessa realidade procuramos desenvolver as atividades por partes: monitoramos os serviços de vigilância do óbito dos municípios através do status de investigação no módulo federal e adotamos a capacitação como uma das estratégias de trabalho. As ações estão voltadas para os treinamentos de técnicos municipais e regionais, estimulando a investigação dos óbitos notificados; supervisões e visitas técnicas em municípios e hospitais, para incentivar o planejamento e organização dos serviços de saúde e a normatização de atividades técnicas correlatas; oficinas educativas de sensibilização, visando a conscientização dos profissionais de saúde e gestores na tentativa de melhorar o processo de trabalho. Acreditamos nessa forma de

trabalho, mas entendemos que ela precisa ser reformulada e aprimorada para permitir resultados efetivos. O nosso processo de trabalho está aquém do ideal.

As informações sobre investigação de óbitos são digitadas pelos municípios, na internet, no módulo local e repassadas para o módulo federal do MS, elas podem ser importadas para as instalações estaduais, com finalidades de complementar as informações contidas na DO. Os dados da investigação importados na instalação local do SIM não alteram as informações digitadas a partir da DO, mas permitem compará-las e qualificá-las o SIM logo que validadas.

Na página federal do SIM, no *menu* ferramentas, atualização de dados, investigação de óbitos infantis e maternos é possível fazer download dos dados digitados, acompanhar as investigações realizadas pelos municípios. No nível estadual temos acessos aos dados de todos os municípios e monitoramos esses dados para controle e avaliação das atividades desenvolvidas.

Diante da notificação dos óbitos pelos municípios de ocorrência temos condições de acompanhar o andamento das investigações e manter contato direto com o município de residência onde as investigações deverão ser realizadas. O MS pactuou com todos os estados a investigação de 100% dos óbitos maternos e mais de 50% de investigação dos óbitos infantis. Portanto, acompanhamos o desenvolvimento dessas ações, pelos municípios e procuramos dar suporte para que as investigações aconteçam em tempo oportuno e com qualidade das informações.

Para termos uma ideia, no Seminário sobre a Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno no Brasil, evento com representação da OPAS/OMS, em 2013, o estado de Goiás apresentou uma experiência encorajadora, que em menos de um ano da implantação da vigilância do óbito no estado, obteve avanços no trabalho de investigação dos óbitos materno e infantil nos municípios do estado, passando de 18% dos casos investigados em 2010, para 58% de investigação, em 2011(ESCALANTE, 2013).

Analisando os relatórios das discussões, municipais do estado, sobre a mortalidade materno-infantil visualizamos uma triste realidade, a maioria das mortes de gestantes e crianças são devido a complicações preveníveis. Deparamos com gestantes sem acompanhamento adequado na gestação, parto e puerpério, tendo que peregrinar pelas unidades de assistência ao parto e maternidades em busca de vagas. Situação ainda mais grave, quando a gestante é de alto risco e necessita de cuidados intensivos. A rede especializada de serviços de saúde encontra-se saturada, sem vagas para acolher e cuidar dessas gestantes e RNs. A maioria dos óbitos materno-

infantil acontecem nesse período perinatal, devido a negligência na assistência ao parto. Apesar das autoridades em saúde terem um discurso contrário, é visível o descompromisso do poder público com a assistência, em nosso estado, desde assistência básica até a assistência terciária. Acreditamos que só o discurso não basta, não convence, precisamos de fato, de uma maior conscientização e comprometimento dos gestores e profissionais de saúde com os serviços prestados. As esferas Estaduais e Federais precisam manter uma fiscalização permanente da implantação das políticas públicas nos municípios, com supervisões periódicas e até suspensão de recursos para os municípios que descumprirem as normas estabelecidas.

Muitas equipes de saúde, em níveis regionais e municipais, desconhecem a importância do processo de investigação, trabalham apenas com o preenchimento mecânico das fichas de investigação de óbitos e alimentação do sistema. Não contribuem para o processo de discussão dos problemas sociais, assistenciais e da análise crítica dos casos de mortes evitáveis e ainda, deixam de dar seu parecer na atuação para prevenção de novas ocorrências.

A investigação nada mais é que a obtenção de informação para ação. Ela conhece de forma antecipada os dados da realidade de morte que, mostra de que e como estão morrendo as nossas mulheres e crianças. Diante dessa realidade, percebemos que grande parte dos nossos municípios tem deixado de lado o processo de investigação, alguns não destinam equipes para o desenvolvimento dos trabalhos e em outros não valorizam as equipes treinadas e capacitadas, mudando continuamente de funções. Para tanto, acreditamos que o trabalho de investigação precisa nos fornecer respostas como:

- De que estão morrendo as nossas mulheres e crianças? Por causas evitáveis, tipo de óbito, idade gestacional, assistência ou acesso...
- Conhecemos as causas de óbitos evitáveis e as fragilidades que levam a ocorrência desses óbitos no nosso serviço e/ou município?
- Estabelecemos fluxo e rotina de trabalho com as unidades hospitalares? E parcerias com as UBS, ESF? Investigação de óbito responsabilidade municipal na articulação e fechamento dos casos....
- As investigações estão servindo para mudar o processo de trabalho no nosso município, e assim reduzir os indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal?

Notificar, investigar e detectar a ocorrência de óbitos em mulheres e crianças de maneira precoce e oportuna é objetivo primeiro do serviço de investigação de óbito. De acordo com

relatos apresentados por alguns municípios do estado, vemos que a qualidade da assistência ainda é um complicador, sendo responsável por gerar fatores determinantes na causa morte das mulheres e crianças assistidas nesses serviços. Abaixo elencamos algumas das situações evidenciadas que podem ter contribuído para elevação dos índices de mortalidade materno-infantil EVITÁVEL no Estado, cujos dados foram extraídos de relatórios de investigação de óbitos dos municípios:

- Precária assistência ao pré-natal / Gestantes sem vínculo com a unidade;
- Deficiência no diagnóstico e tratamento precoce do estado patológico da gestante;
- Atendimento de emergência/ Poucas unidades de referência para parto de alto risco;
- Assistência ao parto / Gestantes peregrinando em busca de vagas para o parto;
- Baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família / Mesmo em áreas de cobertura, pouca eficiência na assistência...
- Gestantes adolescentes /Falta de orientação sexual - planejamento familiar e DST;

O propósito da investigação de óbito não é "culpabilizar" pessoas ou serviços, mas tão somente evitar novas mortes por causas similares. A morte materna e infantil evitável gera enorme indignação, tentar a superação das desigualdades, para agir em defesa da exclusão social e da discriminação à vida é responsabilidade de todos, preocupados com a problemática. Em Goiás, atualmente os maiores desafios são:

- Investigação de óbitos infantis e maternos com participação dos profissionais nos três níveis de gestão para melhora das informações e como instrumento de gestão em saúde;
- Óbito infantil e materno sejam tratados como eventos sentinela, que provoquem/originem mudanças na atenção da saúde. É considerado evento sentinela quando em todas as ocorrências procuramos compreender como e por que o evento ocorreu, para prevenir a repetição ou a ocorrência de situação similar. Sendo assim, a notificação é fundamental para o processo de melhoria contínua da qualidade da assistência, para a segurança do paciente e dos colaboradores (SOUSA, 2006).
- Maior envolvimento e participação das áreas de atenção (básica e hospitalar) na análise das informações coletadas pelas áreas de investigação.
- Análise crítica à luz dos conceitos do modelo adequado de atenção e da situação e mobilização efetiva para mudança necessária e garantia de direitos.

Diante desta realidade propomos um trabalho de intervenção por meio da educação em saúde a fim de sensibilizar e conscientizar os gestores e profissionais de saúde para promoção de uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito materno-infantil.

5.2. Plano de Ação

Investigar nada mais é que possibilitar aos profissionais e gestores de saúde identificarem as fragilidades no processo de trabalho e assim poderem investir na reavaliação e reorganização da assistência. Os serviços de saúde que se comprometem com assistência qualificada e funcionamento adequado alcançam avanços significativos na redução de óbitos, pois reúnem condições favoráveis na detecção precoce dos fatores determinantes com intervenção adequada e oportuna, evitando assim agravos por causas preveníveis e consequente redução dos índices de mortalidade (JORGE, 2010).

O projeto destina-se a realização de um trabalho de sensibilização, por meio de ações educativas, dos gestores e profissionais de saúde, para uma realidade que exige mudanças urgentes. Pretendemos com o trabalho desenvolver nos indivíduos e no grupo a capacidade de analisar criticamente sua realidade e decidir ações conjuntas na resolução de problemas para modificar a situação.

No desenvolvimento das ações investiremos, também, em eventos com maior representatividade como: congressos, seminários e encontros estaduais para gestores e profissionais de saúde. Estas ações visam, segundo Reibnitz (2013) o fortalecimento da capacidade gestora e procurando, de certa forma, a instrumentalização dos profissionais e gestores da Saúde para o desenvolvimento de ações permanentes num processo educativo transformador, que promova o planejamento adequado das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Adotaremos as tecnologias do cuidado em saúde nas diversas atividades a serem desenvolvidas. Os meios e recursos pedagógicos que utilizaremos são os vídeos educativos, cartilhas, panfletos, cartazes, aulas interativas e dinâmicas de grupo. Propomos atividades educativas e instrutivas pautadas numa escuta qualificada, que proporcionem meios e formas de interação levando a valorização do outro e buscando ampliar conhecimentos sobre as novas tecnologias em saúde, com vistas a melhoria da assistência. Os grupos serão subdivididos em pequenos grupos de no máximo 15 pessoas para oficinas de discussão e análise de casos de

óbitos, com o levantamento das causas morte e suas possíveis intervenções a curto, médio e longo prazo.

Em resumo, entendemos que, a missão da investigação de óbito é conhecer o perfil dos óbitos e seus determinantes e potencial de evitabilidade, conseguir melhoria das informações, dar visibilidade ao problema, subsidiar a implantação e/ou implementação de medidas que promovam a redução da mortalidade, monitorar a qualidade da assistência de saúde além da conscientização dos envolvidos no processo (BRASIL, 2005). Diante dos altos índices de óbitos materno-infantil, focamos o trabalho na sensibilização de profissionais e gestores, com intuito de envolvê-los com a problemática e assim poder conscientizá-los da importância da sua missão diante da realidade de morte das mulheres e crianças, nos municípios do nosso estado. A seguir destacaremos algumas estratégias adotadas visando alcançar os objetivos propostos:

- Realizar **capacitação/treinamento** para os profissionais de saúde que trabalham com investigação nos municípios, quanto ao processo das investigações em todas suas etapas - ambulatorial, domiciliar, hospitalar e discussão e síntese dos casos pelo grupo técnico municipal - estimulando e incentivando o trabalho. Além de treiná-los para o manuseio com as planilhas do sistema de investigação - módulo federal do MS. Esse trabalho será realizado ora nos municípios, quando estes apresentarem dificuldades maiores na execução das suas atividades e necessitarem de uma assistência direta, ora na SES quando pudermos promover um treinamento/capacitação envolvendo mais de uma região de saúde com seus respectivos municípios para troca de experiências.
- **Formar o grupo técnico estadual de investigação de óbitos infantil e materno**, que deverá ser composto por uma equipe multiprofissional mínima de um profissional médico, dois enfermeiros e um técnico de áreas afins, além de um técnico de sistema. Esse grupo terá por finalidade assessorar os trabalhos dos grupos municipais, discutir e analisar a situação dos óbitos materno-infantil e suas investigações a nível estadual, bem como, produzir boletins para informação sobre os trabalhos e divulgação da realidade de morte no estado.
- Realizar reuniões entre a equipe técnica da vigilância e atenção básica, em nível central, para organização do processo de trabalho e implantação do fluxo de investigação/análise dos óbitos. Incentivar e estimular a **formação das parcerias entre a Vigilância do óbito e Atenção Básica** de Saúde nos municípios para o melhor andamento dos serviços da vigilância epidemiológica com o fortalecimento das discussões dos casos de óbitos maternos

e infantis visando um despertar para a melhoria da assistência no pré-natal, parto e puerpério e consequente redução da mortalidade infantil e materna por causas evitáveis.

- Promover **reuniões trimestrais envolvendo o grupo técnico estadual e representantes das dez maiores regiões de saúde a fim de traçar metas de trabalho** para o incentivo dos municípios na implantação/implementação dos grupos técnicos visando a melhoria das discussões e análise dos dados de suas investigações. As reuniões serão agendadas previamente, ao longo do ano. Adotaremos o rodízio para coordenação e local de realização dessas reuniões; a região de saúde sede da reunião, naquele trimestre, será responsável também pela coordenação e condução dos trabalhos.
- **Participar das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) mensalmente, em 2014**, estimulando os representantes dos NVE municipais e regionais a apresentarem os resultados das discussões e análise dos óbitos dos municipais, além de fortalecer a discussão sobre a importância da adoção de estratégias no combate a mortalidade materno-infantil. Agendar previamente com a coordenação do evento uma pauta para a exposição dos trabalhos;
- **Visitar as unidades hospitalares materno-infantil**, ainda não visitadas, nos municípios de: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade, Senador Canedo e Anápolis e as regiões de saúde que integram esses municípios, a fim de propor a padronização dos serviços de investigação hospitalar. Definir um trabalho conjunto e integrado entre representantes dos municípios, regiões de saúde e hospitais, para identificação dos fatores de evitabilidade do óbito com recomendações para os serviços de saúde envolvidos na assistência com a mulher e criança. Reduzir tempo de retorno das fichas de investigação hospitalar e melhorar tempo oportuno de conclusão de investigação dos óbitos.
- **Supervisionar o status de investigação dos municípios**, através no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), módulo federal do MS. Manter contato, via telefone, com as regiões de saúde, para discussão sobre os status dos municípios em dificuldades com processo de investigação e propor metas de trabalho.
- **Estimular e incentivar a realização das investigações** em todas as etapas até o fechamento da ficha síntese no módulo federal, pelos municípios, segundo critérios preconizados pelo MS. Propor uma investigação para intervenção além de alimentar sistemas e organizar dados, produzir mudanças;

- **Receber os relatórios trimestrais das dez regiões de saúde**, com resumo da situação de investigação e as estratégias de prevenção formuladas através das discussões nos municípios e representações regionais e acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos. Encaminhar cópia dos relatórios para o grupo técnico estadual para ciência e intervenções cabíveis.
- Divulgar os resultados de experiências bem sucedidas, dos municípios e regiões de saúde, através de **relatórios e boletins semestrais** da Vigilância Epidemiológica Estadual;
- **Estabelecer parcerias** com a Escola de Governo e a Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem e Medicina para alocação de profissionais da área de saúde que auxilie-nos na organização técnico científica dos eventos como: seminários, congressos e encontros estaduais. Essa parceria é imprescindível para o bom êxito dos eventos e trabalhos.
- **Promover e organizar Seminários, Congressos e Encontros Estaduais sobre a investigação de óbitos**, para gestores e profissionais de saúde, em parceria com Escola Técnica de Governo e Universidades. Visando o fortalecimento da capacidade gestora e aprimoramento das ações de investigação. Esses eventos acontecerão em Goiânia, provavelmente em auditórios de determinados hotéis. A SES anualmente firma convênios com algumas redes hoteleiras para realização de eventos específicos. Os eventos maiores que dependemos desses espaços contaremos com a parceria da Escola de Governo para organização e intermediação dos convênios.
- **Realizar e montar oficinas educativas de sensibilização**
 - Nas oficinas adotaremos uma pedagogia centrada na resolução de problemas, onde os trabalhos serão conduzidos com a participação dos envolvidos e os temas serão questões trazidas pelos participantes, situações identificadas no cotidiano referente à atenção à saúde e à organização do trabalho. Essa proposta deverá nortear a construção e o desenvolvimento de estratégias conjuntas e permitir o empoderamento dos gestores locais de forma a garantir a gestão participativa das decisões e ações em saúde, centradas na reorientação das práticas assistenciais, visando a redução e/ou eliminação dos fatores evitáveis que desencadeiam a mortalidade materno-infantil.
 - Utilizaremos recursos audiovisuais como vídeos e filmes, além de dinâmicas motivacionais, momento para vivência grupal com partilhas e troca de experiências.
 - Serão contemplados com essas oficinas de sensibilização os profissionais e gestores de saúde que atuam nas regionais de saúde e unidades hospitalares materno-infantil do

município de Goiânia e região metropolitana. Os grupos serão formados com no máximo 25 pessoas cada, participarão de quatro oficinas, num período de 2 meses, com duração de 3 horas cada. Adotaremos um agendamento prévio com data e local definido para todos os grupos no período de setembro a dezembro de 2014. Cada grupo se reunirá conforme descrição abaixo:

1. Grupo de profissionais de unidades hospitalares materno-infantil, da capital e região metropolitana, com encontros no período vespertino, no auditório da SES, em Goiânia. Equipe responsável pelos trabalhos será estadual mais o núcleo hospital de epidemiologia.
2. Grupo de gestores e profissionais de saúde que trabalham diretamente na vigilância de óbitos, nas regionais de saúde. Este grupo será contemplado com as oficinas desenvolvidas nos municípios sede destas regionais de saúde. Caso numa regional não tenha o número esperado de participantes reuniremos duas ou mais regionais para o trabalho, nesse caso faremos rodízio de locais. Os trabalhos serão de responsabilidade do núcleo central do estado em conjunto com os profissionais da regional sede.

- **Elaborar e confeccionar cartilha educativa da vigilância do óbito**

- Esse material destina-se aos profissionais de saúde que atuam na investigação do óbito, nos municípios do estado e hospitais da capital. Será de distribuição gratuita para profissionais de saúde que participarem dos encontros de capacitação, treinamentos e oficinas. A cartilha contém informações claras e bem ordenadas que atenda bem o caráter informativo e educativo, visa auxiliá-los os profissionais de saúde no repasse das informações. Ela será formatada em papel A4 dobrado, com aproximadamente dez páginas, com informações distribuídas em frente e verso, com gravuras e textos explicativos e uma capa ilustrada. A impressão do material será feita em gráfica com tiragem inicial de 1000 unidades. Os custos serão de responsabilidade da SES, com recursos próprios da vigilância do óbito. Segue abaixo a descrição do conteúdo desse material: **Cartilha da vigilância do óbito materno-infantil**

- Mensagem inicial sobre a indignação quanto a morte materna e infantil
- Sugestão de um link com um vídeo sobre mortalidade materna
- Informações sobre a mortalidade materna e infantil no Brasil;
- Conceitos de: morte materna, infantil e fetal; Principais causas de morte materna e infantil;
- O que é vigilância epidemiológica (VE); propósitos da VE; tipo de trabalho da VE
- Conceito de vigilância do óbito; Óbitos a serem investigados e sua etapas de investigação;

- O que é núcleo hospitalar de epidemiologia (NHE)? Papel, atuação e objetivos do NHE;
- Por que criar um NHE? Fluxo da investigação hospitalar; Fluxo das informações na investigação de óbito;
- Contexto normativo - citar a portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010 e portaria nº 1.119 de 05 de junho de 2008, que regulamentam as investigações de óbitos infantis, fetais e maternos respectivamente; Citar os Guias sobre mortalidade materna e infantil; Prazos para investigação de óbitos;
- Principais instrumentos utilizados na coleta de dados no processo de investigação de óbitos infantil e materno (domiciliar, hospitalar, ambulatorial); Onde encontrar esse material no sistema; endereço eletrônico; site, etc. Endereço eletrônico dos principais sistemas federal, estadual e local;
- Operacionalização dos serviços: dificuldades e desafios.

A análise dos resultados será realizada por meio das estatísticas do fenômeno, ou seja, quanto menor a incidência dos óbitos materno-infantil registrados nos municípios e estado, maior será a efetividade desta intervenção. Assim, teremos a possibilidade de avaliar a efetividade desta intervenção após o período estipulado no cronograma apresentado logo abaixo, por meio dos indicadores gerados no serviço de investigação de óbitos.

O produto desta proposta de intervenção possibilitou o alcance da opção 2, ou seja, onde o produto é uma Tecnologia de Educação, uma vez que iremos elaborar um material educativo a fim de conscientizar os gestores e profissionais de saúde sobre a problemática que enfrentamos.

Destaca-se que, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

Segue abaixo o cronograma elaborado a fim de contemplar o período para a realização deste plano de ação:

5. 3. Cronograma

Nº	Atividades a serem desenvolvidas	Período
1	Apresentação do TCC	17/05/2014
2	Adequações no projeto conforme sugestão da banca	18 a 31/05/2014
3	Elaborar e confeccionar cartilha da VO - conteúdo e arte gráfica	01 a 30/06/2014
4	Parcerias entre vigilância e atenção básica - nível central Reunião das coordenações de VO e Ações Básicas	02 e 30/06/2014 (2 reuniões com aprox.4h cada)
5	Parcerias entre vigilância, Escola de Governo (EG) e Faculdade de Enfermagem e medicina - FEN e FM	10/06 e 10/07/2014 (2 reuniões com aprox.4h cada)
6	Formação do grupo técnico estadual (GTE) - Reunir com Coordenação da SUVISA - propor a criação do GTE e buscar profissionais.	01/08 a 30/09/2014 (período de 60 dias)
7	Implementação do Projeto se dará num período de 6 meses - Gradativo de forma a concluir as atividades propostas	Julho a Dezembro/14 (6 meses)
8	Visibilidade ao problema - resultados - 6 meses a 12 meses após implementação	Dez./14 a Julho/15 (6 a 12 meses após)

6. RESULTADOS ESPERADOS

As investigações sobre a mortalidade materna e infantil cumpriram um importante papel: o de revelar, dentre outros aspectos, a desfavorável situação do Brasil e de Goiás. A situação da mortalidade materno-infantil que apresenta nas investigações é considerada grave. Dentre as principais causas dos óbitos materno-infantil estão as complicações da gestação, parto e puerpério, causas preveníveis. Como se vê, são causas que poderão ser evitadas com uma assistência adequada à mulher e criança. Sabemos que o atendimento adequado e suficiente destas exigências depende, por sua vez, do poder de decisão política da população.

Diante desta realidade vemos a necessidade e esperamos poder reestruturar os trabalhos na SES com a formação de uma equipe técnica multiprofissional na vigilância do óbito, habilitada para gerenciar, organizar, planejar, normatizar e operacionalizar os serviços da vigilância do óbito, no estado; além da formação de um grupo técnico capaz de promover discussões e análise dos casos de óbitos e propor medidas de intervenção e produzir boletins informativos com dados

da mortalidade no estado e assessorar e orientar os trabalhos dos grupos técnicos regionais e municipais. Entendemos que investigar as causas da mortalidade é, antes de tudo, estudar a sociedade que produz saúde, doença e morte. Reconhecer as privações da qualidade de vida do indivíduo como cidadão, efeito de um modelo de desenvolvimento perverso, que produz condições de vida, educação e trabalho de maneira desigual, selecionando variáveis de risco e proteção. O desenvolvimento dessas ações de vigilância exige uma equipe treinada e qualificada, pronta a dar as respostas cabíveis.

Com a reestruturação e o fortalecimento dos serviços de investigação de óbitos, no estado, com certeza poderemos avançar no processo das investigações dos óbitos maternos e infantis, pois sabemos que é necessário dimensionar a mortalidade através da análise das condições sociais, econômicas e culturais. Desta forma, são avaliadas as chances das mães e crianças de terem acesso à informação e aos serviços de saúde de qualidade, com uma assistência humanizada e voltada para suas reais necessidades.

A missão das SES é promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, bem como, acompanhar, controlar e avaliar estas ações, proporcionando apoio técnico, coordenando o processo saúde-doença, na perspectiva da proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. Conscientes da missão e conhecedores da extensa área geográfica que se encontra distribuído os 246 municípios, do nosso estado, é urgente e necessário o apoio, do núcleo estadual, na reestruturação dos serviços das regionais de saúde para que, estejam preparadas para apoiar, de forma efetiva, os municípios da sua jurisdição, no fortalecimento das suas ações.

Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde do país. Porém, para que novas mudanças ocorram é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da saúde. Refletindo sobre o contexto, vimos que as propostas, sugeridas neste projeto, estão na direção certa, quando dispomos a trabalhar com as práticas de educação em saúde com gestores e profissionais, das regionais, municípios e unidades hospitalares. A ideia é usar a educação em saúde como uma grande estratégia, articulada entre si e ser criada a partir da problematização das realidades locais, com envolvimento e comprometimento das partes. Com o trabalho, espera-se sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais de saúde para inovação da gestão na prevenção de óbitos

materno-infantil, através da adoção de medidas de prevenção das causas evitáveis e consequente melhorias na qualidade da assistência.

O serviço de investigação de óbito é fundamental para dar visibilidade aos óbitos e investir no adequado acompanhamento do trabalho de parto, para que mortes não ocorram nos estabelecimentos de saúde por falhas na assistência. Vale ressaltar que um pré-natal de qualidade não deve ser avaliado somente a partir do número de consultas, uma vez que as questões de educação em saúde são imprescindíveis, além do que a resolutividade do atendimento deve também ser considerada, tanto com o objetivo de preservar a saúde fetal como a materna. De acordo com Calderon e Cecatti (2006), os programas de prevenção primária, em especial a assistência pré-natal, devem enfatizar a necessidade do seguimento e tratamento das condições patológicas que podem ocasionar a morte fetal.

Os dados pesquisados mostraram que os fatores associados ao óbito materno-infantil assumem especial relevância em Saúde Pública, uma vez que sua análise permite conhecer os determinantes da mortalidade em nosso meio. Os serviços de saúde devem estar atentos para cumprir os protocolos já existentes na atenção perinatal para, assim, promover a sobrevivência materno-infantil e atingir melhores indicadores nessa área. Relatos de alguns municípios goianos, apontam problemas graves na assistência ao parto sinalizando que, as maternidades nesses municípios não estão cumprindo integralmente as normas vigentes de funcionamento que estabelecem padrões de assistência obstétrica e neonatal fundamentados na qualidade, na humanização e na segurança. A realidade citada causa indignação e exige mudanças urgentes com responsabilização dos gestores envolvidos. Um dos objetivos do projeto que esperamos alcançar é trabalhar em conjunto com as unidades hospitalares materno-infantis e maternidades, do estado, a fim de padronizar as estratégias de institucionalização da busca ativa de óbitos nas unidades. Incentivar a formação do grupo técnico de discussão e análise dos casos de óbitos ocorridos na instituição, conhecer o perfil de óbitos e as causas morte predominantes, de cada unidade para a adoção de medidas que possam romper com os pontos frágeis da assistência materno-infantil.

A presença de problemas em mais de um nível da atenção perinatal deve identificar outros fatores, como as características dos serviços, das mães e das condições socioeconômicas que possam contribuir para falhas contínuas na assistência. Para se obter êxito nos programas de atenção materno-infantil, atualmente, a OMS recomenda que as ações sejam desenvolvidas de

forma integrada nos vários programas e níveis de atenção e contínua em todos os ciclos da vida. Assim, recomenda-se que os serviços de atenção básica e hospitalar dialoguem e que a referência e a contrarreferência funcionem de fato para que a gestante e o neonato, especialmente aqueles em situações de risco, sejam monitorados pelas equipes da atenção. Comungamos com as recomendações da OMS, quando objetivamos uma proposta de parceria entre vigilância epidemiológica e atenção básica, acreditamos no sucesso desse trabalho. Ele vem fortalecer e solidificar as ações de saúde nos municípios, identificando os determinantes da mortalidade materna e infantil, permitindo agir positivamente na busca de resultados, pois segundo a OMS, 2010, "é mais importante saber o porquê morrem e definir estratégias para sua redução do que saber quantas mortes ocorrem".

O óbito materno-infantil persiste como relevante evento em saúde pública. Como já era esperado, a mortalidade materna apresentou uma concentração do risco de morrer nas áreas mais pobres das cidades, o que destaca a importância de investimento específico para atender às necessidades de saúde identificadas nesses locais. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos e do seu caráter de evitabilidade, a mortalidade materna e infantil é, ainda hoje, um grande problema a ser enfrentado. A redução desse agravo requer a identificação de diferenciais de risco que permitam orientar a alocação de recursos. Em que pese o papel do conjunto de práticas propostas para o rastreamento de condições/situações de risco durante o pré-natal, o parto e o puerpério, estratégias voltadas para o contexto em que o binômio mãe-bebê vive podem ser extremamente úteis. Nesse contexto, foi evidenciado a importância do desenvolvimento das práticas educativas no trabalho de planejamento familiar e no acompanhamento da mulher no estado gravídico-puerperal. As mulheres precisam ser esclarecidas quanto a importância do pré-natal desde o início da gravidez para acompanhar e controlar a saúde do bebê e da mãe. A gravidez planejada e o pré-natal feito de forma adequada são os principais meios de se evitar a mortalidade materna e infantil. Para tanto, continuaremos investindo na proposta de incentivar o trabalho de educação permanente nos municípios, visando melhorar a assistência e reduzir a mortalidade materno-infantil.

Para Paulo Freire, a "Educação não transforma o mundo. A educação muda pessoas e pessoas transformam o mundo". Pautada nessa afirmação queremos investir, cada vez mais, no processo educativo, no âmbito da vigilância do óbito, por acreditar que poderemos conseguir reverter uma situação de morte, por causas evitáveis, quando profissionais e gestores de saúde

conscientes do seu papel como autoridades em saúde, comprometerem com uma gestão participativa das decisões e ações gerenciais, visando a melhoria da qualidade da assistencial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade do nosso estado está muito aquém das atuais propostas tecnológicas para a prevenção da mortalidade materno-infantil. No Brasil, este sério problema de saúde pública está atrelado às subnotificações, às condições de alto risco para mortalidade materno-infantil, a maioria delas de causas evitáveis, e à falta de implementação de estratégias efetivas.

Deparamos com uma assistência ineficiente à mulher no ciclo gravídico-puerperal, mesmo em serviços onde se diz ter implantado políticas públicas de saúde. Elas não passam de teorias, "não saíram do papel". No referencial teórico nota-se que, ao longo de décadas empenham-se na criação e implementação de políticas públicas de saúde, visando melhorias na assistência, mas pouco foi observado da fiscalização e monitorização da efetiva implantação e regularização desses serviços nos municípios.

Partindo da concepção de que as políticas de saúde se materializam nos serviços, mediante as ações de profissionais de saúde e suas práticas cotidianas, este projeto propôs uma reflexão quanto ao alto índice de mortalidade materno-infantil, por causas evitáveis, no estado de Goiás. Diante dos índices apresentados notou-se a necessidade urgente da reorganização do modelo assistencial brasileiro e estadual. Adotamos a prática das ações educativas em saúde, para sensibilização dos profissionais e gestores de saúde, quanto a qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde. Entendemos que educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade as intervenções preventivas e promocionais na integralidade. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da Vigilância do óbito, trabalha com foco na conscientização de profissionais e gestores para o expresso compromisso e responsabilidade com a assistência integral qualificada, como forma de prevenir a mortalidade do binômio mãe-criança.

Um modelo de educação em saúde dialogado leva a uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, permitindo assim, pensar numa estratégia de reorientação do modelo assistencial com adoção de novas tecnologias de trabalho de forma compartilhada e consciente, reconhecendo-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de

renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida.

Concluindo acreditamos que não há necessidade da criação de novas políticas públicas de saúde e sim maior comprometimento e responsabilidade por parte dos envolvidos no processo para efetivação das políticas vigentes, além da fiscalização e monitoramento por parte das esferas: federais, estaduais e municipais, aos serviços de saúde. Temos esperança que com a conscientização de profissionais e gestores de saúde, teremos efetivadas todas as políticas públicas com reflexos positivos na melhoria da assistência e conseqüente queda nos índices de mortalidade materno-infantil. Qualificar os serviços de saúde deve compromisso de todos!

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. **Ação educativa: diretrizes**. In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde, 1, Brasília, DF, 1981, p. 16 - 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos Comitês de Morte Materna**. Brasília, 2007, 3ª ed. p. 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2ª ed. Brasília, 2009, p. 31-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria MS/GM nº. 1119**, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Mortalidade Perinatal**. Brasília, 2012. 43p.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília, 1988. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/constituicao/compilado.htm> >. Acesso em: 03 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, 1990. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br> >. Acesso em: 19 jan. 2014

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF, 2009. 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. Câmara dos Deputados. **Relatório-CPI Mortalidade Materna**. Cap. I e II. Brasília, DF, 1996. < Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca> >. Acesso em: 28 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: < http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf >. Acesso em: 20 fev. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/> >. Acesso em: 21 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/sas/Portarias> >. Acesso em: 01 mar. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - a Rede Cegonha. Seção 1. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2011. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br> >. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de informações e análise epidemiológica. **Nota técnica da Portaria nº. 72**, de 11 de janeiro de 2011 - Vigilância Epidemiológica de Óbitos infantis e fetais. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://www.dive.sc.gov.br/Portarias/Nota_tecnica_Portaria_72_Vig_ob_infantil.pdf >. Acesso em: 31 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004, 2007**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**, para o período compreendido entre os anos de 2004 e 2007. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Caderno de Diretrizes - Objetivos, Metas e Indicadores**, vol. 1 – 2013/2015 - Orientações para o Processo de Pactuação. Brasília, DF, 2013. 148 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)**. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília, DF, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa nacional de saúde materno-infantil**. Brasília, DF, 1975.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I. Brasília, DF, 2007. p. 19-23; 70 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Investimento e Planejamento Estratégico. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2010.

CALDERON, I.M.P.; CECATTI, J.G.; VEJA, C.E.P. **Intervenções Benéficas no Pré-Natal para Prevenção da Mortalidade Materna**. Rev Bras Ginecol Obstet., v.28, n.5, p.310-315, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 26 fev. 2014

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis n. 8.080/90). 3. Ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p. 33-53.

COUTO, Rossini Alves. **Grupo Nacional de Direitos Humanos - GNDH**. Roteiro para atuação ministerial - Atenção Perinatal. Brasília, DF, 2012.

ESCALANTE, J.J.C. **A Política Nacional de Vigilância do Óbito no Brasil**. In: Seminário sobre a Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno no Brasil. OPAS/OMS. Gerências de Prevenção e Controle de Doenças e Desenvolvimento Sustentável e de Saúde Familiar e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2013. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2013. 1v. 1 CD-ROM.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente. **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste**. Recife, 2010.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. p. 16-29.

FREIRE, Paulo. **A Educação como Prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

HARTZ, ZMA. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997. 132 p. Disponível em: < <http://books.scielo.org>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

JORGE, M.H.P.M.; NUBILA, H.B.V. **O óbito e sua investigação**. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010. In: Rev. bras. epidemiol. vol.13 n. 4 São Paulo Dec. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acessado em: 24 de mar de 2014.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. **Mortalidade perinatal e evitabilidade**: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002b.

LANSKY, S.; FRANÇA, E. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil**: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para saúde. Demógrafa e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS, 2009. p. 83-112.

LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, C.M. **Indicadores da saúde materna e infantil**: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. São Paulo, SP, 1997. < Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v1n1/1n1a3.pdf>. Acesso em: 01 fev.2014

MORSE, ML.; FONSECA, SC.; BARBOSA, MD.; CALIL, MB; EYER, FPC. Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil. **Mortalidade materna no Brasil**: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? 24130-210, Brasil. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4): 623-638, abr, 2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças**: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143. Disponível em: < <http://www.ripsa.org.br> >. Acesso em: 01 mar. 2014

QUARESMA, M.A; SANTOS, M.M. **Integração das Práticas de Vigilância Epidemiológica na Atenção Básica** para o fortalecimento da Vigilância do óbito materno, infantil e fetal em Porto Seguro-BA. 2012. Comunidades Práticas. Disponível em: < <http://atencaobasica.org.br/temas/integracao-da-vigilancia-epidemiologica-e-atencao-basica-na-vigilancia-do-obito> >. Acesso em 15 jan. 2014.

REIBNITZ, Kenya Schmidt. et. al. **Curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: Desenvolvimento do processo de cuidar. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2013. 49 p.

SOUZA, J.P. **Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 33, n.10, p. 273-279, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/01.pdf> editorial >. Acesso em 16 jan. 2014.

STRUCHINER, M.; SCHALL, V.T. **Educação em saúde: novas perspectivas**. Instituto Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 1999.

SOUZA, M.H; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; AMARAL, E.; SOUZA, J. P. D.; SERRUYA, S. **Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna**. In.: Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.6 no.2 Recife Apr./June 2006.

UNFPA. Divisão de Informações e Relações Exteriores - **Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011**. Representante no Brasil: Harold Robinson. Edição em Português traduzida pelo Escritório do UNFPA no Brasil. Brasil, 2011. Disponível em: < <http://www.unicef.org> >. Acessado em: 23 de mar 2014.

UNFPA. Divisão de Informações e Relações Exteriores - **Relatório sobre a Situação da População Mundial 2012**. Representante no Brasil: Harold Robinson. Edição em Português traduzida pelo Escritório do UNFPA no Brasil. Brasil, 2013. Disponível em: < <http://www.unicef.org> >. Acessado em: 23 de mar 2014.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2013: Criança com deficiência**. Disponível em: < <http://www.unicef.org/brazil> >. Acessado em: 23 de mar de 2014.