UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DAVID ALBANEZ CAMPOS

IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS EVITÁVEIS, QUE LEVARAM À MORTALIDADE FETAL E DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE ANGELÂNDIA-MG EM 2013

POLO TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2014

DAVID ALBANEZ CAMPOS

IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS EVITÁVEIS, QUE LEVARAM À MORTALIDADE FETAL E DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE ANGELÂNDIA-MG EM 2013

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profª. Ângela Cris Labanca de Araújo

POLO TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2014

DAVID ALBANEZ CAMPOS

IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS EVITÁVEIS, QUE LEVARAM À MORTALIDADE FETAL E DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO MUNICÍPIO DE ANGELÂNDIA-MG EM 2013

Banca examinadora:

Profª. Angela Cristina Labanca de Araújo (Orientadora)

Profª. Elaine Alvarenga de Almeida de Carvalho ( )

Aprovada em Belo Horizonte, em ____/____/____

RESUMO

Introdução: A mortalidade infantil e fetal são consideradas como indicadores clássicos e consagrados das condições de vida e saúde de uma população. O óbito infantil e fetal é potencialmente evitável, e, portanto, identificar fatores determinantes desses óbitos é imprescindível. **Objetivo**: Identificação das causas evitáveis que levaram a mortalidade fetal e de crianças menores de um ano a partir da investigação de óbitos no município de Angelândia – MG no ano de 2013. **Metodologia**: Foram analisadas fichas de investigação de óbitos fetais e de menores de um ano ocorridos no município. Optou-se pela revisão narrativa da literatura. Foram usados os seguintes descritores: Mortalidade Infantil, Mortalidade Neonatal, Assistência Pré-natal e para inclusão dos textos no estudo adotou-se os critérios: trabalhos que abordam o tema de forma integral; disponíveis gratuitamente on-line; publicados em português e trabalhos elaborados no período de janeiro de 2000 a janeiro 2014 além de investigação de óbitos fetais e de crianças menores de um ano. **Resultados**: Foram analisadas sete fichas de Investigação de óbitos, entre elas ocorreram, cinco óbitos fetais, um óbito neonatal e um óbito infantil. **Plano de Ação**: Mobilização das autoridades responsáveis pela saúde pública do município através da apresentação do resultado deste estudo para que providências sejam tomadas em relação à mortalidade infantil. **Conclusão**: Conclui-se que foi possível identificar as principais causas de óbitos e o importante papel das causas reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido e à mulher durante a gestação e parto.

Palavras Chave: Mortalidade Infantil, Mortalidade Neonatal, Assistência Pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: The fetal and infant mortality are considered as classics and established indicators of living conditions and health of a population. The fetal and infant mortality is potentially avoidable, and therefore to identify the determinants of these deaths is essential. **Objective:** Identification of preventable causes that led to fetal mortality and children under one year from the investigation of deaths in the city of Angelândia - MG in 2013. Methodology: investigation files and fetal deaths under one year occurred in the city were analyzed. We opted for the narrative review. The following parameters were used: Infant Mortality, Neonatal Mortality, Prenatal Care and texts for inclusion in the study was adopted criteria: studies that address the issue holistically; available for free online; published in Portuguese and papers written from January 2000 to January 2014 as well as investigation of stillbirths and infants under one year. **Results:** seven sheets Investigation of deaths five stillbirths, one neonatal death and infant death were analyzed, among them occurred. **Plan of Action**: Call the authorities responsible for public health of the county by presenting the results of this study so that action is taken in relation to infant mortality. **Conclusion:** It was concluded that it was possible to identify the main causes of death and the important role of avoidable causes by proper attention to the newborn and the woman during pregnancy and childbirth

Key words: Infant Mortality, Neonatal Mortality, Christmas Pre Assistance

Sumário[1]

1 INTRODUÇÃO 07

2 JUSTIFICATIVA 10

3 OBJETIVOS.....11

3.1 Objetivo Geral.....11

3.2 Objetivo Especifico.....11

4 METODOLOGIA 12

5 REVISÃO DE LITERATURA..... 13

5.1 Classificação de Evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).....15

5.2 Lista de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS- Sistema Único de Saúde.....16

5.3 Classificação de Wigglesworth Expandida.....17

5.3.1 Classificação dos Óbitos Fetais e Infantis – Adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005).....18

6 NÓ CRITICO.....20

7 PLANO DE AÇÃO.....25

7.1 Profissionais envolvidos.....25

7.2 Resultados esperados..... 26

8 CONCLUSÃO 27

REFERENCIAS..... 29

APÊNDICE 31

[1]Esse trabalho foi formatado de acordo com as normas da ABNT (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

1 INTRODUÇAO

Situado no Alto Vale do Jequitinhonha, nordeste de Minas Gerais, o Município de Angelândia é um dos maiores "Parques Cafeeiros do País". No início dos anos 30, século XX, o agricultor Santos de Souza, proprietário da Fazenda "Arrependido" doou um pedaço de terra para a construção de um cemitério e uma capela na localidade que, com a chegada de comerciantes e garimpeiros, passaria a chamar-se "Vila dos Anjos", nome originário de Angelândia (IBGE, 2010)

Distrito criado com a denominação de Vila dos Anjos, pela lei estadual nº 6769, de 13 de Maio 1976, subordinado ao município de Capelinha (IBGE, 2010).

Em divisão territorial datada no ano de 1979, o distrito de Vila dos Anjos figura no município Capelinha, assim permanecendo em divisão territorial datada 1993. Elevado à categoria de município com a denominação de Angelândia, pela lei estadual nº 12030, de 21 de dezembro 1995, foi desmembrado de Capelinha. Hoje a sede situa-se no atual distrito de Angelândia (ex-Vila dos Anjos), constituído do distrito sede, instalado em 01 janeiro 1997. Sua população estimada em 2013 era de 8 371 habitantes e possui uma extensão territorial de 184,82km² (IBGE, 2010).

Angelândia faz divisa com os municípios de Capelinha, Água Boa, Malacacheta e Setubinha (IBGE, 2010).

Angelândia conta com boa rede de estradas vicinais, postos de saúde, transporte escolar para várias escolas municipais e estaduais, com ensino de primeiro e segundo graus. A vegetação na área de influência do Alto dos Bois varia de resquícios de mata atlântica, manchas de caatinga, passando por “cerradão”, cerradinho e capoeira, no divisor de águas dos Vales do Rio Doce, Mucuri e Jequitinhonha. Os córregos Fanadinho e Capão, em Alto dos Bois, possuem grutas e cachoeiras com água limpa e cristalina, em harmonia com a fauna e flora do local, preservadas pela municipalidade. Em 1.997, iniciou-se os trabalhos para a criação do Parque Ecológico e Cultural do Alto do Bois, que já foi aprovado no âmbito municipal, estadual e federal (IBGE, 2010).

As equipes do Programa Saúde da Família (PSF) foram implantadas em Angelândia em 2004, hoje possui cobertura de 100% com três equipes de saúde modalidade um (com equipe saúde bucal). O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) está em fase de implantação. O município tem a intenção de formar uma

equipe composta por um preparador físico, uma nutricionista, uma psicóloga e uma psiquiatra. No município não possui o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nem nos municípios do polo regional. O sistema de referência e contrarreferência existe, porém não é adequado uma vez que não ocorre em todos os atendimentos realizados perdendo-se nessa trajetória algumas informações importantes aos cuidado dos pacientes. A rede de média e alta complexidade estão definidas, os municípios de Capelinha Malacacheta e Teófilo Otoni são as referências para média complexidade, e Belo Horizonte a referência para Alta complexidade.

A Secretaria Municipal de Saúde possui atualmente 89 funcionários sendo que destes 46 trabalham na atenção primária. O vínculo empregatício envolve: funcionários estatutários, contratos temporários e prestadores de serviços. A carga horária é de 40 horas semanais.

O município Angelândia possui 8008 habitantes e 1883 famílias. Sessenta e nove por cento (69%) da população é alfabetizada. Os principais postos de trabalho são o comércio local, funcionalismo público, produtores rurais e trabalhadores autônomos (SIAB, 2014).

As pessoas vivem em comunidades rurais, localizadas de 5 a 14 km da sede municipal, dependem da agricultura (principalmente da cafeicultura). Em um último levantamento realizado em maio de 2013 a principal causa morte são as cardiopatias. De janeiro de 2011 a maio de 2012 ocorreram 115 óbitos, desses 30 foram de causas desconhecidas e 19 por cardiopatias e 14 por câncer (SIAB, 2014).

Ao levantar alguns dados verificou-se que 50% das famílias possuem bolsa família, 95,4% famílias possuem abastecimento de água através poços ou nascentes, 93,4% das famílias queimam ou enterram o lixo, 92% das famílias possuem fossa como destino de fezes e urina**.**

O município possui dois laboratórios de análises clínicas, quatro unidades de saúde (UBS Bela Vista, UBS Vila Nova, UBS Fanado e UBS São Benedito). Há luz elétrica e água, porém em várias áreas rurais existem poços artesianos que foram iniciados, não finalizados. As redes bancárias existentes são Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil e Bradesco, além de uma agência dos correios, escolas

(três municipais e uma estadual), creches e igrejas. A telefonia móvel é através da operadora TIM.

A Unidade de Saúde a qual estou inserido possui um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista e uma auxiliar de consultório odontológico. Apenas o dentista e a auxiliar de consultório odontológico fazem 20 horas semanais de trabalho.

Dentre os problemas identificados constatou-se que o município apresenta alto índice de mortalidade em crianças menores de um ano e óbitos fetais, o esperado são de duas mortes/ano. Mas, no ano de 2013, o município de Angelândia registrou sete óbitos sendo dois de crianças menores de um ano e cinco óbitos fetais.

A partir dessa observação, pretende-se com esse trabalho analisar as fichas de investigação destes óbitos fetais e crianças menores de um ano, que estão arquivadas na secretaria Municipal de Saúde, no setor da Vigilância Epidemiológica. Com essa análise espera-se identificar as causas destas mortes e saber se são causas evitáveis a fim de instituir medidas preventivas.

Diante do exposto, esse trabalho tem por finalidade melhorar a assistência médica no município de Angelândia, identificando os fatores de risco evitáveis que levaram a mortalidade fetal e de crianças menores de um ano em 2013.

2 JUSTIFICATIVA

Os níveis ainda elevados de mortalidade infantil que ocorrem no Brasil atentam para uma necessidade de uma constante avaliação e compreensão do papel da assistência em saúde, no processo de determinação da mortalidade infantil (SIMÕES, 2007).

A mortalidade infantil é considerada um indicador clássico e consagrado da condição de vida e saúde de uma população. O óbito infantil e fetal é potencialmente evitável, e identificar grupos de risco e outros determinantes desses óbitos é imprescindível (GUEDES, 2009).

Com o desenvolvimento do projeto que foi proposto para esse estudo, espera-se poder mobilizar as autoridades competentes para que possam ser desenvolvidos ações que intervenham nesse problema, evitando assim a mortalidade fetal e de crianças menores de um ano no município de Angelândia-MG.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Identificar as causas evitáveis que levaram a mortalidade fetal e de crianças menores de um ano no município de Angelândia – MG no ano de 2013.

3.2 Objetivo Específico

Elaborar um plano de ação para diminuir a mortalidade fetal e infantil por causas evitáveis no município.

4 METODOLOGIA

Optou-se pela revisão narrativa da literatura. Para a pesquisa bibliográfica utilizou-se as seguintes fontes: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram usados os seguintes descritores: Mortalidade Infantil, Mortalidade Neonatal, Assistência Pré-natal.

Para inclusão dos textos no estudo adotou-se os critérios: trabalhos que abordam o tema de forma integral; disponíveis gratuitamente *on-line*; publicados em português e trabalhos elaborados no período de janeiro de 2000 a janeiro 2014.

Para a elaboração do trabalho foram analisadas sete fichas de investigação de óbitos ocorridos no ano de 2013 no município. Essas fichas estão arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde de Angelância- MG no setor da Vigilância em Saúde, obteve-se acesso através da autorização da enfermeira coordenadora deste setor.

5 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, foi proposta uma classificação de evitabilidade para todas as causas básicas de óbito em menores de um ano, de acordo com a possibilidade de sua prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis. O objetivo é esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores que contribuem para a mortalidade infantil e fetal e avaliar a efetividade dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 70% das causas básicas dos óbitos perinatais podem ser classificadas como evitáveis por eficiente atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido. A identificação e monitoramento dos fatores relacionados ao óbito perinatal evitável permite a formulação de hipóteses sobre a qualidade dos serviços de assistência obstétrica e neonatal (NASCIMENTO, 2012).

O Ministério da Saúde estabeleceu critérios mínimos de referência para a investigação de óbitos considerando as prioridades para a redução da mortalidade infantil e perinatal e os óbitos com maior potencial de prevenção, de modo a permitir o dimensionamento dos óbitos investigados no âmbito estadual e municipal, respeitando-se a realidade e as iniciativas locais de implantação da vigilância de óbitos. São critérios mínimos sugeridos para investigação dos óbitos de residentes no município ou Regional: Fetais (natimortos), Neonatais, pós-neonatais/infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com Ministério da Saúde os óbitos foram classificados da seguinte maneira:

- **Óbito fetal ou nascido morto/natimorto:** óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm).

- **Óbito neonatal:** óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos entre zero a 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos).

- **Óbito pós-neonatal/infantil:** óbitos de crianças nascidas vivas de 28 a 364 dias de vida completos (364 dias, 23 horas e 59 minutos).

Natimorto ou óbito fetal é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (LANSKY *et al*., 2002).

A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução. A mortalidade perinatal – óbitos fetais e neonatais precoces com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional – tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A mortalidade infantil é dividida em dois componentes: o neonatal, que são os óbitos de crianças nascidas vivas, ocorridos no período de 0 a 27 dias completos, e o pós-neonatal, que corresponde ao risco de óbitos ocorridos a partir de 28 dias de vida até o final do primeiro ano (CALDEIRA *et al*., 2002).

A mortalidade neonatal esta relacionada às condições gestacionais, do parto e à integridade física da própria criança. Todavia, a pós-neonatal tem uma associação clara entre as condições de saúde, as condições socioeconômicas e as ambientais. Entretanto, em ambos os componentes, os serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade exercem um peso determinante na redução da mortalidade infantil (CALDEIRA *et al.*, 2002).

A classificação das causas dos óbitos perinatais de acordo com a possibilidade de preveni-las constitui igualmente um meio da avaliação da qualidade dos serviços de assistência à gestante e ao recém-nascido e, consequentemente,

para a definição de ações e estratégias, visando a redução dos óbitos evitáveis (LANSKY *et al*., 2002).

As informações sobre as condições biológicas do desenvolvimento da gestação e dos recém-nascidos, da assistência pré-natal e parto e, principalmente, sobre as causas de óbitos e sua evitabilidade e medidas preventivas são fundamentais para o planejamento de estratégias que visem à redução da mortalidade entre os menores de um ano de idade. Além de contribuir para a organização de programas locais de intervenção (ROCHA *et al*., 2011).

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intraurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Desde 1970, a mortalidade infantil, como ocorrência evitável por serviços de saúde eficazes, é reconhecida como evento sentinela da qualidade da atenção à saúde. Consideram-se óbitos infantis evitáveis aqueles que ocorreram em condições que raramente ou nunca deveriam ter evoluído para óbito. Estudos têm demonstrado que a análise dos fatores associados aos óbitos evitáveis permite planejar intervenções mais adequadas às necessidades dos grupos populacionais mais vulneráveis, contribuindo para a redução das iniquidades (ROCHA *et al.*, 2011).

Dentre os fatores de risco para a ocorrência dos óbitos infantis evidenciados por diversos estudos, destaca-se o nascer com baixo peso, a prematuridade, o número de consultas de pré-natal igual ou menor do que seis, o índice de APGAR, no 1º e 5º minutos, inferior a sete, a gestação múltipla, os baixos níveis socioeconômico e de escolaridade materna, os recém-nascidos de mães solteiras e as precárias condições de saneamento e habitação (JOBIM, 2008).

Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Os óbitos decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem,

portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Apresentam-se a seguir, as classificações recomendadas para a análise de evitabilidade do óbito infantil e fetal.

5.1 Classificação de Evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)

A classificação da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados tem sido utilizada para o óbito infantil no Brasil e propõe oito grupamentos de causas que se baseiam na causa básica do óbito infantil, de acordo com a (CID-10) Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde com a seguinte organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009):

- Grupo 1 – Redutíveis por imunoprevenção
- Grupo 2 – Redutíveis por adequado controle na gravidez
- Grupo 3 – Redutíveis por adequada atenção ao parto
- Grupo 4 – Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces
- Grupo 5 – Redutíveis através de parcerias com outros setores
- Grupo 6 – Não evitáveis
- Grupo 7 – Mal definidas
- Grupo 8 – Não classificadas / outras

5.2 Lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS- Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 2007 foi proposta uma Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, que também organiza os óbitos utilizando como referência grupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças, com a seguinte organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009):

- 1. Causas evitáveis
- 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção
- 1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido
- 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação
- 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto
- 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido
- 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento
- 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde
- 2. Causas mal-definidas
- 3. Demais causas (não claramente evitáveis)

5.3 Classificação de Wigglesworth Expandida

A classificação de Wigglesworth é utilizada em diversos países do mundo e em alguns municípios brasileiros para análise do óbito perinatal (fetais e neonatais precoces). Essa classificação foi revista e proposta como Classificação de Wigglesworth Expandida. Essa classificação propõe nove grupos de causas de óbitos e aponta os principais grupos de causas de óbito fetal e infantil, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde. Os grupos de causas são excludentes, ou seja, cada caso deve ser categorizado em apenas um grupo de causas. Para a classificação dos casos, utilizam-se informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise de prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços. Na adequação dessa classificação para o Brasil, foram propostas algumas modificações, como por exemplo, a subdivisão do Grupo Infecções em a) infecção perinatal/materna e b) pneumonia, diarreia, outras infecções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

5.3.1 Classificação dos óbitos fetais e infantis – adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005)[1]

- **Grupo 1– Malformação congênita (grave ou letal / potencialmente letal)**: apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidades bioquímicas graves ou severas como a doença de Tay Sach's (é uma desordem autossômica recessiva resultante de uma deficiência da enzima hexosaminidase Também é denominada de Degeneração cerebromacular) e qualquer defeito genético reconhecido como de alto risco para o óbito devem ser incluídos.

- **Grupo 2 – Morte fetal anteparto**: mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indício/ relato / evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. A morte de uma criança nascida viva decorrente de problemas durante o período anteparto deve ser considerada na categoria "outras causas específicas" (categoria 6).

- **Grupo 3 – Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma')**: Óbitos fetais ou infantis; Esta categoria reúne bebês que sobreviveriam se não tivessem ocorrido complicações/problemas durante o trabalho de parto e parto. Esses bebês geralmente são bem formados, natimortos e/ou receberam baixo escore de Apgar, sofreram aspiração meconial ou tiveram evidências de acidose ao nascimento. Bebês muito prematuros (menor que 1000 gramas) podem sofrer asfixia durante o nascimento, mas não devem ser registrados neste grupo de causas – devem ser classificados no grupo Imaturidade/ prematuridade, ou outro específico como o grupo 5 (Infecção).

- **Grupo 4 – Imaturidade/ prematuridade**: Aplica-se apenas a bebês nascidos vivos que morrem devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intraventricular ou outras consequências tardias da prematuridade

– incluindo dano pulmonar crônico. Incluir todo neonato com peso ao nascer menor que 1000 gramas.

- **Grupo 5 – Infecção**: Aplica-se aos óbitos fetais e infantis em que há evidência clara de infecção microbiológica que pode ter causado a morte, p.ex., infecção materna por estreptococo do grupo B, rubéola, parvovírus, sífilis, etc, morte por septicemia, outras infecções, incluindo as pneumonias e diarreias. Podem ser enquadrados em duas subcategorias:
  – 5a- Infecções perinatais/materna
  – 5b- Pneumonias, diarreias, outras infecções.
- **Grupo 6 – Outras causas específicas de morte**: Em caso de condição fetal, neonatal ou pediátrica específica reconhecida, não contemplada nos grupos anteriores de causas. Exemplos:
  - **Condições fetais**: transfusão feto-fetal e hidropsia fetal
  - **Condições neonatais:** hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido a perda prolongada de líquido (hipoplasia pulmonar primária deve ser classificada como malformação), persistência de circulação fetal (na ausência de infecção, aspiração ou deficiência de surfactante), perda sanguínea não associada a trauma (p. ex., vasa praevia);
  - **Condições pediátricas:** bronquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como volvo sem antecedente de má-rotação congênita).
- **Grupo 7 – Causa externa**: Morte provocada por acidente ou violência confirmada deve ser codificada neste grupo.
- **Grupo 8 – Morte súbita, causa desconhecida**: Inclui mortes de causa desconhecida de bebês nascidos vivos. Pode ser modificada após exame postmortem.
- **Grupo 9 – Não classificada**: Deve ser usada como último recurso (óbito infantil) e maior detalhamento deve ser fornecido se esta opção é registrada.

---

[1] Tradução e adaptação: Lansky S.

6 NÓ CRÍTICO

Foram analisadas sete fichas de Investigação de óbitos. Entre elas ocorreram, cinco óbitos fetais, um óbito neonatal e um óbito infantil.

6.1 Os óbitos investigados que poderiam ter sido evitados?

Figura 1: Óbitos investigados poderiam ser evitados.

Conforme os dados coletados nas fichas analisadas, os sete óbitos ocorridos no município de Angelândia- MG, no ano de 2013 poderiam ter sido evitados, de acordo com as conclusões identificadas nas fichas de investigações realizadas neste ano.

6.2 Qual a Classificação de Evitabilidade para cada óbito investigado?

Figura 2: Classificação de evitabilidade para cada óbito investigado

Ao analisar os dados constatou-se que um óbito poderia ter sido evitado de acordo com a classificação de Wigglesworth Expandida - este óbito foi classificado no "Grupo 2 Morte fetal anteparto: mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto, a maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela", e este mesmo óbito também foi classificado de acordo com a Lista brasileira de mortes evitáveis por intervenções do SUS, no grupo 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido. Seis óbitos foram classificados de acordo com a lista de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), dentre estes seis, um óbito obteve duas classificações: no Grupo 3 – Redutíveis por adequada atenção ao parto e Grupo 4 – Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces.

6.3 Qual foi a classificação do óbito evitável de acordo Classificação de Wigglesworth Expandida?

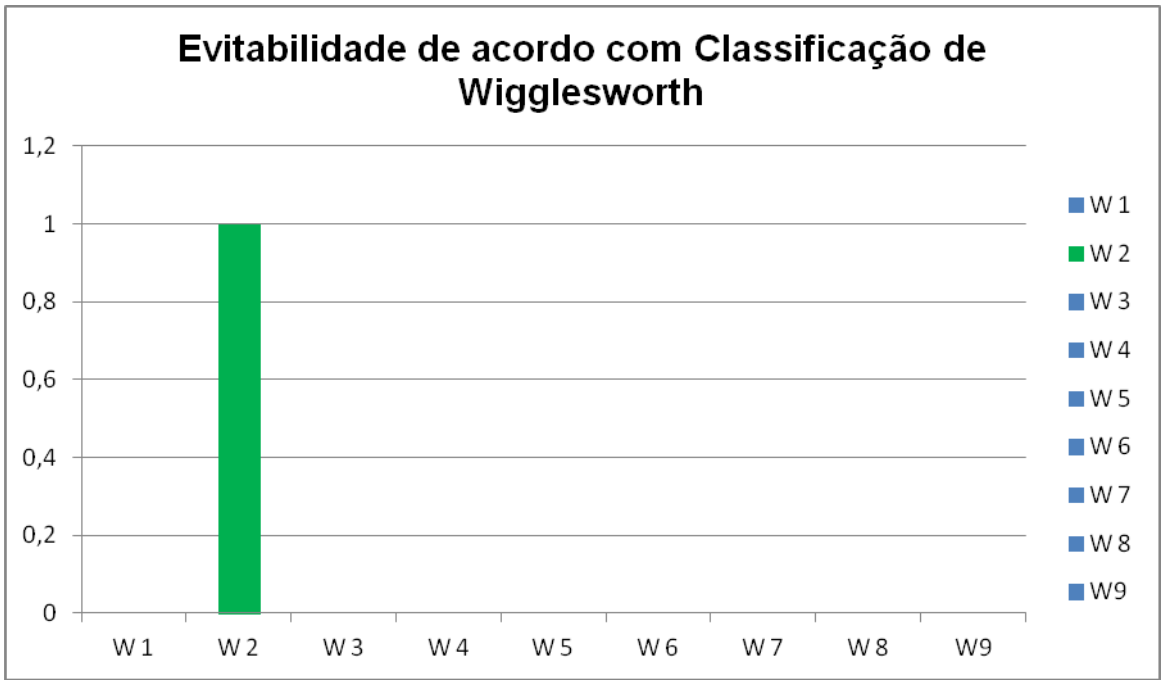

Figura 3: Evitabilidade de acordo Classificação de Wigglesworth

O óbito considerado como evitável de acordo com a Classificação de Wigglesworth é classificado no grupo dois: Morte fetal anteparto: mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indício/ relato / evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. Este óbito também foi classificado de acordo com a Lista brasileira de mortes evitáveis por intervenções do SUS.

6.4 Quais foram as classificações para os óbitos evitáveis de acordo Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)?

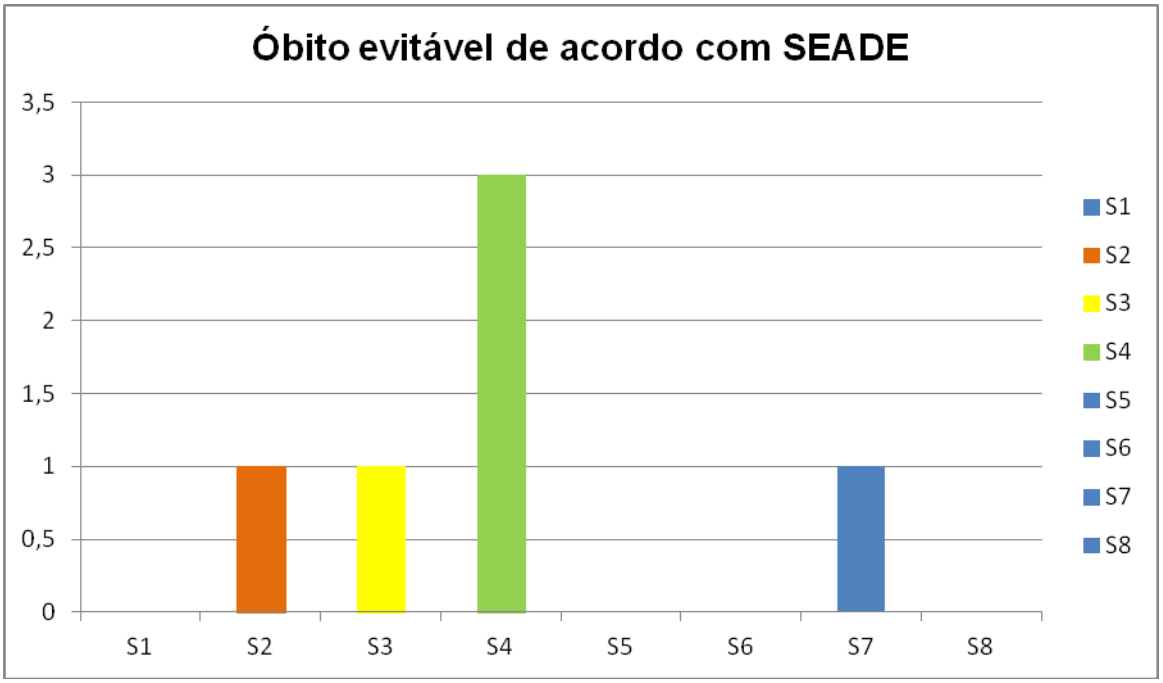

Figura 4: Óbito evitável de acordo com SEADE

A causa evitável de morte que mais aparece nas fichas de investigação de óbito de seis casos foi a S4 – Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, em três mortes classificadas neste grupo, uma no grupo S2 – Redutíveis por adequado controle na gravidez, uma no grupo S3 – Redutíveis por adequada atenção ao parto e uma no grupo S7 – Mal definidas. O óbito classificado como S2 também foi classificado como S4.

6.5 Qual foi a Classificação do óbito de acordo com a Lista Brasileira de mortes evitáveis por intervenções do SUS.

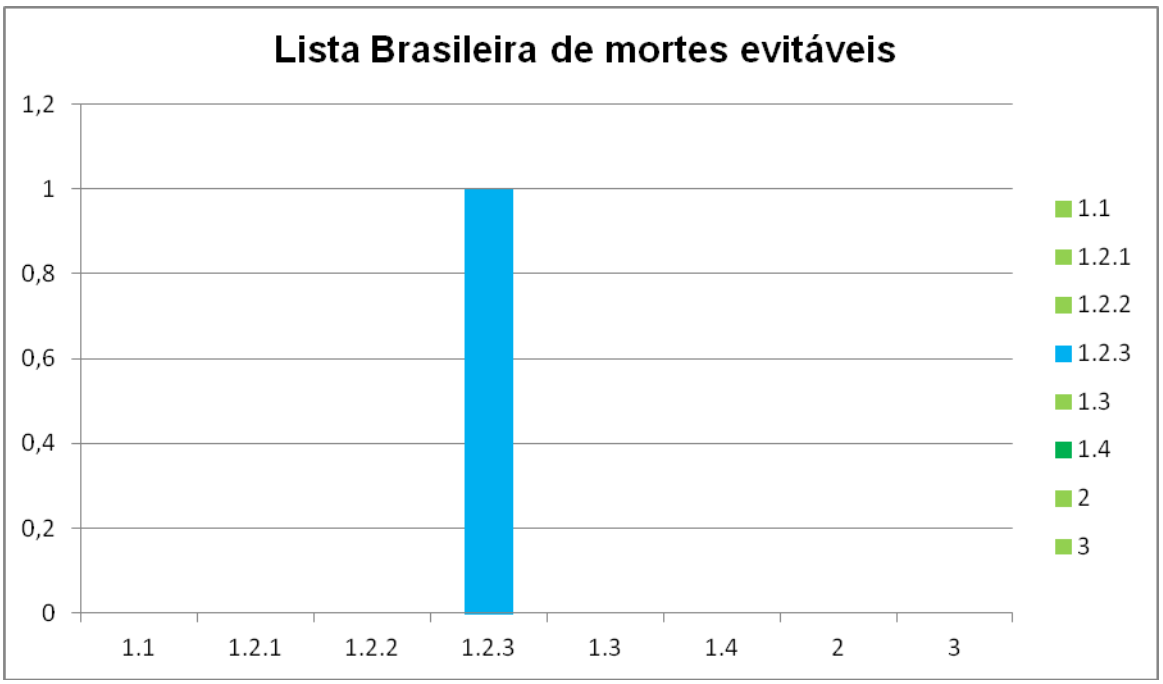

Figura 5: óbito classificado de acordo com a Lista Brasileira de mortes evitáveis por intervenções do SUS

O mesmo óbito que foi classificado de acordo com a Classificação de Wigglesworth foi também classificado de acordo com a Lista brasileira de mortes evitáveis por intervenções do SUS, classificação 1.2.3 Reduzível por adequada atenção ao recém-nascido.

7 PLANO DE AÇÃO

- Mobilização das autoridades responsáveis pela saúde pública do município através da apresentação do resultado deste estudo para que providências sejam tomadas em relação à mortalidade infantil. **Prazo:** 45 dias.

- Aprimoramento da qualidade do pré-natal realizado no município de Angelândia através de busca ativa, monitoramento, visitas domiciliares, consultas médicas e da enfermagem com melhor qualidade. **Prazo:** 120 dias**.**

- Encaminhamento das gestantes que apresentam condição clínica fora do risco habitual para o pré-natal de alto risco, com monitoramento da assiduidade nas consultas realizado pela atenção primária. **Prazo:** 30 dias.

- Garantir que a gestante tenha acesso fácil e maior rapidez para a realização de todos os exames necessários durante o pré-natal e que a marcação desses exames seja mais eficiente (a gestante deve sair da unidade de saúde já com os exames agendados). **Prazo:** 60 dias.

- Organização de parceria em rede, entre todos os profissionais responsáveis pelo acompanhamento das gestantes do município desde o diagnóstico da gravidez, durante o pré-natal, parto e primeiro ano de vida completo e não apresente risco de morte. **Prazo:** 90 dias.

- Estabelecimento de uma parceria com o Hospital Municipal onde os profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica possam trabalhar em conjunto mantendo referencia e contrarreferência. **Prazo**: 30dias.

7.1 Profissionais envolvidos

- Médicos
- Enfermeiros
- Agentes Comunitários de Saúde
- Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- Secretaria de Saúde

7.2 Resultados esperados

A partir da implantação das ações proposta nesse trabalho, espera-se que as gestantes tenham um acompanhamento pré-natal de qualidade e que não ocorra no município óbito fetal e infantil por causas evitáveis.

8 CONCLUSÃO

Apesar da tendência na queda da mortalidade infantil no Brasil, o município de Angelândia obteve um alto índice de mortalidade fetal e infantil no ano de 2013 e todos estes óbitos poderiam ter sido evitados, de acordo com esse estudo realizado. Os óbitos ocorridos estavam concentrados no período fetal, apontando a deficiência no sistema local de saúde, as falhas no acesso a atenção primária, dificuldade de acesso hospitalar, falta de planejamento familiar, falha no pré-natal de alto risco despreparo da atenção primária.

Com esse estudo foi possível identificar as principais causas de óbitos, o que confirma do importante papel das causas reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido e à mulher durante a gestação. Esses resultados demonstram a fragilidade na atenção prestada pelo sistema de saúde local no pré-natal, no parto e no cuidado com o recém-nascido na cidade de Angelândia. As falhas na atenção primária à saúde são evidentes, o que torna as informações prestadas em todos os aspectos relativos à saúde imprescindíveis para que se possa melhorar a qualidade do cuidado prestado.

Através desse estudo pode-se identificar os problemas que levaram a mortalidade fetal e infantil no município de Angelândia, e dessa maneira pode-se contribuir com os gestores em saúde envolvidos no planejamento das intervenções para a redução de óbitos fetais e infantis, no âmbito municipal, espera-se destes gestores maior atenção e maior disponibilização de recursos em ações que causem impacto na diminuição das causas evitáveis com adequada atenção ao recém-nascido e à mulher durante o pré-natal e parto.

Os resultados desse trabalho serão apresentado ao gestor municipal de saúde de Angelândia com o objetivo de contribuir para que mudanças sejam implementados e providências adequadas sejam tomadas para evitarmos mortes por causas evitáveis fetal e infantil no município.

Nesse sentido este estudo tornou-se relevante e pode contribuir para a diminuição da mortalidade infantil e fetal no município de Angelândia, sendo necessário, portanto, esforço especial das equipes de saúde para a diminuição do óbito infantil e fetal**,** qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência.

A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que o município alcance melhores níveis de sobrevivência infantil.

Existe real necessidade que ações sejam prioritariamente direcionadas à melhoria da qualidade da assistência pré-natal e à expansão da rede hospitalar de assistência à gestante durante o pré-natal, parto e ao recém-nascido, priorizando ações voltadas para a população mais carente.

REFERENCIAS

CALDEIRA, A. P; FRANCA, E.; GOULART, E. A. M. **Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio.** Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 2, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n3/17096.pdf>. Acesso em: 08 de Abr. 2014

CORRÊA, J.E.; VASCONCELOS, M, SOUZA, L, M.S.. Belo Horizonte **Iniciação a metodologia: Textos científicos.** Nescon, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1760.pdf>. Acesso em: 13 Fev. 2014.

COSTA, M.C. N. *et al.* **Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.37, n.6, pp. 699-706. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18011.pdf>. Acesso em: 10 de Mar. 2014.

GUEDES, I. P. F. **Perfil da Mortalidade Infantil no Município de Chã de Alegria no período de 1996 a 2005**. Recife, 2009. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009guedes-ipf.pdf>. Acesso em: 13 Fev. 2014.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia: **Histórico de Angelândia – MG.** 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/angelandia.pdf>. Acesso em: 13 Fev. 2014.

JOBIM R, AERTS D. **Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003.** 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/17.pdf> . Acesso em: 19 de Mai. de 2014.

KILSZTAJN, S. *et al*. **Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo.** Rev. Saúde Publica. 2000; Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n3/15857.pdf>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

LANSKY, S. et al. **A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. *20 anos do SUS.* Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2014.

MINISTERIO DA SAÚDE; **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Brasília.** 2009. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2ª edição Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf> Acesso em: 10 Fev. 2014.

NASCIMENTO, E. F. **Perfil epidemiológico dos óbitos perinatais no estado de Pernambuco no período de 2002 a 2008**. 2012. Disponível em:

<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012nascimento-ef.pdf>. Acesso em: 10 de Mar. 2014.

ROCHA, R. *et AL.* **Mortalidade neonatal e evitabilidade: Uma análise do perfil epidemiológico.** Rio de Janeiro 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a19.pdf>. Acesso em: 15 Mar. 2014.

SIMÕES, C.C. S. **Estimativas de mortalidade infantil para os estados e regiões do Brasil.** Brasília: Serviço de Vigilância em Saúde/SVS/MS, 2007. 141p.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014 Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 13 de Mar 2014.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO EVITÁVEIS NAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

1 Os óbitos investigados que poderiam ter sido evitados?

2 Qual a Classificação de Evitabilidade para cada óbito investigado?

3 Quais foi a classificação do óbito evitável de acordo Classificação de Wigglesworth Expandida?

4 Quais foram as classificações para os óbitos evitáveis de acordo Classificação de Evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)?

5 Qual foi a Classificação do óbito de acordo com a Lista Brasileira de mortes evitáveis por intervenções do SUS?