Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos
perinatais no Município de Fortaleza – Ceará**

Jocileide Sales Campos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – Doutorado Inter-institucional (DINTER-CE) para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria Helena Prado de Mello Jorge

São Paulo

2010

Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no Município de Fortaleza

Jocileide Sales Campos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – Doutorado Inter-institucional (DINTER-CE) para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria Helena Prado
de Mello Jorge

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Faço um voo às lembranças que integram minhas reminiscências, buscando os valores da minha vida e encontrando quem nela figura com meu apreço destacado.

Meus pais “seu Zé Sales e dona Coló (*in memorian*), minha avó, Primitiva (*in memorian*), dos quais os acertos e os equívocos conduziram com tanta retidão, tanto esmero e dedicação, a minha formação pessoal e profissional.

À Maria do Carmo, Izaias, João e Elizabeth França, aí, do outro lado da vida, que tiveram sua importância nessa formação.

Aos meus irmãos, Zeza, Cleide, Verinha, Haroldo, Heider e Jorge e, também minha cunhada Cerly – sensíveis e bravos lutadores que conseguiram captar e compreender meus momentos de esconderijo – sempre disponíveis para me ajudar na construção dessa pequena obra.

Aos meus filhos tão queridos, tão maravilhosos e tão amantes...

Dê, filha amada, companheira de todos os momentos, com quem tenho compartilhado conquistas e angústias – momentos nos quais sua palavra, seu carinho tem sido conforto e incentivo para continuar no meu intento. Administrar, junto com o Enzo suas vidas e a nova carreira em construção - a fisioterapia - é o seu desafio de hoje;

Lula querido, como esquecer suas travessuras de infância e, junto com a Anna (sua esposa-companheira constante) acolhendo-me, em São Paulo, não só no espaço físico de médicos que labutam o dia inteiro, mas com valiosa ajuda técnica no uso do computador, com momentos de conversa descontraída, curtos passeios para o descanso da mente, o estímulo e, o que mais se precisa – amor, muito amor;

Ary, querido e amoroso filho, sempre ao meu lado – o técnico que me ajudou a superar algumas dificuldades nos cálculos (engenheiro que é), esse carinho, essa meiguice e a determinação de hoje, tão peculiares a você, o entendimento da minha ausência que ficou evidente nas suas palavras, já nos últimos procedimentos do estudo “*agora você pode voltar para nós*”... Rejane, minha nora “um achado” do Ary quando você ainda era estudante de odontologia, seu exemplo de coragem, determinação e amizade nos movimenta para adiante, com perseverança e fé.

Aos meus netos, que representam a mais doce gravura da vida...

Marina – “*você já é bonita com o que Deus lhe deu...*” e mais que beleza você nos transmite essa paz interior, essa meiguice... Que contaminam e que farão de você uma médica da ciência e do verdadeiro cuidado;

Felipe, com sua condição de criança “especial”, espalhando tanto amor, agrega a família e confere um amadurecimento espiritual e vontade de ir em frente

com firmeza - os momentos de lazer, brincando de bola e com seu pneu fazem-me esquecer a tensão do trabalho;

Ravi, meu belo e amado caçulinha “da noite” (aproveite, que será por pouco tempo),
... a Beatrice (será este, mesmo, seu nome?) já pede “espaço” nessa luz na qual é esperada com tanto amor, para dividir com você...

Ainda tenho “outros” netos queridos que não poderia deixar de incluir... Nelinho, inteligente, cativante... Maitê, formosa, que só vi em fotos e a Flor, tão pequenina e querida, que chegou bem cedo trazendo toda a família, de Portugal ao Ceará – sigam, por favor, o exemplo de seus pais - Ianara e Nezé - amorosos, amigos, batalhadores;
João Pedro – irrequieto e meigo – um pouco da Meg, sua exemplar mãe.

Também dedico aos sobrinhos e sobrinhas, na pessoa da Luciana - guerreira, doce e vitoriosa, com o Marcos seu marido e o vivaz e carinhoso Pedro - meu sobrinho neto.

Zazá, minha sogra querida, inquebrantável, amante e, outrora, vigilante dos meus filhos para que pudesse eu dedicar-me com mais qualidade à Residência Médica.

Amigos, comigo desde sempre – Socorro, João, Dalvinha e Beth (*in memoriam*), com os quais compartilhei estudo, brincadeiras e tantos sonhos da meninice...

Minha intenção, aqui, é prestar-lhes uma homenagem singela, e, humildemente, tentar propiciar-lhes momentos de reflexão para favorecer à vida – de vocês e daqueles para quem seja possível modificá-la positivamente.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus e a todos os espíritos iluminados pelas chances que me trazem para a clareza na condução de minhas decisões, de minha vida para um produto do qual não me deixa arrependimento ou pesar.

Sou grata a tantos professores de antes, especialmente a alguns com sua marca indelével...

Hamilton Monteiro, José Serra, Paulo Marcelo Martins Rodrigues, Murilo Martins, Jayme Murahovschi, Calil Farhat, Abdulahi Ahmed, Andréa Caprara - exemplos de médicos competentes e humanistas, professores capazes, disponíveis e comprometidos com a melhor formação profissional, adicionando ou subtraindo na modelagem do necessário e difícil equilíbrio.

Levo meu agradecimento aos professores de hoje nas pessoas do Eurivaldo, do Maia Pinto, da Maria Helena, do Péricles, do Tanaka, da Salete Bessa e da Márcia Machado que disponibilizou a qualidade de sua atenção para o melhor produto na abordagem qualitativa da pesquisa.

Lindélia, seu apoio, sua disponibilidade... Como seria o “achado” de tantos achados que deram corpo e “completitude” aos dados quantitativos e a possibilidade de avaliar e propor critérios de evitabilidade para os óbitos perinatais em nosso meio, sem sua dedicação e competência? Não vou esquecer tantas noites que ficamos na sua casa, buscando a melhor qualidade da quantidade...

Sandra Solange, como não reconhecer e agradecer sua dedicação inestimável na busca de mães para as entrevistas e de prontuários que me ajudaram a conhecer melhor as mortes perinatais, em particular as fetais.

Antonila, com sua meiguice, soube ser ágil em achar nos registros hospitalares as mulheres que contatamos para as entrevistas.

Ana Almeida, Ana Valeska, Gilson, Regina, Rita e todos os colegas do curso, que com suas dúvidas e respostas tanto contribuíram com as minhas soluções... Helena, dividimos dificuldades e alegrias, idéias e soluções, estágios em São Paulo, trabalho de fins de semana em Fortaleza que incluíram o Raimundo...foi maravilhosa essa convivência e eu sou grata por tanto!

Profissionais, técnicos, e direção das Secretarias de Saúde do Estado e do Município, que facilitaram o acesso às informações - indispensáveis ao meu estudo... Agentes de Saúde que buscaram mães de bebês que foram a óbito... Amanda, que me forneceu o relatório da SER II, com tantas informações úteis.

Bené, amiga querida, de tantas “frentes” (que compreendeu minha “distância”), juntamente com Paulo pelas informações de última hora.

Tati, doce amiga, pelo acesso a publicações, muito importantes, do Unicef, onde trabalha em defesa das crianças para as quais pretendemos mais vida.

Nádia Girão, Luciano Correia, César Victora... Sou muito grata pela disponibilidade, comentários e sugestões inestimáveis, ainda na fase da elaboração do projeto...

Paulo César pelo tempo dedicado a avaliar minhas tabelas.
Sidneuma, Silvana, Tânia Veras, como foi bom e animador trocar idéias com vocês...
Dirlene, pela paciência em ler o trabalho final e emitir um parecer que me estimulou,
pelos momentos de ansiedade (minha) nos quais soube me suportar.

Osmar, por sua contribuição e dedicação na coordenação do processo em Fortaleza,
contando sempre com o apoio da Neila.
Assunção e Soraia, como esquecer os cafés e lanches nos intervalos dos Seminários?
Maria do Carmo, sempre tão solícita e colaborativa, juntamente com a Mirian, nesta
cidade de São Paulo, na Faculdade.
Gracinha, Leila, caríssimas que, com seu incentivo, ajudaram também, na
composição do produto.

Enny e Jayme, amigos que me acolheram com tanto afeto e colaboraram na
construção do meu trabalho e na minha paz de espírito.

Marcos, contar com você, meu amigo, no computador formatando, corrigindo
tabelas, com a tranquilidade que lhe é característica, permitiu que eu ficasse segura
para chegar a este ponto final.

À Faculdade Christus, eu agradeço, nas pessoas dos professores Miguel Leitão e
Antonio Ribeiro, o apoio recebido em todas as ocasiões que solicitei.

Em destaque singular levo minha gratidão a você Maria Helena Prado de Mello Jorge
e a você Anamaria Cavalcante Silva.

Maria Helena, lembrando nosso primeiro encontro, em Brasília, na EXPOEPI,
quando desejei sua orientação... Quisera que todo mestrando ou doutorando
pudessem ser premiados, como eu o fui ao contar com você, sempre tão dedicada,
competente, segura, entusiasmada, incansável nas orientações, levando-me ao melhor
e mais reto produto.

Ana ... você, minha amiga-irmã muito querida, a grande responsável por eu chegar
ao final. Você que, à frente da ESP-CE, conquistou esse doutorado integrando USP-
ESP-UECE-UFC e para ele me incentivou, desde o início, acreditando que seria
assim, você que me ajudou na leitura e comentários sobre o material que ia sendo
produzido, nas dicas do meu “resumo”, você grande “Patrona do DINTER-CE”, você
que se fez presente com o Fred em sábados de “relax”... Sabe, minha cara, palavras
não são capazes de expressar o meu reconhecimento.

Por fim, minha homenagem, maior que tudo, às mães, às crianças sobreviventes e às
que foram a óbito... Que deram corpo e vida a este estudo. Que mudanças cheguem,
em um futuro bem próximo, para que outras usufruam da vida que lhes está sendo
negada.

CAMPOS, J. S. SÃO PAULO, 2010. **Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no Município de Fortaleza - Ceará, 2006.** Tese (doutorado). 2010 – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Introdução: Conquistar a integralidade, a mais complexa diretriz do SUS, se constitui um permanente desafio, visto que, ao contrário da universalidade do acesso e da descentralização, parece, ainda, distante de ser alcançada. **Objetivo:**

Caracterizar óbitos perinatais ocorridos em residentes em Fortaleza, 2006, para compreender o potencial da integralidade da atenção no sistema local de saúde.

Métodos: Foram utilizados métodos complementares de pesquisa - quantitativa e qualitativa. Na abordagem qualitativa realizaram-se entrevistas individuais às mães de crianças que sobreviveram ao período neonatal e mães que perderam seus conceitos no período perinatal. Estudo transversal que incluiu o universo dos óbitos perinatais, a partir de dados dos sistemas oficiais de informação sobre mortalidade e sobre nascidos vivos e do relacionamento de dados entre os mesmos, consubstanciou a pesquisa quantitativa.

Resultados e Discussão: A taxa de mortalidade perinatal foi 17,0/1000 nascidos totais - 8,2 para óbitos fetais e 8,8 para neonatais precoces. As principais causas encontradas foram: asfixia (24%) - 4 vezes maior entre natimortos; baixo peso ao nascer cuja mortalidade foi 30 vezes maior entre os 25% com menos de 2500g; prematuridade (32,4%); malformações congênitas (9,5%) e infecções (7,0%) inclusive 03 casos de sífilis congênita. Fatores de risco potenciais, como idade da mãe de 10 -14 anos, mais freqüente entre óbitos neonatais precoces, e de 35 e mais anos entre os fetais. A mortalidade foi mais alta (98,0/1000 nascidos totais) entre filhos de mães com nenhuma escolaridade - risco potencial importante - cuja elevada freqüência foi também percebida nas entrevistas que, por sua vez, evidenciaram uma categoria acrescentada ao estudo: a relação médico-paciente, considerada falha e desatenciosa, na percepção das mães, quanto aos esclarecimentos sobre alto risco na gestação e no parto. Destacou-se, ainda, o sentimento das mães sobre a falta da visita domiciliar na gravidez e de acompanhante no parto. **Conclusões e algumas considerações:** A baixa escolaridade pareceu um critério de

evitabilidade mais apropriado para uso em países em desenvolvimento, como o Brasil, do que aqueles da classificação de Wigglesworth, inclusive de acesso mais complexo nestes países. Para gestantes com baixa ou nenhuma escolaridade, o sistema de saúde poderia ofertar atenção especial, fortalecendo atividades educativas, adotando a interconsulta especializada e acompanhante no parto.

Palavras-Chave: Integralidade da Atenção em Saúde. Mortalidade Perinatal. Mortalidade Fetal. Mortalidade Neonatal Precoce. Evitabilidade de Óbitos Perinatais. Sistema de Informação em Saúde. Relação Médico-paciente.

CAMPOS, J. S. SÃO PAULO, 2010. **The integrality of health care and evitability of perinatal deaths in the City of Fortaleza - Ceará, 2006.** Thesis (Ph.D.) 2010 - Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo. (BR)

ABSTRACT

Introduction - To achieve the integrality (comprehensive health care), the more complex SUS guideline, is an ongoing challenge, because, unlike the universality of access and decentralization, it still seems very far. **Objective** - To characterize perinatal deaths occurred among residents in Fortaleza, 2006, in order to understand the potential of the integrality of the care in the health system. **Methods** - It was adopted both, quantitative and qualitative methodologies that are complementary one to another. In the qualitative approach, individual interviews were carried out to mothers of children who survived the neonatal period and mothers who lost their babies in the perinatal period. A cross-sectional study that included the universe of perinatal deaths, based on data from official systems of information on births and deaths and also using the relationship of data between them, embodied quantitative research. **Results and discussion** - The perinatal mortality rate was 17.0 / 1,000 births - 8.2 to 8.8 for stillbirths and early neonatal deaths, respectively. The main causes were: asphyxia (24%) - four times higher among stillbirths; low birth weight whose mortality was 30 times higher among the 25% weighting less than 2500g; prematurity (32.4%); congenital malformations (9.5%) and infections (7.0%) including three cases of congenital syphilis. Potential risk factors such as maternal age of 10 -14 years old, more frequent among early neonatal deaths, while the fetal deaths occurred more among mothers are 35 and more. Mortality was highest (98.0/1,000 births) among children of mothers with no education - important potential risk factor – which high frequency was also seen among the interviewee that, in turn, added a new category to the study as doctor-patient relationship considered failure and disrespectful on the perception of mothers regarding the details of high risk in pregnancy and childbirth. Was highlighted, too, the feeling of mothers about the lack of home visit by community health work during pregnancy and, also, of companion at childbirth. **Conclusion and considerations** - The low

educational level seemed a criterion more suitable for use in developing countries like Brazil, to avoid perinatal deaths, than those of Wigglesworth's classification, which is more difficult to obtain in these countries. For pregnant women with low/no education, the health system could strength health educational activities, adopt specialized attention and companion at hospital.

Keywords: Comprehensive Health Care. Perinatal Mortality. Fetal Mortality. Early Neonatal Mortality. Evitability of Perinatal Deaths. Health Information System. Patient-physician Relationship.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	23
1.1 MORTALIDADE INFANTIL: O INDICADOR E O EVENTO	24
1.2 MORTES PERINATAIS: NEGAÇÃO DA VIDA	29
1.2.1 Aspectos gerais	29
1.2.2 A Evitabilidade dos óbitos	33
1.2.3 Importância do Estudo	34
1.2.4 A Situação no Município de Fortaleza	36
1.3 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	38
• A Integralidade da Atenção à Saúde e a evitabilidade dessas mortes	44
1.4 JUSTIFICATIVA: A MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	49
2. OBJETIVOS	52
2.1 GERAL	53
2.2 ESPECÍFICOS	53
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	54
3.1 PARTE I - ÓBITOS PERINATAIS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA	56
3.1.1 Os Sistemas de Informações SIM e SINASC. Relacionamento entre os Bancos de Dados	56
3.1.2 Variáveis selecionadas	58
3.1.3 Tratamento e Análise dos Dados	58
3.1.4 Critérios de Evitabilidade	59
3.2 PARTE II - A PERCEPÇÃO DE MÃES USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA	63
3.2.1 O processo de Seleção dos Sujeitos da Pesquisa	63

3.2.2	A Entrevista como Técnica de Coleta de Dados	64
3.2.3	Tratamento e Análise dos Dados	66
3.3	PARTE III – A ABRANGÊNCIA DOS NÚMEROS E DOS SIGNIFICADOS	67
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	68
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
4.1	PARTE I - ÓBITOS PERINATAIS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA	71
4.1.1	Um Banco de Dados para o Estudo	71
4.1.2	Os Óbitos Perinatais e seus Componentes	75
4.1.3	Óbitos Perinatais segundo Características Maternas	78
4.1.4	Óbitos Perinatais segundo Características da Gestação e do Parto	88
4.1.5	Óbitos Perinatais segundo Características dos Produtos	97
4.1.6	A Evitabilidade dessas mortes	110
4.2	PARTE II - MÃES USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE CONTAM SUAS PERCEPÇÕES: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA	115
4.2.1	A “descoberta” da gravidez	117
4.2.2	O Cuidado no Pré-natal	119
4.2.3	“Chegando a hora”. O trabalho de parto: compreensão do momento e busca por atendimento	127
4.2.4	O Parto e o Nascimento: sentimento, dilemas e reações da mãe	128
4.2.5	A relação Profissional - Paciente	131
4.2.6	A Percepção das Mães sobre a Morte e a Vida dos seus Filhos e seus “ <i>Recados</i> ”	134
4.3	NÚMEROS E SIGNIFICADOS INTERLIGANDO-SE NA PRODUÇÃO DE UM “TODO”	136

• O “Sistema Integral de Saúde” – limites e possibilidades	140
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS, ALGUMAS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	147
6. REFERÊNCIAS	154
ANEXOS	181
Anexo 1 Roteiro para as entrevistas da pesquisa	182
Anexo 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	184
Anexo 3 Declaração de Anuência e Termo de Compromisso da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)	186
Anexo 4 Declaração de Anuência e Termo de Compromisso da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS)	187
Anexo 5 Termo de Responsabilidade do Pesquisador	188
Anexo 6 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP-SP	189
Anexo 7 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública-CE	190
Anexo 8 Lista de Óbitos Evitáveis – Fundação SEADE	191
Anexo 9 Lista de causas de mortes evitáveis, em menores de cinco anos, por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Malta e col., 2007)	195
Anexo 10 Rotina de Exames Complementares no pré-natal (MS)	198
Anexo 11 Assistência Pré-natal: Ações Complementares e Exames Complementares de Rotina – FEBRASGO, 2002	199
Anexo 12 Declaração de Nascidos Vivos (DN)	200
Anexo 13 Declaração de Óbito (DO)	201
Anexo 14 Fluxo de Registro de Eventos Perinatais para Classificação de Evitabilidade dos Óbitos	202

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1	A atenção no sistema de saúde para controle de óbitos perinatais	51
-------------------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1	Taxa de mortalidade neonatal precoce, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006	82
Gráfico 4.2	Taxa de mortalidade fetal, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006	82
Gráfico 4.3	Taxa de mortalidade perinatal, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006	82
Gráfico 4.4	Taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006	82
Gráfico 4.5	Taxa de mortalidade neonatal precoce por mil nascidos vivos, segundo número de consultas de pré-natal feitas pela mãe, Fortaleza, 2006	92
Gráfico 4.6	Óbitos perinatais, segundo o peso ao nascer (em gramas), Fortaleza, 2006	101
Gráfico 4.7	Distribuição dos óbitos neonatais precoces, segundo idade ao morrer, Fortaleza, 2006	102
Gráfico 4.8	Óbitos neonatais precoces, segundo valores de Apgar no 1º (N = 260) e no 5º minuto (N = 243)*, Fortaleza, 2006	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1	Classificação de óbitos perinatais evitáveis segundo Wigglesworth, modificada por Keeling et al. 1989	60
Quadro 3.2	Causa da morte perinatal e fator assistencial relacionado, segundo modelo de Wigglesworth, modificado por Keeling et al. 1989	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1	Óbitos infantis de residentes, segundo faixa etária, em Fortaleza, 2000 a 2005	37
Tabela 1.2	Óbitos fetais de residentes, segundo duração da gestação, em Fortaleza, 2000 a 2005	37
Tabela 4.1	Variáveis da declaração de óbitos neonatais precoce, (N = 360), após relacionamento com a declaração de nascidos vivos, Fortaleza, Ceará 2006	75
Tabela 4.2	Total de óbitos perinatais, seus componentes e nascidos (vivos e totais). Fortaleza, 2006	77
Tabela 4.3	Distribuição de óbitos perinatais e seus componentes, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal, segundo faixa etária da mãe, Fortaleza, 2006.	80
Tabela 4.4	Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal (por mil nascimentos), segundo escolaridade da mãe (anos de estudo) Fortaleza, 2006.	84
Tabela 4.5	Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, nascidos vivos e nascidos totais, segundo número de filhos tido vivos e mortos, Fortaleza, 2006.	87
Tabela 4.6	Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos segundo duração da gestação (semanas), Fortaleza, 2006.	90
Tabela 4.7	Distribuição de óbitos neonatais precoces e taxa de mortalidade neonatal precoce, segundo número de consultas de pré-natal das mães, Fortaleza – 2006	92
Tabela 4.8	Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos, segundo tipo de gravidez, Fortaleza, 2006.	95
Tabela 4.9	Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos, segundo tipo de parto, Fortaleza, 2006.	96
Tabela 4.10	Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces e perinatais, nascimentos totais e taxa de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos, segundo sexo, Fortaleza, 2006.	98
Tabela 4.11	Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces perinatais e nascimentos totais, segundo peso ao nascer e mortalidade perinatal segundo peso ao nascer (por mil nascimentos), Fortaleza, 2006.	100
Tabela 4.12	Distribuição de óbitos neonatais precoces, segundo idade do recém-nascido ao morrer, Fortaleza, 2006	102
Tabela 4.13	Óbitos neonatais precoces, segundo valores do Apgar no 1º e no 5º minutos	105

Fortaleza, 2006

Tabela 4.14	Óbitos fetais, neonatais e perinatais, segundo grandes grupos de causas (CID-10), Fortaleza, 2006	108
Tabela 4.15	Óbitos fetais neonatais precoces e perinatais, segundo causa básica (CID-10), Fortaleza, 2006 (N e %)	109
Tabela 4.16	Óbitos fetais, neonatais, precoces e perinatais, segundo a classificação Wigglesworth modificada (1989), Fortaleza, 2006	112
Tabela 4.17	Taxa de mortalidade perinatal e fatores assistenciais relacionados conforme a classificação Wigglesworth modificada (1989), Fortaleza, 2006	113
Tabela 4.18	Óbitos perinatais nas cidades de Belo Horizonte (1999), Pelotas (1993), Fortaleza (1995, 2006), conforme a classificação Wigglesworth modificada (1989), Fortaleza, 2006 (%)	114

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	(The) American College of Obstetricians and Gynecologists
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do discurso
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CBCD	Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CG	Clinical Guideline
CIBs	Comissões Intergestores Bipartites
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLAP	Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP	Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DN	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbitos
EBPN	Extremo Baixo Peso ao Nascer
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-Ce	Escola de Saúde Pública do Ceará
FEBRASGO	Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia
FNS	Fundação nacional de Saúde

GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MBPN	Muito Baixo Peso ao Nascer
MF	Mortalidade Fetal
MPN	Mortalidade Perinatal
MNNP	Mortalidade Neonatal Precoce
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
NCCWC	National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
NV	Nascidos Vivos
OF	Óbitos Fetais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONNP	Óbitos Neonatais Precoces
OPN	Óbitos Perinatais
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PESMIC	Pesquisa de Saúde Materna e Infantil do Ceará
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PR	Presidência da República
PROAIM	Programa de Aprimoramento da Informação de Mortalidade
PSF	Programa Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagerencial de Informações para a Saúde

RN	Recém-nascido
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
S.d.	Sem data
SE	Secretaria Executiva
SEADE - SP	Fundação Estadual de Análise de Dados – São Paulo
SER	Secretarias Executivas Regionais
SES/RS	Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIP	Sistema Informático Perinatal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMPN	Taxa de Mortalidade Perinatal
Tx	Taxa
UBS	Unidade Básica de Saúde
UN	United Nations
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization
WMPI	West Midlands Perinatal Institute

1. INTRODUÇÃO

1.1 MORTALIDADE INFANTIL – O INDICADOR E O EVENTO

Uma das principais metas das políticas públicas relacionadas à saúde, em todos os países, é a redução da Taxa de Mortalidade Infantil, que corresponde aos óbitos ocorridos entre as crianças menores de um ano de idade em relação às que nasceram vivas, faixa etária na qual se concentra a maior parte das mortes das crianças (UNICEF, 2006).

Influenciados por diversos fatores, como níveis de educação e de informação e oferta adequada de serviços de saúde, dentre outros, os óbitos infantis são considerados como indicadores do estado de saúde e das condições de bem-estar social, ético e político de uma sociedade (LEAL e SCHWARCWALD, 1996; RIPSА, 2008). Sendo utilizada para estabelecer políticas públicas relacionadas à saúde da criança, a redução da mortalidade infantil faz parte das metas do milênio, assumida como compromisso das Nações Unidas (UN, 2005).

Para subsidiar a definição das diretrizes políticas para a saúde da criança, com intervenções apropriadas ao combate à mortalidade infantil e para a organização dos sistemas e serviços de saúde, é importante rever o conhecimento da distribuição desses óbitos nos grupos etários que compõem o primeiro ano de vida: *neonatal e pós-neonatal*. No primeiro, representado por crianças de zero a 27 dias, há uma divisão em *neonatal precoce* – crianças de zero a menores de sete dias – e *neonatal tardio* – formado por crianças de sete a 27 dias. A partir de 28 dias até menos de um ano, as crianças mortas compõem o grupo *pós-neonatal* da mortalidade infantil (OMS/CID-10, 2001; RIPSА, 2002, 2008, 2009).

Essa divisão possibilita avaliar, indiretamente, a importância de causas endógenas e exógenas de óbito, sendo as primeiras, de mais difícil redução e relacionadas, principalmente, a condições desfavoráveis do recém-nascido e da gestante. Já as causas pós-neonatais refletem condições ambientais hostis sobre crianças nascidas mesmo em boas condições (MONTEIRO, ZUÑIGA e FERREIRA, 1988; LAURENTTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P, LEBRÃO, M. L.; GOTTLIEB, S. L. D, 1975; LAURENTTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P, LEBRÃO, M. L.; GOTTLIEB, S. L. D, 2005; RIPSА, 2008).

Por outro lado, rever alguns conceitos também é interessante para uma melhor compreensão sobre a composição dessas taxas. Segundo a Organização Mundial de Saúde/Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (OMS/CID - 10, 2001):

- Nascido vivo - “expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação, de um produto de concepção, que depois da separação, respira ou manifesta qualquer outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou contração efetiva de algum músculo de contração voluntária, haja ou não sido cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta” (OMS/CID-10, 2001; RIPSÁ, 2002; LAURENTI e MELLO JORGE, 2004).
- Óbito fetal – a Organização Mundial de Saúde – OMS, definiu em 1950 e confirma na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID, em vigor em janeiro de 1993, (no Brasil, em 1996), óbito fetal como “morte do produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez, sem qualquer sinal de vida”.

Em referência a estes conceitos, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul enfatiza: “um óbito com alguns minutos de vida nunca será um natimorto” (SES/RS, 1999). É válido comentar que a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), estabeleceu uma alteração no critério convencionalmente usado para “nascido morto” (óbito fetal), que, até a 9ª Revisão da CID (OMS, 2001), era considerado a partir de 28 semanas de idade gestacional, modificando, então, o momento do corte, que passou a ser definido a partir da 22ª semana de gestação (OMS/CID-10, 2001). Este critério foi referendado, no Brasil, pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução 1601 de agosto de 2000 (CFM, 2000) determinando que em caso de morte fetal os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm,

posteriormente revisados pela Resolução 1779 de novembro de 2005 (CFM, 2005) que revogou a Resolução 1601.

- Nascidos totais – representa a soma dos nascidos vivos e dos óbitos fetais, correspondendo, portanto, ao total de nascimentos.

VICTORA e BARROS, ao revisarem artigos publicados na revista LANCET, em 2003 (série sobrevivência infantil) e em 2005 (série sobrevivência neonatal) – informações sobre níveis e tendências da mortalidade infantil nas Américas – mostraram a relevância das conclusões das duas séries para essa parte do mundo, cujos dados revelaram que 40% das mortes de crianças eram devidas a problemas neonatais e refletiam o controle de parte dos óbitos pós-neonatais. Ainda de acordo com esses autores, o Relatório Mundial de Saúde de 2005, lançado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, trouxe como tema a saúde materno-infantil e, neste, a iniciativa mundial para uma parceria de *saúde materna, neonatal e infantil*, na qual OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF envidam esforços para disseminar intervenções essenciais para a sobrevivência infantil, sobretudo em locais onde a mortalidade infantil é mais elevada (VICTORA e BARROS, 2005).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil vem declinando continuamente nos últimos anos, observando-se uma mudança de 37,9 por 1000 nascidos vivos (NV) em 1995, para 26,6 em 2004 (IBGE, 2005), embora considerada a terceira maior da América do Sul, superada apenas pela Bolívia e pela Guiana (UNICEF, 2006).

Segundo a publicação Situação Mundial da Infância, essas taxas, no Brasil, variaram de 48/1000 nascidos vivos, em 1990 para 19/1000 em 2006. No entanto, nos mesmos anos, esses valores foram mais baixos para países da América Latina como Costa Rica (16 e 11), Chile (18 e 8) e Uruguai (20 e 11), assinalando, ainda, que os indicadores mais recentes verificados no Brasil assemelham-se àqueles dos países desenvolvidos como Canadá, Estados Unidos e Japão, no final da década de sessenta. De acordo com a mesma fonte, tais indicadores, para o ano 2006, nesses três países foram 5/1000 nascidos vivos, 6 e 5 respectivamente, mostrando valores, aproximadamente, quatro vezes inferiores aos verificados no Brasil. (UNICEF, 2008). Esta situação tem um significado de importante retardo dessa conquista para os brasileiros.

A OMS mostrou níveis ainda elevados para a mortalidade infantil, no Brasil, em 2007, (13,2/1000 NV), quando comparados à de países como Argentina, Chile, também integrantes do continente americano (América do Sul), os quais, no ano 2004, já apresentavam valores de 10 e 5/1000 respectivamente (WHO, 2008).

Considerando os dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que mostram uma aproximação do perfil de mortalidade entre o Brasil e países desenvolvidos - uma vez que a mortalidade neonatal no país tornou-se o principal componente da mortalidade infantil - é possível associar o fato a uma evolução positiva das condições de vida da população. Entretanto, esses indicadores mostram taxa de mortalidade infantil ainda muito elevada (14,2/1000 em 2005) quando comparada a países como Chile em 2000 (5,6/1000) e Estados Unidos em 2004 (4,6/1000), além de queda muito lenta. Há, também, diferenças importantes entre as regiões brasileiras – enquanto na Região Sul foi 9,4, em 2005, no Nordeste foi maior que o dobro, 20,7, todos medidos por 1000 nascidos vivos (NV)(RIPSA, 2008).

Entre os estados brasileiros, o Ceará foi um dos primeiros a assumir a redução da mortalidade infantil como meta de governo, em 1987, quando a TMI era superior a 100/1000 NV, de acordo com os achados da Pesquisa de Saúde Materna e Infantil do Ceará – PESMIC, realizada naquele ano (CORREIA, SILVEIRA e CAMPOS, 2003). Esses resultados foram base para um plano de intervenção em favor da criança – o “*Viva Criança*”. Já no ano de 1995, o Estado apresentou uma taxa de 49,6 óbitos por 1000NV, conforme a publicação da Secretaria da Saúde do Estado – SESA, “A saúde no Ceará em grandes números” - (SESA, 2002a).

Para o Município de Fortaleza, a análise da TMI no período 1995-2005 mostrou uma alteração favorável de 40,4 para 17,3/1000NV, revelando um declínio importante dos óbitos infantis ocorridos em residentes no Município (SMS, 2008).

À medida que a mortalidade infantil vem decrescendo, no Brasil, sobretudo, em relação ao grupo pós-neonatal, os óbitos passaram a se concentrar, como em outras partes do mundo, no período neonatal e, especialmente no neonatal precoce (AMARAL, CUNHA E SILVA, 2002).

Estudo de VIDAL et al. (2003), sobre óbitos infantis evitáveis em hospital de referência no Nordeste brasileiro, mostrou que 46,6% das mortes infantis estavam

compreendidas na faixa neonatal, evidenciando também alteração no perfil das mortes infantis.

Esta mudança já é percebida a partir do final da década de oitenta, quando o componente neonatal (0 a 27 dias) da mortalidade infantil passou a ter maior destaque em termos proporcionais, representando mais do que 60% das mortes em todo o Brasil, sendo que as mortes neonatais precoces (0 a 6 dias) passaram a ser responsáveis por cerca de 50% dos óbitos infantis, com 25% desses óbitos nas primeiras 24 horas após o nascimento (MS/SVS/SAS, 2009; RIPSA, 2009).

Também no Ceará, a publicação “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Ceará - IDB da SESA”, (2005), a TMI alcançou 22,5/1000 NV no ano de 2004, sendo 14,8/1000 a TMI neonatal e 7,7/1000 a TMI pós-neonatal. Seguindo o padrão nacional e mundial, a proporção de óbitos apresentou a seguinte distribuição: 49,8% entre as crianças de zero a seis dias, 16,1% entre as crianças de sete a 27 dias e 34,1% entre aquelas maiores de 27 dias (SESA/IDB, 2005). Conforme a publicação da SESA - Plano 2008 – 2010, em 2005 os óbitos neonatais passaram a representar 65% dos infantis, sendo que 78% deles ocorreram na primeira semana de vida (SESA, 2008).

A contínua elevação do percentual de mortes neonatais precoces no Ceará é mostrada pelos dados mais atuais da Secretaria de Saúde do Estado (Plano 2008-2010) informando que os óbitos neonatais representaram 65% dos infantis sendo que 78% dos neonatais ocorreram na primeira semana de vida (SESA, 2008).

Em Fortaleza a mortalidade neonatal foi 11,3/1000NV em 2005, significando, porém mais de 50% dos óbitos infantis – 17,3/1000. Vale ressaltar que em relação à mortalidade neonatal precoce, o indicador foi 8,7, representando mais de 70% dos óbitos neonatais ocorridos (SMS, 2008.)

Apesar do reconhecimento das mudanças no perfil das mortes infantis, segundo Camargo, países em desenvolvimento só recentemente têm dado a atenção merecida ao indicador taxa de mortalidade perinatal, para avaliar condições de saúde (CAMARGO, 2008).

1.2 MORTES PERINATAIS: NEGAÇÃO DA VIDA

1.2.1 Aspectos Gerais

Os óbitos neonatais precoces juntamente com os fetais constituem o grupo das mortes no período perinatal, usadas para construir o indicador de mortalidade perinatal, termo que foi proposto por Peller na década de 40, considerando a necessidade de analisar em conjunto os óbitos ocorridos nas duas categorias citadas, por terem fatores causais comuns, sendo desde então utilizado nos países desenvolvidos (LAURENTI E BUCHALLA, 1997).

Até a 9ª Revisão da CID eram considerados óbitos fetais somente os natimortos a partir de 28 semanas de idade gestacional, passando a ser consideradas 22 semanas a partir da CID – 10, conforme referido anteriormente. Tal mudança é explicada por SOBIERAY (2008), para quem o crescimento do número de sobreviventes nascidos com idade gestacional de 28 semanas ou menos foi um fator que levou à discussão e conseqüente mudança desse critério para 22 semanas de gestação. Essa alteração, no entanto, pode significar uma diferença entre os fatores de risco para as mortes perinatais, uma vez que os óbitos fetais, ao serem considerados a partir de 22 semanas de gestação, distanciaram-se dos neonatais precoces. Estudo de KRAMMER et al. (2002) já verificou diferenças entre as causas de mortes fetais e neonatais precoces, em países desenvolvidos. Os autores sugeriram, no sentido de trazer mais esclarecimentos sobre as causas dessas mortes e conseqüente tomada de decisões apropriadas, que tais óbitos possam ser relatados separadamente e com registro diferenciado para mortes fetais ante e intraparto.

Por outro lado, alguns autores referem que óbitos fetais partilham os mesmos determinantes e soluções de óbitos neonatais precoces. Estudo de LANSKY, FRANÇA e LEAL sobre mortes perinatais, em Belo Horizonte, utilizando a classificação de WIGGLESWORTH modificada por KEELING, mostrou o predomínio de mortes por asfixia intraparto – 34,0%, com maior número entre os

óbitos fetais cujo percentual alcançou 41,4%. Óbitos anteparto representaram 30,0% do total de 826 óbitos perinatais. Entre os óbitos neonatais precoces, 51,2% estavam relacionados à imaturidade e 26,6% ocorreram por asfixia intraparto (LANSKY; FRANÇA e LEAL, 2002a).

Percebe-se que, apesar da presença de causas comuns, seus percentuais de ocorrência diferem para os dois tipos de óbitos. Da mesma forma que um dos achados que chamou atenção de KRAMER et al. (2002), foi o percentual menos elevado de asfixia entre os óbitos neonatais precoces, na pesquisa de LANSKY; FRANÇA e LEAL (2002a) o percentual de óbitos fetais por asfixia chega a alcançar um valor maior que 50% em relação aos neonatais precoces.

Atualmente, visando destacar a importância da mortalidade perinatal que se encontra ascendente, na publicação Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (2009), do Ministério da Saúde foi inserida a fórmula para cálculo da taxa de mortalidade perinatal, conforme recomendação da OMS/CID-10 (MS/SVS/SAS, 2009).

Soma do número de óbitos fetais (peso 500g ou 22 semanas de gestação) e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida (ambos de mães residentes)

X 1000

Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais, com peso mínimo 500g ou 22 semanas e mais de gestação)

Este coeficiente estima o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. Taxas elevadas, geralmente, estão associadas a condições não satisfatórias da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RIPSA, 2009) e levam à reflexão de ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto como condições de acesso aos serviços de saúde e qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (MS/SVS/SAS, 2009; RIPSA 2009).

A 10ª Revisão da CID, definindo o limite inferior do período para mortalidade perinatal para 22 semanas de gestação, trouxe certa dificuldade para seu registro que, anteriormente, considerava como critério a idade de 28 semanas. Além disso, ao estabelecer a obrigatoriedade de registro de óbito fetal a partir de 20

semanas de gestação (em vez das 22 preconizadas pela OMS) ou peso no mínimo de 500g ou estatura de pelo menos 25 cm, o Conselho Federal de Medicina, em agosto de 2000, com a Resolução 1601, apenas favoreceu a garantia do registro das perdas fetais conforme a CID-10 (LAURENTI e MELLO JORGE, 2004; LAURENTI, MELLO JORGE, GOTLIEB, 2006).

Aspectos como acréscimo dos óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação e sua influência nas estatísticas dos estudos de tendência, já haviam ressaltado (LAURENTI e BUCHALLA, 1997; LAURENTI, MELLO JORGE, LEBRÃO e GOTLIEB, 2005).

Trabalho de ALMEIDA, ALENCAR, NOVAES, ORTIZ, (2006) refere que desde o final dos anos 20, óbitos fetais já eram registrados na Inglaterra e País de Gales visando à definição de intervenções para o seu controle, porém não eram somados aos neonatais precoces para análise conjunta, proposto por Peller nos anos 40 (ALMEIDA, ALENCAR, NOVAES, ORTIZ, 2006).

Nos Estados Unidos, a partir dos anos 60, quando houve decréscimo da mortalidade materna, a mortalidade perinatal passou a receber atenção como um indicador da assistência obstétrica (CUNNINGHAM et al., 2001).

Pesquisadores que têm dedicado seus estudos à compreensão do evento “morte perinatal” verificam a carência de intervenções apropriadas ao seu combate, como demonstram trabalhos de 1997 e 1998, ao buscar conhecimento sobre causas associadas à morte fetal (AQUINO, 1997; AQUINO E CECCATTI, 1998).

Trabalho de revisão de literatura realizado por DE LORENZI et al (2001) trouxe uma reflexão sobre uma situação que precisa ser discutida e assumida por profissionais e gestores de saúde – o estudo da natimortalidade é muito pouco explorado pelas estatísticas oficiais. Mesmo sendo reconhecida sua importância como indicador da qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, as mortes fetais são menos estudadas que as mortes neonatais.

Outra revisão sobre mortalidade perinatal no Brasil, realizada por FONSECA e COUTINHO (2004) conclui que é necessário conhecer mais sobre seus determinantes e sobre adequação de intervenções adotadas. Além disso, a revisão mostrou que os sistemas de informações oficiais, informatizados sobre nascidos

vivos e sobre mortalidade já estão sendo mais utilizados, porém os estudos sobre mortalidade fetal são ainda pouco freqüentes.

MELLO JORGE, LAURENTI e GOTLIEB (2007) chamam a atenção, também, para esse fato, salientando que, inclusive o Ministério da Saúde tem negligenciado nesse ponto, visto que sequer trabalha os dados sobre natimortalidade. Os óbitos fetais, ainda não são trabalhados rotineiramente pelo Ministério da Saúde e têm no seu registro extrema importância para estudos epidemiológicos sobre atenção ao pré-natal e ao parto, bem como para as decisões quanto às intervenções que devem ser adotadas para a melhor assistência nessas condições (LAURENTI, MELLO JORGE, 2004; LAURENTI, MELLO JORGE, LEBRÃO E GOTLIEB, 2005).

Na verdade, além de não trabalhar óbitos fetais na rotina, o Ministério da Saúde, em uma recente estratégia definiu como uma das prioridades a saúde infantil e materna, nos três níveis de gestão: municipal, estadual e federal, com ênfase na redução da mortalidade materna, infantil e neonatal. O Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal estabelece um compromisso em desenvolver ações para reduzir a mortalidade neonatal e materna em todo o Brasil (MS/SVS, 2004). Mais uma vez, a ocorrência de óbitos fetais, em número praticamente igual aos óbitos ocorridos na primeira semana de vida, não foi alvo da atenção merecida.

Talvez por essa razão tenha sido observado o sub-registro desses dados, conforme demonstraram BARROS et al. em Pelotas, RS – há mais de vinte anos, ao encontrarem sub-registro de 42,1% para mortalidade perinatal e 47,8% para mortes fetais, apesar da reconhecida confiabilidade dos sistemas de informações em saúde, naquela cidade (BARROS et al., 1985).

Esses são achados que devem, verdadeiramente, motivar a busca de conhecimento sobre os óbitos fetais, aqueles que absolutamente não viram a luz e que contribuem, silenciosamente, para a perda de oportunidades de vida. O conhecimento sobre suas causas pode dar suporte à decisão quanto a intervenções que resultem na evitabilidade destes óbitos.

O silêncio sobre intervenções, sobre medidas para seu controle pelo sistema de saúde apresenta agora, em 2009, uma perspectiva de despertar com propostas de investigação e análise de óbitos que inclui, finalmente, os óbitos fetais, de ocorrência

cada vez mais freqüente e cuja investigação vem sendo proposta, de longa data, sem, entretanto, ter obtido, ainda, a adesão de técnicos e gestores para sua realização.

1.2.2 A Evitabilidade dos Óbitos

Segundo SUÁREZ-VARELA et al. (1996), é considerada evitável a morte cuja causa apresente estreita relação com a assistência de serviços médicos.

Na verdade, evitabilidade de um problema de saúde é um conceito que foi desenvolvido por RUTSTEIN et al. nos Estados Unidos, quando, nas décadas de 30 a 60, a redução da mortalidade infantil, em resposta a intervenções dos serviços de saúde, passou a representar um “evento sentinela” da qualidade da atenção médica. Este termo se refere à ocorrência de qualquer caso de doença/incapacidade/óbito para o qual se deve questionar por que ele aconteceu, por que não foi evitado (RUTSTEIN et al., 1976)

No início dos anos 80, na Inglaterra, ALBERMAN defendeu que a classificação das causas de óbito, de acordo com a possibilidade que se tem de preveni-los, é uma medida para conhecer mais sobre seus determinantes e, conseqüentemente, poder atuar na sua evitabilidade (ALBERMAN, 1980).

Com base nesta premissa, a classificação de WIGGLESWORTH (1980) (para quem mortes de recém-nascidos com mais de 2.500g são influenciadas pelo manejo obstétrico), modificada por KEELING et al. (1989), tem sido amplamente utilizada para conhecer causas de mortes perinatais e sua ligação com as intervenções ofertadas nos serviços de saúde. São relacionadas cinco categorias fisiopatológicas: mortes anteparto, malformações congênitas, prematuridade – nascidos vivos com menos de 37 semanas de gestação – asfixia intraparto, causas específicas como infecções e outras.

No Brasil, são conhecidas outras classificações com esta finalidade, como sejam: a classificação de evitabilidade da Fundação Estadual de Análise de Dados – SEADE, (ANEXO 8) e a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenção no

Âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, de MALTA et al. (2007), (ANEXO 9). Estas classificações organizam os óbitos em agrupamentos de causas básicas, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Ambas, porém, trabalham com referência a óbitos de menores de um ano e de menores de cinco anos, respectivamente, não tendo sido consideradas apropriadas para este estudo, uma vez que não incluem dados sobre óbitos fetais.

Os óbitos infantis concentrados nos primeiros seis dias de vida, sobretudo, no primeiro dia, mostram uma relação com a atenção à saúde da gestante e da criança na assistência ao pré-natal, parto, nascimento e em unidade neonatal (RIPSA, 2009). Desta forma, investigar os óbitos e suas causas e conhecer a possibilidade de sua prevenção permitem buscar a compreensão sobre prováveis falhas na intervenção - algo que, se aplicado, provavelmente, teria evitado aquela morte. Ao serem detectadas tais situações, as chances de correção e conseqüente redução de tão negativos eventos podem ser encontradas.

1.2.3 Importância do Estudo

A ocorrência de óbitos nesse período tem um significado de impotência na garantia da chance de vida para uma pessoa. Causa descontentamento, decepção a mães e familiares e profunda frustração aos profissionais que lidam com a situação. Dessa forma, as informações sobre as mortes fetais e de recém-nascidos ocorridas precocemente revestem-se de fundamental importância para o conhecimento e a proposição de programas e políticas de saúde adequados em uma rede, sistema de saúde, particularmente aqueles que se referem à atenção materno-infantil.

Segundo LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C., conhecer óbitos preveníveis que são determinados por falhas no sistema de saúde e diferenças no acesso e qualidade da assistência, bem como elevadas taxas de mortalidade perinatal intimamente relacionadas com o desempenho dos serviços de saúde, requerem a atenção dos gestores da saúde para a oferta de acesso a serviços de qualidade e oportunos para a população (LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C., 1999).

Estudo mais atual sobre fatores de risco para morte fetal *ante parto* encontrou elevado percentual de casos relacionados ao pré-natal inadequado, recém nascido pequeno para idade gestacional (PIG), hipertensão arterial na gestante, e mãe sem união estável. Mostrou ainda a ocorrência de problemas como sangramento durante a gestação e presença de malformação congênita (ALMEIDA et al., 2007).

Informações recentes, do Ministério da Saúde, sobre análise de óbitos infantis por grupos de causas, segundo a CID-10, revelam que desde 1999 as afecções perinatais e malformações congênitas encontram-se no patamar das causas de mortes no primeiro ano de vida, como primeira e segunda causas mais freqüentes (MS/SVS/SAS, 2009).

O aumento da participação das malformações congênitas nos óbitos infantis pós-neonatal vem sendo explicado pelo maior acesso e investimento na atenção ao pré-natal e aos recém-nascidos de alto risco, o que vem contribuindo para elevar a sobrevivência das crianças durante o período neonatal. (MS/SVS/SAS, 2009). O documento do CLAP – Sistema Informático Perinatal (2007), confirma “A qualidade da atenção se sustenta na organização de serviços e em um sistema de informação adequado para que o sistema de saúde conte com informações precisas e oportunas dando suporte à tomada de decisões” (CLAP/SIP, 2007).

De fato, a existência e o conhecimento sobre as informações acerca da situação de saúde de uma população representam um caminho que conduz ao planejamento e execução de intervenções apropriadas pelo setor, no cumprimento das diretrizes organizacionais do sistema de saúde, na humanização do atendimento, na qualidade das ações ofertadas e no respeito e conquista ao direito à vida.

A união entre profissionais, gestores da saúde e comunidade pode evitar a ocorrência de mortes consideradas evitáveis por meio de uma melhor gestão do cuidado da saúde, no pré-natal, no parto e nascimento em defesa do direito à vida.

É preciso encontrar resposta para duas questões de VICTORA e BARROS (2005) sobre desafios que permanecem: como alcançar as famílias mais pobres ou *menos esclarecidas*¹, que tendem a ser consistentemente excluídas e como garantir

¹ Nota: acréscimos da autora desta pesquisa.

que as intervenções essenciais tenham altos níveis de qualidade, *incluindo comunicação apropriada*² para assegurar que a cobertura seja efetiva.

1.2.4 A Situação no Município de Fortaleza

Fortaleza, capital do Estado do Ceará, está localizada no litoral Norte do Estado, com uma área de 313,8 Km². Está dividida, geográfica e administrativamente, em seis Secretarias Executivas Regionais, nas quais funcionam os distritos de: saúde, educação, finanças, meio ambiente, assistência social e infraestrutura, com a responsabilidade de desenvolver o papel executivo das políticas setoriais, definindo prioridades, de forma articulada, em uma rede de proteção social (ANDRADE, 2006; SMS, 2007)

É considerada a quinta maior cidade do país, com uma população estimada em 2 374 944 hab. (IBGE, 2005).

Conforme o Relatório de Gestão – 2006, da Secretaria Municipal de Saúde, o sistema municipal de saúde é constituído de uma rede de serviços primários, secundários e terciários distribuídos nas seis Secretarias Executivas Regionais – SER. A população vinculada a cada unidade básica de saúde é identificada por meio do reconhecimento do território de abrangência (SMS, 2007).

Em relação à saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil no ano de 2004 foi de 20,9 por 1000, sendo 14,2 a neonatal e 6,7 a pós-neonatal. A mortalidade proporcional neonatal precoce representou 49,4% e a mortalidade proporcional neonatal tardia, 18,5%. Para a mortalidade proporcional pós-neonatal o percentual foi 32,1% (IDB-CE, 2005). Dados de 2005 mostraram queda da taxa de mortalidade infantil para 17,3/1000NV, sendo que a neonatal foi de 11,3/1000 enquanto 8,7 foram representadas por óbitos neonatais precoces (SMS, 2008).

As Tabelas 1.1 e 1.2 mostram a distribuição de óbitos infantis e óbitos fetais, respectivamente, ocorridos em Fortaleza, no período 2000 a 2005 (SESA/DEEPI,

² Nota: acréscimos da autora desta pesquisa.

2009). Verifica-se que cerca da metade dos óbitos infantis ocorre nos primeiros seis dias de vida e aproximadamente 70% vem acontecendo entre os menores de 28 dias. Apresenta, também, uma evolução destes indicadores, que pode ser considerada estável. (Tabela 1.1).

Tabela 1.1 Óbitos infantis de residentes, segundo faixa etária, Fortaleza, 2000 a 2005

Ano do óbito	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	Total < 1 ano
2000	494	133	283	910
2001	353	116	236	705
2002	473	227	273	973
2003	422	150	391	963
2004	421	158	274	853
2005	415	113	274	802

Fonte: SESA – Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2008

A Tabela 1.2 mostra um aumento constante do número total de óbitos fetais, a cada ano, até 2005, o que é bastante expressivo em relação ao período gestacional 22 a 27 semanas.

Tabela 1.2 - Óbitos fetais de residentes, segundo duração da gestação, Fortaleza, 2000 a 2005

Ano do óbito	Semanas					Total
	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 e +	
2000	30	22	27	21	8	108
2001	50	34	43	52	3	182
2002	77	67	78	59	8	289
2003	112	58	90	85	6	351
2004	122	73	98	102	5	400
2005	131	85	105	87	3	411

Fonte: SESA – Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2008

A comparação dos dados das duas tabelas evidencia que o número de óbitos fetais (Tabela 1.2) é praticamente igual ao de óbitos neonatais precoces (Tabela 1.1),

com crescimento anual dos primeiros, merecendo, portanto, dedicação ao conhecimento das causas não só de óbitos neonatais, mas, também dos óbitos fetais, o que possibilitará incluir ações mais efetivas nos cuidados com o pré-natal, o parto, o nascimento e o recém-nascido.

O documento final do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, 2006-2009/SMS, publicado em 2008, apresenta proposta para aumento de cobertura de consultas de pré-natal, planejamento familiar e redução de partos cesáreos, em relação à diretriz promoção da atenção integral à saúde da mulher. No que se referem à saúde da criança, as metas apresentadas são: reduzir a mortalidade infantil e neonatal, o baixo peso ao nascer e implantar o Comitê Municipal, bem como os Comitês Regionais de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal (SMS, 2008).

Finalmente, surge uma decisão que inclui a prevenção de óbitos fetais! A partir desta ação, provavelmente, o conhecimento sobre a situação destas mortes ganhará maior compromisso com sua redução e orientará uma melhor intervenção. Além disso, há também referência à construção do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza sob a lógica do modelo de atenção integral, por entender que a integralidade orienta a cadeia de cuidados progressivos à saúde, bem como a promoção à saúde e, inclui diálogo com outras áreas de conhecimento (SMS, 2008)

Cabe aqui uma indagação: Quais os limites e as possibilidades da integralidade no contexto do Sistema de Saúde Municipal para evitar e reduzir os óbitos de crianças, especialmente, os óbitos perinatais?

1.3 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no final da década de 80, pela Presidência da República, com o objetivo de identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas de saúde e assistir as

pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais e preventivas (PR/LOS, 1991).

Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que reconhece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o SUS visa à redução do risco de doenças e agravos bem como ao alcance de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. O artigo 198 declara ainda que: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização com direção única em cada esfera de governo e participação comunitária” (CF, 1988; MERCADANTE et al., 2002).

O Ministério da Saúde publicou documento chamando atenção para os princípios doutrinários que norteiam a construção do SUS, baseados nos preceitos constitucionais que são:

- Universalidade – direito de acesso do indivíduo a todos os serviços públicos de saúde ou contratados pelo poder público;
- Equidade – garantia de serviços de acordo com a complexidade e necessidade requeridas, até o limite do que o sistema possa oferecer para todos;
- Integralidade – reconhece na prática dos serviços que:
 - cada pessoa é um ser indivisível e integrante da comunidade;
 - as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam, também, um todo indivisível;
 - as unidades de saúde nos diferentes graus de complexidade se complementam e configuram um sistema capaz de ofertar assistência integral e que
 - o homem é um ser integral – bio-psico-social, devendo ser atendido com esta visão, no sistema de saúde (MS/SNAS, 1990).

A regulamentação dessas diretrizes e princípios se deu pelas Leis 8080 e 8142 da Presidência da República (PR/LOS, 1990). A primeira, delineando um

modelo de atenção e demarcando as linhas para redistribuição das funções entre os entes federados – união, estados e municípios (MERCADANTE et al., 2002) e a última criando as instâncias colegiadas – Conferência e Conselho de Saúde – visando à garantia da participação social na política de saúde, bem como a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área de saúde (PR/LOS, 1990).

Com a finalidade de promover a organização e o funcionamento do SUS, ao longo desses anos, foram elaboradas Normas Operacionais Básicas, do SUS (NOBs), durante a década de 1990. Em 2001, objetivando garantir a integralidade da atenção no sistema de saúde, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 definiu o processo de regionalização da assistência através do reforço da Programação Pactuada e Integrada (PPI), do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do estabelecimento de Termos de Compromisso entre secretarias estaduais e municipais de saúde, visando à criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema de Saúde (MS/SAS, 2001a).

A organização ou a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil fortaleceu a Atenção Básica, como eixo estruturante do sistema, por meio da criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, o qual foi posteriormente reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Modelo de atenção ou modelo assistencial é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas (PAIM, 2003). Na estratégia saúde da família, as atividades são realizadas em um território definido, com uma população determinada e vinculada à unidade de saúde sede da equipe multiprofissional que atua por meio de atenção integral e contínua à saúde das pessoas e da comunidade, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Este modo de trabalho, sempre baseado no respeito e no trato humanizado, favorece o vínculo entre profissionais e famílias, a compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções conforme os problemas existentes, (MS/SAS, 2001b).

No texto elaborado para o XIX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Belo Horizonte, 26 – 30/04/2003, Barata, Tanaka e Mendes afirmaram ser a consecução de alguns princípios do SUS, entre eles o da integralidade, dependentes da regionalização e hierarquização de serviços que visam

modificar a maneira não integrada que caracterizava o modelo de atenção à saúde anteriormente. Sem referências estabelecidas formalmente, ficava à própria população a decisão de buscar e descobrir onde obter o atendimento necessário (BARATA, TANAKA e MENDES, 2003)

A partir de 2003, após um amplo processo de negociação de instâncias gestoras do SUS – Conselho Nacional de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissões Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT), convocadas pelo Ministério da Saúde, foi definido, em um debate solidário, um compromisso público denominado Pacto pela Saúde 2006. Tal Pacto, baseado nos princípios reconhecidos do SUS e nas necessidades de saúde da população, estabeleceu prioridades articuladas e integradas em seus três componentes tais sejam: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (MS/SE, 2006; MS/GM/Portaria 399, 2006; SILVA, 2008).

O Pacto pela Vida apresenta um conjunto de prioridades para o território nacional, entre as quais a redução da mortalidade infantil e materna, ajustáveis conforme necessidades locais. São compromissos estabelecidos neste Pacto: promover a saúde por meio da construção de políticas e ações que incentivem hábitos saudáveis, bem como fortalecer a atenção básica através de estratégias organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (PSF) e formação adequada dos profissionais (MS/SE, 2006; MS/SAS, 2001).

A Política Nacional de Atenção Básica, tendo como estratégia organizadora a estratégia Saúde da Família, tem como fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos, integralidade em seus vários aspectos - integração de ações espontânea e programada, articulação de ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços - relações de vínculo com a população adscrita com continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado, estímulo à capacitação dos profissionais, avaliação e acompanhamento dos resultados e estímulo à participação popular e controle social. Define para o processo de trabalho, entre outras, ações focalizadas sobre grupos de risco, ações educativas e intersetoriais visando controle de agravos e qualidade de vida (MS/SAS, 2007; MS/SGEP, 2007).

Considerando os princípios e diretrizes, bem como os objetivos do SUS, e o processo evolutivo de sua organização e funcionamento, assim como as prioridades definidas no Pacto pela Saúde, um dos problemas mais graves a ser enfrentado, ainda, continua sendo a mortalidade infantil para os quais o conhecimento do indicador e dos processos que o determinam, são fundamentais.

A redução da mortalidade infantil e, mais especificamente da mortalidade neonatal e perinatal (apesar de não citadas no Pacto), é uma situação que requer, além da qualidade da atenção ofertada pelo profissional, um comportamento da própria mulher na busca desta atenção, e que se fundamenta no saber que ela detém sobre suas necessidades reais de saúde. Requer o funcionamento de um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que seja capaz de ofertar, nos seus diversos pontos de atendimento, atenção conforme o risco sob o qual o(a) paciente se encontre, fortalecido por uma inter-relação dos profissionais e destes com pacientes atendidos nesses diferentes pontos do sistema.

Nesse relacionamento entre profissionais e pacientes, ALVES (2005) destaca o desenvolvimento de práticas de educação em saúde, particularmente em atenção ao princípio da integralidade.

Em relação à atenção às gestantes, vários estudos vêm mostrando que não se caracteriza, ainda, pela qualidade esperada (FORMIGLI et al., 1996; SILVA et al., 1999; AMARAL, CUNHA e SILVA, 2002; HADAD, FRANÇA e UCHOA, 2002; FRIAS et al., 2002).

O conhecimento destas situações citadas leva a concordar com LANSKY et al (2002a), quando fazem referência à organização da assistência em serviços regionalizados na determinação de maior e mais oportuno acesso aos serviços de saúde e redução das mortes no período perinatal. A organização de serviços regionalizados e hierarquizados pode colaborar na integralidade da atenção, na organização das práticas e das estruturas dos serviços de saúde, fundamentais para tornar real, dar consistência e consequência aos princípios do SUS estabelecidos constitucionalmente em resposta aos anseios da população por um sistema de saúde incluyente, responsável e efetivo (LANSKY et al., 2002a).

Foi enfatizado, ainda, por LEAL et al (2004) que os dados sobre mortalidade das crianças, sobretudo aqueles que informam óbitos neonatais precoces, assim como

óbitos fetais, podem refletir assistência inadequada no acompanhamento do pré-natal, do parto e do atendimento imediato e primeiros dias de vida do recém-nascido e, que muitas vezes, são óbitos considerados evitáveis.

A organização de uma rede de assistência perinatal pode beneficiar o binômio mãe-filho, no Brasil. O fortalecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada pode significar a oferta de tecnologia apropriada e pessoal especializado em pontos determinados do sistema de saúde, de modo a garantir cuidados intermediários e intensivos qualificados, de acordo com a necessidade requerida, modificando de forma positiva a sobrevivência dos recém-nascidos (RIPSA, 2009). De acordo com PAPIERNICK (2001), a regionalização da assistência perinatal resultou em redução da mortalidade perinatal em países europeus nos anos 70.

Para conhecer os eventos ocorridos na trajetória das crianças que morrem antes de completar um ano de vida, a equipe responsável pela política estadual de saúde da criança da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA-CE realizou seminários regionais e municipais com o propósito de conhecer os problemas associados aos óbitos e decidir intervenções para corrigir falhas identificadas em relação à qualidade e à organização dos serviços (SESA, 2002a). Resultou desse trabalho, a partir de 2001, a criação de formulários para registrar variáveis associadas com o desfecho óbito. Estas variáveis são relacionadas à mãe, à criança e ao seu próprio atendimento em unidades de saúde. Desde então, estes formulários passaram a ser usados oficialmente, por força da Portaria Estadual N° 2508/02, para o registro de dados após os óbitos, bem como análise periódica dos mesmos pelas equipes de saúde da família, pelos municípios e regionais de saúde. (SESA, 2002a; 2002c).

A análise dos óbitos sugeria que, apesar do desenho do sistema de referência e contra-referência pactuado na região, o atendimento programado não era efetivado em grande parte dos casos referidos. Inicialmente, não havia um mecanismo de regulação, o que posteriormente passou a ser efetivado por meio das centrais de marcação de consultas e de regulação da internação hospitalar. O complexo regulador do sistema de saúde foi criado para organizar a marcação de consultas, o agendamento de procedimentos eletivos e estabelecer a comunicação entre as unidades, inclusive para viabilizar internações hospitalares (SESA, 2002a).

Contudo, a realidade encontrada durante estes seminários não refletia a observância aos princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde – SUS, princípios segundo os quais os serviços de saúde se organizam para produzir mudanças no quadro epidemiológico e ambiental e nas condições de vida e de saúde das pessoas, e que, segundo BECH (2002) devem alcançar muito além da produção de consultas médicas e de ações preventivas.

A organização de sistemas regionalizados de atenção à saúde, possibilitando acesso a serviços de complexidade tecnológica necessária à resolução de problemas de saúde que deles requeiram atenção, auxilia a garantia da integralidade (SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C., [S.d.]).

- A Integralidade da Atenção à Saúde e a evitabilidade dessas mortes

O princípio da integralidade foi concebido pelo movimento da Reforma Sanitária que, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), sistematizou as bases conceituais para a Reforma Sanitária brasileira e a implantação do SUS (PAIM, 2002). Tendo uma função organizativa nos diferentes pontos do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, definidora da mudança no modelo assistencial, seu significado, abrangente e diversificado, envolve uma compreensão ampla o que torna complexa sua conceituação.

No entendimento de vários estudiosos como FURTADO e TANAKA (1998), a integralidade engloba diversas dimensões como:

- centralização do foco de atenção no ser humano, considerado na sua totalidade e não apenas na doença;
- assistência à saúde ofertada nos diversos níveis de complexidade tecnológica do sistema de saúde;
- oferta de atenção diferenciada para aqueles que se encontram em situações desiguais;
- interferência nas condições gerais de vida da população.

Alguns autores especificam aspectos como formulação de políticas governamentais com participação da população e outro ligado ao conhecimento e

práticas dos profissionais de saúde (CECÍLIO, 2001; PINHEIRO, FERLA E SILVA JUNIOR, 2007). Este último é fortalecido por LUZ (2004) e CECCIM (2004), ao afirmarem a importância das relações entre profissionais e pacientes pautadas por acolhimento e respeito, reforçando a atenção provida de acordo com as necessidades dos pacientes.

É possível perceber, então, que a integralidade da atenção, no espaço delimitado de um serviço, se concretiza pelo atendimento de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo, baseado em compromisso, solidariedade, saberes e práticas.

Um breve resgate histórico da evolução da organização das ações de saúde no Brasil faz lembrar que o Programa de Atenção Integral à Mulher, no começo da década de 80, tornou explícito o princípio da integralidade, quando, juntamente com outros programas, trouxe ao cenário de debates a temática dos modelos assistenciais com foco no atendimento integral (GIOVANELLA, ESCOREL, LOBATO, 2008).

Há mais de duas décadas, REZENDE, em seu livro intitulado *Obstetrícia*, reconhecia a importância de condução especial à gestante de alto risco e à necessidade de hierarquização do risco gestacional e da garantia de encaminhamento da gestante aos centros de atenção mais especializados (REZENDE, 1995). Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI (OPS/OMS) é uma estratégia focalizada no manejo integrado de casos por meio de avaliação, classificação, conduta (tratamento ou referência), aconselhamento e retorno, dirigida a gestantes e crianças. São estratégias que reforçam a atenção integral, que podem reduzir mortes perinatais.

Segundo PINHEIRO (2001) há uma nítida linha divisória entre as transformações já ocorridas no sistema de saúde e as mudanças que ainda faltam acontecer nas estruturas das instituições de saúde, nas quais as práticas podem se tornar mais eficazes como potente ferramenta de construção do SUS e da materialização da integralidade como direito e como serviço.

MATTOS (2001) trouxe uma reflexão sobre os sentidos da integralidade pautados em três eixos: 1º) práticas dos profissionais de saúde; 2º) organização dos serviços e 3º) políticas governamentais.

Na análise de MERCADANTE et al., (2002), a regulamentação do SUS, que se deu através da Lei 8.080 de 1990, valoriza a cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, quando detalha os princípios e diretrizes sob os quais o sistema passa a ser organizado e as competências e atribuições nas três esferas de governo, buscando delinear o modelo de atenção à saúde, configurado na universalidade, equidade e integralidade da assistência. Aqui se ressalta outro eixo da integralidade, qual seja a integração das responsabilidades de União, Estados e Municípios.

No Ceará, o modelo oficial adotado, visando ao alcance da integralidade da oferta de atenção à saúde, está organizado com base nos três níveis de complexidade da atenção em saúde: primário ou básico, secundário e terciário. O Programa Saúde da Família – PSF é a estratégia vigente, desde 1955, para as ações de Atenção Básica realizadas em todos os municípios do Estado, com cobertura variável – 15% em Fortaleza, até 100%, principalmente em outros municípios. Um conjunto de municípios que compartilham os seus serviços de saúde forma uma rede assistencial integrada, compondo 21 microrregiões assistenciais de saúde, para atendimento especializado aos pacientes conforme suas necessidades. Para garantir, de forma racional, o acesso universal da população aos serviços de saúde de maior complexidade, o Estado está organizado em três macrorregiões, a saber: Fortaleza, Sobral e Cariri (SESA, 2002b).

A integração dos três níveis de atenção deve utilizar mecanismos articuladores, entre os quais, o sistema de referência e contra-referência, com definição de responsabilidades em cada nível de complexidade tecnológica (SESA, 2002b).

Dessa forma, o atendimento iniciado no domicílio ou, mais freqüentemente, nas unidades básicas de saúde, quando necessitar de atendimento especializado, deverá ter referência e encaminhamento do paciente ao serviço requerido, de acordo com a organização pactuada entre gestores municipais e gestor estadual.

Entende-se, no entanto, que nenhum destes níveis dispõe da totalidade de recursos e competências que possam solucionar todos os problemas de saúde da população, levando a concluir que, além do acesso, alcançar integralidade dessas ações para um atendimento completo, constitui-se em diretriz e princípio que

objetiva resolver os problemas de saúde, com a possibilidade de fazê-lo, reduzindo iniquidades.

É percebido, então, como uma necessidade, conhecer os serviços quanto ao alcance da integralidade da atenção à saúde e suas repercussões no desfecho do atendimento - promoção, recuperação da saúde, ocorrência de óbitos, considerando práticas adequadas dos profissionais, atenção abrangente com diversidade tecnológica por níveis de complexidade e que inclua dimensões biológicas, comportamentais e sociais.

Na perspectiva de elucidar essa questão, GIOVANELLA et al. (2002) afirmam que, embora o monitoramento e a avaliação tenham se tornado mais freqüentes, ainda são poucas as metodologias apropriadas para avaliar os sistemas de saúde, em especial, quanto à diretriz da integralidade da atenção a qual, ao contrário da descentralização e da universalização de acesso, parece ainda distante de ser alcançada. Estes pesquisadores realizaram estudo para desenhar uma metodologia de avaliação da integralidade na gestão e na organização dos sistemas municipais, a partir da construção de um conceito de integralidade composto por quatro dimensões:

1. primazia das ações de promoção e prevenção;
2. garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica;
3. articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação;
4. abordagem integral do indivíduo e famílias, sendo que para cada uma destas dimensões, os autores apresentaram critérios de avaliação.

Segundo CAMPOS, C. E. A. (2003) e reforçado por CAMPOS, J. (2004), é preciso mudança das práticas de saúde no campo institucional – organização e articulação dos serviços de saúde, como também das práticas dos profissionais, das quais depende o processo de saúde integral, sem esquecer a importância da prioridade atribuída pelos gestores ao alcance da integralidade.

Um retorno no tempo mostra que BARROS et al. (1984) referiam, já há mais de duas décadas, as dificuldades no manejo clínico das gestações de alto risco para explicar uma parte do elevado número de mortes perinatais em idades gestacionais mais precoces. Atualmente, refletindo sobre tais achados, questiona-se se estariam eles relacionados à organização de serviços ou, ainda, às práticas dos profissionais ou

às políticas governamentais? Ou o produto de uma articulação entre dimensões ou eixos refletidos posteriormente por GIOVANELLA et al. por Mattos et al e por Pinheiro?

Para LIPPI, (2009), uma prática que prevê cuidados diferenciados à saúde, considerando a possibilidade da sua detecção e embasando decisões para organizar serviços hierarquizados, é a utilização do enfoque de risco. Assim, no pré-natal, estes riscos podem ser identificados entre:

- *potenciais*, como baixa escolaridade e idade materna, que merecem cuidados preventivos para que não se transformem em riscos reais;
- *reais* estabelecidos durante o período da gestação, no feto ou no recém-nascido como hipertensão arterial na mulher, prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções. Para os riscos detectados há a necessidade de atenção especial, em geral, nos serviços que ofertam assistência de alta complexidade.

BERTONI, em publicação do CLAP/OPS/OMS, já comentava que o enfoque de risco permite entender que nem todos os indivíduos têm as mesmas probabilidades de ocorrência de determinados fatos, como a morte, por exemplo, e que mais atenção devem receber os que apresentam maior risco. As gestantes, podendo ser classificadas como pacientes de baixo, médio e alto risco, requerem, obviamente, atenção em serviços de complexidade compatível com as necessidades identificadas (BERTONI, 1981).

Isto requer também qualidade no atendimento, como já informavam RYAN e SCHNEIDER (1978) ao referirem-se à boa qualidade no acompanhamento do pré-natal, inclusive em relação aos problemas sociais e nutricionais da gestante, os quais podem ter considerável influência nas complicações gestacionais e na mortalidade perinatal.

SEGRE (2001) chama atenção para a necessidade de um mecanismo eficiente de referência e contra-referência de pacientes que precisem de acesso a níveis de maior complexidade do sistema de saúde. A autora destaca ainda que, a regionalização possibilita o atendimento dimensionado conforme a hierarquização dos serviços de saúde adequados à situação do paciente.

Para que o paciente esteja seguro quanto à existência de um sistema integrado de serviços, LEATT, PINK e GUERRIERE (2000) propõem dez critérios, dos quais

foram ressaltados – para este estudo – aqueles mais relacionados com a saúde perinatal:

- não se restringir a um nível de atenção inadequado;
- dispor de um provedor de serviços ligado à atenção básica, 24 horas;
- ter acesso fácil e oportuno aos diversos exames e profissionais;
- receber informações claras e precisas sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
- receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

Estes são critérios que merecem ser analisados pelos gestores de unidades de saúde, a fim de utilizá-los em sua rotina de trabalho, de modo a beneficiar pacientes em decisões mais conscientes.

1.4 JUSTIFICATIVA: A MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

As reflexões e inquietações acerca da fragmentação das ações nos serviços e sistemas de saúde e suas possíveis relações com a evitabilidade dos óbitos infantis e perinatais têm acumulado preocupações. São preocupações que se estendem a partir de uma visão desde a organização dos serviços de saúde, oferta de ações de promoção, recuperação da saúde, prevenção e cura de doenças. Incluem, ainda, o próprio processo de capacitação de pessoal, o qual não se utiliza de métodos que criem oportunidade de juntar profissionais de diferentes pontos de atenção para análise, discussão de situações ou patologias de pacientes que caminham pela rede do sistema de saúde. Outra preocupação se detém sobre a relação dos profissionais entre si e com pacientes, como se produzem e o que podem alcançar.

Assim, é preciso encontrar respostas, a partir do conhecimento da realidade, que possam auxiliar na tomada de decisões efetivas a fim de obter redução do número de óbitos perinatais.

- Como se dá a atenção integral no sistema de saúde?
- A integralidade da atenção à saúde tem relação com a evitabilidade de óbitos perinatais?
- Quais as características desses óbitos?

As inquietações e expectativas, geradas a partir de vivências durante um período de mais de uma década no Sistema de Saúde Estadual e, principalmente, o aumento de óbitos perinatais que, muitas vezes, poderiam ter sido evitados, trazem a motivação para ampliar o conhecimento sobre a integralidade da atenção à saúde, na assistência perinatal em Fortaleza, capital do Estado do Ceará – como o sistema está organizado e como funciona. A compreensão sobre fatores que podem influenciar seu funcionamento, como o comportamento e a percepção das mulheres assistidas, as próprias práticas dos profissionais que as assistem e, refletindo sobre os achados, reconhecer a necessidade e incorporar condutas e práticas que possam assegurar uma atenção realmente integral na rede de serviços que compõem o sistema de saúde.

Em face ao exposto, justifica-se este trabalho que visa, em última análise, por meio do estudo do registro das mortes perinatais e, também, do relato de algumas mães, conhecer a situação do sistema de saúde quanto à sua integralidade, especificamente na área de assistência perinatal.

A expectativa é que um Sistema de Saúde, organizado na lógica da regionalização e hierarquização, assegurando integralidade na atenção em suas dimensões completas, conduzindo à garantia de atenção qualificada do pré e perinatal, seja capaz de evitar a maioria dos óbitos perinatais considerados evitáveis (Figura 1.1).

Figura 1.1 - A atenção no sistema de saúde para controle de óbitos perinatais

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar óbitos perinatais ocorridos em residentes em Fortaleza, no ano de 2006, como subsídio para compreender o potencial da integralidade da atenção ofertada no sistema de saúde local.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar criticamente as variáveis relacionadas aos óbitos perinatais.
- Conhecer a percepção de mulheres que tiveram parto na rede pública de serviços de saúde de Fortaleza, quanto à assistência e integralidade da atenção perinatal.
- Estabelecer critérios de evitabilidade das mortes perinatais procurando relacionar tais achados com a atenção ofertada pelo Sistema de Saúde.

3. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Para atender aos objetivos deste trabalho, o estudo foi conduzido por meio da adoção de duas abordagens: quantitativa e qualitativa.

Abordagem quantitativa, caracterizada por pesquisa transversal retrospectiva, a partir de dados de fonte secundária dos sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos, para descrever as características clínico-epidemiológicas dos óbitos perinatais, o perfil sociodemográfico de suas mães e condições relacionadas à gestação e ao parto.

Abordagem qualitativa, por meio de coleta de dados de fonte primária, com aplicação de entrevistas utilizando roteiro semi-estruturado, para obter o conhecimento da percepção de mulheres que tiveram parto, quanto à assistência e à integralidade da atenção perinatal, na rede pública de serviços de saúde de Fortaleza. Na abordagem qualitativa a coleta de informações possibilita riqueza em detalhes, capazes de descrever e compreender, com maior profundidade, determinado fato (GARCIA – NÚÑEZ, 1992; VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000), levando em conta o significado subjetivo que lhe é atribuído pelos indivíduos (WEBER, 1964).

A combinação de abordagens pode favorecer uma melhor compreensão sobre o problema estudado. Alguns dos benefícios apresentados são: a congregação de dados específicos (método quantitativo) com uma visão mais global do problema (método qualitativo) e a complementação de fatos associados ao uso do método quantitativo para uma visão mais dinâmica da realidade, obtida por meio do emprego de método qualitativo. Na afirmação de MILLES (1979), a análise conjunta de dados qualitativos e quantitativos pode ser considerada mais rica, mais completa e mais real. Tal afirmativa foi reforçada por MINAYO e DESLANDES (2002) acrescentando a contribuição para compreender a subjetividade dos sujeitos explicando, com mais profundidade, os sentidos, as diferenças, e, desta forma, traduzindo, cada uma a seu modo, as articulações entre o individual e o coletivo, presentes no complexo processo saúde-doença-atenção. Essa posição é complementada e fortalecida por TANAKA e MELO (2004a e 2004b), ao afirmarem que o uso simultâneo das duas abordagens possibilita compreender com maior profundidade a dinâmica interna do fenômeno e entender o significado dos aspectos dos serviços avaliados, encontrando na abordagem qualitativa explicações e aprofundamento de aspectos identificados na quantitativa.

3.1 PARTE I - ÓBITOS PERINATAIS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA

3.1.1 Os sistemas de informações SIM e SINASC. Relacionamento entre os Bancos de Dados

A abordagem quantitativa visou mostrar a situação da mortalidade perinatal em Fortaleza – CE, em 2006, a partir de dados dos sistemas oficiais de informações em saúde sobre mortalidade e sobre nascidos vivos.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado e implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1975, com posterior publicação do Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde sobre o uso da Declaração de Óbito (LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D., 2006; MS/FNS, 2001). O documento básico é a “Declaração de Óbito” – DO (ANEXO 13) que registra óbitos fetais e não fetais. Informa dados do morto e, quando referente ao óbito fetal e ao óbito de menores de um ano, traz o peso ao nascer, informações sobre os pais, a gestação, o parto, filhos anteriores. Abrange ainda o local, a causa do óbito (básica – que iniciou a cadeia de acontecimentos que levaram ao óbito e as demais causas que contribuíram para o desfecho).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado oficialmente no Brasil em 1990. Coleta e produz informações sobre o nascimento, representadas por dados da mãe, da gravidez, do parto e do recém-nascido, o que permite o conhecimento do perfil de saúde destas crianças (SILVA, 2003; MELLO JORGE et al., 1992; RIPSA, 2008). Inclui peso ao nascer, índice de Apgar, sexo, local de ocorrência, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, consultas de pré-natal, idade da mãe, instrução da mãe, filhos tidos (nascidos vivos ou nascidos mortos). Desta forma, requer precisão nos registros, de modo que possam, os mesmos, ser suporte adequado às decisões que visem à melhoria da atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido. Utiliza a “Declaração de Nascido Vivo” – DN (ANEXO 12) como documento básico padronizado, que deve ser preenchido para

todos os nascidos vivos, como instrumento de coleta dos dados, à semelhança do SIM que utiliza a DO – Declaração de Óbito (MS, 2001).

O SINASC permite construir indicadores a partir de dados do próprio sistema ou utilizando, também, informações das declarações de óbitos (MELLO JORGE et al., 1992; MELLO JORGE et al., 1993). Ressalte-se, como relatam MELLO JORGE et al., (1993 e 1996), que se trata de um sistema que já nasceu descentralizado, o que permite agilidade do uso imediato no nível local de saúde. Sua implantação no Ceará ocorreu em 1994, por meio de um amplo processo de capacitação dos técnicos em nível de municípios. Atualmente, o SINASC está funcionando em todos os 184 municípios cearenses, sendo importante para a vigilância à saúde do recém-nascido e avaliação da atenção à gravidez e ao parto (SESA, 2002a).

Sua cobertura, em 2004, foi estimada em 90% dos nascidos vivos no País, sendo, porém, menor na região Nordeste (RIPSA, 2008), mas, mais elevada nas Capitais dos Estados. A Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde, é responsável pela gestão nacional dos dois sistemas.

O uso de dados destes dois sistemas de informações possibilita a formulação de vários indicadores de saúde, entre os quais a taxa de mortalidade perinatal (RIPSA, 2008), útil para este trabalho. Neste estudo, em particular, o resultado da análise de óbitos fetais e daqueles ocorridos em crianças de 0 a 6 dias – óbitos perinatais – subsidia a busca de conhecimento sobre a integralidade dos serviços e sistema de saúde, ofertados no atendimento a essas crianças e suas mães, como também contribui para a melhoria da qualidade das informações.

Em face à situação mostrada, por várias análises, de que o SIM e o SINASC ainda apresentam alguns problemas, quer quantitativos, quer qualitativos, foi utilizada a metodologia da “linkage”- relacionamento entre ambos - visando à melhoria da captação dos dados e a otimização da informação de variáveis registradas nos dois sistemas.

Do Banco de Dados do SIM, 2006, de mães residentes em Fortaleza, foram selecionados todos os óbitos fetais e os óbitos ocorridos no período neonatal precoce. Do banco de Dados do SINASC foram selecionados os nascidos vivos em 2006 de mães residentes em Fortaleza e o subgrupo daqueles que faleceram até seis dias.

Outras variáveis do estudo, por não serem registradas nos dois sistemas, tanto nos casos de óbitos fetais quanto nos de óbitos neonatais precoces, no caso, não passaram pelo processo de relacionamento ou unificação de dados, tendo sido coletados dos Bancos originais.

O processo de relacionamento utilizou a metodologia de Reclink III (CAMARGO JR. e COELI, 2007) que se refere a uma versão atualizada e de mais fácil aplicação.

3.1.2 Variáveis selecionadas

Visando atender os objetivos estabelecidos no estudo, em relação à Parte 1, foram selecionadas as seguintes variáveis:

- a. maternas: idade, escolaridade, número de filhos tidos (nascidos vivos e mortos) anteriores a esta gestação;
- b. da gestação e do parto: duração e tipo de gravidez, tipo de parto;
- c. do recém-nascido falecido até seis dias completos ou do óbito fetal: peso, sexo, idade gestacional e causas básicas dos óbitos.

Variáveis como, índice de Apgar, número de consultas do pré-natal foram recolhidas do banco do SINASC, visto que tais dados não são registrados para o óbito fetal.

3.1.3 Tratamento e Análise dos Dados

Para o processamento e análise dos dados foram utilizados o software TabWin e o programa Excel®, com a produção de números inteiros e cálculo de percentuais e taxas considerando as variáveis selecionadas para o estudo e a população total de óbitos perinatais ocorridos em 2006 e, quando necessário para a

construção de indicadores, foi usado o número total de nascidos vivos ou nascimentos totais, que inclui os nascidos mortos, como já referido.

O cálculo de alguns indicadores como taxa de mortalidade perinatal foi feito pelo método direto admitindo que os dados de Fortaleza, por ser Capital de Estado, tenham boa qualidade. Por meio da proporção de cada um de seus componentes, se deu a estimativa das taxas de natimortalidade e de mortalidade neonatal precoce. Os dados foram apresentados em quadros, esquemas, tabelas e gráficos, permitindo melhor e mais rápida visualização.

Para estimar as mortes perinatais evitáveis utilizou-se a classificação de Wigglesworth modificada (KEELING et al., 1989), a partir das informações sobre causas dos óbitos registradas no SIM, conforme a 10ª Revisão da CID complementadas por pesquisa de prontuários para buscar dados sobre óbitos fetais não disponíveis no SIM.

3.1.4 Critérios de Evitabilidade

A classificação de Wigglesworth modificada identifica eventos perinatais selecionados que representam causas dos óbitos fetais e neonatais precoces evitáveis e os organiza em cinco grupos de categorias, apresentados no Quadro 3.1, permitindo relacionar tais achados à falhas da atenção ofertada pelo sistema de saúde.

Quadro 3.1 – Classificação de óbitos perinatais evitáveis segundo Wigglesworth, modificada por Keeling et al., 1989

GRUPOS	EVENTOS PERINATAIS
GRUPO 1	Óbitos antes do trabalho de parto
GRUPO 2	Malformações congênitas (natimorto ou neomorto)
GRUPO 3	Condições associadas com imaturidade ou prematuridade
GRUPO 4	Óbitos intraparto, natimortos, RN com peso >1000g, com óbitos nas primeiras quatro horas, evidência de asfixia ou trauma encefálico de parto
GRUPO 5	Condições específicas definidas e outras condições

Fonte: WIGGLESWORTH, 1980; KEELING et al., 1989

O uso dessa classificação avalia a qualidade da assistência perinatal ao relacionar os eventos selecionados nos cinco grupos a prováveis falhas na assistência, identificando aspectos da mortalidade perinatal influenciáveis por procedimentos específicos nos serviços de saúde, conforme apresentado no Quadro 3.2.

Quadro 3.2 – Causa da morte perinatal e fator assistencial relacionado, segundo modelo de Wigglesworth, modificado por Keeling et al., 1989

CAUSA DA MORTE (EVENTO)	N	%	FATOR ASSISTENCIAL RELACIONADO
Altas taxas de natimortos <i>ante partum</i> (antes do trabalho de parto)			Atenção pré-natal
Altas taxas de óbitos por malformações congênicas			Rastreamento destas alterações durante a gravidez ou nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos precoces de lesões potencialmente tratáveis
Alta frequência de óbitos por asfixia <i>intra partum</i>			Manejo obstétrico (intra-parto) e / ou atendimento do recém-nascido na sala de parto
Óbitos por imaturidade e correlatos			Manejo obstétrico (intra-parto) e / ou atendimento do recém-nascido na sala de parto ou em unidade neonatal
Condições específicas			

Fonte: WIGGLESWORTH, 1980; KEELING et al., 1989

Para facilitar o preenchimento do Quadro 3.1 foi útil seguir orientações conforme o fluxo apresentado no ANEXO 14 - Fluxo de Registro de Eventos Perinatais para Classificação de Evitabilidade dos Óbitos (WIGGLESWORTH, 1980; KEELING et al., 1989).

Assim, algumas etapas que precedem à classificação dos óbitos nos cinco grupos de WIGGLESWORTH, 1980 e KEELING et al., 1989 foram organizados pela autora do estudo, conforme se segue:

1. identificar, entre os óbitos perinatais, as malformações congênicas e as causas específicas definidas, tanto para óbitos fetais (OF) quanto para os óbitos neonatais precoces (ONNP), os casos de malformação letal ou potencialmente letal constituirão o Grupo 2 e as condições específicas definidas comporão o Grupo 5;

2. separar os óbitos fetais que ocorreram antes de ter início o trabalho de parto, que formarão o Grupo 1;
3. os óbitos ocorridos intraparto comporão o Grupo 4
4. classificar os demais óbitos ocorridos após o parto em 2 grupos: menos de 1000g e igual ou maior de 1000g
5. tomar os ONNP com peso menor 1000g para compor o Grupo 3;
6. distribuir os óbitos com peso igual ou maior de 1000g em duas categorias: ocorrência do óbito em menos de 4 horas e ocorrência em 4 ou mais horas;
7. os pertencentes ao grupo de peso igual ou maior de 1000g, com ocorrência do óbito em menos de 4 horas comporão o Grupo 4;
8. o grupo de peso igual ou maior de 1000g com ocorrência do óbito em 4 horas ou mais foi distribuído em outros dois subgrupos: subgrupo com asfixia e/ou trauma encefálico e sem asfixia e/ou trauma;
9. o subgrupo com asfixia e/ou trauma encefálico comporá o Grupo 4;
10. entre os que não apresentaram asfixia/trauma foram identificados aqueles com menos de 37 semanas de gestação para compor o Grupo 3 e os demais, com igual ou mais de 37 semanas, para o Grupo 5.

Após estes procedimentos, foi possível distribuir os óbitos em tabelas contendo os grupos definidos para classificação de evitabilidade e associando os eventos à assistência ofertada nos serviços de saúde, segundo WIGGLESWORTH, (1980) e KEELING et al. (1989).

Vale chamar a atenção para o fato de que os sistemas de informações, SIM e SINASC, registram quase todas as variáveis utilizadas na obtenção da classificação desejada. No entanto, para algumas delas, tornou-se necessária análise de prontuários, para coletar alguns dados referentes aos óbitos fetais (morte ocorrida antes do início do trabalho de parto).

3.2 PARTE II – A PERCEPÇÃO DE MÃES USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

Por meio da abordagem qualitativa, o estudo buscou conhecer a percepção/manifestação das entrevistadas sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde desde a atenção no domicílio, até o modo como se efetivou o processo de encaminhamento para unidades de atenção mais especializada durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto. Também teve por fim identificar os sentimentos manifestos das mulheres sobre o que determinou a morte da sua criança e os comentários relativos à sua percepção acerca de procedimentos/atitudes capazes de modificar a situação vivida/experimentada.

3.2.1 O Processo de Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

O critério de seleção para escolha das entrevistadas foi ser mãe de crianças que constituíram óbitos perinatais ocorridos há um tempo que respeitasse um período considerado de maior emoção, de sofrimento com a recordação da perda da criança, mas, que também permitisse às mães a lembrança da situação vivenciada, bem como ser mãe de crianças que nasceram vivas e sobreviveram ao período neonatal. Tratou-se, portanto de amostra intencional.

Inicialmente, de novembro de 2008 a maio de 2009, as mulheres foram identificadas por agentes de saúde que atuam em três Secretarias Executivas Regionais (SER) – II, IV e VI, equidistantes e, provavelmente, representativas de população de classes sociais de baixa, média e alta renda do Município de Fortaleza. No entanto, durante um período maior de seis meses, por este meio, só foi possível identificar um número muito limitado de mulheres que haviam perdido seus filhos por óbito no período perinatal.

A partir desta constatação, a estratégia foi modificada para busca nos registros das internações cujo desfecho foi óbito perinatal ou criança com alta hospitalar, nos três grandes hospitais maternidades de Fortaleza.

Em junho de 2009, foi elaborada uma lista de 282 pacientes sendo 216 com desfecho óbito perinatal e 66 com alta hospitalar, viva e que se enquadravam nas características necessárias ao estudo. A relação continha informações dos prontuários médicos que possibilitasse a realização de contato (telefone, endereço). A partir do acesso a esta lista foi iniciada a busca por meio de chamada telefônica, de acordo com o número informado e que, muitas vezes, não coincidia com o correto, determinando que apenas uma de cada cinco a seis mulheres contactadas fosse, de fato, encontrada, com as quais foram agendadas e realizadas as entrevistas entre julho e novembro de 2009.

Mães identificadas como residentes em outro município da Região Metropolitana de Fortaleza foram excluídas do estudo.

3.2.2 A Entrevista como Técnica de Coleta de Dados

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma técnica muito utilizada e é realizada de várias formas - desde uma conversa informal até o preenchimento de questionários ou roteiros orientadores. O questionário é preenchido pelo próprio entrevistado, enquanto o formulário/roteiro é usado pelo entrevistador (BARROS e LEHFELD, 1990). A entrevista pode ser individual ou em pequenos grupos (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

A técnica de entrevista individual, semi-estruturada foi escolhida para identificar a percepção das mães usuárias do sistema público de saúde, de Fortaleza, em relação ao atendimento recebido e a caracterização de um processo que possa refletir a ocorrência da integralidade tanto da organização quanto da atenção ofertada na rede de serviços de saúde.

Na realização das entrevistas foi utilizado um roteiro guia, (ANEXO 1), elaborado pela pesquisadora, contendo os itens sobre os temas a serem abordados,

visto que este permite flexibilidade na organização e na ampliação, com inclusão de questões à medida que as informações vão sendo fornecidas pela pessoa entrevistada (FUJISAWA, 2000). Roteiros são guias sinalizadores dos caminhos que serão seguidos e podem passar por mudanças durante a execução do trabalho. Devem conter uma lista de temas que guiam a entrevista de forma coerente com o foco da avaliação e capazes de facilitar uma relação de confiança no grupo entre os entrevistados e o pesquisador (DESLANDES et al., 2005; MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005).

A quantidade de entrevistas – fechamento da amostra – obedeceu ao critério de saturação pelo qual se segue entrevistando novas pessoas até alcançar os objetivos, chegar à compreensão do problema e que não mais surjam dados que possam indicar perspectivas novas pertinentes à descrição das categorias do estudo. Ou seja, a suspensão de inclusão de novos participantes se deu quando foi percebida a repetição dos dados coletados sobre cada item do roteiro da entrevista ou mesmo de assuntos abordados pelas entrevistadas e que não constavam no roteiro, não havendo, portanto, acréscimos de informações significativas ao estudo, conforme defendido por DENZIN (1994) sobre pesquisa qualitativa.

Para assegurar a qualidade da decisão do momento de suspender as entrevistas, estas foram organizadas de modo a formar núcleos temáticos iniciais e cuja pré-análise foi revelando a repetição das informações na formação de cada categoria empírica – síntese do texto da entrevista em expressões significativas - como sugerem vários autores (BRANDÃO, 2000; MOREIRA 2001; GASKEL, 2005; CHIZZOTTI, 2006; FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

A saturação das informações foi verificada em diferentes momentos das entrevistas em relação aos itens abordados. Assim, por exemplo, a dificuldade na comunicação/relação médico paciente surgiu na primeira entrevista, e foi referida em praticamente todas, saturando, portanto nas primeiras dez entrevistas de mães de crianças que tiveram óbito perinatal. Citações sobre a não realização de visita domiciliar por agente de saúde durante a gravidez surgiu e repetiu-se nas últimas oito entrevistas de cada subgrupo de entrevistadas. Em relação ao parto, a necessidade de acompanhante citada surgiu em fase adiantada das entrevistas. Quanto às entrevistas com mães de crianças que permaneceram vivas além do período neonatal, verificou-

se entre as categorias algumas referências contraditórias, mesmo porque estas mulheres insistiam mais para obtenção de conhecimento, talvez por terem melhor nível de escolaridade.

3.2.3 Tratamento e Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas sucessivamente, na íntegra, conservando-se as expressões de linguagem utilizadas pelas entrevistadas, conforme citação de GIL (2005), quando refere sobre a análise do discurso que “a transcrição deve registrar a fala literalmente, com todas as características possíveis da fala”, visto que este modo permite maior autenticidade da manifestação dos pensamentos explicitados pelas entrevistadas (GIL, 2005; CHIZZOTTI, 2006; OLIVEIRA, 2007).

Os dados obtidos foram consolidados e analisados por meio de uma leitura aprofundada das entrevistas transcritas, da valorização dos silêncios, dos momentos de emoção marcados muitas vezes por lágrimas, revolta, da observação dos contrastes e do recorte das falas das participantes que se seguiu à organização das entrevistas, por meio de codificação e produção de categorias, com análise do seu significado. As categorias são expressões ou palavras significativas a partir das quais o conteúdo de uma fala passa a ser organizado. A categorização é, portanto, segundo MINAYO, um processo de sintetização do texto a palavras e expressões significativas (MINAYO, 2006). As categorias identificadas puderam dar resposta às perguntas, aos objetivos do estudo, como afirmado por BARROS e LEHFELD, 1990.

A técnica da análise do discurso (AD) foi adotada com uma perspectiva de olhar aquilo que, segundo alguns autores, as narrações, as falas objetivam alcançar (VAN DIJK, 1985; GIL, 2005; MACEDO et al., 2008).

Quatro características principais são inerentes à análise do discurso, de acordo com a descrição de GIL (2005): preocupação com o discurso em si mesmo; visão da linguagem como construída e construtiva; convicção na organização retórica do discurso; o discurso como uma forma de ação (GIL, 2005). Nesta pesquisa, foi

considerado “discurso” o material obtido por meio das entrevistas, composto e organizado em texto; Em relação à característica construção, foi destacado o entendimento de que o discurso é construído a partir de recursos lingüísticos preexistentes, o que pode explicar a diversidade de textos formatando um sentido real da situação para a qual se busca expressão; Sobre a organização retórica, esta se prendeu à atenção dirigida ao modo como os discursos das entrevistadas procuraram ser convincentes, à eloquência de suas falas. Por último, foi realçada a função do discurso, no sentido transmitir as impressões de cada entrevistada, produzindo consolidados para o contexto interpretativo do momento.

Desta forma, após exaustiva leitura de cada entrevista, foi sendo organizado o recorte do texto/fala das mães em unidades de registro, observando a ênfase que foi assumida por elas. Em seguida, foram definidos os núcleos temáticos utilizados para a categorização dos resultados obtidos, captando a função imprimida nas expressões das entrevistadas, sempre relacionadas aos objetivos buscados no estudo, mas, incluindo categorias empíricas, surgidas a partir de falas inseridas nos discursos das entrevistadas.

A gravidez, o cuidado no pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o nascimento; percepção da mãe sobre a morte da criança ou sua sobrevivência, reflexões sobre o atendimento, a relação profissional/paciente (identificada nas falas das mães durante as entrevistas iniciais e repetida nas seguintes) e o recado das mães representaram os núcleos temáticos/categorias.

3.3 PARTE III – A ABRANGÊNCIA DOS NÚMEROS E DOS SIGNIFICADOS

Com apoio na abordagem quantitativa e utilizando estratégia adequada, reconhecida internacionalmente, (Classificação de WIGGLESWORTH et al., 1980, modificada por KEELING et al., 1989) foram identificados óbitos considerados evitáveis e sua relação com a oferta de serviços de saúde.

Os conhecimentos teóricos sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil e sobre protocolos de atenção possibilitaram a compreensão do modelo esquemático da atenção à saúde e das práticas que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde, visando ao melhor atendimento e o controle de morbimortalidade.

O passo seguinte foi conhecer como se dá o processo de atenção pré e perinatal, e as circunstâncias que marcaram a ocorrência de óbitos perinatais para uns e vida para outros, a partir da visão das próprias usuárias e, assim, fazer uma relação dessas informações com o modelo teórico pré-estabelecido. Esse passo foi suportado pela abordagem qualitativa do estudo.

Por último, o interrelacionamento dos achados nas duas abordagens possibilitou construir uma visão da realidade da atenção à saúde materno-infantil e sua possível relação com os fenômenos vida e morte. A percepção das mães, captadas nas entrevistas, possibilitou um entendimento de fatos que interferiram na concretização do atendimento integral dentro do sistema de saúde.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, 1996, a pesquisa foi devidamente encaminhada e submetida à análise dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP, sob protocolo 1711 e da Escola de Saúde Pública do Ceará - CEP, sob o protocolo 118, Foi considerada aprovada pelo COEP, em análise de Sessão ORDINÁRIA no dia 20/03/2008. Foi também aprovada pelo CEP na reunião do dia 02 de abril de 2008 (ANEXOS 6 e 7).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (ANEXO 2), foi elaborado pela pesquisadora e preenchido pelas entrevistadas, após serem devidamente informadas sobre o estudo, suas participações, desistências a qualquer momento, sigilo das informações e apoio psicológico, caso fosse necessário.

Também foram obtidas as autorizações dos gestores das Secretarias de Saúde (estadual e municipal) para o uso das informações dos Bancos de Dados. (ANEXOS 3 e 4).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. PARTE I - ÓBITOS PERINATAIS: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA

Neste estudo, em particular, o resultado da análise de óbitos perinatais, pode ser identificado como subsídio para o conhecimento sobre a integralidade dos serviços e sistema de saúde na assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, como também contribuir para a melhoria da qualidade das informações.

4.1.1 Um Banco de Dados para o Estudo

Inicialmente, foram verificados os Bancos de dados SIM e do SINASC, 2006, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, cada um separadamente, dos quais foram recolhidos aqueles referentes ao Município de Fortaleza, formatando novo Banco em Programa Microsoft Excel.

O Banco de Dados do SIM, para Fortaleza-CE, 2006, permitiu identificar 333 óbitos fetais e 360 óbitos ocorridos na primeira semana de vida, de mães residentes no Município, somando 693 óbitos perinatais.

Os nascidos vivos, obtidos do SINASC no mesmo período, somaram 40.391 crianças.

É sabido que sistemas de informação bem estruturados, atualizados e de fácil acesso possibilitam a pesquisa de dados secundários (MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000). O uso de dados destes dois sistemas de informações permite a formulação de importantes indicadores de saúde (MELLO JORGE et al., 1992; MELLO JORGE et al., 1993). No entanto, em face à situação encontrada, na qual os Bancos estudados ainda apresentam problemas de registro como sub-notificação, ausência de preenchimento de alguns campos, principalmente em relação ao SIM, como têm sido referido por inúmeros pesquisadores (FONSECA e LAURENTI, 1974; BARROS, et al., 1985; CARVALHO e SILVER, 1995; LANSKY, 1999; RIBEIRO e SILVA

2000; LAURENTI et al., 2006; MELLO JORGE et al., 2007), e com intuito de aprimorar a qualidade e a completitude das informações, os dados desses dois Bancos foram relacionados entre si, visando encontrar os dados de uma mesma criança, uma vez que apresentam vários campos comuns. Com vistas a obter uma compreensão abrangente do problema, antes do relacionamento, foi avaliada a proporção de variáveis não preenchidas em relação ao total de óbitos, com utilização do aplicativo TABWIN.

A técnica de relacionamento de Bancos de Dados (*linkage*) tem sido utilizada para diferentes finalidades, em diversas partes do mundo. No Canadá, foi aplicada em estudo com objetivo de identificar os recém-nascidos de risco para anomalias congênitas (TRIMBLE, 1975). Já nos Estados Unidos, foi usada em estudo para comparar as informações do sistema de mortalidade e de nascidos vivos, mostrando com melhor detalhamento o comportamento da mortalidade infantil (PRAGER et al., 1987; BUEHLER et al., 1987).

No Brasil, ALMEIDA e MELLO JORGE (1996) aplicaram esse procedimento no município de Santo André, em São Paulo, para relacionar variáveis registradas sobre os nascidos vivos com dados da mortalidade neonatal e concluíram que a técnica mostrou-se útil e de fácil emprego. MORAIS NETO (2000), estudando óbitos neonatais em Goiânia e REIS (2006), que recuperou dados ignorados sobre óbitos de menores de um ano de idade, no Rio de Janeiro, recomendaram sua adoção para melhorar a qualidade destas informações.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo vem usando, rotineiramente, o relacionamento desses Bancos, aprimorando, portanto, a informação produzida (SP/ PROAIM, 2003).

Conforme já citado, no presente estudo, para o procedimento da "*linkage*", foi utilizado o programa Reclink III (CAMARGO JR. e COELI, 2007), seguindo os vários passos e finalizando por meio de processo manual para identificar, por critério de exclusão, alguns pares duvidosos como verdadeiros ou não. A escolha de campos-chave, feita de modo criterioso como recomendam JARO (1989), permitiu a divisão de blocos mútuos exclusivos e a conseqüente otimização do pareamento dos dados registrados nos dois sistemas de informação trabalhados. A identificação do par perfeito (DO/DN) possibilitou recuperar dados das variáveis como sexo, raça/cor,

peso ao nascer, relacionadas à criança, idade, ocupação e escolaridade da mãe, bem como sobre a gravidez: idade gestacional, tipo de gravidez e tipo de parto.

É oportuno chamar atenção para dados que têm seu registro apenas no SINASC como valores do índice de Apgar e número de consultas de pré-natal os quais, evidentemente, não passaram pelo relacionamento.

Da mesma forma, os óbitos fetais também não foram relacionados, obviamente por não terem registro no SINASC. Tal fato não permitiu a melhoria da qualidade dessa informação, não sendo possível, também, o conhecimento do número de consultas de pré-natal realizadas pelas mães destes natimortos.

O produto do relacionamento pode ser visto na Tabela 4.1, que mostra os dados antes e depois da correção. Para os óbitos neonatais precoces observa-se o ganho de um percentual importante de dados referentes às variáveis selecionadas para o estudo, reduzindo o número de informações tidas como ignoradas, as quais foram, inicialmente, muito numerosas, como por exemplo, peso ao nascer que apresentava um percentual de ignorados de 15,3% passou a ser 6,7, escolaridade da mãe com uma mudança de 53,6% para 20,8% de ignorados. Deixou, portanto, perceber a necessidade de melhorar a completitude e a qualidade do registro, tanto em relação ao preenchimento dos campos em si quanto na redução de dados ignorados, o que poderá ser mais útil para as decisões sobre as políticas e intervenções adotadas para a saúde da população. O relacionamento entre os bancos, portanto, foi etapa necessária e importante para que a análise epidemiológica dos óbitos neonatais se apresente mais consistente e mais robusta.

Tabela 4.1 – Variáveis da declaração de óbitos neonatais precoces (N = 360), após relacionamento com a declaração de nascidos vivos, Fortaleza, Ceará 2006

Variáveis	Antes da correção		Após correção	
	Nº	%	Nº	%
Sexo				
Masculino	200	55,6	202	56,1
Feminino	151	41,9	153	42,5
Ignorado	9	2,5	5	1,4
Raça / Cor				
Branca	48	13,3	51	14,2
Preta	2	0,6	2	0,6
Parda	157	43,6	195	54,2
Indígena	1	0,3	1	0,3
Não informado	152	42,2	111	30,8
Peso Nascer (g)				
< 2.500	250	69,4	272	75,6
≥ 2.500	55	15,3	64	17,8
Ignorado	55	15,3	24	6,7
Idade Mãe (anos)				
10 – 19	55	15,3	69	19,2
20 – 34	174	48,3	214	59,4
35 e mais	30	8,3	38	10,6
Não inf/Ignorado	101	28,1	39	10,8
Escolaridade Mãe (anos)				
Nenhuma	25	6,9	28	7,8
menos de 8	48	13,3	94	26,1
8 – 11	71	19,7	121	33,6
12 e mais	23	6,4	42	11,7
Não inf/Ignorado	193	53,6	75	20,8
Ocupação da mãe				
Informada	157	43,6	277	76,9
Não informada	203	56,4	83	23,1
Tipo de Gravidez				
Única	273	75,8	299	83,1
Dupla	32	8,9	34	9,4
Tripla e +	3	0,8	3	0,8

Não inf/Ignorado	52	14,4	24	6,7
Idade gestacional (semanas)				
Menos de 37	249	69,2	264	73,3
37 a 41	55	15,3	69	19,2
42 e +	1	0,3	1	0,3
Não inf/Ignorado	55	15,3	26	7,2
Tipo de parto				
Vaginal	202	56,1	222	61,7
Cesáreo	97	26,9	109	30,3
Não inf/Ignorado	61	16,9	29	8,1
Filhos tidos vivos				
Nenhum	26	7,2	85	23,6
1	65	18,1	87	24,2
2	29	8,1	39	10,8
3	19	5,3	32	8,9
≥ 4	10	2,8	18	5,0
Não inf/Ignorado	211	58,6	99	27,5
Filhos tidos Mortos				
Nenhum	63	17,5	176	48,9
1	28	7,8	33	9,2
2	2	0,6	3	0,8
3	-	-	-	-
≥ 4	-	-	-	-
Não inf/Ignorado	267	74,2	148	41,1

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2008 (dados brutos dos Bancos do SIM e do SINASC).

4.1.2. Os Óbitos Perinatais e seus Componentes

A taxa de mortalidade perinatal, sendo um indicador reconhecido como o mais apropriado para a análise da qualidade da assistência à gestante durante o pré-natal e o parto e, também, dos cuidados ao recém-nascido (MS/SVS/SAS, 2009), pode refletir, conforme pesquisa sobre epidemiologia perinatal, a influência de

fatores socioeconômicos e as condições de saúde reprodutiva (JACKSON, LANG e GARRIAT, 1999).

Esta taxa, como já explicado, engloba os óbitos ocorridos no período perinatal, nos seus dois componentes: óbitos neonatais precoces (ONNP) e óbitos fetais (OF), tendo suas taxas calculadas a partir dos dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

A Tabela 4.2 mostra o número de óbitos fetais, óbitos neonatais precoces, a soma desses dois elementos compondo os óbitos perinatais ocorridos em Fortaleza, no ano 2006. Mostra também o número de nascidos vivos e os nascimentos totais que somam os óbitos fetais aos nascidos vivos.

Tabela 4.2 – Total de óbitos perinatais, seus componentes e nascidos (vivos e totais). Fortaleza, 2006

Evento	Número
Óbitos Fetais (OF)	333
Óbitos Neonatais Precoces (ONNP)	360
Total Óbitos Perinatais (OPN)	693
Nascidos Vivos (NV)	40391
Nascimentos Totais (NT)*	40724

Fonte: SESA, Sistema de Informações, 2008

* Inclui os óbitos fetais

O cálculo da taxa de mortalidade perinatal (TMPN) foi feito pelo método direto, admitindo-se que, sendo Fortaleza Capital de Estado, tenha boa qualidade dos dados e, assim, o resultado foi 17 por mil nascimentos, conforme demonstrado:

$$\text{Taxa MPN} = \frac{333\text{OF} + 360\text{ONNP}}{40\,391\text{NV} + 333\text{OF}} = \frac{693}{40\,724} = 17/1000 \text{ nascimentos totais}$$

Para o cálculo da natimortalidade e da mortalidade neonatal precoce (MNNP) são usados denominadores específicos: para a mortalidade fetal, como também para a perinatal, o denominador é formado pelo total de nascimentos que inclui os nascidos vivos e os que nasceram mortos (óbitos fetais); para a mortalidade neonatal precoce, o denominador usado inclui apenas os nascidos vivos.

Entretanto, para a comparação entre esses componentes foi utilizada, neste trabalho, a metodologia proposta pela RIPSa para calcular os componentes da mortalidade infantil, segundo a qual à taxa de mortalidade perinatal obtida foram aplicadas as proporções de cada componente em relação ao total de óbitos perinatais (RIPSa, 2008).

Assim, visto que a mortalidade perinatal encontrada foi 17/1000 nascidos, por meio da proporção de seus componentes, (48,1% para óbitos fetais e 51,9% para óbitos neonatais precoces), aplicadas sobre essa taxa, são estimadas (método indireto) a taxas de natimortalidade (8,2) e a de mortalidade neonatal precoce (8,8), ambas por mil nascimentos totais, como demonstrado a seguir:

$$\text{Taxa de mortalidade fetal (TMF)} = \frac{48,1 \times 17}{100} = 8,2 \text{ por mil nascimentos}$$

$$\text{Taxa de mortalidade neonatal precoce (TMNNP)} = \frac{51,9 \times 17}{100} = 8,8 \text{ por mil nascimentos.}$$

A comparação desses valores com os de áreas desenvolvidos permite verificar que os dados foram superiores aos de países como Grécia e Irlanda do Norte, onde foi encontrada 9,7/1000 nascimentos para mortalidade perinatal no final da década de 90 (GRAAFMANS, 2001). Nos Estados Unidos essa taxa foi 7,1/1000 nascimentos no período 95-98 (BARFIELD et al., 2002). O mesmo se verifica em relação aos dados da Inglaterra e País de Gales, sobretudo os referentes aos óbitos neonatais precoces, que, para o ano 2001, segundo publicação do West Midlands Perinatal Institute, (2002), apresentaram os seguintes resultados: Tx MPN = 7,9/1000 nascimentos totais; Tx MF = 5,3/1000 nascimentos totais e Tx MNPN = 2,7/1000 nascidos vivos. Já, a Organização Mundial de Saúde, mostrou uma taxa de mortalidade perinatal de 5 e 7/1000 nascidos na Suécia e no Japão (OMS, 2004).

Um importante hiato socioeconômico e na oferta de serviços de saúde entre o Brasil e esses países pode estar refletido na diferença verificada no resultado da obtenção desses dados.

Para a América Latina, informações do CLAP, 2002, mostraram uma taxa de mortalidade perinatal mais baixa no Chile (9/1000 nascimentos) e em Cuba (12/1000

nascimentos) enquanto para o Uruguai era 16/1000 nascidos, a qual se aproxima dos dados encontrados para Fortaleza no ano 2006. Nesses casos, relativos a países de nível socioeconômico mais aproximado, tal situação pode ser atribuída à diversidade na oferta de serviços de saúde prestados à população.

Vale, ainda, acrescentar que, segundo a OMS (2006), 40% das mortes ocorridas entre os menores de cinco anos são representadas por óbitos de recém-nascidos, dos quais $\frac{3}{4}$ encontram-se nos primeiros sete dias de vida, principalmente no primeiro dia. Esta informação pode ser complementada pelo UNICEF (2009), ao publicar que, no mundo inteiro, essas mortes de recém-nascidos resultam de três causas principais: infecções, asfixia e parto prematuro. Além disso, afirma que a educação precária e a falta de conhecimentos da população contribuem para comprometer a vida de mães e de recém-nascido.

Confrontando a taxa obtida para Fortaleza (17,0 por mil nascimentos totais) em 2006, com as verificadas para oito estados brasileiros (padrão avançado em qualidade), no mesmo período, os valores foram mais baixos em São Paulo (14,9), Paraná (16,0), Santa Catarina (14,3), Rio Grande do Sul (15,9) e Distrito Federal (15,7) e foram mais elevados no Espírito Santo (18,4), Rio de Janeiro (19,8) e Mato Grosso do Sul (20,4) (RIPSA, 2008).

A diferença encontrada entre os indicadores em foco pode significar a necessidade de programar intervenções mais eficazes e eficientes nos municípios e estados brasileiros, que resultem em redução dos óbitos perinatais.

4.1.3. Óbitos Perinatais segundo Características Maternas

Visando a obtenção de conhecimento sobre fatos e condições maternas relacionados aos óbitos perinatais estudados, foram selecionadas, para análise, características como idade no momento do parto, escolaridade e paridade. Estas características podem revelar o perfil social e epidemiológico das mães das crianças

estudadas e estão apresentadas em tabelas, sendo seus resultados comentados e comparados às informações já existentes na literatura.

- Idade

Entre os resultados obtidos neste estudo, como pode ser observado na Tabela 4.3, a taxa de mortalidade fetal de 8,2/1000 nascimentos totais, para todas as idades, mostrou-se mais elevada nas faixas etárias maternas de 10 - 14 (9,8) e 35 anos e mais (11,1), sendo nesta última um pouco mais elevada.

Observa-se, no entanto, que entre adolescentes de 15 a 19 anos os dados encontram-se mais próximos do grupo etário 20 a 34 anos, que compreende o período considerado mais adequado para a gestação (7,5 e 7,0 por mil nascimentos, respectivamente). Talvez um estudo do grupo 15 a 19, em categorias desagregadas, de 15, 16, 17, 18 e 19 anos, ou, pelo menos grupos 15 a 17 e 18 a 19, conforme já sugerido, em estudo de mestrado, por LIMA (2009), que pudesse analisar mais detalhadamente a situação dessas mães das faixas 10 a 14 e de 15 a 19 anos. Saliente-se que, visando qualidade da informação, já foi sugerido o registro da idade gestacional por semana de gestação (ALMEIDA e MELLO JORGE, 1998).

Tabela 4.3 - Distribuição de óbitos perinatais e seus componentes, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal segundo faixa etária da mãe, Fortaleza, 2006.

Idade (em anos)	Óbitos Fetais		Óbitos NNP		Óbitos Perinatais		Total de Nascimentos NV + OF
	Taxa Mort.		Taxa Mort.		Taxa Mort.		
	N	Fetal**	N	NNP**	N	Perinatal	
	(1000N)		(1000N)		(1000N)		
10 – 14	4	9,8	6	14,7	10	24,5	408
15 – 19	57	7,5	63	8,3	120	15,8	7580
20 – 34	197	7,0	214	7,6	411	14,5	28280
35 e +	49	11,1	38	8,6	87	19,7	4410
Sub-total	307	*	321	*	628	*	40678
Ign	26	*	39	*	65	*	46
TOTAL	333	8,2	360	8,8	693	17,0	40724

Fonte: SESA/CE, 2008, dados brutos dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida.

* Não calculado **A fim de que a comparação entre os dois componentes da MPN fosse possível, as taxas de cada componente foram calculadas a partir das proporções (%) de cada estrato no total de óbitos perinatais.

A análise da tabela mostra que, entre os óbitos neonatais precoces, as taxas de mortalidade são bem mais elevadas na faixa de 10 a 14 anos, (14,7/1000 nascimentos totais). No grupo de mães de 35 e mais anos, o valor encontrado foi 8,6/1000 nascimentos totais, mais próxima do grupo 20 a 34 (7,6), sendo que, para todas as idades, o resultado mostrou uma taxa de 8,8/1000 nascimentos totais.

A contribuição dos óbitos neonatais precoces resulta numa taxa de mortalidade perinatal muito mais elevada para o grupo de 10 a 14 anos de idade (24,5/1000). Os números mostram, no entanto, o diferente comportamento dos componentes da mortalidade perinatal nos dois grupos de adolescentes, mas, sobretudo, uma proporção inversa nos grupos extremos – a mortalidade neonatal precoce é mais elevada no grupo 10 a 14 anos enquanto no grupo 35 e mais anos a mortalidade fetal se sobressai.

Igual resultado foi publicado por MACHADO e HILL (2005), confirmando que os recém-nascidos de mães mais idosas tiveram probabilidade menor de morrer no período neonatal.

Dados, também, semelhantes foram publicados por VARDANEGA et al. (2002), em trabalho realizado no período 1998 a 2001, mostrando que o aumento da idade materna (≥ 35 anos) esteve fortemente associado ao elevado número de óbitos fetais *antepartum* encontrados em análise de prontuários.

Diferentemente, ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA, (2000), encontraram relação do aumento da idade materna com a mortalidade neonatal precoce. Já ZLOTNIK, (2009) não confirmou desfecho perinatal desfavorável relacionado à idade acima de 35 anos, em São Paulo, desde que tenha sido bom o seguimento da gestante.

Importante se faz atentar para a informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrando aumento na proporção de mães entre 15 e 19 anos que passou de 6,9% em 1996 para 7,6% em 2006, no Brasil (IBGE, 2007), enquanto, nos Estados Unidos da América foi constatado aumento de partos em mulheres com 35 anos ou mais, de 5% em 1970 para 13% em 2000 (CLEARY-GOLDMAN, et al., 2005). A mudança de hábitos das mulheres, em países desenvolvidos, optando por constituir família em idade mais avançada, pode ser a explicação do fato (PARADA e PELÁ, 1999).

De modo geral, os resultados obtidos neste estudo para o município de Fortaleza, assemelham-se à maioria das investigações existentes na literatura mostrando, ao longo do tempo, que a idade das mulheres na adolescência, sobretudo menores de 17 anos, como também após os 35 anos é considerada fator de risco para o feto e também para as mulheres (STOLL, 1997; CONDE-AGUDELO, BELIZÁN e DÍAZ – ROSSELLO – CLAP, 2000; MENEZES et al, 1998; ANDERSEN, 2000; ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA, 2000; GUIMARÃES, 2001; MAC DORMAN, MUNSON, e KIRMEYER, 2007).

É possível sugerir que os gestores de saúde apropriem-se destes resultados e programem ações específicas para mulheres mais jovens, diferentes das que são trabalhadas para aquelas com idade igual ou superior aos 35 anos, bem como para o grupo considerado de idade ótima (20 a 34 anos) para reprodução humana.

Os gráficos 4.1, 4.2, 4.3 e 4.4 apresentam o diferente comportamento da mortalidade nos dois componentes (fetal e neonatal precoce) da mortalidade perinatal, destacando os fatos relacionados às faixas etárias maternas, extremas (10 a

14 e 35 e mais anos), dando melhor visibilidade a mortalidade neonatal precoce, maior na faixa de 10 a 14 anos, enquanto, apesar de aumento da mortalidade fetal nesta faixa etária, esta taxa é mais evidente nas idades de 35 e mais anos. A mortalidade perinatal, resultante destes dois componentes, apresenta-se mais elevada na faixa de 10 a 14 anos por incluir aumento de óbitos fetais e neonatais precoces.

Gráfico 4.1 – Taxa de mortalidade neonatal precoce, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006

Gráfico 4.2 - Taxa de mortalidade fetal, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006.

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Gráfico 4.3 - Taxa de mortalidade perinatal, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006.

Gráfico 4.4 - Taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal, segundo faixa etária da mãe, (por mil nascimentos) Fortaleza, 2006.

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

- Escolaridade

A escolaridade materna é considerada indicador preditor de risco para mortalidade infantil (RIPSA, 2009). É vista como fator indireto de mortalidade neonatal, uma vez que limita o entendimento dessas mulheres em relação à necessária busca por atenção apropriada (STOLL, 1997).

Os dados encontrados neste estudo evidenciam que, para as mães sem escolaridade, a taxa de mortalidade perinatal é muito mais elevada (98/1000 nascimentos totais) se comparada aos demais grupos categorizados em diferentes faixas de duração de estudo, cujas taxas variaram de 14,3/1000 nascimentos totais para mães com 1 a 3 anos de estudo e 13,6 para mães com 12 ou mais de estudo. (Tabela 4.4). Esses valores puderam ser explicados em razão da baixa escolaridade da população, pois ROUQUAYROL et al. (1996), estudando óbitos neonatais em Fortaleza, (1992-1993), encontraram elevada taxa de analfabetismo entre as mulheres.

LANSKY et al. (1999), estudando óbitos perinatais em Belo Horizonte, encontraram uma taxa de mortalidade perinatal de 77,8/1000 nascimentos entre as mães que apresentavam menos de quatro anos de estudo e de 13,2/1000 entre aquelas que tinham mais de 12 anos de estudo.

Mais recentemente, SANTOS et al. (2008) estudando mães e suas gestações de uma coorte no período 1983 a 2004, em município do sul do Brasil, também publicaram a relação entre o alto índice de analfabetismo das mães e o aumento de óbitos perinatais.

Os dados encontrados na literatura mostram-se, portanto, concordantes com os observados na atual investigação, deixando clara a importância da escolaridade das mães visando a reduzir riscos de ocorrência de mortes perinatais. Certamente, são dados que devem receber uma atenção especial do sistema de saúde para que gestantes com baixa escolaridade sejam alvo de uma política de acompanhamento diferenciado, proporcionando mais informações e visitas domiciliares mais frequentes, que objetivem melhorar o padrão de esclarecimento das mesmas.

Tabela 4.4 - Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal (por mil nascimentos), segundo escolaridade da mãe (anos de estudo) Fortaleza, 2006.

Escolaridade (anos)	Óbitos Fetais		Óbitos NNP		Óbitos Perinatais		Total de Nascimentos NV + OF
	Taxa Mort.		Taxa Mort.		Taxa Mort.		
	N	Fetal	N	NNP	N	Perinatal	
	(1000N)		(1000N)		(1000N)		
Nenhuma	21	42,0	28	56,0	49	98,0	500
1 a 3	23	8,9	14	5,4	37	14,3	2584
4 a 7	73	6,1	80	6,7	153	12,9	11880
8 a 11	78	4,8	121	7,5	199	12,3	16190
12 e +	41	6,7	42	6,9	83	13,6	6901
Sub-total	236	*	285	*	521	*	37225
Ign	97	*	75	*	172	*	3499
Total	333	8,2	360	8,8	693	17,0	40724

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida.

* Não calculado

- Paridade/Filhos tidos

Um estudo americano de revisão de literatura, realizado em 2005, mostrou incertezas na associação entre multiparidade (considerada a partir de 5 partos) e desfechos adversos na gestação, embora a literatura mais antiga tenda a sugerir o fato como fator de risco para o nascimento, em decorrência de descolamento de placenta, apresentação fetal desfavorável, hoje, vistos como consequência da idade avançada ou mesmo condições socioeconômicas mais negativas nas quais se encontram mulheres multíparas (ALIYU et al., 2005).

Por outro lado, publicação de HEINONEN e SAARIKOSKI, cita a primiparidade como fator de risco reprodutivo para o feto, associando-o com imaturidade, morte antes do trabalho de parto, asfixia. (HEINONEN e

SAARKOSKI, 2001). Tal afirmativa não foi, porém, confirmada em estudo de Cunha et al., realizado em 2004 (CUNHA, FERNANDES, MELO e GUEDES, 2004).

Já em relação ao número de gestações, estudo de ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA, 2000, realizado em Caxias do Sul/RS/Brasil, mostrou uma probabilidade de morte neonatal precoce de 8,0 em mães com duas ou mais gestações, elevado em comparação aos dados referentes às mães primigestas que foi 6,9.

Dados encontrados por ALMEIDA e BARROS, (2004), na cidade de Campinas, São Paulo, identificaram risco de 6,8 vezes maior para mortes neonatais em gestantes múltiparas do que para as primíparas, destacando o risco de crescimento intra-uterino retardado como uma possível razão para tal evidência. No entanto, alguns autores publicaram que os perigos para a mãe e para o concepto são maiores entre as primíparas e entre aquelas que pariram mais de quatro vezes, tanto na gravidez quanto no parto (REZENDE e MONTENEGRO, 2003; REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2008a).

Como é possível perceber, a literatura tem apontado algumas controvérsias, em relação ao risco materno-fetal associado à paridade,

Os Bancos de Dados trabalhados na presente investigação não apresentam informações sobre paridade, visto que registram o número de filhos tidos anteriormente, vivos e mortos e não o de gestações ou partos. Esses dados não permitem assim, calcular indicadores de paridade, variável categorizada de acordo com o número de partos que as mulheres apresentam. Em relação à paridade as mulheres estão classificadas em: nulípara, primípara e múltipara, significando ausência, primeiro ou mais de um parto realizados, respectivamente. O sufixo *para* é utilizado referindo-se a parto. Já o sufixo *gesta* utiliza-se quando se refere à gestação. Definindo-se uma situação como *gesta 2, para 1* informa-se que a mulher teve duas gestações e apenas uma chegou ao parto. Estes são termos utilizados na propedêutica obstétrica, ao serem avaliados os antecedentes obstétricos da parturiente (REZENDE, 1995; REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2008a).

Chama-se a atenção à confusão antiga, evidenciada por REZENDE, (1995), referente ao número de gestações, de filhos e paridade. Uma mulher pode ter tido duas gestações e nenhum parto, como nos casos de abortamento. Pode, também, ter

tido uma gestação, um parto e dois filhos, se apresentou gravidez gemelar (REZENDE e MONTENEGRO, 2003). O total de filhos tidos esconde o número de partos, que pode ser menor se ocorreram gestações múltiplas. Já o número de gestações pode ter sido maior e ter ocorrido abortamento. Fato é que nem o SIM, nem o SINASC captam informações que mostrem a situação da paridade.

Analisando, então, o número de filhos tidos anteriormente, (dados disponíveis), sobretudo dos filhos nascidos mortos, torna-se possível, ao comparar com estudos existentes, verificar como se relacionam com os óbitos perinatais ocorridos.

Na Tabela 4.5, observa-se número e percentual de filhos tidos vivos e mortos anteriores aos óbitos fetais e neonatais precoces estudados. Verifica-se que em 63,4% dos óbitos perinatais as mães não haviam, anteriormente, tido filhos mortos e em 28,6%, não haviam tido filhos vivos. Observa-se, porém que, em relação aos filhos anteriores mortos, esse percentual para os óbitos neonatais precoces foi 83% enquanto para óbitos fetais foi 31%.

Para as mulheres que tiveram entre um e três filhos mortos anteriores, o resultado mostrou 35,7 para óbitos perinatais, sendo 17,0% para neonatais precoces e 67,0% para óbitos fetais, mostrando maior percentual de ocorrência para os óbitos fetais. Entre a mulheres que pariram de 1 a 3 filhos vivos anteriores não foi observada diferença de percentual cuja distribuição foi 61% para os perinatais, 61,8% para os fetais e 60,5% para os neonatais precoces. Parece haver uma relação entre filhos nascidos mortos anteriores, principalmente um filho, com óbitos fetais atuais quando comparados aos neonatais precoces. Contudo, o percentual de filhos vivos anteriores é também elevado para os dois grupos de óbitos, sobretudo é maior que nascidos mortos anteriores para os óbitos neonatais precoces.

Tabela 4.5 - Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, nascidos vivos e nascidos totais, segundo número de filhos tidos (vivos e mortos) pelas mães, Fortaleza, 2006.

NASCIDOS VIVOS					
FILHOS	0	1, 2 e 3	≥ 4	Ign	Total
OF	45	120	29	139	333
ONNP	85	158	18	99	360
OPN	130	278	47	238	693
NV	20.018	18.200	2145	28	40.391
NT	20.063	18.320	2174	-	40.724
NASCIDOS MORTOS					
FILHOS	0	1, 2 e 3	≥ 4	Ign	Total
OF	46	99	3	185	333
ONNP	176	36	-	148	360
OPN	222	135	3	333	693
NV	38.776	1543	41	31	40.391
NT	38.822	1642	-	-	40.724

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida.

Vale ressaltar a investigação de CUNHA, FERNANDES, GUEDES e MELO (2004) que, estudando variáveis do SIP/CLAP, encontraram relações importantes entre asfixia e óbito neonatal em mulheres com antecedente de natimorto.

Torna-se, portanto, importante um melhor acompanhamento desta variável quanto ao seu registro e sua análise, em Fortaleza, de forma a que promova um conhecimento apropriado para tomada de decisões quanto às orientações no planejamento reprodutivo e mesmo durante as consultas de acompanhamento do pré-natal, ofertando cuidados e informações inerentes a esta situação.

4.1.4. Óbitos Perinatais segundo Características da Gestação e do Parto

- Duração da gestação

Estudos sobre mortalidade perinatal e neonatal precoce mostram associação entre nascimento de prematuros com elevadas taxas de mortalidade perinatal (BASSO, 1999) e neonatal precoce (NEVES, 2008).

A prematuridade, principal causa de óbito neonatal (MORRISON e RENNIE, 1997; RIPSÁ, 2009), é considerada fator de risco para este tipo de óbito, segundo vários autores (COOPER et al., 1993, ALMEIDA, 1994, ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA, 2000), sendo descritas, como razões para parto prematuro, infecções maternas, descolamento prematuro de placenta e parto antecipado deliberadamente (LIPPI et. al, 2002). No entanto, deve-se considerar que a gravidez prolongada também pode ser fator de risco para mortes perinatais conforme comprovado em estudo realizado na Noruega, onde NAKLING E BACKE, ao calcularem esse risco, detectaram aumento de 0,2 na 37ª semana para 3,7 na 42ª semana de gestação (NAKLING E BACKE, 2006).

ALMEIDA e MELLO JORGE (1998), em estudo sobre mortalidade neonatal, verificaram probabilidade de morte de 239,8/1000 nascidos vivos entre prematuros, um risco relativo 52 vezes maior do que entre os recém-nascidos a termo.

Avaliando a natimortalidade, DE LORENZI et al. (2001), observaram em seus resultados que em dois terços dos óbitos a idade gestacional era menor que 37 semanas. Estudo de ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA (2000) já mostrou, também, maior probabilidade de óbito neonatal precoce em gravidez com menos de 37 semana. Nesta investigação, a proporção foi de 69%.

Segundo a OMS, 1994, a duração da gestação é classificada em: pré-termo (< 37 semanas de gestação ou menos de 259 dias), a termo (37 a 41 semanas ou 259 a 293 dias) e pós-termo (42 e mais semanas ou 294 dias ou mais) (OPS/OMS, 1994).

Ao avaliar, neste trabalho, a duração da gestação entre os óbitos perinatais, em Fortaleza, foi observada elevação da taxa de mortalidade perinatal em relação inversa ao número de semanas de gestação, mostrando a influência da prematuridade como causa de óbito perinatal. Conforme a Tabela 4.6, os achados evidenciam que esse indicador encontra-se muito elevado antes de 28 semanas de gestação, sobretudo antes de 22, sendo que, no grupo 22 a 27 semanas, foi 795,1/1000 nascimentos. Em relação ao período considerado de baixo risco, este indicador se apresenta de dez a 150 vezes menor ao ser comparado o grupo de 32 a 36 semanas 60,6 e o de 37 a 41 semanas de gravidez que foi 4,6. Para gestações com mais de 42 semanas, o valor encontrado foi 35,1, inferior ao grupo de 32 a 36 semanas, porém, cerca de oito vezes maior que no grupo correspondente à faixa de 37 a 41 semanas de gestação. No entanto, a frequência de nascimentos de crianças com esta idade gestacional corresponde apenas a 0,29% do total de nascimentos.

Estes achados são concordantes com aqueles encontrados em outras investigações realizadas em diferentes países, bem como em vários estados brasileiros (BASSO, 1999; MORRISSON e RENNIE, 1997).

Mo município de São Paulo, ALMEIDA, M. F.; NOVAES, H. M. D.; ALENCAR, G. P.; RODRIGUES, L. C. (2002) analisando dados do SIM e do SINASC encontraram, a prematuridade como um dos principais determinantes de óbitos neonatais. Também na cidade de São Paulo, MACHADO e HILL, (2005) identificaram a prematuridade e o baixo peso ao nascer como fatores de risco para mortalidade neonatal e, de acordo com FONSECA et al. (2007), a maioria dessas mortes ocorre entre as crianças que nascem com menos de 34 semanas de gestação.

Tabela 4.6 - Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos segundo duração da gestação (semanas), Fortaleza, 2006.

Duração (semanas)	Óbitos Fetais		Óbitos NNP		Óbitos Perinatais		Total de Nascimentos NV + OF
	Taxa Mort.		Taxa Mort.		Taxa Mort.		
	N	Fetal** (1000N)	N	NNP** (1000N)	N	Perinatal (1000N)	
< 22	-	*	23	*	23	*	34
22 a 27	79	317,3	119	477,9	198	795,1	249
28 a 31	64	170,2	70	186,2	134	356,4	376
32 a 36	87	37,9	52	22,7	139	60,6	2294
37 a 41	100	2,7	69	1,9	169	4,6	36524
42 e +	3	*	1	*	4	35,1	114
Sub-total	333	-	334	-	667	-	39591
Ign	-	-	26	-	26	-	1133
TOTAL	333	8,2	360	8,8	693	17,0	40724

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida.

*Não calculado, em razão da não exigência legal para registro

Mais recentemente, CAMARGO (2008) verificou que 28% dos óbitos fetais encontravam-se entre 32 a 36 semanas, enquanto entre nascidos vivos somente 7% foi observado nesse período gestacional, sugerindo que o difícil manejo da gravidez de alto risco pode ser responsável por este fato. Da mesma forma, SILVEIRA et. al. (2008) em estudo de revisão no Brasil, verificaram, entre as causas de mortalidade infantil, 61% de associação com prematuridade.

No caso de Fortaleza, a maior vigilância de gestantes entre 22 e 31 semanas de gestação, estreitamento do período entre as consultas nesta fase da gravidez poderiam detectar precocemente sinais de perigo, proporcionando oportunidade de intervenção. Talvez pudessem ser realizadas visitas domiciliares mais amiúde por agente comunitário de saúde (ACS) ou por alguém da própria comunidade, capacitada para o exercício desta tarefa.

- Número de Consultas de Pré-natal

Conforme citado anteriormente, a variável “consultas de pré-natal” não tem registro entre os óbitos fetais, de modo que foi analisada apenas para os óbitos neonatais precoces, de acordo com os dados do SINASC.

Nesta pesquisa, entre as crianças que nasceram de mães que não tiveram acompanhamento pré-natal a taxa de mortalidade neonatal precoce foi 34,7/1000 nascidos vivos, sendo bastante mais elevada do que quando se referem às mães que receberam de uma a três consultas (20,6/1000NV). Para crianças de mães que tiveram de quatro a seis consultas o valor encontrado foi 4,7/1000. Por último, entre mães que apresentaram sete e mais consultas, a taxa de mortalidade neonatal precoce foi 2,3 por mil nascidos vivos, como pode ser verificado na Tabela 4.7.

É claro que não está se discutindo aqui a qualidade dessa consulta – impossível de ser avaliada por esta fonte de dados – bem como o momento da gestação em que teve início esse acompanhamento (dado inexistente na DN). Porém, os dados evidenciam que a ocorrência dos óbitos é inversamente proporcional ao número de consultas de pré-natal realizadas e, portanto, mostram uma influência positiva do acompanhamento do pré-natal, condizente com dados encontrados em publicações existentes na literatura.

À semelhança desses resultados, ao relacionarem o baixo número de consultas pré-natal com o aumento de morbimortalidade perinatal, vários autores, estudando características dos óbitos neonatais precoces, em diferentes cidades brasileiras, encontraram expressiva associação entre os óbitos ocorridos e o pré-natal com menos de sete consultas realizadas (VICTORA, BARROS e VAUGHAN, 1988; AQUINO, 1997; MENEZES, 1998; ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA, 2000; NEVES, 2008).

Tabela 4.7 - Distribuição de óbitos neonatais precoces e taxa de mortalidade neonatal precoce, segundo número de consultas de pré-natal das mães, Fortaleza – 2006

Consultas Nº	Óbitos		Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce*	Nascidos Vivos
	Neonatais precoces N	%		
Nenhuma	36	15,0	34,7	1.037
1 a 3	81	34,0	20,6	3.941
4 a 6	89	37,2	4,7	18.948
7 e +	33	13,8	2,3	14.051
Sub total	239	**	*	37.977
Ign	121	**	*	2.414
TOTAL	360	100	8,9	40.391

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida. * Calculado com o denominador Nascido Vivos. ** Não calculado.

No Gráfico 4.5 é possível verificar a revelação de uma queda significativa da mortalidade neonatal precoce ao comparar óbitos de mães que não tiveram consultas de pré-natal (34,7), com aqueles de mães que tiveram sete ou mais consultas, que foi 2,3 por mil nascidos vivos, portanto cerca de 15 vezes menor.

Gráfico 4.5 – Taxa de mortalidade neonatal precoce por mil nascidos vivos, segundo número de consultas de pré-natal feitas pela mãe, Fortaleza, 2006.

Tal resultado evidencia a necessidade de garantir que as gestantes sejam captadas precocemente e que possam receber um acompanhamento de pré-natal adequado em número e qualidade das consultas.

No entanto, é necessário chamar atenção sobre os casos de RN pré-termo que foram a óbito neste período (menos de sete dias), os quais podem ter tido baixo número de consultas em virtude da antecipação do parto. Do mesmo modo, maior número de consultas de pré-natal pode ser resultante de maior busca de assistência por mulheres com gravidez de alto risco.

Também, deve-se atentar para o modelo mais atualizado da OMS, 2009, cuja recomendação é que o controle de pré-natal deva ter início precoce, ser periódico e com um número mínimo de quatro consultas, para gestantes sem complicações (OPS/OMS, 2009).

VILLAR et al. (2001), KHANNA et al., (2002) e WHO/UNICEF (2008) relataram os achados de estudo multicêntrico comparativo entre grupos de gestantes com quatro e com nove consultas, mostrando dados semelhantes nos dois grupos, com relação a parto prematuro, baixo peso ao nascer e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG).

Na verdade, além do número de consultas, é fundamental que seja garantida a qualidade da assistência, considerada não apropriada em diversos estudos realizados no Brasil (LEAL et al., 2004; SILVEIRA e SANTOS, 2004; BARROS et al., 2005).

LIPPI (2009) ressalta a importância da qualidade da consulta no pré-natal, chamando a atenção sobre uma anamnese e exame físico completos na avaliação de saúde da mulher e de seu conceito, bem como exames laboratoriais e de imagem que auxiliem no diagnóstico e na detecção de riscos maternos e ou fetais.

Além disso, o estabelecimento de um processo de comunicação que assegure informações e orientações à gestante sobre a gravidez, o trabalho de parto, bem como esclarecimentos e suporte emocional à família compõem também a consulta de pré-natal (CASTRO e FERRARI, 2002; FEBRASGO, 2002; MS/SAS, 2006).

- Tipo de Gravidez

O aumento da mortalidade perinatal está relacionado diretamente com o número de fetos e a morte ocorre, em geral, por prematuridade e restrição do

crescimento fetal, portanto, a gravidez múltipla deve sempre ser considerada como fator de risco (ACOG, 2004; RUSSELL, et al., 2007), sendo que, geralmente é o feto menor quem apresenta maior risco de morte perinatal ou de prematuridade (ENCISO, 2008). Em geral os recém-nascidos de gestações múltiplas apresentam tendência a serem menores, bem como, risco de restrição do crescimento intra-útero (GUILLAMON e FREITAS, 2009).

Estudo realizado na Suécia mostra mortalidade fetal entre gêmeos, três vezes maior que para conceitos de gravidez única (RYDHSTROEM e HERAIB, 2001). Estudando recém-nascidos de alto risco, PRISLEY e CLOHERTY (2000), encontraram, também, gestações múltiplas como um dos fatores de risco materno para redução do peso fetal.

Para FREITAS (2009), quando comparadas às gestações únicas, as múltiplas implicam em desfechos adversos como mortes fetais, morbimortalidade neonatal e representam problema em qualquer lugar do mundo. A autora ressalta que devem ser estudadas em grupo de causas consideradas naturais (história familiar, idade avançada) e causas relacionadas ao uso de técnicas de reprodução humana assistida.

No presente estudo, esta variável foi categorizada, de acordo com os registros do SIM, em única, dupla e tripla e mais, incluindo ainda a opção ignorada.

Esses dados se aproximam da realidade verificada em Fortaleza, onde, entre os óbitos perinatais o percentual de 92,7 foi encontrado para gravidez única. Sendo, porém, 39810 o número de nascidos vivos de gravidez única, a taxa de mortalidade perinatal foi 15,5 por mil nascidos totais. Entre as mulheres com gestações dupla e tripla a taxa de mortalidade perinatal é crescente como evidenciado: 60,9 para gravidez dupla – 4 vezes maior e aumentando para 96,7 para gravidez tripla e mais, quando alcança um patamar superior a seis vezes em relação à gravidez única (Tabela 4.8).

Os achados sugerem necessidade de maior cuidado com gestantes de gravidez dupla ou mais que se constitui importante fator de risco para a vida do feto e da mulher (RUSSEL, QUINTERO e KONTOPOULOS, 2007).

Tabela 4.8 - Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos, segundo tipo de gravidez, Fortaleza, 2006.

Gravidez	Óbitos Fetais		Óbitos NNP		Óbitos Perinatais		Total de Nascimentos NV + OF
	Taxa Mort.		Taxa Mort.		Taxa Mort.		
	N	Fetal**	N	NNP**	N	Perinatal	
	(1000N)		(1000N)		(1000N)		
Única	320	8,3	299	7,6	619	15,5	39810
Dupla	12	15,9	34	45,8	46	60,9	755
Tripla e +	-	-	3	96,8	3	96,7	31
Sub-total	332	*	336	*	668	*	40596
Ign	1	*	24	*	25	*	128
TOTAL	333	*	360	*	693	17,0	40724

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida. * Não calculado.

- Tipo de Parto

Para esta variável, a categorização também está de acordo com registros do SIM: vaginal (normal) e cesáreo (cirúrgico).

Como é visto na Tabela 4.9, a taxa de mortalidade perinatal para Fortaleza no período estudado foi, para o grupo de mulheres com parto vaginal, 24,5/1000 nascidos totais, sendo 8,1 para o grupo de parto cesáreo, no qual o percentual foi 25%. A mortalidade fetal para parto vaginal foi 13,4 e para parto cirúrgico foi 2,8 por mil nascidos. Quanto à mortalidade neonatal precoce esses valores foram 11,1 e 5,3, respectivamente

Informação discordante observa-se em estudo de ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA (2000), no qual foi encontrado risco de morte para recém-nascidos 60% maior no grupo de mães submetidas ao parto cirúrgico do que no grupo de parto vaginal.

Observa-se ainda, em Fortaleza, que embora a mortalidade perinatal tenha sido menor no grupo de mães submetidas ao parto cesáreo, a mortalidade fetal foi ainda mais baixa que a neonatal precoce, o que pode significar falha técnica por não realizar o parto cirúrgico quando indicado ou não ter havido tempo para realização da intervenção.

Tabela 4.9 - Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces, perinatais, total de nascimentos e taxas de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos, segundo tipo de parto, Fortaleza, 2006.

Parto	Óbitos Fetais		Óbitos NNP		Óbitos Perinatais		Total de Nascimentos NV + OF
	Taxa Mort.		Taxa Mort.		Taxa Mort.		
	N	Fetal**	N	NNP**	N	Perinatal	
	(1000N)		(1000N)		(1000N)		
Vaginal	272	13,4	222	11,1	494	24,5	20164
Cesárea	57	2,8	109	5,3	166	8,1	20381
Sub-total	329	*	331	*	660	*	40545
Ign	4	*	29	*	33	*	179
TOTAL	333	8,2	360	8,8	693	17,0	40724

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida.

* Não calculado

A indicação de parto cirúrgico ou cesáreo obedece a diretrizes da obstetrícia baseada em evidências relacionadas a condições de risco materno e ou fetal. A hipóxia/asfixia durante o trabalho de parto e o parto, sendo uma condição que pode determinar morte perinatal, paralisia cerebral e retardo mental, pode ter indicação de intervenção cirúrgica (ADCOCK e PAPILE, 2008). São consideradas indicações, ainda, sofrimento fetal agudo, apresentação fetal transversa, macrosomia, gravidez múltipla, placenta prévia (BERARD et al., 1998; PENNZ e GHAEEM-MAGHAMI, 2001). A cesareana pode ser também vantajosa nos casos de infecções genitais, inclusive HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), com objetivo de evitar a transmissão vertical (IOANNIDIS et al., 2001; FEBRASGO, 2002; MS/SAS, 2006). Trata-se, pois, de um benefício inegável, quando indicado apropriadamente.

Por outro lado, são, porém, relatadas consequências prejudiciais para a mãe e, mesmo, para o feto quando se trata de escolha inadequada como “à pedido”, comodidade (cesáreas eletivas) e, até mesmo, por iatrogenia, com risco de morte materna, (SEYB, BERKA, SOCOL e DOOLEY, 1999). Estudo de revisão feito por HANSEN et al. (2007) concluiu que houve risco aumentado de morbidade respiratória para recém-nascidos, em cesáreas eletivas, mesmo após a 37ª semana completa de gestação. A cesárea eletiva é descrita, também, como fator de risco para prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal em alguns estudos (VICTORA e BARROS, 2006; FONSECA, DIAS e DOMINGUES, 2008).

No Brasil, a incidência de partos cesareanos vem crescendo, tendo ultrapassado um valor de 40% entre os partos ocorridos no ano de 2005 (MS/SAS, 2006), quando, segundo a OMS (1985) não há evidência que justifique taxas de cesareanas acima de 15% (WHO - OMS, 1985). Esses valores, provavelmente, incluem partos cesáreos eletivos, já descritos como fatores determinantes do aumento de risco para morbidade entre os recém-nascidos.

No caso de Fortaleza, considerando as gestações de alto risco, o parto cirúrgico parece ter sido um fator protetor, o que pode significar indicação tecnicamente apropriada. Essa mesma conclusão foi observada por ALMEIDA, NOVAES, ALENCAR e RODRIGUES, em 2002, ao estudarem mortalidade neonatal, no Município de São Paulo.

4.1.5. Óbitos Perinatais segundo Características dos Produtos

- Sexo

Para esta variável, observa-se inicialmente que havia nove casos com informação ignorada entre os óbitos neonatais precoces. Após relacionamento entre os Bancos de Dados, este número caiu para cinco, como foi visto anteriormente. Verifica-se, portanto, um registro mais cuidadoso, mesmo entre os óbitos fetais para

os quais o percentual de ignorados alcançou um valor inferior a 5%, embora seja um dado para o qual se espera registro total pela facilidade de identificação.

Confirmando os dados encontrados em diversos estudos, a Tabela 4.10 revela que, em Fortaleza, o sexo masculino prevalece entre os óbitos perinatais com distribuição similar para seus componentes – fetais e neonatais precoces. Assim, como resultado, a taxa de mortalidade perinatal encontrada foi 18,7/1000 nascidos totais para o sexo masculino e 14,4 para o feminino.

Tabela 4.10 - Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces e perinatais, nascimentos totais e taxa de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal por mil nascimentos, segundo sexo, Fortaleza, 2006.

Sexo	Óbitos Fetais		Óbitos NNP		Óbitos Perinatais		Total de Nascimentos NV + OF
	Taxa Mort.		Taxa Mort.		Taxa Mort.		
	N	Fetal**	N	NNP**	N	Perinatal	
	(1000N)		(1000N)		(1000N)		
Masculino	190	9,1	202	9,6	392	18,7	20.907
Feminino	130	6,6	153	7,8	283	14,4	19.649
Sub total	320	*	355	*	675	*	40.556
Ign	13	*	5	*	18	*	168
TOTAL	333	8,2	360	8,8	693	17,0	40.724

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Nota: Os cálculos foram realizados sobre o total de casos com informação conhecida.

* Não calculado

Razão de sexos = 1,4

ARAÚJO, BOZZETTI e TANAKA (2000) também verificaram um risco de morte entre os meninos maior do que entre as meninas e explicam tais achados pelo fato de ser mais precoce o amadurecimento do pulmão no sexo feminino, o que diminui problemas respiratórios do recém-nascido, os quais são responsáveis por um elevado número de óbitos neste período da vida.

Em tese de doutorado, estudando óbitos neonatais, MARAN (2006) observou, na cidade de Maringá/Paraná, dados semelhantes, tendo encontrado 62,5% de mortes para o sexo masculino entre os óbitos neonatais e 37,5 foi o resultado entre as meninas. Neste estudo a razão de sexos foi 1,6, mais elevada que o valor (1,4) encontrado em Fortaleza.

- Peso ao Nascer

A classificação de recém-nascidos em relação ao peso ao nascer apresenta, segundo a OPS/OMS, 1994, as seguintes categorias:

- Baixo peso (BPN) - menos de 2500g (até 2499g)
- Peso muito baixo (MBPN) - menos de 1500g (até 1499g)
- Peso extremamente baixo (EBPN) - menos de 1000g (até 999g).

Estudo realizado por YEAST et al. (1998), no estado de Missouri (Estados Unidos da América do Norte), 1998, mostrou um risco maior para mortalidade neonatal, entre os RN com muito baixo peso.

GUIMARÃES (2001) encontrou um risco elevado de baixo peso ao nascer, estudando gravidez na adolescência.

Estudo de revisão realizado por LANSKY et al. (2002b) confirma relação entre o peso ao nascer e a mortalidade neonatal precoce. A comparação considerou três cidades brasileiras localizadas nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste e o País de Gales. A mortalidade verificada foi mais elevada para RN com menos de 2000g, embora tenha sido muito mais baixa para o País de Gales.

Entre fatores associados à morbimortalidade perinatal, pesquisa realizada no Rio de Janeiro, por LEAL et al. (2004), encontrou 8,8% dos desfechos nos RN, por gestação única, com peso ao nascer inferior a 2500g, ou seja, com baixo peso ao nascer, segundo a classificação da OMS.

ALMEIDA, ALENCAR, NOVAES e ORTIZ (2006), estudando sistemas de informações e mortalidade perinatal nos oito estados brasileiros nos quais a qualidade dos dados permitem, segundo a RIPSa, calcular taxas de mortalidade perinatal, verificaram que, em três destas oito Unidades Federadas, cerca de 30% dos dados não eram informados. Este resultado leva à reflexão sobre a dificuldade em fazer uma análise que seja fiel à realidade existente.

Como pode ser observado nos dados da Tabela 4.11, a taxa de mortalidade perinatal peso-específica apresenta crescimento inverso ao valor do peso ao nascer. Ou seja, as crianças com peso mais baixo ao nascer têm muito maior chance de morrer. Para os nascidos com menos de 1000g, (incluídos os que nasceram com

menos de 500g) a mortalidade perinatal é bastante mais elevada 669/1000 nascidos totais pesando menos de 1000g do que entre os que pesaram entre 1500 e 2499g, que foi 52,1. A partir de 2500g a mortalidade perinatal peso-específica cai rapidamente para valores inferiores a 7,9 e, ao se aproximar do valor do peso considerado ideal (3000 a 3999g), alcança 3,2/1000 nascidos totais pesando entre 3000 e 3999g)

Tabela 4.11 - Distribuição de óbitos fetais, neonatais precoces perinatais e nascimentos totais, segundo peso ao nascer e mortalidade perinatal, segundo peso ao nascer (por mil nascimento), Fortaleza, 2006.

Peso (gramas)	Óbitos Fetais	Óbitos Neonatais Precoces	Óbitos Perinatais	Nascidos Totais	Taxa de Mortalidade Perinatal
< 500	-	39	39	62	629,0*
500 – 999	84	140	224	331	676,7*
1000 – 1499	57	41	98	434	225,8
1500 – 2499	97	52	149	2.861	52,1
2500 – 2999	40	27	67	8.450	7,9
3000 – 3999	48	35	83	26.138	3,2
4000 e mais	7	2	9	2.447	3,7
Sub-total	333	336	669	40.723	*
Ign	-	24	24	1	*
TOTAL	333	360	693	40,724	17,0

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

* Os óbitos perinatais com menos de mil gramas somam 263 e a TMPN é igual a 669,2/1000nascidos totais.

Conforme mostrado no gráfico 4.6, os óbitos perinatais são muito menos frequentes entre os recém-nascidos com peso igual ou maior que 2500g (24%). É possível perceber que a frequência desses óbitos em crianças com menos de 2500g chega a ser três vezes maior (76%). Analisando particularmente as 510 mortes perinatais com baixo peso ao nascer (<2500g), verifica-se que 52% delas apresentaram extremo baixo peso ao nascer (EBPN), 19% tinha muito baixo peso ao nascer (MBPN) e 29% baixo peso ao nascer (BPN).

Gráfico 4.6 – Óbitos perinatais, segundo o peso ao nascer (em gramas), Fortaleza, 2006

Analisando esses indicadores, verifica-se que o problema do peso se constitui em um fator de risco bastante importante, tendo, o baixo peso ao nascer, apresentado forte influência na determinação de óbitos tão precoces – fetais e neonatais na primeira semana de vida.

Estes achados levam à conclusão que, no município de Fortaleza, é necessário investir na atenção ao pré-natal, tornando-se imperioso o encontro de estratégias que possam ofertar o melhor cuidado à gestante e até mesmo à mulher que deseja engravidar, para garantir-lhes, bem como aos conceitos, condições favoráveis para a nutrição de ambos.

- Idade ao Morrer (para óbitos neonatais precoces)

Em relação à idade da criança, a categorização dos dados é feita em: menor de 24 horas e, em seguida por dias de vida de um a seis dias.

Na tabela 4.12 é possível observar que o maior número de óbitos neonatais precoces, em Fortaleza, ocorreu com um dia de vida (37,8%) seguido das mortes ocorridas nas primeiras 24 horas (25,6%), totalizando mais de 60% dos óbitos neonatais precoces.

Tabela 4.12 - Distribuição de óbitos neonatais precoces, segundo idade do recém-nascido ao morrer
Fortaleza, 2006

Idade da Criança	N	%
< 24 horas	92	25,6
1 dia	136	37,8
2 dias	57	15,8
3 dias	19	5,3
4 dias	28	7,8
5 dias	14	3,9
6 dias	14	3,9
TOTAL	360	100,0

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Os dados da RIPSa (2009) apresentam um padrão de mortalidade para o período neonatal precoce, no qual esses óbitos acontecem, sobretudo, nas primeiras 24 horas de vida (RIPSa, 2009). Vários estudos, realizados em diferentes períodos e lugares, mostram resultados semelhantes (ORTIZ, 1999; RIBEIRO e SILVA, 2000; MARAN, 2006).

O Gráfico 4.7 evidencia que, em Fortaleza, esse padrão não foi verificado. Tal fato pode significar dificuldade no registro de óbitos neonatais precoces e fetais. É possível que mortes ocorridas logo após o nascimento tenham sido reportadas como óbito fetal.

Gráfico 4.7 – Distribuição dos óbitos neonatais precoces, segundo idade ao morrer, Fortaleza, 2006

LAURENTI et al., de longa data chamam a atenção para o fato de que a conceituação errada do que sejam nascidos vivos que morrem logo após o parto e nascidos mortos leva a erros importantes nas estatísticas de saúde: “É fato esperado – decorrente de toda a literatura médica – que os óbitos na primeira semana de vida ocorram com frequência decrescente do momento do nascimento ao fim da primeira semana”. Se tal padrão não ocorre, como é o caso verificado em Fortaleza, fica evidenciado um erro no uso deste conceito ao registrar o óbito, embora o mesmo não possa ser quantificado (LAURENTI et al., 1985) A análise feita mostra, assim, que os dados, nesse Município estão a requer, ainda, algum aprimoramento.

- Índice de Apgar (para óbitos neonatais precoces)

A avaliação do índice de Apgar é feita nos 1º e 5º minutos após o nascimento, a partir de características apresentadas pelos recém-nascidos, como: respiração, tônus muscular, batimentos cardíacos, cor da pele e resposta a estímulos nervosos, permitindo obter sua classificação quanto à presença ou não de anóxia (MIURA, 1997, GUILAUMON e SEGRE, 2002), e avaliar os efeitos de eventual reanimação necessária (OMS/OPS/AIEPI, 2009).

Segundo MIURA (1997), a classificação do referido score é feita usando a seguinte categorização:

- Ausência de asfixia: representada por um score de Apgar 7 a 10;
- Asfixia leve e moderada: 3 a 6;
- Asfixia grave: 0 a 2.

A CID-10, V 1, (2001) apresenta uma categorização um pouco diferente, na qual, para os valores encontrados de zero a 3, existe asfixia grave; entre 4 e 7 a asfixia é considerada leve e valores entre 8 e 9 são encontrados em crianças sem asfixia (OMS/CID-10, V 1, 2001) . Nesta pesquisa, a análise dos dados está fundamentada na categorização referida na CID-10.

Para o Índice de Apgar das crianças que foram a óbito até seis dias, em Fortaleza, 2006, foi encontrado no Banco do SINASC - SESA registro para 242

crianças (67,22% dos óbitos) no 1º minuto de vida e para 225 crianças (62,5%) no 5º minuto, mostrando importante sub-notificação no seu registro. Trata-se de situação também encontrada em estudo realizado no Rio de Janeiro, no qual foi verificado que em 84,4% dos registros dos óbitos não eram informados os valores de Apgar (CAMPOS e CARVALHO, 2005)

Estudo de CUNHA, FERNANDES, GUEDES e MELO (2004) chama atenção especial para as crianças que apresentaram índice de Apgar menor que sete, para as quais há necessidade de intervenções imediatas.

Conforme apresentado na Tabela 4.13, em Fortaleza, dos totais de óbitos neonatais precoces, 52% (126) apresentaram Apgar entre zero e três no primeiro minuto, o que é encontrado em crianças que nascem com asfixia grave; 37% (90 crianças) apresentaram Apgar 1º minuto entre 4 e 7, presente em casos de asfixia leve ao nascer. Obtiveram valores de Apgar no primeiro minuto 8 e 9 um total de 11% (27) das crianças, compatível com ausência de asfixia, segundo a CID-10, Vol. 1. Para valores de Apgar aos cinco minutos, entre zero e três foram 65 crianças, entre 4 e 7 foram 94 e entre os valores de 8 e 9 somaram 68 crianças. As informações tidas como ignoradas foram mais elevadas no registro da avaliação do Apgar do 5º minuto, podendo significar ocorrência de óbito anterior à esta avaliação.

Tabela 4.13 - Óbitos neonatais precoces, segundo valores do Apgar no 1º e no 5º minutos Fortaleza, 2006

	Apgar 1º		Apgar 5º	
	Nº	%	Nº	%
00	5		9	
01	59		29	
02	30		12	
03	32		15	
Sub-Total	126	51,9	65	28,6
04	27		10	
05	15		17	
06	26		34	
07	22		33	
Sub-total	90	37,0	94	41,4
08	17		42	
09	10		26	
Sub-total	27	11,1	68	30,0
Ign	17	6,5	33	12,7
TOTAL GERAL	260	100	260	100

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Vale, ainda, ressaltar que, entre as 27 crianças com valores entre 8 e 9 para Apgar 1º minuto, a avaliação no 5º minuto mostrou manutenção do valor 8 para o índice de Apgar em três crianças, evolução de 8 para 9 em 10 e permanência do valor 9 em nove crianças (total de 22).

As causas básicas destes 22 óbitos, identificadas por meio de busca manual, nos dois Bancos de Dados, (SIM e SINASC), revelou a existência de infecções, inclusive dois casos de sífilis congênita, septicemias e malformações congênitas. Trata-se, pois, de alguns problemas que poderiam ter sido solucionados, como por exemplo, as infecções. Além de sífilis congênitas, podem estar incluídas, entre as septicemias, casos originados pelo *Estreptococo* do grupo B, por transmissão placentária ou vaginal (transamniótica). A infecção por esta bactéria é considerada a maior causa de sepse perinatal com cerca de 25% de mortes fetais e 25% neonatais precoces em prematuros e, ainda, em 5% dos nascidos a termo, segundo dados de e

REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2008b, e, que devem ser rastreadas nas gestantes para seu tratamento e na ocasião do parto, para profilaxia nos conceptos.

Observa-se no Gráfico 4.8 que na avaliação do Apgar do 5º minuto houve uma redução de 52% para 29% dos casos de asfixia grave. Já para os casos de asfixia moderada, praticamente não se verificou alteração e a ausência de asfixia foi modificada de 11 para 30%, o que significa recuperação significativa da vitalidade desses recém-nascidos, que mesmo assim não sobreviveram, conforme comentário anterior em relação aos 22 óbitos buscados manualmente para informar a causa dessas mortes.

Gráfico 4.8 – Óbitos neonatais precoces, segundo valores de Apgar no 1º (N = 260) e no 5º minutos (N = 243)*, Fortaleza, 2006

*Ignorados aumentaram de 17 (1º min.) para 33 na avaliação do 5º minuto.

- Causa Básica dos Óbitos

As causas de óbitos são consideradas como a mais importante informação da Declaração de Óbito (MATHERS et al., 2005).

Causa Básica da Morte é definida como “(a) doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as

circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (OMS, CID-10, 2001)

Entre as principais causas de mortes perinatais estão: parto prematuro, anóxia ante e intraparto, anomalias congênitas, infecções (REZENDE FILHO e MONTENEGRO, 2008b; RIPSА, 2009). Em 2005, a distribuição percentual dessas causas para o Brasil e Regiões Sul e Nordeste foi a seguinte: *Prematuridade* – 3,4; 2,3 e 4,9. *Infecções* – 2,4; 1,1 e 3,5. *Asfixia* – 2,0; 1,3 e 3,3. *Malformações congênitas* – 2,1; 1,9 e 2,3, respectivamente (RIPSА, 2009). Percebe-se, portanto, que no Nordeste esses são problemas de frequência mais elevada do que na Região Sul do País.

Pesquisa realizada por MARANHÃO et al. apresentou entre as principais causas de mortes neonatais as infecções, a asfixia, problemas respiratórios, prematuridade e baixo peso ao nascer (MARANHÃO et al., 1999). Já entre os óbitos fetais WARNER, KIELY e DONOVAN (2000) encontraram com maior frequência nós de cordão, transfusão feto-feto e baixo peso (WARNER, KIELY e DONOVAN, 2000).

Em Fortaleza, é possível observar na Tabela 4.14, que 621 óbitos perinatais (89,6%) foram representados por afecções originadas no período perinatal. As malformações congênitas (64) contribuíram com 9,2% dos óbitos. São mostradas ainda causas relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias, como a sífilis congênita (dois casos entre os óbitos neonatais precoces e um caso entre os fetais) representando 0,4% das mortes.

A presença de sífilis congênita, que adquirida pelo feto via placentária em qualquer estágio da doença materna, (MS/SVS, 2006a; MS/SVS, 2006b), ainda permanece como uma ameaça no período perinatal, destarte a possibilidade concreta atual para diagnóstico e tratamento. Sua ocorrência foi proposta como indicadora da qualidade da atenção perinatal (SARACENI et al., 2005). Na verdade, muitas vezes, o diagnóstico pode não ser efetivado, ou se efetivado não receber tratamento adequado da gestante, ou, principalmente, do seu parceiro. Deve ser considerado que o desconhecimento da população sobre a doença e sua gravidade constitui barreira ao tratamento, (FIGUEIREDO et al., 2001), que utiliza medicação injetável, dolorosa e

temível por ser considerada responsável por anafilaxia e, assim, pouco aceita pelas pessoas afetadas.

Tabela 4.14 - Óbitos fetais, neonatais e perinatais, segundo grandes grupos de causas (CID-10), Fortaleza, 2006 (Nº e %)

Causas	Ob. Fetais		Ob. NNP		Ob. Perinatais	
	N	%	N	%	N	%
Afecções originadas período perinatal	317	95,2	304	84,4	621	89,6
Malformações Congênitas	15	4,5	49	13,6	64	9,2
Sífilis Congênita	1	0,3	2	0,6	3	0,4
Outros	0	0	5	1,4	5	0,7
TOTAL	333	100,0	360	100,0	693	100,0

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

A Tabela 4.15 apresenta as causas básicas encontradas em Fortaleza, para esses óbitos, observando agrupamentos, segundo a CID-10. Entre os 621 óbitos perinatais por afecções originadas no período perinatal destacam-se por frequência: as complicações da placenta, cordão umbilical e membranas (16), transtornos relacionados à curta duração, peso baixo ao nascer (41), asfixia ao nascer (36), transtornos cardiovasculares do período perinatal (16), septicemia bacteriana do recém-nascido (47), e outras infecções específicas do período perinatal (17). Entre as malformações congênitas (64) que representaram 9,2% das mortes perinatais, 17 se referem à malformações congênitas do sistema nervoso (14 destas são anencefalia e similares). Destacam-se ainda, causas relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias como a sífilis congênitas (dois casos entre os óbitos neonatais precoces e um entre os fetais). Além disso, sobre as infecções, é importante, mais uma vez, atentar para os casos frequentes de estreptococcia, geralmente sem diagnóstico definido, que podem estar ocultos entre as septicemias (47) nos óbitos de recém-nascidos até seis dias ou entre os numerosos óbitos fetais (mais de 150) não especificados.

Tabela 4.15 – Óbitos fetais, neonatais precoces e perinatais, segundo causa básica Fortaleza, 2006.

Causas CID-10		Óbitos NNP	Óbitos Fetais	Óbitos Perinatais	
		N	N	N	%
A50	Sífilis congênita	2	1	3	0,4
C79	Neoplasia maligna secundária	1	-	1	0,1
N00	Síndrome nefrítica aguda	1	-	1	0,1
P00 – P04	Feto RN afetados por fatores maternos, complicações da gravidez, trabalho de parto, parto	35	92	127	18,3
P05 – P07	Transt relacionados com duração gravidez e crescimento fetal	44	2	46	6,7
P15	Traumatismo de parto	4	-	4	0,6
P20 – P29	Transt respiratórios e cardiovasculares do período PN	133	58	191	28,0
P36 – P39	Infecções específicas do período PN	65	2	67	9,7
P52 – P61	Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e RN	4	1	5	0,7
P70 – P74	Transt endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do RN	2	3	5	0,7
P83	Afecções que comprometem tegumento e regulação térmica do feto e do RN	2	-	2	0,3
P95 – P96	Outros transtornos originados no período PN	15	159	174	25,1
Q00 – Q07	Malform congênitas do sistema nervoso	17	6	23	3,3
Q20 – Q027	Malform congênitas do aparelho circulatório	7	-	7	1,0
Q33	Malform congênitas do aparelho respiratório	3	-	3	0,4
Q39	Outras Malform congênitas do aparelho digestivo	2	-	2	0,3
Q60 – Q61	Malform congênitas do aparelho urinário	2	-	2	0,3
Q78 – Q79	Malform congênitas e deformações do sistema osteomuscular	4	1	5	0,7
Q87 – Q89	Outras Malform congênitas	12	8	19	3,0
Q91	Anomalias cromoss NCOP	2	-	2	0,3
R99	Outras causas mal definidas	1	-	1	0,1
W84	Risco não específico para respiração	1	-	1	0,1
Y09	Agressões por meio não especificado	1	-	1	0,1
TOTAL		360	333	693	100

Fonte: SESA/CE, 2008, dados dos Bancos do SIM e do SINASC.

Obs. Transt= transtorno; Malform=malformação; PN= perinatal; Cromoss= cromossomicas

Um alerta para os profissionais e gestores de saúde deve ser transmitido, no sentido do desempenho de suas funções de modo mais efetivo, para informar e

conscientizar seus pacientes, durante o atendimento, quanto às implicações dos problemas detectados e a importância do pré-natal, para evitar tantas mortes fetais e neonatais precoces que vem ocorrendo.

4.1.6 A Evitabilidade dessas mortes

- Os critérios, elementos para conhecer a evitabilidade

As etapas comentadas no item procedimentos metodológicos (Figura 3.1) foram cumpridas após árduas tentativas para a obtenção de todos os elementos previstos.

Em relação aos óbitos fetais anteparto, houve dificuldade na sua obtenção. Não são coletados nas DO e o seu registro no prontuário não é satisfatório. Embora, a análise de prontuários não tenha sido propósito da atual investigação, foram pesquisados 50 prontuários (15%) dos natimortos, com o intuito de encontrar o registro da informação referida. Em 21 deles (42%) não havia referência ao dado buscado. Nos 27 (58%) restantes foi encontrado registro da condição na qual a gestante chegou ao hospital – *“paciente deu entrada com feto morto”*, sendo que em dois destes prontuários havia também referência à *“feto morto macerado”*. Tal informação não permite avaliar corretamente este critério. Certamente, como foi proposto por WIGGLESWORTH, em 1980, resultados de necropsia poderiam ser decisivos para este conhecimento, ou o melhor preenchimento do prontuário. Porém, em nosso meio, a necropsia não é realizada, e tal informação, em geral, não está registrada no prontuário.

Entretanto, os valores percentuais (15%) obtidos por meio das pesquisas nos prontuários, foram aplicados sobre o total de óbitos fetais após a exclusão inicial das malformações congênicas e das condições específicas definidas. Assim, 58% dos 313

óbitos resultantes desta exclusão são 182 óbitos fetais (27,1%), considerados anteparto.

Quanto às malformações congênitas, entre óbitos fetais foram 15 (2,2%) e entre os neonatais precoces foram 49 (7,3%). Trata-se de um dado claro e de obtenção factível.

Sobre os óbitos neonatais precoces com peso inferior a 1000g, extremo baixo peso ao nascer (166), é importante que se faça uma reflexão sobre os fatores assistenciais relacionados, definidos como assistência em sala de parto e em unidade neonatal e que, no entanto, poderia estar relacionado, igualmente, aos cuidados durante o pré-natal que favorecesse ganho de peso, crescimento e maturidade do concepto. Estes óbitos somam-se àqueles com peso igual e maior de 1000g, que tinham 4 horas ou mais e menos de 37 semanas de gestação (51) ao morrer, totalizando 217 óbitos (32,4%) formando o grupo “imaturidade”.

Para a identificação dos óbitos por asfixia intraparto, a proposta é incluir os óbitos neonatais precoces com peso igual ou maior de 1000g, e com menos de 4 horas (9) e aqueles com igual ou mais de 4 horas com real evidência de asfixia (21), somados aos 131 óbitos fetais intraparto – aqueles que (provavelmente) morreram durante o trabalho de parto, conforme os achados nos 50 prontuários analisados e já mencionados. Esse total de 161 óbitos perinatais representam 24% do total das mortes perinatais.

Ao final, ao serem consideradas as “condições específicas definidas” ao se excluir 47 casos de septicemia, que segundo a OMS são tidos como “causa mal definida”, obtém-se um referencial a menor e se incluídos o número de casos fica a maior. Foi decidido pela exclusão desses casos (septicemia) não definidos especificamente. Desta forma, entre os óbitos fetais ficaram cinco, entre os neonatais precoces 12. Adicionados os 30 casos de óbitos neonatais precoces com peso igual ou maior de 1000g, igual ou maior de 4 horas com igual ou mais de 37 semanas de gestação, somam 47 casos (7,0%) para formar o grupo 5 dos critérios trabalhados. Para estes casos foram propostos, pela autora deste estudo, os fatores assistenciais relacionados aos problemas: atendimento no pré-natal, em sala de parto e em unidade neonatal.

Na Tabela 4.16 estão apresentados os dados referentes aos achados para esses critérios de evitabilidade que mostra maior percentual de asfixia entre os óbitos fetais (39,3%) e malformações congênitas (14,5%), bem como condições específicas (12,4%) foram mais freqüentes entre os neonatais precoces. Óbitos anteparto representaram 54,7% dos óbitos fetais.

Tabela 4.16 – Óbitos fetais, neonatais, precoces e perinatais, segundo a classificação de Wigglesworth modificada (1989), Fortaleza, 2006

Causas de morte	Ob. Fetais		Ob. NNP		Ob. Perinatais	
	N	%	N	%	N	%
Óbitos anteparto (antes do trabalho de parto)	182	54,7	-	-	182	27,1
Malformação congênita	15	4,5	49	14,5	64	9,5
Imaturidade	-	-	217	64,2	217	32,4
Asfixia	131	39,3	30	8,9	161	24,0
Condições específicas	5	1,5	42	12,4	47	7,0
Sub-total	333		338		671	100
Ign	-		22		22	-
TOTAL	333		360		693	

A relação entre as causas de mortes perinatais evitáveis e falhas de fatores assistenciais, segundo Wigglesworth modificada (1989), é apresentada na Tabela 4.17. Observa-se que 83,5% dos óbitos perinatais estão distribuídos nos grupos 1, 3 e 4 (morte anteparto, imaturidade e asfixia), sendo os grupos 3 e 4 (56,4%) mais relacionados com a assistência em sala de parto e ao recém-nascido. Para os (grupos 1, 2 e 5 - 43,6% dos óbitos) um pré-natal qualificado poderia tê-los evitado ao atender às demandas, aos riscos presentes entre as gestantes. Melhor assistência em sala de parto e em unidade neonatal evitaria, portanto, 56,4% dos óbitos que ocorreram por asfixia e por prematuridade, os quais exigem cuidado especial ao recém-nascido. Condições específicas, as quais incluem as infecções, podem ser evitadas por atenção cuidadosa no pré-natal, mas, medidas adotadas durante o parto e atenção ao recém-nascido, também são capazes de evitar tais óbitos. É particularmente preocupante a ocorrência de óbitos anteparto, uma vez que sua

prevenção pode se dar no acompanhamento do pré-natal. Seu significado é assustador e deixa uma sensação de nulidade do saber e da decisão de ajudar a dar à luz, de trazer à vida tantos seres pequeninos aos quais foram negadas chances de viver.

Tabela 4.17 – Taxa de mortalidade perinatal e fatores assistenciais relacionados, conforme a classificação de Wigglesworth modificada (1989), Fortaleza, 2006

Causas de morte	N	%	Fator assistencial relacionado
Natimorto anteparto*	182	27,1	Assistência ao pré-natal
Malformações congênitas	64	9,5	Assistência e diagnóstico pré-natal
Imaturidade**	217	32,4	Assistência em sala de parto e em unidade neonatal
Asfixia*	161	24,0	Manejo obstétrico e assistência em sala de parto (incluindo ressuscitação do recém-nascido)
Condições específicas	47	7,0	Assistência e diagnóstico pré-natal ***; assistência em sala de parto e em unidade neonatal
Sub-total (causas)	671	100	
Ign	22	-	
TOTAL	693	-	

Nota: A soma total (OPN) inclui 22 ignorados entre os ONNP.

* Calculado a partir da aplicação dos achados da análise de 15% dos prontuários de mães de óbitos fetais para o grupo 1 e para parte do grupo 4. ** Incluídos 39 ONNP com peso < 500g ;

*** Considerações da autora desta pesquisa: a evitabilidade é parcial e, quanto aos fatores assistenciais, propõe inclusão dos cuidados também no pré-natal,.

A Tabela 4.18 mostra resultados de avaliação da evitabilidade dos óbitos perinatais, segundo os critérios propostos por Wigglesworth modificada (1989), em três cidades brasileiras: Pelotas (1993), Fortaleza (1995 e 2006) e Belo Horizonte (1999).

Observa-se entre os percentuais encontrados para o grupo 1 (morte anteparto) que em Fortaleza houve uma redução de mais de 40% quando se comparam

resultados de 1995 para 2006. Entretanto os dados atuais, agora, se aproximam aos de Pelotas em 1993.

Em relação aos casos de malformação congênita, Fortaleza em 2006 apresenta um percentual mais aproximado de Pelotas e de Belo Horizonte, em 1993 e 1999 respectivamente, podendo significar sua evidência em virtude da redução em outro grupo de causas.

Quanto aos casos de imaturidade, não se observa alteração entre os dois momentos de avaliação em Fortaleza, e que, há cerca de uma década era muito menos freqüente em Belo Horizonte e em Pelotas.

Analizando os percentuais relativos à asfixia intraparto, Fortaleza apresentou 24% em 2006 mostrando um crescimento de quase três vezes o valor encontrado em 1995, porém mais aproximado de Pelotas e Belo Horizonte, o que pode sugerir diferença na coleta de dados com melhor registro das causas de óbitos neonatais precoces ou mesmo nos diferentes passos do processo de identificação dos grupos de causas considerados para a classificação da evitabilidade dos óbitos.

Considerando o percentual de condições específicas definidas em Fortaleza, 2006 (7,0), verifica-se um aumento que pode ser visto como melhoria do diagnóstico e registro dos dados no SIM e que no momento atual estão similares aos encontrados na cidade de Pelotas há mais de 15 anos.

Tabela 4.18 – Óbitos perinatais nas cidades Belo Horizonte (1999), Pelotas (1993), Fortaleza (1995, 2006), conforme a classificação de Wigglesworth, modificada (1989) (%)

Causas de morte	B. Horizonte	Pelotas	Fortaleza	
	(1999)	(1993)	(1995)	(2006)
	%	%	%	%
Anteparto	30,1	25,0	48,5	27,1
Malformação Congênita	8,4	11,0	5,5	9,5
Imaturidade	22,6	18,0	35,0	32,4
Asfixia Intraparto	34,9	38,0	9,0	24,0
Condições específicas	4,0	8,0	2,0	7,0
TOTAL	100	100	100	100

A comparação foi motivada tanto pelo fato destas avaliações terem utilizado os mesmos critérios de evitabilidade, quanto para comparar a situação referente à Fortaleza em dois momentos, com intervalo de dez anos e de outras duas cidades consideradas de melhor nível socioeconômico. O resultado, no entanto, deixa perceber que há necessidade, ainda, de investimento na melhoria da atenção à saúde materna-infantil visando ao alcance de indicadores mais favoráveis relacionados a estas populações.

4.2. PARTE II - MÃES USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE CONTAM SUAS PERCEPÇÕES: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa, como suporte para uma análise mais refinada, pode ser mais explicativa sobre a atenção dispensada nos diferentes pontos da rede do sistema de saúde e sua relação com o óbito perinatal. Captar e analisar falas de pessoas usuárias desse sistema, mães de crianças natimortas ou que morreram na primeira semana de vida, ou daquelas cujos filhos sobreviveram, possibilitou o conhecimento de sua vivência e de sua percepção sobre os fatos/processos por elas experimentados e, então, construir um conceito/entendimento dos mesmos a partir desse *construto de primeira potência ou conhecimento de primeira ordem*, precioso, como referido por SCHUTZ (1964), para o pesquisador, na criação dos *construtos em segunda potência*.

A entrevista individual favoreceu a criação de ambiente de confiança, possibilitando a obtenção de detalhes muito mais ricos acerca de experiências pessoais, a partir de perguntas motivadoras, em um contexto de informação detalhada sobre circunstâncias particulares da pessoa entrevistada, e pertinente ao objeto da pesquisa, abordado pelo entrevistador, por isso defendida por vários autores (GASKELL, 2005; MINAYO, 2006).

Em todos os contatos efetivados, as mulheres foram informadas sobre o motivo que levou àquela comunicação, esclarecendo sobre os objetivos do estudo e marcando data e locais de acordo com a disponibilidade e preferência das mesmas.

Todas aquelas com as quais foi possível o contato dispuseram-se a participar das entrevistas e nenhuma delas faltou ou sequer atrasou ao compromisso assumido, o que pode significar uma necessidade interior de conversar sobre o assunto.

Participaram do estudo 34 mães de crianças cujo produto foi representado por óbitos perinatais – formulários de 1 a 13 referentes a óbitos fetais e formulários de 14 a 34 óbitos ocorridos durante a primeira semana de vida, e mais 12 (formulários 35-46) mães de crianças que nasceram vivas e ultrapassaram seu vigésimo oitavo dia de vida, totalizando quarenta e seis entrevistadas. A faixa etária das mães variou entre 14 e 40 anos. Com relação à escolaridade, percebeu-se que esta característica foi diversa entre as mães de crianças que morreram e aquelas de crianças sobreviventes – maior número de anos de estudo foi verificado entre estas últimas. A maioria tinha moradia própria, com três a quatro cômodos, em “favelas urbanizadas”. Algumas informaram morar com a mãe, também em favela. A renda familiar média estava em torno de um salário mínimo, sendo que algumas delas não possuíam renda própria, dependendo financeiramente da mãe, pois ainda eram estudantes. Em geral, tratava-se de mulheres com mais de uma gestação com relato de feto morto ou abortamento espontâneo anterior, entre as mães de óbitos perinatais. Mesmo entre mães de crianças que sobreviveram, algumas apresentavam história de gravidez anterior, sendo que, apenas uma relatou evento de morte neonatal prévio. Adolescentes em primeira gravidez tiveram filhos que continuaram vivos, porém, para a maioria delas houve perda fetal ou neonatal precoce. Exceto uma, todas as entrevistadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, logo após a sua confirmação. O parto normal foi o tipo mais relatado por mulheres que tiveram filhos vivos que faleceram no período neonatal precoce. Mesmo entre as mulheres cujos produtos sobreviveram o período neonatal tardio, o parto normal foi mais freqüente. O parto cesáreo foi mais relatado por mães de óbitos fetais sendo que, em dois casos, a gravidez era gemelar com óbito dos produtos em ambas as gestações. Em geral, as entrevistadas comentaram com muita eloquência o relacionamento com o profissional de saúde que as acompanharam no pré-natal, sobre visitas domiciliares dos Agentes

Comunitários de Saúde e sobre o atendimento durante o parto quando lamentaram a ausência de um acompanhante que lhes poderia dar mais segurança, tranquilidade. .

Após a categorização das falas, com inclusão de observações sobre manifestações não verbais caracterizadas por gestos e comportamentos específicos das entrevistadas, foram obtidos os resultados apresentados a seguir:

4.2.1 A “descoberta” da gravidez

- Os primeiros sentimentos: satisfação, preocupação, tristeza...

A revelação da gravidez foi recebida com satisfação por algumas das mães, mesmo adolescentes, conforme foi possível perceber em seu entusiasmo ao referir o fato em seus discursos:

“Eu e meu marido, a gente sonhava com um filho. (sorriso). Então quando a menstruação atrasou, nós ficamos muito contentes”. (E1)

“Eu era doida pra ter um filho”. (E4 - Adolescente)

Igual sentimento foi percebido entre mães cujos filhos não foram a óbito:

“Ah, eu sempre sonhei ser mãe, fiquei feliz demais” (E38)

“Um filho era meu sonho de há muito..., foi bom saber que tava esperando” (E41)

“Quer saber eu fiquei contente, mas meu marido foi que vibrou mais, ele é doidim por criança ”(E44)

“Foi muito preocupante, que eu já tinha perdido um, mas acabei me animando”(E46)

No entanto, para a maioria delas o sentimento experimentado foi de insatisfação, tristeza, preocupação, como é possível perceber nas suas falas e na angústia que permeou seus relatos:

“Eu fiquei preocupada pela idade e também pelos filhos tudo grande, a caçula com 10 anos!” (E2 - mulher de 40 anos)

“Quando descobri o atraso da menstruação eu não gostei não. A gente, eu e meu marido, tinha combinado de não ter mais filho”. (E3)

“Já fiquei triste e preocupada, porque eu já tinha perdido 5, e foi muito sofrimento”. (E5)

“Não gostei de ficar esperando. Como ia fazer festa de 15 anos com recém-nascido nos braços?” (E7 - Adolescente)

“Não fiquei satisfeita, no começo, não vou negar”. (E22)

Os discursos das mães, cujos filhos nasceram e permaneceram vivos, revelaram que algumas delas, também, não estavam planejando engravidar:

“Fiquei foi preocupada, eu nem pensava de ter...” (E37)

“Eu sempre quis um filho, mas, não era pra já, mas fazer o que...?” (E39)

Para esta categoria encontrar o ponto de saturação não foi muito fácil. Entre aquelas cujo conceito resultaram em óbito fetal, nas primeiras entrevistas umas mães referiram satisfação e outras decepção por terem engravidado. A partir da entrevista 5 todas se colocaram insatisfeitas, não desejosas de engravidar. Em relação às mães de óbitos neonatais precoces a saturação foi mais demorada, somente a partir da entrevista 22 foi percebida a repetição sobre insatisfação com a gravidez até a entrevista 34. Essa categoria apresentou-se diferente entre mães de recém-nascidos que permaneceram vivos, cuja gravidez desejada foi elemento comum a partir da 40ª entrevista.

As mães que informaram não desejar ter filhos, não utilizaram métodos de planejamento familiar, o que pode ter sido falha na oferta desta atividade nos serviços de saúde, que deveria ser mais pró-ativa, mais efetiva. Tais dados confirmam publicação de pesquisa realizada no estado do Ceará, a qual informa que 49% das mulheres entrevistadas mães de crianças menores de três anos afirmaram não terem desejado a gravidez naquele momento (CORREIA et al., 2005). Para esta tendência, em ascensão, de gravidez não desejada, há necessidade de aumento em quantidade e qualidade da oferta da assistência integral do planejamento familiar (RIPSA, 2009).

- A busca, o acesso das mulheres gestantes às unidades de saúde para o pré-natal

A maioria relatou que, logo após a descoberta da gravidez, buscou a Unidade de Saúde próxima de seu domicílio para a realização do pré-natal, exceto uma (E1), cujo filho foi a óbito nas primeiras horas de vida, que havia procurado o serviço ofertado pelo convênio em uma clínica particular para realizar seu pré-natal.

“Fui no Posto de saúde pra fazer meu pré-natal” (E9)

“Fui no Posto, onde a gente já é atendido” (E28)

“Cheguei no Posto, fiz a ficha e comecei no mesmo dia o pré-natal” (E41)

A redundância de informações nesta situação foi percebida precocemente, uma vez que as gestantes, dos três grupos, buscaram o pré-natal nos primeiros três meses de gravidez, em serviços próximos de sua residência. A primeira entrevistada, detentora de plano de saúde só o fez no quarto mês de gravidez.

Percebe-se que as mulheres estão apresentando um comportamento positivo quanto à busca precoce do pré-natal.

4.2.2 O Cuidado no Pré-natal

- No domicílio: visitas do agente comunitário de saúde (ACS) e da equipe de saúde da família (ESF)

Apenas oito das mulheres entrevistadas referiram e demonstraram satisfação por terem recebido visitas de agentes de saúde ou de equipe da saúde da família durante a gravidez, quatro delas eram mães de crianças que foram a óbito nos primeiros seis dias de vida, duas de natimortos e duas eram mães de crianças que continuaram vivas, conforme alguns dos discursos:

“... chegou a visita da equipe da família na minha casa! Pra saber como eu tava! Pra ver se eu tava me cuidando, tomando o remédio. Eu me senti importante.” (E1)

“... a dona S (ACS) vinha era duas vez no mês saber como eu tava”.(E2)

“Tive visita da agente e foi bom porque ela dava mais dica da gravidez, de cuidar do nenem”(19)

“Achei fantástica a ação da agente, virou amiga... me ensinava de tudo” (E41)

“Foi muito bom, ela me dava informação que nem no posto eu tive, muito boa, ela... mas só foi uma vez” (E44)

Entretanto, a maioria referiu não ter recebido essas visitas. Procurando demonstrar o reconhecimento do valor positivo das mesmas, uma delas comentou, inclusive, que poderia ter sido bom receber a visita, a qual poderia ter significado aporte de informações que ela desconhecia. Suspiros e gestos, demonstrando o desejo dessas visitas, marcaram algumas falas que podem ilustrar essas afirmações:

“Agora, ACS eu nunca vi lá em casa”. (E3)

“Nunca recebi visita de ACS. Acho que às vez é bom, que a gente conversa mais, pergunta e pode saber das coisa...” (E5)

“Eu ouvi falar da ACS, mas nunca ela chegou a ir me ver”. (E20)

“Nunca andou na minha casa” (revolta) (E31)

“Não fui visitada. Acho que é bom que a gente tem mais liberdade de conversar, eu acho” (E42)

Em relação a esta categoria sobre cuidados no pré-natal a visita domiciliar pelo ACS foi pouco citada durante as entrevistas. Em todos os grupos foi referida, inicialmente, como presente e vantajosa para esclarecer dúvidas das mulheres, possivelmente por estar relacionado à estratégia inicial de captação das entrevistadas por meio dos ACS. Após várias entrevistas sem citação do ACS, esta retorna, como sendo ausente, nas últimas oito entrevistas com mães de óbitos perinatais e mesmo entre aquelas cujos filhos continuaram vivos, levando ao ponto de saturação por repetição da informação.

A identificação de baixo número de visitas realizadas por ACS parece ser um fato coerente com a dificuldade encontrada pelos ACS em identificar as mães para as entrevistas, no início da seleção da população do estudo. Tal situação pode ser

explicada pela baixa cobertura de ACS em Fortaleza até 2008, quando no final desse ano, o número de ACS foi ampliado, após a realização de concurso público. (SMS, 2009).

A visita do ACS à gestante é uma atividade considerada muito importante, uma vez que pode levar-lhes esclarecimentos sobre o comportamento que proteja sua saúde e de seu conceito. Orientar as pessoas nas famílias de sua área de abrangência, descobrir o que elas precisam saber para cuidar melhor da sua saúde é parte das competências do ACS. Assim, eles conversam com as famílias e, juntos, encontram soluções para seus problemas de saúde (ESP – CE, 2006). Esta atitude ajuda as pessoas a entenderem que também são responsáveis por sua saúde buscando os serviços e seguindo orientações recebidas. Avaliação de TENDLER (1997) sobre o trabalho dos agentes de saúde no Ceará, conclui que eles vêm as pessoas a quem visitam, não apenas para mudar-lhes o comportamento, mas, sobretudo, como entes que merecem o respeito que querem e necessitam.

- Na Unidade Básica de Saúde (UBS) - consultórios: a consulta e o acesso às informações básicas

As mães relataram que começaram a fazer o pré-natal logo que descobriram a gravidez, buscando o atendimento em Unidades de Saúde nas proximidades de seus domicílios.

Embora o acesso ao pré-natal tenha sido fácil, algumas mães comentaram que, durante as consultas, não eram examinadas completamente e, sobretudo, não recebiam as orientações que consideravam necessárias ao seu próprio comportamento para a manutenção de uma gravidez saudável, conforme transparece em algumas falas:

“...perguntei se ele ia examinar, pesar, pedir exame, essas coisas e ele disse que só na outra consulta, que tava tudo bem. Fiquei decepcionada, pensei que ele ia examinar e ver o peso, se tinha aumentado, mas...” (face de decepção). (E1)

“A primeira consulta foi meio sem graça. O doutor dizia que não era pra eu estar grávida, que eu era nova demais, essas coisa... examinar mesmo, só a barriga, né...”(indiferença!)..(E6).

“Nem tinha medida de pressão e nem exame da mama...” conversava pouco” (E14)

“Era difícil, mas eu pedia pra ele ver a pressão, aí ele via, perguntava do bebê, ele ia falando... a gente tem que ter coragem, perguntar...(animada)....é pro nosso bem...” (E41)

Algumas delas, no entanto, animadas, referiram um atendimento satisfatório:

“Cheguei no posto e fiz o acolhimento na entrada, com pouco tempo logo fui atendida pela doutora que pediu os exame de sangue e de urina até de urina de 24 horas, ultra-som também. Ela pesou eu, examinou a barriga, viu a pressão, foi um exame completo, fiz até a prevenção” (E2)

“Examinou o corpo, os seios, pesou e tirou a pressão. Disse que tava tudo bem. Pediu um monte de exame de sangue e de urina. Perguntou se eu queria fazer teste de HIV. Eu fiz foi tudo, logo”. (E3)

“A primeira vez foi com a enfermeira... Ela examinou barriga, peito, mediu, pesou e tirou a pressão e disse que tava tudo bem... Abriu um cartão e me deu que era pra trazer na outra consulta que já era com o doutor” (E4).

“O doutor era assim pouco conversador, mas tinha uma enfermeira que explicava melhor. Ele pesou, examinou a barriga, tirou a pressão e pediu uns exames de sangue e urina e também a ultra-som” (E15)

No Ceará, embora o pré-natal seja considerado universal, com pelo menos uma consulta, 26% das gestantes não têm sua pressão arterial avaliada, em 60% delas as mamas não são examinadas e 30% não são pesadas por ocasião das consultas (CORREIA, SILVEIRA e CAMPOS, 2003; SESA, 2002a; SILVA et al., 2007) refletindo, possivelmente, inadequada, organização para o uso de algumas normas padronizadas para a consulta de acompanhamento do pré-natal. (LIPPI et al., 2009)

Apesar de, na época, terem sido adquiridos e entregues às equipes de saúde da família aparelhos, como por exemplo, o sonar para o monitoramento fetal, é preciso também que o sistema esteja organizado para oferecer um atendimento integral e resolutivo. Para isso, deve estar estruturado com equipamentos e com profissionais capacitados e deve haver uma programação de referências com garantia de atendimento nos serviços de maior densidade tecnológica para pacientes que

apresentem a necessidade desta atenção no sistema. É fundamental que haja também integração, respeito, sensibilidade e ética entre as pessoas, para dar continuidade ao atendimento que foi iniciado em um outro nível de atenção do sistema.

No atual estudo, ainda que inicialmente fosse referida uma consulta satisfatória, delineou-se para óbitos perinatais, nas últimas seis a oito entrevistas, tanto entre mães de crianças que foram a óbito neonatal precoce quanto de natimortos, uma falha técnica em relação ao exame físico e também sobre o processo de comunicação/informação. Para mães de recém-nascidos que permaneceram vivos, desde a 5ª entrevista foi evidenciado melhor atendimento, inclusive em relação à comunicação médico-paciente, que, no entanto, foi, persistentemente, solicitada pela paciente - fato que se diferenciou das mães das crianças que foram a óbito.

Nas consultas de pré-natal devem ser realizados procedimentos de acompanhamento do crescimento fetal, ausculta, avaliação da posição do bebê. Precisam ser verificados também os valores da pressão arterial e do peso da gestante, exame das mamas e outros procedimentos que possibilitem detectar a presença de condições de risco, como sejam os exames laboratoriais e de imagem (FEBRASGO, MS, 2002). Além, disso, lembrando CASTRO e FERRARI (2002) é fundamental que o contato entre a gestante e o profissional pré-natalista possa estabelecer uma relação de confiança que estimule a grávida à busca de respostas aos seus questionamentos e ao comparecimento às demais consultas.

Estudo em Pelotas, realizado por CESAR et al. (2008), ao comparar dados de 1982, 1993 e 2004, mostrou que o número médio de consultas de pré-natal cresceu de 6,7 para 8,1. Para a OMS, atualmente, desde que seja garantida qualidade no atendimento, a recomendação é de quatro consultas durante o acompanhamento do pré-natal (OMS/OPS/AIEPI, 2009). Porém, a política de atenção ao pré-natal, do Ministério da Saúde não adotou, até agora, esta mudança.

- A consulta especializada na Unidade Secundária – porquê e como

Foi descrito pelas mães que, na unidade básica de saúde, receberam encaminhamento para um serviço de nível mais especializado (secundário ou terciário), quando eram consideradas como de “risco”, por estarem portadoras de algum problema. Ressaltaram, porém, que não recebiam explicação sobre o porquê estavam sendo referidas para consulta em serviço mais especializado, nem qual era a urgência para fazer esse novo atendimento, considerando, elas próprias, uma falha do serviço que poderia ter sido determinante da sua conduta, na evolução do caso. Algumas referiram que o médico tentou, sem sucesso, marcar a consulta na outra unidade pelo “computador” e, então, providenciaram uma guia para que elas mesmas pudessem agendar.

Chamou a atenção uma situação pouco freqüente e que retratou experiência inesperadas e diversas dentro dos sistema de saúde:

“...meu útero era aberto e no outro dia fui pro hospital... esperei 8 horas... era incompetência cervical...fui noutra onde esperei 2 horas, mas lá me explicaram que era coisa séria e aí me mandou para um outro hospital mais complexo que tinha um acolhimento e fui muito bem atendida e fiquei internada” (E1).

Artigo de WU MY et al. (1996) sobre a insuficiência istmocervical, afirma ter a mesma importância reconhecida, porém não plenamente estudada, sendo pouco diagnosticada, mesmo que possa ser responsável por aproximadamente 16 a 20% dos abortamentos espontâneos no segundo trimestre da gravidez. Os autores acrescentam não haver segurança em relação ao método da circlagem cervical eletiva para o controle da insuficiência istmocervical quanto à prevenção dos partos prematuros e prováveis óbitos perinatais ocasionados por tal problema.

Referencias de mães às consultas especializadas, quando realizadas, evidencia a organização regionalizada da atenção com relação ao risco na gravidez:

“as consulta do obstetra era de dois em dois mês, mas eu voltava pro meu doutor... no fim foi a vacina rogan, tudo tava certinho..., mas a polícia na minha casa, foi o fim, né...” (pausa longa, suspiro) (E2).

“fui pra ser atendida noutra canto, em Fortaleza mesmo, tava nos oito mês, era que minha pressão tava alta e lá a doutora muito delicada me mandou pra outro que precisava de UTI pro meu fio..” .(choro, tristeza, emoção) (E19)

“ele (o médico) tentou marcar outra consulta no computador de lá, mas não deu certo e eu fui atendida com a guia, mas sei que demorei de ir...” (E32)

A maioria das mães entrevistadas neste estudo, porém, nem chegou a efetivar o atendimento (mães de crianças que faleceram – fetal ou neonatal precoce), uma vez que suas crianças faleceram antes que tivessem acesso a este novo atendimento.

“eu nem entendi o que era a gravidez de risco... esperei pra outra consulta ...mas meu fio num queria esperar e veio foi logo, mas tava morto” (choro) (E14)

“sabe, doutora, eu não sabia que era grave mesmo e fui deixando...depois já era tarde...” (E29).

“sabia lá o que era esse alto risco...” (E33)

Conforme relatado, algumas mulheres contam que realizaram o atendimento na unidade especializada e explicam que isto salvou a vida do seu filho, visto que foram muito bem atendidas, fizeram muitos exames, inclusive, mais de uma ultrassonografia e que receberam muitas orientações para repouso e os cuidados com a gravidez. Algumas falas e gestos confirmam essas afirmações (percepções da pesquisadora).

“sei que perdi minha menina...(pausa) mas o doutor da obstetrícia foi muito atencioso comigo e com meu vóio” (E25)

“se não fosse ter ido encaminhada pro outro posto, meu fio tinha era morrido, sei disso...” (confirma, animada) (E40)

“tive foi sorte, a doutora era atenciosa, explicava tudo que era pra ser feito...fiz tudo, acho que tava certa, pois ele veio (sorriso e emoção) (E43)

Para esta categoria, entre mães de óbitos fetais e neonatais precoce, embora as entrevistas deixem perceber que há um sistema organizado para atenção à gestante

no qual as pacientes são encaminhadas para atenção especializada, quando necessário, surgiu, entre as primeiras (duas, três) entrevistadas, falta de entendimento sobre a necessidade desse atendimento. Este fato evidenciou-se mais repetidamente nas seis últimas entrevistas entre mães de natimortos e dez últimas de óbitos neonatais precoce e foi considerado, então, saturação das informações, confirmando essa falta de compreensão das mulheres. Para mães de recém-nascidos vivos, o encaminhamento dentro do sistema funcionou, pois elas entendiam o motivo do mesmo.

A fim de recomendar medidas apropriadas ao acompanhamento da gestante de alto risco, é preciso, logicamente, fazer o seu reconhecimento. A gestante deve ser avaliada quanto ao risco global e deve ser adotado um acompanhamento e manejo que a proteja como também ao seu conceito. A gravidez é considerada de alto risco quando a probabilidade de ocorrência de morbidade ou mortalidade é elevada para a mulher gestante ou para o produto (LIPPI, 2009). Os riscos podem ser potenciais ou reais, como já foi referido anteriormente. É importante selecionar os fatores sobre os quais é possível uma atuação mais eficaz tanto por ações médicas baseadas em tecnologia reconhecida quanto educativas por meio da melhor comunicação com a paciente e com seus familiares (LIPPI, 2009).

GONZALLO DÍAZ e SCHWARTCZ (1987) elaboraram uma lista de fatores de risco perinatal dividida em pré-concepcionais, da gravidez e do parto. Entre os primeiros podem ser destacados: analfabetismo, idade, nutrição, intervalo intergestacional, maus antecedentes genéticos e obstétricos. Entre os fatores da própria gravidez são citados: anemia, mau controle pré-natal, ganho de peso (elevado ou insuficiente), uso de tabaco, uso de álcool, hipertensão, gravidez múltipla, hemorragias, incompatibilidade sanguínea materno-fetal, infecção ovular, ruptura prematura de membranas e restrição do crescimento intra-uterino. Quanto ao parto e recém-nascido, são referidos pelos autores: apresentação fetal anômala, ameaça de parto pré-termo, trabalho de parto prolongado, má assistência ao parto, indução do parto, sofrimento fetal, malformações, pré-termo e infecções.

Quando é diagnosticada gravidez de alto risco, os profissionais de saúde devem garantir um atendimento especializado, agendando/fazendo a referência da paciente para serviço adequado, mantendo o acompanhamento, também, na unidade

básica e, além disso, conhecendo a sua situação na unidade especializada que a acompanha. Deve ainda, procurar contato com o hospital onde será realizado o parto, buscando garantir o melhor atendimento para o binômio mãe-filho. (MS/SPS, 2001)

Alguns autores chamam a atenção para o fato de ser fundamental a garantia, não apenas do acesso, mas a qualificação da assistência, muitas vezes insuficiente (SILVEIRA e SANTOS, 2004; BARROS et al., 2005; RIPSÁ, 2009).

4.2.3 “Chegando à hora” – O trabalho de parto: compreensão do momento e busca por atendimento

De repente, é chegada a hora, o momento do desfecho – óbito para umas, vida para outras. Alegria e receio para umas. Medo e tristeza para outras. Esperança era, também, parte dos sentimentos das mulheres que entraram em trabalho de parto.

O trabalho de parto tem início quando as contrações uterinas surgem com frequência, intensidade e duração capazes de promover a dilatação cervical uterina. Até a dilatação completa, cerca de 10 cm, dura em geral sete horas para as nulíparas e quatro para multíparas, sendo considerado prolongado quando ultrapassa 20 e 14 horas respectivamente. As contrações podem cessar e o mesmo ocorre com a dilatação cervical, o que pode requerer intervenções específicas, incluindo a cesareana. O sofrimento fetal, com frequência cardíaca reduzida, também pode requerer intervenções que acelerem o parto (CHEN, 2007).

Em relação às vivências deste momento, a maioria das mães relatou um sentimento de insegurança e medo, embora algumas delas tenham narrado controle emocional e esperança de um parto feliz. Pediram ambulância da área de residência e dirigiram-se ao hospital recomendado por seus pré-natalistas, apesar de muitas delas não terem visitado previamente o serviço.

Algumas falas podem representar estas afirmativas.

“...comecei a sentir dor, mas não sabia se era do parto, meu marido não tava, tive medo e chamei minha mãe... quando fomos pro hospital fazia umas oito horas (E1)

“dois dia depois de um susto, a menina parou de mexer, acho que o choque foi forte pra ela, no outro dia comecei com febre, fui procurar o hospital onde eu já ia ter, eu já tava controlada, fiz ultrassom e deu feto morto...” (E2) (Choro)

“...começou porque eu tive muita raiva do pai do meu filho... mas nem sabia que era a hora” (E6)

“eu tive foi medo, mas com fé em Deus eu sabia que ia ser tudo bom... e foi mesmo, fui de ambulância, meu fio nasceu chorando e tudo...(E37)

Vale acrescentar que o momento de saturação foi precoce, nas primeiras dez entrevistas, sempre mostrando desconhecimento e preocupação com o momento, mas, mostrando também que sabiam qual hospital deveriam procurar, o que, novamente, reflete organização do sistema de saúde local.

4.2.4 O Parto e o Nascimento: sentimento, dilemas e reações da mãe

O nascimento das crianças foi marcado por fortes e diversificadas emoções. Sentimentos de alegria, incertezas e, muitas vezes, de profunda tristeza, revolta e inconformação foram relatados pelas mães entrevistadas, que descreveram os seus momentos ao chegar às maternidades, apontando angústia, insegurança, tristeza e mesmo esperança como descrevem aquelas que perderam seus filhos. Algumas revelaram até um sentimento de inveja (sem desejar o mal, como acrescentaram) das mães de bebês saudáveis. Já para as mães que eram gestantes sem complicações, a sensação era de alegria, mas também havia incerteza e medo. Estavam todas elas, marcadas pelo dilema da inveja, do egoísmo, da falta de solidariedade, porém, sempre acrescidos da dúvida sobre a vida, sobre a saúde ou sobre a morte da criança que esperavam:

“...a patroa da minha mãe arrumou uma doutora legal, mas ela não escutava mais o coração dele, meu filho já tava morto, eu lembrei que ele tinha mesmo parado de mexer ... o Pastor tinha dito que tava vivo... (choro)... precisei de cirurgia (E3).

“Eu queria que o Toinho (marido) ficasse. O hospital não aceitou, não deixaram”. (E10)

“Fiquei só eu e Nossa Senhora nessa hora, desamparada, revoltada, sem esperança” (E11).

“Eu tinha uma tristeza, uma inveja de ver as mães com seus filhos nascendo vivo e o meu já tava mortinho, e por cima era eu só com minha dor... mas a inveja não era de maldade não...” (E22)

“Foi uma coisa que nem sei explicar, dor, alegria e medo (sensação de alívio)” (E39)

“A hora H é coisa de doido, a gente pensa que vai morrer, e lá chega aquele chorinho tão esperado...é um querer, sem querer...(risos, emocionada).” (E45)

“Sei lá, Deus me perdoe, mas tive até raiva, depois foi só alegria e risos.. nem pensei nas outras que os filhos estavam morrendo.” (lágrimas)(E43)

“achei foi ruim ter de ficar sozinha, ter uma pessoa do lado cria mais confiança na gente...” (E46)

Documento da Secretaria Municipal de Saúde do Recife preconiza um atendimento humanizado, à mulher que se hospitaliza em trabalho de parto, baseado em três pontos: acolhimento com informações sobre ela própria e o bebê; presença de um acompanhante de sua escolha, definido anteriormente e orientado para tal finalidade e acompanhamento por voluntárias da comunidade também capacitadas para tal – as “doulas.” (SMS – Recife, 2008)

Segundo a Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005, é assegurado o direito à presença do acompanhante no momento do parto, devendo haver um ajuste do espaço físico e da abordagem da equipe para receber de forma adequada este novo integrante da sala de parto. O acompanhamento de um familiar, do companheiro ou de uma pessoa amiga durante o parto, aumenta a confiança da mulher em ser mãe, diminui a utilização de medicamentos para analgesia, reforça a autonomia da mulher nas decisões sobre seu corpo e aumenta o tempo de amamentação. (MS/GM, 2005).

A falta de sensibilidade de alguns profissionais na sala de parto foi apontada como elemento importante para ampliar a sensação de solidão, angústia e, até mesmo, desespero e revolta, vivenciado por essas mulheres cuja gestação foi definida como “de risco” e não tinham sequer um acompanhante que lhe desse apoio emocional, conforme relatam, demonstrando contrariedade e revolta:

“fiquei duas hora na maca... aí rompeu a bolsa... o doutor disse que os pezinhos tavam de fora... não chorou e levaram pra animar ele... mas faltava calor humano... isso eu não perdoei.” (E6)

“Sabe tinha uns doutor meio bruto, (eu odiei), o resto do pessoal era legal... ajudava a gente.”(E12)

“Os medico era intocável, não dava conforto, e o pior era eu só, sem ninguém... me deu uma raiva, um desencanto...” (E23)

“O que eu achei mesmo foi a falta de atenção na gente, parecia que a gente era bicho (E30)

“Eu tava muito triste, estressada e o pior não tinha uma pessoa minha, que me desse ânimo, foi revoltante, desumano....” (E31)

“Senti que dotô não se importa com o sofrimento da gente...tava era abandonada, ali...” (E43)

“... fui tão maltratada no primeiro hospital... Muita ignorância... Extrema frieza do médico... Que eu procurasse outro hospital, pois aquele estava lotado... Saí nervosa a procura de outro lugar me sentindo um lixo...Graças a Deus tive ajuda...Até porque comecei a passar mal e no fim teve que ser parto cesareano” (E45)

Porém em outros casos, as mães apresentaram uma reação diversa, referindo que foram respeitadas e atendidas com muita atenção, demonstrando satisfação, sensação de ser valorizada, portanto uma reação diversa das mães citadas anteriormente:

“Minha filhinha foi pro céu, mas tivemos um tratamento assim de muita atenção por todos, no hospital... A gente se sentiu gente! (E15)

“Tinha muito doutor prestando atenção, cuidando da gente, às vez as coisa ruim acontece, né?” (E29)

“Teve uma doutora que salvou meu filho... deixou eu internada 30 dia até ele ficar de peso bom de nascer... Foi Deus que ajudou...(E40)

Vale esclarecer que em todos os grupos de entrevistadas, as últimas cinco, seis entrevistas mostraram informações repetidas relativas à falta de um atendimento mais atencioso, humanizado e, inclusive, sobre o desejo de um acompanhante que lhe desse conforto durante o trabalho de parto.

4.2.5 A relação Profissional - Paciente

A relação profissional-paciente foi uma categoria não proposta inicialmente. Surgiu, com muita ênfase, a partir das falas, dos sentimentos demonstrados pelas entrevistadas quando relatavam o atendimento durante as consultas de pré-natal e no momento do parto. De acordo com suas falas e demonstração de sentimentos, apresentamos resultados geradores de insegurança ou de confiança.

- Descaso e desinformação: insegurança

Algumas mães relataram não terem tido acesso a orientações esperadas, dúvidas sobre a gravidez, sobre amamentação e cuidados com o recém-nascido. Também não foram descritos, por grande parte delas, momentos de diálogos estabelecidos pelo profissional de saúde que mostrasse um cuidado humanizado, conforme foi constatado nas falas citadas. Não foram capazes de entender o “alto risco” da sua gravidez que demandavam cuidados especiais. Em todos os grupos de mães, elas sentiram-se “abandonadas”, “desvalorizadas” pelos médicos. Mesmo no grupo de mães de crianças que foram a óbito na primeira semana de vida essa informação foi repetitiva após a 25ª entrevista.

“teve aquele doutor estúpido que eu não perdôo, só fez brigar comigo..não viu meu sofrimento.... depois até entendi que sou nova demais, mas só depois da cirurgia que o outro doutor veio e conversou comigo que nem gente...” (E3)

“...nem sequer me olhava direito, o doutor, aí como era que eu ia perguntar..(face de decepção) (E11)

“...eu só queria que ele (o médico) se importasse com eu...” (E13)

“Fui internada na emergência com dor de cabeça... tomei soro... no outro dia a doutora já tinha saído e o outro disse que eu fosse no Posto pegar guia pra consulta de risco, que a minha pressão tava alta, aí eu fui no outro mês..”(conformada) (E17)

“Sabe, é difícil conversar com doutor, não explicam muitas coisa, a conversa fica pouca e a gente sem graça, sem valor...acaba acontecendo o pior” (E26)

“O que eu achei mesmo foi a falta de atenção na gente, parecia que a gente era bicho (E30)

“Eu tava muito triste, estressada e o pior não tinha uma pessoa minha, que me desse ânimo, foi revoltante, desumano....” (E31)

“Ele (o médico) era tão distante que eu nem tinha coragem de perguntar umas coisas...isso foi ruim...perdi minha filhinha...” (tristeza) (E32).

“Senti que dotô não se importa com o sofrimento da gente...tava era abandonada, ali...” (E46)

▪ Atenção e explicações: confiança

Algumas entrevistadas referiram ter conseguido informações, respostas às suas dúvidas, principalmente, quando a consulta era realizada com profissional do sexo feminino. Demonstraram satisfação uma vez que tinham mais confiança no seu médico.

Alguns relatos conferem esta assertiva.

“Tinha uma doutora obstetra que falava o que era pra eu fazer, comer, vacinar... como dar de mamar... era boa ela, dava confiança” (E22)

“... sabe quando a gente tem sorte que nem eu, pega uma doutora delicada a gente tem coragem de perguntar e fica sabendo de tudo direitinho, aí é bom... a gente confia...ela é amiga da patroa da minha mãe (risos)”(E30)

“O doutor falava pouco, aí eu perguntava, perguntava até ele responder...(risos) no fim ficou foi meu amigo”(E44)

“Acho que se a gente insiste, consegue uma informação...não devia ser assim (E45)

Manuais técnicos, “guidelines” – nacionais e internacionais – recomendam uma boa comunicação, relação médico-paciente como prática chave elementar na qualidade da consulta do pré-natal e parto, uma vez que é indispensável ser, a mulher, conhecedora das mudanças naturais que ocorrem nessas situações e também dos riscos que podem afetar sua saúde e do seu conceito. Referem a importância da efetiva comunicação entre as gestantes e seus pré-natalistas, inclusive, durante o trabalho de parto e cuidados após o nascimento em atenção às necessidades maternas e do recém-nascido (MS/SAS, 2006; NCCWC/CG, 2008).

Segundo MACHADO, LEITÃO e HOLANDA (2005), a condução de uma consulta clínica interativa exige comunicação além da fala, como saber escutar e a demonstração de estar atento ao paciente refuta a adoção de práticas punitivas que induzem sentimento de culpa ou de rejeição, inibição do paciente, levando ao fracasso da relação e desestímulo de retorno à consulta.

Uma boa comunicação requer atributos como as práticas de escuta e valorização do outro e deve ser um forte componente da relação médico ou outros profissionais de saúde e os pacientes, tanto na atenção básica como na especializada.

SILVA et al. (2007), ao publicarem estudo realizado em Sobral/CE, concluíram que a visita domiciliar favoreceu, aos profissionais das equipes de Saúde da Família, a oportunidade de criar a confiança mútua e, conforme a situação encontrada, de compartilhar conhecimentos e informações, não desperdiçando a chance para o exercício da educação em saúde.

Na investigação realizada em Fortaleza, embora tenha havido citações positivas quanto à comunicação com o médico, a partir de uma dada entrevista foram se repetindo as referências das mulheres quanto a não terem vivenciado uma experiência feliz na relação médico-paciente. O momento de saturação nas entrevistas das mulheres que tiveram natimortos ocorreu nas primeiras oito entrevistas. Já para mães de crianças que foram a óbito neonatal precoce esse momento demorou, pois as informações passaram a ser repetitivas nas últimas nove. No grupo de mães de crianças que permaneceram vivas a saturação ocorreu na oitava entrevista revelando que estas mães cobravam mais informações, atenção, e, de modo diverso às mães das que foram a óbito perinatal, conseguiam recebê-las.

Vale citar um trabalho realizado com gestantes mostrando que as mesmas não faziam perguntas aos seus pré-natalistas porque, embora tivessem dúvidas, acreditavam que os profissionais não estavam dispostos a responder (CASTRO e FERRARI, 2002).

É o próprio Ministério da Saúde que refere que a falta de confiança entre profissional-paciente, gerando obstáculo à qualidade do pré-natal, precisa ser refletida pelos profissionais como de sua responsabilidade, uma vez que, além da realização dos procedimentos técnicos, deve, também, oferecer apoio psicológico e

informações que quase sempre a mulher, nesta condição, necessita a fim de obter sucesso nos cuidados consigo mesma, no parto e com a criança (MS/SAS, 2006).

Muitas vezes, os profissionais começam a se distanciar dos problemas de seus pacientes, tentando evitar o envolvimento que pode lhes trazer alguma emoção dolorosa, e vão se distanciando cada vez mais, tornando-se frios, indiferentes, como se o atendimento de médico ou de enfermeiro não pudesse incluir ternura e acolhimento às emoções que chegam durante a convivência com os problemas, mais graves ou menos graves, de suas pacientes. Também podem ser influenciados pela dificuldade do diálogo, por pensarem, talvez, que as mulheres atendidas não têm a capacidade de entender as situações complexas identificadas.

Portanto, é esperada a melhoria do processo de comunicação que prevê uma escuta atenciosa e esclarecimento dos significados de problemas identificados por meio do diálogo, estabelecido entre profissionais e pacientes (MCWHINNEY E FREEMAN, 2010)

4.2.6 A Percepção das Mães sobre a Morte e a Vida dos seus Filhos e seus “Recados”

É impressionante o fato de como as mulheres se sentem desvalorizadas com a falta de atenção, de informação por parte dos pré-natalistas. Entretanto, relatam uma diferença, atual, no primeiro atendimento nas UBS – realização do “acolhimento” onde recebem mais atenção, respeito e se sentem “gente” na expressão delas próprias, como é possível observar em algumas de suas falas.

“No acolhimento, a gente sente que quem precisa vai na frente, é tratamento de gente... só os doutor que devia ser mais cuidadoso, explicasse, orientasse... a gente precisa de informação” (E1)”

“...acho que tinha de ser assim... eu não sou revoltada não...teve até a UTI.. eu que não prestei atenção que ela parou de mexer... nem sabia direito...” (E2)

“To rezando com fé pra na próxima vez dar certo... penso que os médico, os outros profissionais e até a TV devia informar melhor esse problema de gravidez em pessoa muito nova...” (E3)

“só acho que foi tudo por eu não saber direito o que tava acontecendo... os doutor deve de usar mais franqueza... explicar tim tim por tim tim até a gente entender ...que a gente num é bicho” (E16)

...”eram gêmeo... acho que foi por isso que perdi os dois...” (E21)

Algumas mães apresentavam uma expressão de vencedoras, de felicidade, ao comentarem sobre seus filhos, sobre o funcionamento dos serviços e a atenção dos profissionais, como pode ser verificado:

“...tinha que ser que nem a doutora do meu parto, alegre mas compenetrada e ia dizendo tudo... eu perdi, mas sou conformada” (E28)

“...sei que a gente também é responsável, mas se os doutor cuidasse e desse atenção que recebi do meu doutor, as coisa era melhor... meu problema foi atraso pra chegar no hospital...nem a UTI deu jeito... se Deus quis assim...” (E34)

“eu queria que todas tivesse a minha sorte no pré-natal e no parto também, me senti tão gente! Saí com meu filho mamando...” (E43)

“...minha filha teve sorte, foi tudo perfeito e agradeço a todos e a Deus... ela é tão linda! Eu tô feliz” (E44)

Entre mães de crianças que permaneceram vivas é referida a “sorte” da sobrevivência de seus filhos nas últimas seis entrevistas. Entre mães de natimortos foi mais freqüente a “conformação”, saturando nas dez primeiras entrevistas. Quanto às mães de crianças óbitos neonatais precoces a saturação demorou uma vez que a repetição das respostas começou a partir da 39ª entrevista. As mulheres voltaram a comentar sobre a importância da relação médico-paciente - algumas decepcionadas, mas, nesta fase (parto), pareciam mais satisfeitas, elogiando a atenção, o cuidado recebido.

Não houve referências sobre a passagem por diversos hospitais, como é referido em pesquisa realizada em Fortaleza em 1995, quando havia a chamada “peregrinação” para o parto (LEITE et al., 1996).

Neste aspecto é possível, de fato, perceber uma melhor organização do atendimento à gestante, hierarquizado e regionalizado no município.

4.3 NÚMEROS E SIGNIFICADOS INTERLIGANDO-SE NA PRODUÇÃO DE UM “TODO”

Os complexos achados, tanto na parte quantitativa quanto na qualitativa do estudo, se somam e se complementam, visando à compreensão do fenômeno - morte perinatal. A adição de valores e significados internalizados pelas mães leva a elucidação das circunstâncias nas quais ocorreram os fatos, o que permite explicações mais completas para a definição deste fenômeno.

Os resultados da pesquisa oferecem um conhecimento sobre indicadores de mortalidade perinatal e seus componentes, nem sempre concordantes com outros estudos. Mostram as características das crianças e fetos mortos, das mães e suas gestações, causas das mortes e uma visão do funcionamento dos serviços de saúde em Fortaleza na atenção pré e perinatal.

A utilização da classificação de WIGGLESWORTH modificada por KEELING (1989), para conhecer a evitabilidade dos óbitos perinatais, apresentou uma limitação, já referida por ALMEIDA, ALENCAR, NOVAES, ORTIZ. (2006), quanto ao critério óbito *antepartum* – antes do trabalho de parto. Não sendo registrada em nenhum dos dois sistemas de informações trabalhados neste estudo, seria necessária uma revisão de prontuários para verificar se a informação está disponível ou não e, então, poder utilizá-la.

A análise das variáveis selecionadas para o estudo revela uma riqueza de dados sobre as mortes perinatais em Fortaleza, que permite a elaboração do entendimento sobre causas diretas e potenciais dessas mortes. Associada ao resultado da pesquisa da evitabilidade desses óbitos, é possível chegar a algumas conclusões

sobre as ações e atividades realizadas nas unidades do sistema de saúde dirigidas ao cuidado com os(as) usuários(as) do sistema.

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre a situação, é fundamental ter a compreensão de que dados subjetivos (intencionalidade, significados) e dados objetivos (distribuição de frequência, indicadores), oriunda de uma postura dialética são interdependentes e inseparáveis permitindo criar um processo de dissolução de dicotomias entre quantitativo e qualitativo, entre sujeito e objeto (MINAYO, 2006).

Para KANT, 1787 – (edição traduzida e publicada na coleção Os Pensadores, em 1996), “a possibilidade da experiência é o que dá realidade objetiva a todos os nossos conhecimentos a priori”. Segundo os postulados do filósofo, os fenômenos são quantidades representadas por partes que ele chamou de quantidades *extensivas*, à qual acrescenta uma quantidade denominada *intensiva ou qualidade* – um grau de percepção dos fenômenos - o que lhes acrescenta as sensações, representações subjetivas, reconhecidas apenas após a realidade vivenciada.

É possível, como refletiu MINAYO (2006), que estas idéias de Kant possam fundamentar uma análise por triangulação de métodos, articulando produtos de estudos, como magnitude e compreensão do experimentado, de forma complementar (MINAYO, 2006).

Assim, nesta investigação, a análise do discurso das mães entrevistadas acrescentou a percepção subjetiva elaborada a partir de suas vivências. Reforçou, por seu lado, a existência de situações que indicam necessidade de equacionamento para a obtenção de mais qualidade na atenção à gestante, como também de atuação mais abrangente sobre problemas considerados causas dos óbitos perinatais, e, assim, agir para sua solução e conseqüente prevenção destes óbitos.

Segundo recente publicação sobre Demografia e Saúde (RIPSA, 2009), o aumento de gravidez de alto risco traz novas demandas para as quais é preciso um ajuste na qualidade da oferta à assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério uma vez que a cobertura já é elevada (RIPSA, 2009).

De fato, nas consultas de pré-natal foi possível perceber, na fala de mães entrevistadas, e até mesmo pelo sentimento, emoção aparente no momento da entrevista, que careciam um exame mais completo, sobretudo mais sistematizado e mais explicativo, durante a consulta, o que remete à questão “qualidade”. O MS

recomenda início precoce da primeira consulta de pré-natal (até 120 dias), frequência e periodicidade adequadas, cobertura e qualidade das consultas (MS/SAS, 2006).

Vários estudos têm mostrado que um pré-natal de boa qualidade para gestantes de baixo risco, com a realização de 4 consultas, apresenta resultados semelhantes aos verificados em mulheres grávidas que receberam 9 consultas, em relação à ocorrência de parto pré-termo, RN PIG ou de BPN. Porém quando se trata de gravidez de alto risco deve ser estabelecido um programa de acompanhamento adequado à necessidade identificada (VILAR et al., 2001; KHANNA, LEAHLEY, PETERS E SHERRAT, 2002; WHO/UNICEF, 2008).

A percepção das entrevistadas traz, de fato, uma constatação preocupante: não são utilizados na rotina da consulta, os elementos padronizados, conforme definem estudiosos do assunto, facilitando a sistematização e completude do atendimento.

A consulta do pré-natal deve ser praticada observando os tempos: anamnese completa (na 1ª Consulta) e anamnese parcial (nas demais consultas), exame físico, que inclui pressão arterial, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação das mamas, inspeção e palpação abdominal, ausculta fetal, exame especular (na 1ª Consulta), solicitação de exames complementares de rotina do pré-natal, avaliação de hábitos alimentares, fumo, álcool e avaliação do risco em cada consulta (LIPPI, 2009).

Foram verificadas, na análise da parte quantitativa da pesquisa, causas de óbitos perinatais, em acordo com o referido na literatura. Segundo trabalhos publicados, há algumas que se apresentam em maior destaque como, prematuridade, asfixia, hipóxia, infecções, malformações congênitas, igual ao que foi encontrado nesta análise (LAWN, WILCZYNSKA-KETENDE, COUZINS, 2006; RIPSÁ, 2009).

As causas desses óbitos podem ser consideradas como direta ou real e potencial, como refere LIPPI (2009). As causas citadas acima constituem as diretas. Já, entre as causas potenciais as quais se revestem de elevada importância, encontram-se educação, idade materna, intervalo intergestacional.

Causas potenciais, como sejam idade materna e escolaridade da mãe, as quais, nesta pesquisa, tiveram sua influência evidenciada na causalidade das mortes, não são consideradas/utilizadas na classificação de Wigglesworth & Keeling. Vale

ressaltar que a abordagem quantitativa do estudo mostrou que mães analfabetas (ou com menos de quatro anos de estudo) apresentaram maior probabilidade de terem filhos mortos ou que morram logo após o nascimento.

As mães entrevistadas na abordagem qualitativa, também deixam perceber a mesma realidade – mães de crianças nascidas mortas e das que morreram no período neonatal precoce tinham, quase todas, menos de quatro anos de estudo em contraste com aquelas cujos filhos não foram à óbito, que apresentavam mais de quatro anos de escolaridade, mesmo aquelas que tiveram gestação considerada de risco. Seus discursos levam à captação de algo diferente – estas últimas insistiram mais para obter uma informação não ofertada inicialmente pelo profissional que lhes atendia. Elas buscaram, com mais perseverança e tenacidade, o conhecimento que poderia vir a proteger seu conceito e a si própria.

A baixa escolaridade verificada na análise quantitativa parece ter sido um fator fortalecido pela ou que fortaleceu a lacuna na relação entre paciente e profissional percebida na avaliação qualitativa do estudo. Ao contrário do que é preciso acontecer, essas mães recebem menos orientação, informações dos profissionais de saúde por terem um conceito pré-formado, segundo elas próprias, de que não são capazes de entender e assim não vale à pena tentar informá-las.

Em relação à idade da mãe (adolescente e maior de 35 anos quando gestantes) foi evidenciada, na abordagem quantitativa, sua importância em relação à ocorrência de óbitos perinatais que também foi percebida entre as mulheres entrevistadas, na parte qualitativa do estudo.

Vale retomar a informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrando, no país, aumento na proporção de mães entre 15 e 19 anos que passou de 6,9% em 1996 para 7,6% em 2006, no Brasil (IBGE, 2007),

DE LANGE et al. (2008) concluíram que, entre mulheres mais informadas e de maior nível de escolaridade, ocorre menor número de mortes perinatais. Os autores defendem a necessidade de investimento em educação, mas também em um processo mais eficaz para orientação das mulheres, de modo que elas possam reconhecer sinais e sintomas que requeiram assistência médica imediata e que tomem a iniciativa de buscar essa assistência. Recomendam ainda, capacitação e sensibilização de

profissionais, quanto ao melhor manejo do alto risco no pré-natal e na assistência ao parto.

É provável que, ao conhecerem o malefício da baixa escolaridade sobre a saúde perinatal, os gestores venham a utilizar tal informação para uma decisão apropriada, visando ao acompanhamento de pré-natal desta clientela (gestantes com baixa escolaridade), que possa reparar o dano causado por tal condição. Outra iniciativa poderá ser a escolarização de mulheres em idade fértil - uma ação intersetorial.

Também para o grupo de gestantes adolescentes ou com idade igual ou maior de 35 anos a oferta do pré-natal deve ser diferenciado, adequado às necessidades percebidas para essas situações.

- O “Sistema Integral de Saúde” – limites e possibilidades

Vários autores, como FURTADO E TANAKA (1998), MATTOS (2001), PINHEIRO (2001), PINHEIRO, FERLA E SILVA JR (2007), abordaram dimensões similares sobre integralidade no sistema de saúde. No entanto, a metodologia de avaliação da integralidade desenhada por GIOVANELLA et al. (2002) que, também, utilizou as mesmas dimensões na composição de um conceito de integralidade, propõe, de modo detalhado, os critérios para efetivar uma avaliação. Sua utilização para a análise dos dados encontrados no estudo atual permite algumas reflexões:

- 1º) Primazia das ações de promoção – ações de promoção, proteção da saúde, realizadas intersetorialmente. Campo de intervenção: políticas públicas. Critérios e indicadores: Fóruns intersetoriais em funcionamento; projetos comuns a diversas Secretarias com orçamento próprio; monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e de ambiente; programas e práticas de educação em saúde formulados no próprio município;

Não foi possível perceber, nas entrevistas com as mães, indicadores que pudessem sugerir algo relacionado a esta dimensão. Não foi citada, por exemplo, uma ação, uma prática de educação em saúde promovida de forma intersetorial. Talvez se deva ao próprio desconhecimento e nível de participação das pessoas nas decisões, até mesmo quando relacionada à sua própria saúde. Além disso, não foi realizada pesquisa em documentos ou com profissionais e gestores, por não fazer parte do objetivo deste estudo, que merece, entretanto, uma abordagem posterior.

- 2º) Garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência – refere-se à organização regionalizada e hierarquizada dos serviços. Campo de intervenção: organização do sistema, caráter contínuo do cuidado. Critérios e indicadores: centrais de marcação de consultas e de exames especializados, centrais de regulação de internações; protocolos de atenção para doenças/agravos específicos; integração do Programa Saúde da Família aos diversos níveis da rede do sistema de saúde;

As mães entrevistadas (população do estudo na parte II) fizeram referência à unidade de saúde da família a qual estavam vinculadas, aos serviços especializados e ao “hospital da área”, para onde eram encaminhadas, bem como sobre comunicação do profissional da atenção básica com outros de unidades especializadas que demonstram haver essa integração no cuidado, podendo evidenciar organização regionalizada e hierarquizada, continuidade do cuidado, também referida no plano de saúde do Município.

Embora seja de conhecimento da pesquisadora a existência da central de regulação, seu funcionamento efetivo não foi foco desta análise.

- 3º) Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação – integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e aqueles responsáveis por ações de caráter coletivo. Campo de intervenção: gestão do sistema. Critérios e indicadores: existência de instância de integração em atividade; uso e difusão de informações, comunicação social, programação articulada de ações de promoção,

prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde;

Esta é uma dimensão da integralidade que não parece tão presente no sistema de saúde de Fortaleza, destarte a atuação de alguns agentes comunitários e, mesmo equipes de saúde da família. De acordo com os achados da investigação, não se verifica uma boa e ampla comunicação profissional-paciente, o que contribui para a ocorrência de muitos óbitos evitáveis, conforme demonstrado.

- 4º) Abordagem integral de indivíduos e famílias – intervenções nas esferas biológica, psicológica e social por meio de vínculo profissional e da unidade com usuário, integração de serviços na unidade e no sistema. Campo de intervenção: cuidado individual. Critérios e indicadores: rede básica com adscrição populacional; equipe multidisciplinar, estratégias de acolhimento; realização de atividades de grupo terapêutico, preventivo, educativo; realização de atividades extra-unidade na comunidade, visita domiciliar, trabalho em creches ou outro equipamento social.

Para esta abordagem, descobre-se certa ambigüidade ou, mesmo, um paradoxo no sistema. Apesar de haver uma rede de serviços de atenção básica com adscrição de clientela e um desenho hierarquizado do atendimento, este é prejudicado pela prática de alguns profissionais que não são coerentes com esta proposta de atenção. A relação médico-paciente nem sempre é considerada boa. As mulheres grávidas, apesar 50% terem tido mais de quatro consultas de pré-natal (13%, mais de 7), não chegaram, em grande parte, a receber informações apropriadas para um comportamento protetor à vida do seu produto de concepção. Talvez o fato de haver uma elevada representação das mães com escolaridade menor que quatro e oito anos reforce a distância na relação com os profissionais, funcionando como uma barreira para a comunicação e, sobremaneira, para o não entendimento das mulheres acerca do alto risco na gravidez e da busca oportuna por serviços para seu cuidado.

Não foi referida, pelas mulheres entrevistadas, a existência de “grupos de gestantes” o que, somado à, quase - não realização de visitas domiciliares pelos agentes de saúde, em geral, podem significar um impedimento para a esperada consulta de qualidade no pré-natal.

É fato incontestado, no entanto, que o sistema de saúde tem conseguido um melhor padrão de organização da atenção à saúde das pessoas no Brasil. O mesmo é verdadeiro para Fortaleza, porém com a existência de um hiato que somente nos últimos três ou quatro anos vem se resolvendo gradativamente. Embora haja desigualdade social no acesso à qualidade, o sistema oferece atenção organizada nos três níveis de complexidade, proporcionando oportunidade de atenção integral à paciente e também de relacionamento entre estes serviços – integralidade. O atendimento tem início na unidade básica de saúde (UBS) e, quando constatada a necessidade, é providenciada a referência da paciente para atenção especializada em ambulatorios, em hospitais de maior complexidade tecnológica para assegurar um parto mais protegido. Vale ressaltar que, na UBS, o Programa Saúde da Família é a estratégia adotada para a oferta da atenção básica ou primária. As pacientes são recebidas, inicialmente no “acolhimento” onde são tomados dados sociais e motivo da procura pela unidade de saúde. Após a triagem, são encaminhadas para o atendimento com enfermeira(o) ou médica(o), no mesmo dia ou em data posterior, conforme a situação encontrada. Além disso, as famílias cadastradas à UBS, portanto sob a responsabilidade desta para acompanhamento de sua saúde, recebem ou devem receber visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde (ACS), bem como de enfermeira(o) e/ou médica(o), seja para atividades educativas ou para atendimento de pessoas com dificuldade de deslocamento, previamente identificadas por ACS. Sempre que se faz necessário, pacientes são encaminhados para atendimento em serviços especializados, como já referido acima. (SMS, 2008)

Entretanto, nem sempre isso acontece, na realidade. O sistema muitas vezes não dá conta de garantir esse comportamento. Mães participantes da pesquisa, muitas vezes, segundo elas próprias, foram encaminhadas para serviços conveniados aonde o “seu” médico tinha alguém conhecido que lhes atenderia – encaminhamentos na “contra mão” – porque a marcação por sistema informatizado permanece longos períodos sem funcionar.

A realização de grupos para desenvolver trabalho de educação em saúde – tipo “grupo de gestantes” - parece não existir, uma vez não tendo sido citado por nenhuma das entrevistadas. O fato é que, sem a informação correta sobre o “risco”, muitas mães deixavam para buscar o atendimento especializado quando chegasse o tempo da próxima consulta. Antes desse prazo, já haviam perdido seus filhos.

Relembrando LANSKY et al. (2002a), a integralidade da atenção é conquistada, na organização das práticas e das estruturas dos serviços de saúde atendendo aos princípios do SUS assegurados na Constituição Nacional, (LANSKY et al., 2002a) que estabelece a organização dos serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada para atenção integral aos usuários do sistema de saúde (CF, 1988).

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica deve cumprir um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, propiciando a construção de relações contínuas com a população, bem como a articulação com os demais níveis de atenção, favorecendo a função de um sistema integrado de saúde.

Para MENDES (2001), sistemas integrados de serviços de saúde estão baseados em três pontos centrais:

1. a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde, articulados em rede;
2. a integração desses pontos, por meio de tecnologia de gestão da clínica e gestão de riscos populacionais; e
3. uma população adscrita à UBS.

HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2004) complementam, apresentando uma leitura sobre “rede”, que inclui a estrutura organizacional para produção de serviços e uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, favorecendo soluções para problemas em contexto de mudanças e compromissos mútuos.

Essas declarações fortalecem o entendimento sobre o fundamental papel exercido pela articulação entre os profissionais, no sentido de alcançar a integralidade da atenção à saúde, somado àquele exercido nas relações com a

população de modo a providenciar, não somente a cura, mas, sobretudo, a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde.

Percebe-se, ainda, a partir das afirmativas de MENDES (2001), que há a necessidade de conhecer:

- a) a trajetória dos pacientes,
- b) a relação destes com os profissionais, no território definido,
- c) a coordenação e a comunicação entre os níveis de atenção,
- d) o serviço prestado nos diferentes pontos do sistema.

Há que considerar, também, o tempo de espera, e a percepção do usuário sobre os aspectos citados, na solução dos seus problemas de saúde (MENDES, 2001; BECH, 2002), bem como a continuidade do cuidado ofertado pelo sistema ao paciente, a qual não pode ser perdida durante o processo de referência para o seu atendimento em diferentes pontos, na busca de solução aos problemas (CAMPOS, 2004).

Neste estudo há referências, entre as mulheres entrevistadas, de espera longa em macas, até a entrada em sala de pré-parto, embora não tenham ficado perambulando em busca de vaga para o parto. Citaram, também, o retorno do atendimento especializado para a unidade básica de saúde.

Segundo KERBER et al. (2007), serviços e profissionais devem procurar integrar seus esforços de modo a produzir os melhores resultados, articulando a assistência na atenção básica, especializada e, até, na hospitalar, para um objetivo comum de atender o usuário do sistema de saúde de modo adequado às necessidades – contínuo, qualificado e em tempo oportuno.

Estudo de PORTO (2003) mostrou, em sua pesquisa, oferta de atenção perinatal em rede, alcançando importantes resultados na redução da mortalidade neonatal precoce, na cidade de Belo Horizonte.

BARROS, VICTORA e VAUGHAN (1987) e LEITE et al. (1997), ao analisarem a mortalidade perinatal em Pelotas e Fortaleza, respectivamente encontraram causas dos óbitos para as quais sugeriram a organização de um sistema perinatal regionalizado e hierarquizado, visando à solução das mesmas e conseqüente influência na redução de tais óbitos.

Quando o sistema está organizado de acordo com estes preceitos, para a oferta de atenção à população, conforme detalhado na afirmação de MENDES (2001), há que se debruçar, conforme ele próprio, sobre o processo de comunicação dos profissionais, destacado por outros autores sobre a negociação de seus papéis e compromissos para a solução apropriada dos problemas identificados (HARTTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). Trata-se de práticas que são reforçadas para avaliar a integralidade da atenção (MATTOS, 2001; GIOVANELLA et al., 2002; PINHEIRO, FERLA e SILVA JR. 2007).

No estudo atual, por meio da abordagem qualitativa, as mulheres entrevistadas mostraram sua percepção sobre a realização do atendimento em diferentes pontos do sistema de saúde, a depender dos riscos aos quais estariam submetidas, ainda, que nem sempre, a solução estivesse no sistema público, ou mesmo que a busca, por elas mesmas, tivesse ocorrido em tempo não oportuno.

As mães apresentaram suas percepções sobre o processo de comunicação com os profissionais, especialmente com médicos, o qual, na maioria das vezes, não estava de acordo com a expectativa de assegurar mais qualidade no atendimento.

Conforme comentado, embora sejam evidenciados limites atuais ao alcance de um sistema de saúde verdadeiramente integral, os gestores, em Fortaleza, em conjunto com os profissionais que dispensam atenção aos usuários, poderão decidir e adotar práticas que tenham eco no reforço das possibilidades desta conquista e conseqüente alcance de melhoria para a saúde da população, entre elas a solução promissora de vida ao evitar óbitos perinatais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS, ALGUMAS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

*“O essencial é invisível aos olhos”
Antoine de Saint-Exupéry*

A associação dos achados do estudo, em suas abordagens quanti e qualitativa, o que inclui, também, os da análise da evitabilidade dos óbitos perinatais, sugere a grande necessidade de mudança no comportamento dos profissionais de saúde em relação ao atendimento de suas pacientes no acompanhamento do pré-natal. Deixa transparecer um possível - decepcionante e indesejado - descaso dos profissionais para com a vida - refletido em sua atitude de omissão sobre informações às pacientes. Informações, que, segundo as mães entrevistadas, poderiam ter alterado o curso dos acontecimentos e, talvez, evitado a morte de seus filhos.

É importante ressaltar que a compreensão do significado de gravidez de alto risco não apresentou evidências de assimilação pelas mães durante as consultas de pré-natal. Algumas delas relataram haver entendido o perigo somente quando receberam explicações detalhadas, dos profissionais, durante e após o parto, no hospital.

Prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções são situações evitáveis durante o pré-natal e mesmo no trabalho de parto, como aconteceu com uma das entrevistadas, (E 40), adolescente com nove anos de escolaridade, que chegou ao hospital em “trabalho de parto”. Permaneceu internada por 30 dias, tendo sido cuidada e monitorada, até que seu filho apresentasse condições mais adequadas de nascimento, quando foi submetida à cesárea, da qual seu filho nasceu com 38 semanas de gestação, pesando 2580g, e permaneceu 24 horas na incubadora quando foi, então, possível acompanhar sua mãe e mamar livremente.

Integralidade tem a ver com o atendimento integrado de atenção ao pré-natal e assistência ao parto e ao recém-nascido, fatores assistenciais que apresentaram falhas na sua execução, conforme é mostrado na Tabela 4.17, onde estão relacionadas com as mortes perinatais classificadas como evitáveis, segundo os critérios de WIGGLESWORTH modificados por KEELING et al, 1989.

Como afirmaram MENDES e ALMEIDA (2005), a organização da assistência à saúde, regionalizada e hierarquizada na busca do atendimento integral, é um processo que não depende apenas de normas legais institucionalizadas. Inclui melhoria do relacionamento interpessoal e adequação dos serviços às necessidades demandadas pelo paciente, talvez, adotando mecanismos de interconsulta especializada, na própria Unidade Básica de Saúde.

Assim, integralidade tem a ver com atitudes tecnicamente corretas, mas também capazes de respeitar o sofrimento humano, compreendendo e respondendo às necessidades do outro, para que este possa conhecer mais e melhor sobre seu próprio comportamento na produção da saúde.

Mudança, então, se faz necessária em relação à gestão das políticas de saúde, visando, por meio de um sistema regulador mais efetivo, a garantia do atendimento qualificado nos serviços onde as pacientes são atendidas, em todos os pontos da “rede” formada pelo SUS, e, mais que isso, o estabelecimento de um programa de sensibilização e capacitação dos profissionais para a atenção qualificada nos campos da ciência médica e da humanização no atendimento.

É nas unidades básicas de saúde que se dá a oferta do cuidado, da atenção ao pré-natal, pelos profissionais das equipes de saúde da família. Neste ponto do sistema, o diagnóstico precoce dos problemas, a confiança estabelecida entre pacientes e profissionais, gerada por, ou gerando um diálogo capaz de potencializar atitudes promotoras de vida, de vida que desabrocha. Além disso, o atendimento especializado que complementa esse cuidado, precisa, de fato, ser assegurado, não apenas disponibilizado, às gestantes de alto risco. MURAHOVSKI (2003) afirma, em seu livro *Pediatria: diagnóstico + tratamento*, que os serviços secundários e terciários de saúde devem estar integrados entre si e com os serviços básicos do sistema de saúde, para o alcance do cuidado ao paciente atendido. Lembra, também, a importância de uma boa comunicação com a comunidade assistida, incluindo facilitadores desse processo – agentes de saúde – bem como dinâmicas de grupo, tendo em vista o alcance da qualidade necessária ao atendimento que solucione problemas demandados.

São reflexões da autora, baseadas não apenas nos resultados do estudo, mas, incluindo sua experiência prévia como gestora, como médica do sistema de saúde e como docente de uma faculdade de medicina: É preciso que, no Município de Fortaleza, funcione um mecanismo de avaliação e cobrança sistemáticas da atenção efetivada (relacionadas à atitude do profissional na atenção à gestante) - desde o cumprimento da rotina das consultas à inclusão de atividades de educação em saúde. Aos universitários, o sistema de saúde precisa oferecer campo de aprendizado para uma prática competente e humanizada, além da oportunidade de reconhecer os

princípios do SUS – eles serão os profissionais que poderão fortalecer o sistema adequado às demandas da população.

Atenção qualificada e humanizada carece de organização de rotinas com procedimentos cientificamente reconhecidos como benéficos à saúde, eliminando intervenções desnecessárias, bem como do estabelecimento de práticas relacionais baseadas em princípios éticos, condutas acolhedoras, compartilhando conhecimento e decisões quanto à adoção de condutas, de modo a assegurar adesão às recomendações para a solução de problemas. No caso da atenção à gestante, esta atenção possibilita o “click” que acende um novo horizonte na condução da gravidez e que venha a culminar no verdadeiro “dar à luz” crianças saudáveis e na garantia do bem-estar materno-infantil – principal objetivo da atenção pré-natal.

Como resultado das entrevistas das mães, percebe-se que o Município, que já dispõe de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de atenção obstétrica e perinatal, com referência e contra referência informatizadas - desde o atendimento ambulatorial básico ao hospitalar para alto risco, para serviços especializados e hospitalares vinculados à área de abrangência da UBS que as assistem. Necessita, no entanto, adicionando conhecimentos de estudos já referidos anteriormente e com base, também nas vivências da pesquisadora, fortalecer outros aspectos relacionados à qualidade do próprio atendimento na consulta do pré-natal, dentre os quais:

- anamnese e exame clínico-obstétrico completo da gestante;
- escuta ativa da mulher e de acompanhantes, esclarecimento de dúvidas e informação sobre a consulta e as condutas a serem adotadas;
- vínculo/confiança entre o médico pré-natalista e sua paciente na – FEBRASGO (ANEXO 11);
- classificação de risco gestacional e detecção de problemas, na primeira consulta e nas subseqüentes;
- exames complementares, conforme preconizados pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO (ANEXOS 10 e 11);
- vacinação preconizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI);
- atividades educativas, realizadas individualmente ou em grupos que podem ser específicos, conforme riscos identificados - aspectos

biológico e social como gravidez em menor de 14 anos, escolaridade baixa ou ausente, verificados nos achados na parte quantitativa do estudo - usando linguagem clara e compreensível, assegurando participação e respostas às indagações da mulher ou da família;

- orientação nutricional e medicamentosa, inclusive ácido fólico na prevenção de anomalias do sistema nervoso e tratamento de infecções detectadas na gestante;
- registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação;
- adoção da interconsulta especializada, com médico obstetra, na Unidade Básica, para o grupo de gestantes de risco social, risco potencial para mortalidade perinatal – gestantes com baixa escolaridade;
- melhor reconhecimento da vinculação das unidades básicas às maternidades/hospitais;
- garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;
- funcionamento adequado da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido em casos de demanda excedente;
- atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com visita domiciliar e ambulatorial (se necessário) e consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto, incluindo orientações sobre planejamento reprodutivo;
- garantia da realização das investigação de óbitos perinatais, por técnicos capacitados, que possam ter seus resultados utilizados para decisão dos gestores e dos profissionais de saúde em relação às ações que objetivam a prevenção de mortes infantis, particularmente, fetais e neonatais precoces.

Diante dos resultados da investigação, conclui-se que é possível aperfeiçoar o Sistema de Saúde em Fortaleza, em relação à integralidade, e que esta, alcançada, pode reduzir os óbitos perinatais evitáveis, ainda com ocorrência em número tão elevado.

Algumas recomendações prioritárias surgem a partir do conhecimento desses resultados:

1. adoção de critérios para avaliar evitabilidade dos óbitos, considerando fatores de risco mais evidenciados em nosso meio, como nível de escolaridade e idade da gestante, observando, inclusive, as diferenças relacionadas com situações que levam à óbito fetal e neonatal precoce.
2. fortalecimento das práticas de educação em saúde, para a qual a adoção de atividades em grupos de gestante, pode ser uma boa estratégia.
3. promoção da melhoria da relação médico-paciente, buscando atendimento mais humanizado e que se diferencie conforme evidência do padrão de necessidade demandada/identificada na clientela.
4. implantação de um processo de monitoramento e avaliação destas atividades.
5. definição de um modelo de registro que capte número de consultas de pré-natal das mães de natimortos e, colha, também, informação sobre o óbito fetal em relação ao trabalho de parto (antes do início ou durante). Seria importante que este registro pudesse ser feito na própria DO, mas o Município pode providenciar outra forma de coletar esses dados - fundamentais para estudos comparativos entre as mortes fetais e neonatais precoces e conseqüente planejamento de intervenções apropriadas.

A essa relação acrescenta-se alguns outros tópicos a partir da prática de vida profissional da pesquisadora, como já referido, nos serviços/sistema de saúde, tanto na assistência como em nível de gestão, assim como na vida acadêmica – acompanhamento de estudantes de medicina em práticas nas unidades de saúde, a pesquisadora acrescenta em suas recomendações: sensibilização dos profissionais que atuam no cenário da formação acadêmica e criação da interconsulta com

especialista em obstetrícia, para as gestantes de baixa escolaridade, realizada na própria unidade básica de saúde.

Além disso, um programa intersetorial, envolvendo educação, assistência social e saúde, pode oferecer escolarização às mulheres jovens. É possível que gestantes mais escolarizadas compreendam melhor as orientações sobre os riscos presentes na gravidez. Por outro lado, mais uma vez, enfatizando a relação médico-paciente, o melhor cuidado com aquelas menos escolarizadas – tanto durante as consultas de pré-natal quanto em visitas domiciliares e trabalhos educativos em grupo – poderá influir no seu entendimento sobre as situações de risco informadas - levando à prevenção de nascimentos prematuros ou de baixo peso, prevenção e tratamento de processos infecciosos durante a gravidez, e, consequentemente, à redução de mortes no período perinatal.

Por fim, concordando com KRAMER et al, (2002), a partir do encontro de achados de causas ou fatores que se diferenciam entre natimortos e os que morrem na primeira semana de vida, fica uma recomendação para que o registro dos óbitos continue a ser realizado separadamente, para esses dois tipos de população, bem como seus estudos, porém, que haja registro de aspectos do pré-natal e do momento do óbito dos natimortos. Além disso, que os óbitos fetais possam ser mais pesquisados, produzindo melhor conhecimento sobre os mesmos, a fim de que, gestores e profissionais de saúde tenham chance de atuar de modo eficiente na redução dos óbitos perinatais.

6. REFERÊNCIAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal-pregnancy. **Obstet Gynecol**, v. 104, p. 869-83, 2004

ADCOCK, L. M.; PAPILE, L. A. Perinatal asphyxia. In: CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C., STARK, A. R. (editors). **Manual of neonatal care**. 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 518-28

ALBERMAN, E. Prospects for better perinatal health. **The Lancet**, v. 1, Issue 8161, p. 189-92, 1980.

ALIYU, M. H. et al. High parity adverse birth outcomes: exploring the maze. **Birth**. v. 32, n. 1, p. 45-59, 2005

ALMEIDA, M. F. **Mortalidade neonatal em Santo André, São Paulo**. 1994. Tese. (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALMEIDA, M. F.; MELLO JORGE, M. H. P. Uso da técnica de linkage dos sistemas de informações em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 141-47, 1996.

ALMEIDA, M. F.; MELLO JORGE, M. H. P. Pequeno para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 217-24, 1998.

ALMEIDA, M. F.; NOVAES, H. M. D.; ALENCAR, G. P.; RODRIGUES, L. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência de peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Rev Bras Epidemiol**; São Paulo, v. 5, n. 1, p. 93-107 abr. 2002.

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P.; NOVAES, H. M. D.; ORTIZ, L. P. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 9 n. 1, p. 56-68, 2006.

ALMEIDA, M. F et al. Risk Factors for anteparto fetal, deaths in the city of São Paulo, Brazil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 35-43, 2007.

ALMEIDA, S. A. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controlado realizado em Campinas, SP. **Rev Bras Epidemiol.** São Paulo, v. 7, n. 1, p. 22-35, 2004

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - comunic saúde educação** v. 9, n.16, p. 39-56, 2005.

AMARAL, J. J. F.; CUNHA, A. J. L. A.; SILVA, M. A. S. F. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI**: avaliação nas unidades de saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2002. 158p.

ANDERSEN, A. M. N. et al. Maternal age and fetal loss: population based register linkage stud. **Br Med J**, n. 302, p. 1008-12, 2000.

ANDRADE, L. O. M. de; et al. Humanização e cultura de paz: um desafio para o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. In: **Divulgação em Saúde para Debate** – Série Cebes/Conasems. Saúde e Paz, Rio de Janeiro, n. 35, p. 115-27, 2006.

AQUINO, M. M. A. **Causas e fatores associados ao óbito fetal**. 1997. Dissertação (Mestrado), Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

AQUINO, M. M. A.; CECATTI, J. G. Epidemiologia do óbito fetal em população de baixa renda. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 71-5, 1998.

ARAÚJO, B. F.; BOZZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal no Município de Caixas do Sul: um estudo de coorte. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 200-6, 2000.

BALDIJÃO, M. F. A.; MELLO JORGE, M. H. P. **Óbitos fetais no Brasil – período de 1980 a 1985**: análise das informações disponíveis no Ministério da saúde. São Paulo: CBCD; 1989.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto elaborado para o XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde**:

“Saúde Direito de Todos e Dever do Estado – 15 Anos”. Belo Horizonte, 26-30/04/2003.

BARFIELD, W. D.; TOMASHEK, K. M., FLOWERS, L. M., IYASU, S. Contribution of late fetal deaths to US perinatal mortality rates, 1995-1998. **Sem Perinatol**, v. 26, Issue 1, p. 17-24, 2002.

BARROS, F. C. et al. Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil: Fatores sociais e biológicos. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 301-12, 1984.

BARROS, F. C. et al. M. Mortalidade perinatal e infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul: nossas estatísticas são confiáveis? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.1. p. 348-58, 1985.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Causas de mortalidade perinatal em Pelotas, RS (Brasil). Utilização de uma classificação simplificada. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 310-6, 1987.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-54, 2005.

BARROS, A. J. P.; LAHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa:** propostas metodológicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990. 127p.

BASSO, I. O. et al. Low birthweight and prematurity in relation to paternal factors: a study of recurrence. **Intern J Epidemiology**, London, v. 28, p. 695-700, 1999.

BECH, J. Princípios fundamentais de atenção à Saúde. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Decasa Editora, 2002. p. 11-20.

BEHRMAN, R. E.; SHIONO, P. H. Neonatal risk factors. In: FARONOFF, A. A.; MARTIN, R. J. (editors). **Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant**. 7th edition. St. Louis: Mosby, 2002. p. 17-26

BERARD, J. et al. Fetal macrosomia: Risk factors and outcome. A study of outcome concerning 100 cases > 450g. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 77, Issue 1, p. 51-9, 1998.

BERTONI, N. Salud publica perinatal. **Publicación científica nº 950**. CLAP. Uruguay: OPS/OMS; 1981

BRANDÃO, H. N. H. **Introdução à análise do discurso**. Campinas: UNICAMP. 2000

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde: Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/01**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a, 114p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Manual de orientação sobre o Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito: 3ª. ed.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2001. 44 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.418/GM, 2 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e

pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Brasília, DF, 2006. 163p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – 6ª ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 320p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis Congênita. In: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, p 751-75. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.**

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 48p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª. Edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. – 2ª ed. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009, 96p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. ° 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 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. ° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25694.

BUEHLER, J. N. et al. Birth weight specific infant mortality, United States, 1960 and 1980. **Public Health Reports** v. 102, p. 151-61, 1987.

CAMARGO, A. B. M. A natimortalidade e mortalidade perinatal em São Paulo. **São Paulo Perspec**, v. 22, n. 1, p. 30-47, 2008.

CAMARGO JR., K. R.; COELI, C. M. **RekLink III**. Relacionamento probabilístico de registros, versão 3.1.6.3160. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <<http://paginas.terra.com.br/educacao/kencamargo/RecLinkdl.html>>. Acessado em 15/07/2008.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciê & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMPOS, J. Integralidade da atenção dos serviços dos sistemas de saúde: uma visão baseada nas análises dos óbitos infantis em municípios cearenses. **Rev Pediatr Ceará**, Fortaleza, v. 5, n.1, p. 47-51, 2004.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-20, 2000.

CARVALHO, M. L.; SILVER, L. D. Confiabilidade da declaração da causa básica de óbitos neonatais: implicações para o estudo da mortalidade prevenível. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 5, p. 342-8, 1995.

CASTRO, C. M.; FERRARI, S. Aspectos psicológicos da relação equipe-paciente. In: MARIANI NETO, C.; TADINI, V. **Obstetrícia e Ginecologia**. Manual para o Residente. São Paulo: Roca, 2002, p. 16-19.

CEARÁ. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SESA. **A saúde no Ceará em grandes números**: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo sistema público estadual 1995-2002. Fortaleza, 2002a. 234p.

_____. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SESA. **Sistemas Microrregionais de Saúde**: uma estratégia de reorganização do SUS. Fortaleza, 2002b. 60p.

_____. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SESA. **Portaria 2508**. Define a investigação do óbito infantil nos municípios do Estado do Ceará, 2002c.

_____. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SESA. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. IDB Ceará, vol. 4, 2005.

_____. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SESA. Coordenadoria de Políticas. Departamento de Epidemiologia. **Relatório do Sistema de Informação em Saúde**. Fortaleza: SESA, 2008. (Mímeo).

_____. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO - SESA. **Plano Estadual de Saúde**: período 2008-2010, Fortaleza: SESA, 2008. 71p.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectivas entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.

(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-26.

CESAR, J. A. et al. The use of maternal and child health services in three opulation-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, S3, p. S427-36, 2008.

CHEN, P. J. Trabalho de parto e parto vaginal. In: BADER, T. J. **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia**: respostas necessárias ao dia-a-dia em *rounds*, na clínica, em exames orais e escritos. (Tradução Ricardo Savares). 3ª ed. atualizada. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 386-96.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 144p.

CLAP - Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano. **Mortalidade Materna, Perinatal, Infantil (América Latina e Caribe)**. Indicadores Básicos 2002. Programa Especial de Análise de Saúde OPS/OMS. Boletim do CLAP, Novembro / 2002.

CLAP - Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano. CLAP. OPS/OMS **Sistema Informático Perinatal. Manual resumido**. Montevideo: CLAP, 2005.

CLAP - Centro Latino-Americano de Perinatologia Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR. OPS/OMS. **Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal**. Instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo, 2007. (Publicación Científica CLAP/SMR 1563)

CLEARY-GOLDMAN, J. et al. impact of maternal age on obstetric outcome. **Obstet Gynecol** n. 105, Issue 5, parte 1, p. 983-90, 2005.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M.; DIAZ-ROSSELLO, J. L. Epidemiology of fetal death in Latin America – Latin American Center for Perinatology and Human Development (CLAP), Division of Health Promotion and Protection, PAHO, WHO, Montevideo, Uruguay. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Stockholm, v. 79, n. 5, p. 371-8, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1601, ago. 2000. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de ago, 2000. Seção I, pg. 64

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1779, nov. 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez, 2005. Seção 1, p. 121.

COOPER, R.; GOLDENBERG, R. L.; CREASY, R. K. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age-specific neonatal mortality. **Am J Obstet Gynecol**, n. 168, Issue 1, parte 1, p. 78-83, 1993.

CORREIA, L.; SILVEIRA, D.; CAMPOS, J. **Quarta Pesquisa de Saúde Materno-infantil no Ceará (PESMIC IV):** Resultados comparativos período 1987-2001. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Fundação Instituto Cearense de Saúde Reprodutiva, 2003, 76 p.

CORREIA, L. L. et al. Competências familiares para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil: um estudo de 2 600 famílias no Estado do Ceará. **Cad ESP**, Fortaleza, v. 1 n. 1, p 60-72, 2005.

CUNHA, A. A.; FERNANDES, D. S.; MELO, P. F.; GUEDES, M. H. Fatores associados a asfíxia perinatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 799-805, 2004.

CUNNINGHAM, F. G.; GANT, N. F.; LEVENO, K. J.; GILSTRAP III, L. C.; HAUTH, J. C.; WENSTROM, K. D. The newborn infant. In: **Williams Obstetrics**. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 385-402.

DE LANGE, J. E. et al. Avoidable risk factors in perinatal deaths: a perinatal auditory in South Austrália. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 48, n. 1, p. 50-7, 2008.

DE LORENZI, D. R. S. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-6, 2001.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas com ênfase em comunicação**. São Paulo: Futura, 2002.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. Introduction entering the field of qualitative research. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Sage, 1994. p. 1-17.

DESLANDES, S. F. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA E. R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 133-56p.

ENCISO, J. M. Multiple births. In: COHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R., (editors). **Manual of neonatal care**. 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Williams; 2008. p. 86-93.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP- CE. **Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde: Etapa Formativa I: Manual – Fase 1: O Agente Comunitário de Saúde: sua história e suas atribuições**. Fortaleza; Escola de Saúde Pública do Ceará, Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral, 2006. 212p. (Série Atenção à Saúde)

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DA SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação**. São Paulo: Ponto. 2002.

FIGUEIREDO, E. N. et al. Estudo e caso de sífilis congênita. **Ata Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 28-31, 2001.

FONSECA, L. A. M.; LAURENTI, R. A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. 1, 21-9, 1974.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, S.1, S7-19, 2004.

FONSECA, E. S. et al. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. **N Engl J Med** n. 357, p. 462-69, 2007.

FONSECA, S. C.; DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Estratégias de redução de cesareanas desnecessárias: evidência científica acumulada. In: Brasil. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORMIGLI, V. L. A. et al. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, S. 2, p. 33-41, 1996.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Fortaleza: SMS, 2007. 332p.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009/Secretaria de Saúde**. – Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008. 296p.

FREITAS, M. de Recém-nascidos de gestações múltiplas. In: SEGRE, C. A. M.; COSTA, H. P. F.; LIPPI, U. G. **Perinatologia: fundamentos e prática**. 2ª. Ed. São Paulo: SARVIER, 2009.

FRIAS, P. G. et al. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde – estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. **J Pediatr** Rio de Janeiro, vol. 78, n. 6, p. 509-16, 2002.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. – SEAD. **Mortalidade Infantil e desenvolvimento**. Conjuntura Demográfica, 1991; 14/15; 49-50.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Rev Saúde Pública** São Paulo, v. 32, n. 6, p. 587-95, 1998.

FUJISAWA, D. S. **Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de criança:** implicações na formação do fisioterapeuta. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília.

GARCIA-NÚÑEZ, J. **Improving Family Planning Evaluation.** A step-by-step Guide for Managers and Evaluators, Kumarian Press, Connecticut – USA, 1992, 242p.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático.** 4ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 64-113.

GIL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático.** 4ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 244-70.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate** v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 1112p.

GRAAFMANS, W. C. et al. Comparability of published perinatal mortality rates in Western Europe: the quantitative impact of differences in gestational age and birthweight criteria. **British J Obstet and Gynecol**, London, v. 108, n. 12, p. 1237-45, 2001.

GUILLAUMON, M. R.; SEGRE, C. A. M. Atendimento ao RN em sala de parto. In: SEGRE, C. A. M. **Perinatologia: fundamentos e prática.** São Paulo: Sarvier, 2002, p. 361-68.

GUILLAUMON, M. R.; FREITAS, M. de Mortalidade perinatal. In: SEGRE, C. A. M.; COSTA, H. P. F.; LIPPI, U. G. **Perinatologia: fundamentos e prática.** 2ª ed São Paulo: SARVIER, 2009, p. 380-84.

GUIMARÃES, E. M. B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. **Pediatr Moderna** v. 37, (edição especial) p. 29-32, 2001.

HADAD, S.; FRANÇA, E.; UCHOA, E. Mortes infantis por causas evitáveis e qualidade dos serviços de saúde: um estudo da percepção materna da doença e do atendimento à criança doente. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 18, nº 6: 1519-27, 2002.

HANSEN, A. K.; WISBORG, K.; ULDBJERG, N. et. al. Elective cesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. **Acta Obstet Gynecol Scand.** v. 86, p. 389-94, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl, 2, p. S331-6, 2004.

HEINONEN, S.; SAARIKOSKI, S. Reproductive risk factors of fetal asphyxia at delivery: a population based analysis. **J Clin Epidemiol** v. 54, Issue. 4, p. 407-10, 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Estimativas de População**. Acesso em 01/07/2007. Disponível em <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm>.

IOANNIDIS, J. P. A. et. al. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant woman with RNA virus loads <1000 copies/ml. **J Infect Dis.** v. 183, p. 539-45, 2001.

JACKSON, D. J.; LANG, J. M.; GANIATS, T. G. Epidemiological issues in perinatal outcomes research. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 13, Issue, 4, p. 392-404, 1999.

JARO, M. A. Advances in record-linkage methodology as applied to matching the 1985 Census of Tampa, Florida. **J Amer Statist Association**, n. 84, p. 414-20, 1989.

KANT, I. (1787). **Crítica da razão pura e outros escritos**. Tradução de Valerio Rodhen e Udo Baldur Moosburger São Paulo: Ed. Nova Cultural Abril. Col. Os Pensadores, 1996.

KEELING, J. W.; MACGILLIVRAY, I.; GOLDING, J.; WIGGLESWORTH, J.; BERRY, J.; DUNN, P. M. Classification of perinatal death. **Arch Dis Child**, [SI] v. 64, p. 1345-51, 1989.

KERBER, K. J. et al. Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. **The Lancet**, v. 370, Issue 9595, p. 1358-69, 2007.

KHANNA, J.; LEAHLEY, K.; PETERS, C.; SHERRATT, D. (editors). **New WHO antenatal care model**. Geneve: World Health Organization; 2002.

KRAMMER, M. S. et al. Analysis of perinatal mortality and its components: time for a change? **Am J Epidemiol**, v. 156, n. 6, p. 493-497, 2002.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. **Investigação das mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 1999. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, 2002a.

LANSKY, S., FRANÇA, E.; LEAL, M. C. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura**. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-72, 2002b.

LAURENTI, R., MELLO JORGE, M. H. P.; LEBRÃO, M. L.; GOTLIEB, S. L. D. **Estatísticas de Saúde**. 1ª ed. São Paulo: EPU, 1975

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Estudo da morbidade e mortalidade perinatal em maternidades: II mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. n. 19, p. 225-32, 1985.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Indicadores de saúde materna e infantil: Implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Rev Panam Salud Pública**, v.1, n.1, p. 18-22, 1997.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. **O atestado de óbito**. Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações. Série Divulgação Nº 1, (5ª Edição), São Paulo, 2004.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; LEBRÃO, M. L.; GOTLIEB, S. L. D. **Estatísticas de Saúde**. 2ª ed. rev. aument. e atual. São Paulo: EPU, 2005, 214p.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **O sistema de informações sobre mortalidade**: passado, presente e futuro. Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações. Série Divulgação Nº 11. São Paulo, 2006, 107p.

LAWN, J.; WILCZYNSKA-KETENDE, D. K.; COUZENS, S. N. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. **Intern. J. Epidem.**, v. 35, S 1, p. 706-18, 2006.

LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, S. 1, p.520-533, 2004.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil (1979-1993): análise por causa segundo grupo de idade e região de residência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 243-52, 1996.

LEATT, P.; PINK, G. H.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Health Pap** v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

LEITE, A. J. M. **Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde no município de Fortaleza, 1995**. Dissertação (Mestrado) 1996 – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.

LEITE, A. J. M. et al. Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 73 n. 6, p. 388-394, 1997.

LIMA, L. C. de **Diferenciais de mortalidade infantil no Brasil, por idade da mãe e da criança**. 2009. 100p. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de

Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdade de Ciências Econômicas/Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte.

LIPPI, U. G.; SEGRE, C.A. Prontuário perinatal. In: SEGRE, C. A. **Perinatologia: fundamentos e prática**. São Paulo: SARVIER, 2002, p. 23-54.

LIPPI, U. G. Enfoque de risco. In: SEGRE, C. A. M.; COSTA, H. P. F.; LIPPI, U. G. **Perinatologia: fundamentos e prática**. 2ª ed São Paulo: SARVIER, 2009, p. 60-66.

LONDON. NATIONAL COLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. Clinical Guideline. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2007. 176p

LONDON. WMPI. **Summary of West Midlands Regional Vital Statistics, 2001**. London: West Midlands Perinatal Institute; 2002.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 9-20.

MAC DORMAN. M. F.; MUNSON, M. L.; KIERMEYER, S. Fetal and perinatal mortality, United States, 2004. **Natl Vital Stat Rep**. 2007; v. 56, n. 13, p. 1-19.

MACEDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface – comunic, saúde, educ**. Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP, v. 12, n. 26, p. 649-656, 2008.

MACHADO, C. J.; HILL, K. Maternal, neonatal and community factors influencing neonatal mortality in Brazil. **J. Biosoc Sci**. v. 37, Issue 2, p. 193-208, 2005.

MACHADO, M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem **Rev Latino-am Enfermagem** v. 13, n. 8, p. 723-728, 2005.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília v.16, n. 4, p. 233-244, 2007.

MARAN, E. **Mortalidade Neonatal: fatores de risco no Município de Maringá – PR em 2003-2004**. 2006. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual de Maringá.

MARANHÃO, A. G. K.; JOAQUIM, M. M. C.; SIU, C. **Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Tema 1999; 17:6-17. []

MATHERS, C. D. et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. **Bull World Health Organization**, v. 83, n. 3, p.171-180, 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de, (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. A Comunicação entre Médico e Pessoa que busca Atendimento. In: _____. Manual de Medicina de Família e Comunidade; Tradução: Burmeister, A.- T. 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010. p.127-150.

MELLO JORGE, M. H. P. de et al. **O sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC**. São Paulo, CBCD, 1992 (Série Divulgação nº 7).

MELLO JORGE, M. H. P. de Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27 (Supl.), 1993.

MELLO JORGE, M. H. P. de.; GOTLIEB, S. L. D.; OLIVEIRA, H. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. **Informe epidemiológico do SUS**, v. 2, 1996.

MELLO JORGE M. H. P. de; GOTLIEB S. L. D. **As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ ; 2000.

MELLO JORGE, M. H. P. de; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência da implantação do SIM e SINASC. **Ciêñ Saúde Coletiva**, v.12, n. 3, p. 643-654, 2007.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo 2. Salvador: Casa da qualidade, 2001. 167p.

MENDES, W. B., ALMEIDA, E. S. de. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. **Mun Saúde** – São Pulo, v. 29, n. 1, p. 26-34, 2005.

MENEZES, A. M. B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 209-16, 1998.

MERCADANTE, O. A. (Coord). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 235-313.

MILLES, M. B. Qualitative data as an attractive nuisance: the problem of analysis. In: **Administrative Sciency Quarterly**, New York: Greenwood, v. 24, n. 4. 1979.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA E. R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 244p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed – São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.(org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de janeiro: Fiocruz, 2002. 379p. Coleção Criança, Mulher e Saúde.

MIURA, E.; PROCIANOY, R. S. e col. **Neonatologia Princípios e Prática**, 2. ed. Porto Alegre: 1997, 656p.

MONTEIRO, C. A.; ZUÑIGA, H. P. P.; FERREIRA, C. E. C. A mortalidade. In: MONTEIRO, C. A. **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo, HUCITEC – EDUSP, 1988.

MORAIS NETO, O. L.; BARROS, M. B. A. Fatores de risco para a mortalidade neonatal e pós-neonatal na região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 477-485, 2000.

MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

MORRISON, J. J.; RENNIE, J. M. Clinical, scientific and ethical aspects of fetal and neonatal care at extremely preterm period of gestation. **Br J Obstet Gynecol** v. 104, n. 12, p. 1341-1350, 1997.

MURAHOVSKI, J. Puericultura no Ambulatório e no Consultório. In: _____. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6ª ed. São Paulo: SARVIER; 2003, p. 3-28.

NAKLING, J., BACKE, B. Pregnancy risk increases from 41 weeks of gestation. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 85, p. 663-668, 2006.

NEVES et al., Fatores de risco para neomortalidade precoce na cidade de Juiz de Fora. **Rev. APS** , v. 11, n. 3, p.264-272, 2008.

OLIVEIRA, M. M. de. Como trabalhar os dados da pesquisa de campo. In: _____. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 93-103.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPS/OMS. **Fonte de dados e definições utilizadas em saúde materno-infantil**. Washington, 1994. Série: HPM-CDR-SM 94-1P

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima Revisão – CID-10. Volume 2 - Manual de Instruções. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 6ª ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 9ª Revisão. Volume 1. Lista Tabular. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Department of Measurement and Health Information System. (MHI). Neonatal and perinatal mortality. Annex 1. Country estimates for the year 2000. OMS (MHI), 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates**, 2004. Genebra: WHO, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPS. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): Manual de Capacitação em Atenção Primária**. Tradução e Adaptação: CAVALCANTE SILVA, A; CAMPOS, J. S.; CARVALHO, H. M. B.; DINIZ, R. L. P.; CASTRO, V. S. de. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2005. 117p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OMS. “**AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencias**”. Washington, D.C.: OPS, 2009. 40p.

ORTIZ, L. P. **Características da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). 1989. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. de. (orgs.) **Epidemiologia e Saúde**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p

PAPIERNIK, E. Regionalization of perinatal care in Europe In: CARRERA, J. M., CABERO, L. BARAIAR, R. (Ed.). **The perinatal medicine of the new millennium**. Barcelona: Monduzzi Editore, 2001.p.1295-1297.

PARADA, C. M. G. L.; PELÁ, N. T. R. Idade Materna como fator de risco: estudo com rimigestas na faixa etária igual ou superior a 28 anos, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n. 4, p.:57-64, 1999.

PENNZ, G., MAGHAMI, S. Indications for cesarean section. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** n 15, p. 1-15, 2001

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; FERLA. A.; SILVA JÚNIOR, A. G. Integrality in the population's health care programs. **Ciê & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.

PORTO, D. Perinatal Health Commission of Belo Horizonte, Brazil. In: LOTTA, G. S.; BARBOZA, H. B.; TEIXEIRA, M. C. A.; PINTO, V. (eds) **Experiences of Public Policies and Citizenship**. Rio de Janeiro, RJ: Getúlio Vargas Foundation/BNDS/FORD Foundation, 2003, p. 89-102.

PRISLEY, D. W.; CLOHERTY, J. P. Identificando o recém-nascido de alto risco e avaliando a idade gestacional e recém-nascido pequeno para a idade gestacional. In: CLOHERTY, J. P.; SNYDER, E. Y. **Manual de Neonatologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medici; 2000, p 39-54.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. Comitê Municipal de Estudos sobre Mortalidade Materna do Recife. **Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal: pauta de obstetrícia / Secretaria de Saúde**. – Recife, 2008. 75p.

REIS, A. C. Recuperação de dados da declaração de óbito (DO) para os menores de um ano através da declaração de nascidos vivos (DN). **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 297-304. 2006.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, 1361p.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Principais causas de mortes perinatais. In: _____. **Obstetrícia Fundamental**. 11ª ed – Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2008a, p. 579-582.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Doenças Infecciosas. In: _____. **Obstetrícia Fundamental**. 11ª ed – Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2008b, p. 392-396.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Propedêutica da Gravidez. In: _____. **Obstetrícia Fundamental**. 9ª ed – Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003, p. 82-100.

RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. Tendências da mortalidade neonatal em São Luis, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 429-438, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Informações em Saúde. **Estatísticas de nascimento**: nascidos vivos 1997 e 1998. Porto Alegre, 1999.

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2002. 299p.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Brasília: 2008. 349p.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Demografia e saúde. Contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: OPAS, 2009. 144p.

ROUQUAYROL, M. Z. et al. **Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza**: um estudo caso-controle. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 72, p. 374-78, 1996.

RUSSELL, Z.; QUINTERO, R. A.; KONTOPOULOS. E. V. Intrauterine growth restriction in monochorionics twins. **Semin Fetal Neonatal Med** v. 12, p.439-49, 2007.

RUTSTEIN, D. D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T. C.; CHILD, C. G.; FISHMAN, A. P.; PERRIN, E. B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N. Engl. J. Med.** v. 294, n. 11, p. 582-8, 1976.

RYAN, G. M., SCHNEIDER, J. S. Complicaciones obstetricas en adolescents. **Clin Obstet Ginecol**, v. 4, p. 1243-49, 1978.

RYDHSTROEM, H.; HERAIB, F. Gestational duration, and fetal and infant mortality for wins vs singletons. **Twin Res.** v. 4, n. 4, p. 227-31, 2001.

SANTOS, I. S. et al. Mães e suas gestações: uma comparação de três coortes de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, S. 3, p. S381-9, 2008.

SÃO PAULO. PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PROAIM: Programa de Aprimoramento da Informação de Mortalidade. **Coletânea de textos dos Boletins**. São Paulo, 2003

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1241-50, 2005.

SCHUTZ, A. Equality and the social Meaning Structure. Collected Papers II. Haia: Martinus Nijhoff, 1964.

SEGRE, C. A. Programa de assistência perinatal. In: SEGRE, C. A., SANTORO JR, M. (eds) . **Pediatria. Diretrizes básicas e orientação de serviços**. São Paulo: Sarvier, 2001. p. 5-43.

SEYB, S. T.; BERKA, R. J.; SOCOL, M. L.; DOOLEY, S. L. Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women. **Obstet Gynecol** v. 94, n. 4, p. 600-607, 1999.

SILVA, A. C. et al. **Viva Criança**: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1999. 272p.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral – Ceará**: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. Tese (Doutorado em Ciências). 2003. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, A. C. et al. **Saúde da Família. Saúde da Criança**: A resposta de Sobral. São Paulo: HUCITEC, 2007. 224 p.

SILVA, F. J. Pacto pela saúde: União, Estados e Municípios. In: SILVA, A. C.; CARVALHO, H. M. B.; CAMPOS, J. S.; SAMPAIO, T.C. (org.) **Livro do Médico de Família**. Tomo I. Medicina de Família e Comunidade. Saúde da Criança e do Adolescente. Fortaleza: Gráfica LCR p.135-143, 2008.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: MOROINI, M. V. G.

C.; PEREIRA, I. B. (coord) **Políticas de Saúde**. Textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-73, [s.d.] Série Trabalho e Formação em Saúde.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1160-1168, 2004.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil. Revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 42, p. 957-964, 2008

SOBIERAY, N. L. E. C. **Estudo da mortalidade perinatal do Município de Curitiba no período de 2002-2005. 2008**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2008.

STOLL, B. J. The global impact of neonatal infection. **Clin Perinatol** v. 24, n. 1, p. 1- 21, 1997.

SUÁREZ-VARELA, M. M., LLOPIS, G. A. e TEJERIZO, P. M. L. Variations in avoidable mortality in relation to health care resources and urbanization level. **J. Environ. Pathol. Toxicol. Oncol.** 1996; v. 15, n. 4, p.149-54.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da USP, 2004a. 83p.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M., MERCADO-MARTINEZ, F. J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis; Vozes; 2004b, p. 121-136.

TENDLER, J. **Good government in the tropics**. Baltimore: The Johns Hopkins Press Ltd. 1997. 221p.

TRIMBLE, B. K. Recor linkage and genetic registers. In: Emery, A. E. H. e Miller, J. **Register for detection and prevention of genetic diseases**. New York, Stratton Co, 1975. p. 75-103.

UNICEF. Situação da Infância Brasileira. **Crianças de até seis anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento**. Brasília, DF; 2006, 231p.

UNICEF. Situação Mundial da Infância. **Sobrevivência Infantil**. New York, NY; 2008, 154p.

UNICEF. Situação Mundial da Infância. **Saúde Materna e Neonatal**. New York, NY; 2009, 158p.

UNITED NATIONS. Department of Public Information, “**The Millenium Development Goals Report 2005**”, ONU, Nova York, NY; 2005, p6.

VAN DIJK, A. **Handbook of discourse analysis**. Londres: Academic Press, 4 vols. 1985.

VARDANEGA, K. et al. Fatores de Risco para Natimortalidade em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstetr**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 617-22, 2002.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas: comentário. **Cad ESP-CE**, Fortaleza, vol. 1, n. 1, p. 7-16, jul/dez, 2005.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: HUCITEC, 1988, 187p.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. **The Lancet**. [SI]. v. 367, n. 9525, p. 1796-1797, 2006.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133p.

VIDAL, S. A. et al. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v. 3, n. 3, p. 281-9, 2003.

VILLAR, J. et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **The Lancet**, London, n. 357, p. 1551-1564, 2001.

WARNER, B. B.; KIELY, J. L.; DONOVAN, E. F. Multiple births and outcome. **Clin Perinatol** v. 27, Issue 2, p. 347-361, 2000.

WEBER, M. **Basic Concepts in Sociology**. New York: The Citadel Press, 1964.

WHO and UNICEF Joint statement. **Home visits for the care of the newborn child:** a complementary strategy to improve newborn survival. WHO. UNICEF. New York, NY; 2008.

WIGGLESWORTH, J. S. Monitoring perinatal mortality - a pathophysiological approach. **The Lancet**, [SI] v. 2, Issue 8196, p. 684-86, 1980.

WORLD HEALTH ORGAIZATION (WHO-OMS). **Appropriate Technology for Birth.** The Lancet, [SI], v. 02, p. 436-7, 1985

WORLD HEALTH ORGAIZATION (WHO - OMS). **World Health Statistic:** 2008. Geneve, 2008.

WU, M. Y.; YANG, Y. S.; HUANG, S. C.; LEE, T. Y.; HO, H. N. Emergent and elective cervical cerclage for cervical incompetence. **Int J Gynecol Obstet**, v. 54, n. 1, p. 23-9, 1996.

YEAST, D. J.; POSKIN, M. S. N.; STOCKBAUER, I. W.; SHAFFER, S. Changing patterns in regionalization of perinatal care and the impact on neonatal mortality. **Am T Obstet Gynecol**, v. 178, n. 1, p. 131-135, 1988.

ZLOTNIK, E. Gestação na mulher idosa. In: SEGRE, C. A. M.; COSTA, H. P. F.; LIPPI, U. G. (Org.) **Perinatologia: Fundamentos e prática.** 2ª. Ed. São Paulo: SARVIER, 2009, 123-148p

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Doutorado Interinstitucional: USP/ESP-CE/UECE/UFC – DINTER

1. Título do Protocolo de Pesquisa: Integralidade da Atenção e Evitabilidade de Óbitos Perinatais no Município de Fortaleza.
2. Pesquisador: Jocileide Sales Campos
3. Orientadora: Maria Helena Prado de Mello Jorge

Entrevista com Mães de Crianças que morreram até seis dias de vida ou nascidas mortas e de Crianças que sobreviveram o primeiro mês de vida

Entrevista N° _____

A. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Escolaridade: (anos de estudo) _____

Renda: _____ salário _____ Situação Marital: _____

Número de Filhos – Vivos: _____ Mortos: _____ Fetos Mortos _____

Período gestacional em que soube da gravidez – dias: _____ semanas: _____ meses: _____

B. ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Conversar sobre a perda ou nascimento do/a filho/a.
2. Falar sobre a gravidez – consultas de pré-natal: início, número, profissional que atendia, como era a consulta (anamnese, exame físico, quais exames solicitados e resultados) atenção dispensada, escuta atenta, orientações, medicamentos; motivação para retornar às consultas; complicação da gravidez, encaminhamento/atendimento em serviço de pré-natal de alto risco; visitas domiciliares
3. Percepção sobre início do trabalho de parto e como procedeu até chegar ao hospital – quanto tempo entre o 1º sinal em casa e a busca pelo serviço, sabia para onde ir (tinha referência), foi acompanhada, foi atendida no 1º hospital que buscou ou qual em ordem de procura, quanto tempo levou até encontrar o serviço/hospital que lhe recebeu; como foi o acolhimento, quanto tempo esperou; foi atendida por qual profissional, era respeitoso, amável, desatencioso
4. Ligação entre os serviços aonde fez o pré-natal e o hospital aonde fez o parto

5. Tempo de duração do trabalho de parto; quais intercorrências; como se sentiu durante esse tempo – medo, confiança, alegria, tristeza. Por que
6. Sobre o parto: quem fez, qual foi a complicação, foi normal ou cirúrgico
7. O nascimento – como estava a criança (viva, sem problemas, ou morta), tipo de problemas, tipo de cuidado que recebeu, por quem; quanto pesou
8. Como soube do óbito do seu/sua filho/a – quem contou, o que falou, a causa, o que foi feito; quanto tempo após o óbito, quanto tempo viveu. Como foi sua reação
9. Entendimento sobre o motivo da morte, sobre os cuidados dispensados à criança; atestado de óbito
10. Sugestões aos profissionais e aos serviços de saúde para evitar a morte de outras crianças ou para melhorar o atendimento.

Obs.: Nos casos de crianças que não morreram não aplicar q8 e substituir q9: No seu entendimento, por que sua criança nasceu e permaneceu bem?

ANEXO 2

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
coep@fsp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do Protocolo de Pesquisa: Integralidade da Atenção e Evitabilidade de Óbitos Perinatais no Município de Fortaleza.
2. Pesquisador: JOCILEIDE SALES CAMPOS
 Documento de Identidade Nº.: 122.500 Sexo: () M (X) F
 Cargo/Função: MÉDICA
3. Avaliação de Risco da Pesquisa
 (X) Sem Risco () Risco Mínimo () Risco Médio
 () Risco Baixo () Risco Maior
4. Duração da Pesquisa: UM ANO

II – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Eu, _____, portadora da Carteira de Identidade nº _____, expedida por _____ na data: ____/____/____
 declaro estar ciente dos seguintes fatos relacionados à pesquisa “Integralidade da Atenção e Evitabilidade de Óbitos Perinatais no Município de Fortaleza”, conduzida por Jocileide Sales Campos, como parte de seu projeto de doutoramento interinstitucional pela Faculdade de Saúde Pública da USP :

1. Que o objetivo da pesquisa é caracterizar óbitos perinatais evitáveis ocorridos em Fortaleza, no ano 2006, como subsídio para compreender o potencial da integralidade da atenção ofertada no sistema de saúde local;
2. Que o projeto se justifica pela necessidade de compreender melhor a ocorrência desses óbitos, principalmente o componente fetal e, o potencial da integralidade na sua evitabilidade, com objetivo de definir ou adequar políticas efetivas de enfrentamento para reduzir as mortes perinatais, melhorando a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

3. Que os procedimentos adotados pela pesquisa são entrevistas em grupos (grupos focais com mães, com profissionais de saúde e com gestores do sistema de saúde) documentadas e/ou gravadas, análise de dados secundários obtidos dos sistemas de informações sobre mortalidade e de nascidos vivos;
4. Que não há qualquer risco nem possibilidade de dano, despesa ou custos envolvidos em minha participação nesta pesquisa;

III – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Pleno direito de fazer perguntas e solicitar esclarecimentos à pesquisadora, antes, durante e depois da pesquisa;
2. Liberdade para recusar a participação na pesquisa, assim como para retirar o consentimento dado, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo aos cuidados à saúde;
3. A privacidade e o sigilo quanto à identidade dos sujeitos da pesquisa serão preservados.
4. Apoio psicológico, se for necessário.

IV – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Nome: JOCILEIDE SALES CAMPOS Telefone: 3265.4770 ou 9909.4810

Endereço Institucional: RUA JOÃO ADOLFO GURGEL, Nº: 133 Bairro: COCÓ

Cidade: FORTALEZA CEP: 60.192-345

V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, 21 de Abril de 2010

Assinatura do sujeito de pesquisa
ou responsável legal

Jocileide Sales Campos

ANEXO 3 **DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E
TERMO DE COMPROMISSO**

Declaramos que conhecemos e cumprimos os requisitos da Resolução CNS nº. 196/96 e suas complementares. Comprometemos ainda, a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado Integralidade da Atenção e Evitabilidade de Óbitos Perinatais no Município de Fortaleza.

Declaramos ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada, nas dependências desta Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, o qual autorizamos sua execução.

Fortaleza-CE, 31 de agosto de 2007.

Raimundo José Arruda Bastos
SECRETÁRIO EXECUTIVO DA SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
CNPJ: 07.954.571/0001-04

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema - 60060-440 - Fortaleza/CE
Fone: 3101 5124 - Fax: 3101 5275 - e-mail: saude@saude.ce.gov.br - www.saude.ce.gov.br

DECLARAÇÃO

ANEXO 4

Prefeitura de
Fortaleza

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado "Integralidade da Atenção e Evitabilidade de Óbitos Perinatais no Município de Fortaleza".

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Fortaleza, 31 de Agosto de 2007.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza

ANEXO 5

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, **Jocileide Sales Campos (5828937)**, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Integralidade da Atenção e Evitabilidade de Óbitos Perinatais no Município de Fortaleza**, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente às Instituições Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

Fortaleza, 30 de Agosto de 2007

Jocileide Sales Campos

ANEXO 6**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP - SP** **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 62 /08

Protocolo 1711

Projeto de Pesquisa INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E EVITABILIDADE DE ÓBITOS PERINATAIS
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ

Pesquisador(a) Jocileide Sales Campos

26 de MARÇO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 2.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 20/03/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª MARIA HELENA PRADO DE MELO JORGE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
CENTRO BRASILEIRO DE CONTROLE DE DOENÇAS

ANEXO 7

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA - CE

Escola de Saúde Pública do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ESP

Protocolo CEP/ESP-CE Nº 118/2008

Título do Projeto: Integralidade da Atenção e Evitabilidade de Óbitos Perinatais no Município de Fortaleza –Ce.

Pesquisadora: Jocileide Sales Campos

Orientador: Profª Maria Helena Prado de Mello Jorge

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da USP

Objetivos

O referido estudo tem como Objetivo Geral: "Caracterizar óbitos perinatais ocorridos em residentes em Fortaleza, no ano de 2006, como subsídio para compreender o potencial da integralidade da atenção ofertada no sistema de saúde local". Para tanto, os Objetivos Específicos se propõem a: a) Descrever os óbitos perinatais segundo critérios de evitabilidade; b) Descrever as características clínico-epidemiológicas relativas a estes óbitos; c) Dentre os óbitos perinatais, comparar os seus dois componentes: óbitos fetais e óbitos na primeira semana de vida; d) Descrever o perfil sócio-demográfico das mães cujos conceitos resultaram em óbitos perinatais; e) Analisar as características assistenciais e o nível de integralidade das ações da rede de serviços de saúde prestadas na atenção ao pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos na primeira semana de vida; a partir do ponto de vista de usuárias, de profissionais e de gestores de saúde.

Sumário:

Revisão da literatura: O projeto de pesquisa apresenta uma Revisão da Literatura que caracteriza a temática a ser pesquisada, bem fundamentada, com referências atualizadas, inclusas na própria Introdução.

Metodologia: A pesquisadora informa que se trata de um estudo transversal envolvendo duas dimensões: quantitativa e qualitativa. Ainda segundo a pesquisadora, a abordagem quantitativa será contemplada por meio de um estudo retrospectivo, transversal a partir da utilização de dados de fonte secundária, e que constituirão fontes dos dados, os bancos de dados do SIM para óbitos fetais, e do SIM e do SINASC para óbitos neonatais precoce. Enquanto que na abordagem qualitativa, os dados serão coletados de fonte primária por meio da realização de entrevistas em grupos focais. A pesquisadora informa que a população do estudo será dividida em duas partes, conforme as abordagens que serão utilizadas. Para a abordagem quantitativa, a população do estudo será constituída por todos os óbitos fetais e óbitos neonatais precoces ocorridos no ano de 2006, em residentes na cidade de Fortaleza; Em relação à abordagem qualitativa, a população do estudo incluirá mães de conceitos nascidos mortos, nascidos vivos que tiveram desfecho óbito até seis dias completos de vida e dos que permaneceram vivos até 28 dias de vida, residentes no município. Também integrarão esta população, profissionais e gestores do sistema público de saúde. Para a coleta dos dados secundários (bancos de dados SIM e do SINASC), a pesquisadora elaborou um formulário de pesquisa para registro de variáveis relacionadas à mãe e ao recém-nascido. Para a abordagem qualitativa, a pesquisadora elaborou roteiros específicos para as entrevistas com as mães, com os profissionais de saúde e com os gestores de saúde.

Considerações:

O presente Protocolo de Pesquisa já foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo – COEP, sob Nº 1711, sendo considerado APROVADO COM RECOMENDAÇÃO. Vale ressaltar que a recomendação do COEP era de que o referido projeto fosse submetido à apresentação de um COEP na cidade de origem dos sujeitos de pesquisa. Dessa forma, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 considerou o projeto **Aprovado**, na reunião do dia 02 de abril de 2008.

Eclarecemos sobre a obrigatoriedade do envio do relatório final da pesquisa ao CEP/ESP-CE, assim como da comunicação de qualquer alteração no desenvolvimento do referido projeto.

Fortaleza, 02 de abril de 2008.

Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
Coordenadora do CEP/ESP-CE

ANEXO 8

Lista de Óbitos Evitáveis – Fundação SEADE

Esta classificação lista as causas de óbitos segundo as seguintes categorias:

- Evitáveis
 - Redutíveis por imunoprevenção
 - Redutíveis por adequado controle na gravidez
 - Redutíveis por adequada atenção ao parto
 - Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces
 - Redutíveis através de parcerias com outros setores
- Não evitáveis
- Mal definidas
- Não classificadas

Esta classificação foi elaborada, prioritariamente para óbitos de menores de 1 ano e construídas a partir da Portaria nº 723/GM, de 10 de maio de 2001, publicada no DOU de 14 de maio de 2001, instituindo o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica. Esta portaria baseou-se, para estas definições, em informações da Fundação SEADE.

<i>Classificação das causas evitáveis pela CID-10</i>		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
Redutíveis por imunoprevenção		
I	Tuberculose; tétano do recém-nascido; outros tipos de tétano; difteria; coqueluche; poliomielite aguda; varicela; sarampo; hepatite aguda B; meningite por Haemophilus; síndrome da rubéola congênita	A15-A19, A33, A35-A37, A80, B01, B05, B16, G00.0, P35.0
Redutíveis por adequado controle na gravidez		
I	Sífilis congênita	A50
XVI	Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual; feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez; feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno; crescimento fetal retardado e desnutrição fetal; transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte; isomunização Rh do feto e do recém-nascido; isomunização ABO do feto e do recém-nascido	P00-P01, P04-P05, P07, P55.0-P55.1
Redutíveis por adequada atenção ao parto		
XVI	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas; feto e recém-nascido afetado por outras complicações do trabalho de parto e do parto; transtornos relacionados com a gestação prolongada e peso elevado ao nascer; traumatismo de parto; hipóxia intra-uterina; asfixia ao nascer	P02-P03, P08, P10-P15, P20-P21
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces		
I	Outras doenças bacterianas (exceto tétano do recém-nascido, outros tipos de tétano, difteria, coqueluche e síndrome de Waterhouse-Friderichsen); outras	A30-A32, A34, A38, A39.0, A39.2-A49,

	doenças por espiroquetas; outras doenças causadas por clamídias; infecções virais do sistema nervoso central (exceto poliomielite aguda e raiva); infecções virais caracterizadas por lesões da pele e mucosas (exceto varicela e sarampo); micoses	A65-A74, A81, A83-A89, B00, B02-B04, B06-B09, B35-B49
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (exceto anemia por deficiência de ferro não especificada, anemia por deficiência de folato não especificada, anemia por deficiência de proteínas, anemia escorbútica e alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário)	D50.0-D50.8, D51.0-D52.8, D53.1, D53.8-D53.9, D55-D77
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (exceto desnutrição e outras deficiências nutricionais)	E00-E35, E65-E90
V	Retardo mental; transtornos globais do desenvolvimento	F70-F79, F84
VI	Doenças inflamatórias do sistema nervoso central (exceto meningite por haemophilus, meningite em doenças bacterianas classificadas em outra parte, meningite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte, encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte, abscesso e granuloma intracranianos e intraspinais em doenças classificadas em outra parte); ataxia hereditária; transtornos episódicos e paroxísticos; transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; doenças da junção mioneural e dos músculos; paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; outros transtornos do sistema nervoso	G00.1-G00.9, G03-G04, G06, G08-G09, G11, G40-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95
IX	Doenças do aparelho circulatório (exceto outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte)	I00-I97, I99
X	Doenças do aparelho respiratório (exceto influenza devida a vírus da influenza identificado e influenza devida a vírus não identificado)	J00-J06, J12-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (exceto doença de Kienbock do adulto)	M00-M93.0, M93.2-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XVI	Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (exceto hipóxia intra-uterina, asfixia ao nascer e desconforto respiratório do recém-nascido); infecções específicas do período perinatal (exceto síndrome da rubéola congênita); transtornos hemorrágicos e hemotológicos do feto ou do recém-nascido (exceto isoimunização Rh do feto e do recém-nascido e isoimunização ABO do feto e do recém-nascido); transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido; transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido; afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido; reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e ao recém-nascido; sintomas de abstinência do uso de drogas terapêutica no recém-nascido	P23-P29, P35.1-P54.9, P55.8-P61, P70-P83, P93, P96.2
XX	Complicações de assistência médica e cirúrgica; seqüelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; fatores suplementares relacionados com as causas	Y40-Y98

	de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte	
Redutíveis através de parcerias com outros setores		
I	Doenças infecciosas intestinais; algumas doenças bacterianas zoonóticas; rickettsioses; raiva; febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais; doenças pelo vírus da imunodeficiência humana; outras doenças por vírus; doenças devidas a protozoários; helmintíases; pediculose, acariase e outras infestações; seqüelas de doenças infecciosas e parasitárias; outras doenças infecciosas	A00-A09, A20-A28, A75-A79, A82, A90-A99, B20-B34, B50-B94, B99
II	Neoplasias [tumores]	C00-D48
III	Anemia por deficiência de ferro não especificada; anemia por deficiência de folato não especificada; anemia por deficiência de proteínas; anemia escorbútica	D50.9, D52.9, D53.0, D53.2
IV	Desnutrição e outras deficiência nutricionais	E40-E64
XVII	Malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço; malformações congênitas do aparelho circulatório; malformações congênitas do nariz; lobo pulmonar supranumerário; seqüestro pulmonar; bronquectasia congênita; tecido ectópico intrapulmonar; malformação congênita não especificada do pulmão; outras malformações congênitas do aparelho circulatório (exceto as não especificadas); fenda labial e fenda palatina; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto agenesia, aplasia e hipoplasia do pâncreas, pâncreas anular, cisto pancreático congênito, outras malformações congênitas do pâncreas e do duto pancreático e malformação congênita não especificada do aparelho digestivo); malformações congênitas dos órgãos genitais; malformações congênitas do aparelho urinário; malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular; outras malformações congênitas (exceto malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte, outras malformações congênitas especificadas e malformações congênitas não especificadas)	Q10-Q30, Q33.1-Q33.2, Q33.4-Q33.5, Q33.9, Q34.0-Q34.8, Q35-Q44, Q45.8, Q50-Q89.4
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (não utilizadas em mortalidade)	S00-T98
XX	Acidentes de transporte; outras causas externas de traumatismos acidentais; agressões; eventos cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra	V00-X59, X85-Y36
Não evitáveis		
I	Síndrome de Waterhouse-Friderichsen; infecções de transmissão predominantemente sexual (exceto sífilis congênita); hepatite viral (exceto hepatite aguda B)	A39.1, A51-A64, B15, B17-B19
III	Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	D80-D89
VI	Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central (exceto ataxia hereditária); doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; outras doenças degenerativas do sistema nervoso; doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	G10, G12-G37
X	Influenza devida a vírus da influenza identificado; influenza devida a vírus não identificado	J10-J11
XVI	Desconforto respiratório do recém-nascido	P22
XVII	Malformações congênitas do sistema nervoso; malformações congênitas da laringe; malformações congênitas da traquéia e dos brônquios; pulmão cístico	Q00-Q07, Q31-Q33.0, Q33.3, Q33.6-Q33.8,

	congenito; agenesia do pulmão; hipoplasia e displasia do pulmão; outras malformações congênitas do pulmão; malformações congênitas não especificadas do aparelho respiratório; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto as especificadas); malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte; outras malformações congênitas especificadas; malformações congênitas não especificadas; anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	Q34.9, Q45.0-Q45.3, Q45.9, Q89.7-Q89.9, Q90-Q99
XVIII	Síndrome da morte súbita na infância	R95
Mal definidas		
XVI	Outros transtornos originados no período perinatal (exceto reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e ao recém-nascido e sintomas de abstinência do uso de drogas terapêutica no recém-nascido)	P90-P92, P94-P96.1, P96.3-P96.9
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (exceto síndrome da morte súbita na infância)	R00-R94, R96-R99
Não classificadas		
I	Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos	B95-B97
V	Transtornos mentais e comportamentais (exceto retardo mental e transtornos globais do desenvolvimento)	F00-F69, F80-F83, F88-F99
VI	Meningite em doença bacteriana classificada em outra parte; meningite em outras doenças infecciosas classificadas em outra parte; encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte; abscesso e granuloma intracranianos e intraspinais em doenças classificadas em outra parte	G01*, G02*, G05*, G07*
IX	Outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte	I98*
XIII	Doença de Kienbock do adulto	M93.1
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XX	Lesões autoprovocadas intencionalmente	X60-X84
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (não utilizados em mortalidade)	Z00-Z99

ANEXO 9

Lista de causas de mortes evitáveis, em menores de cinco anos, por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Malta e col., 2007)

- **Causas evitáveis**
 - Reduzíveis por ações de imunoprevenção
 - Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido
 - Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação
 - Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto
 - Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido
 - Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento
 - Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde
- **Causas mal-definidas**
- **Demais causas (não claramente evitáveis)**

<i>Classificação das causas evitáveis pela CID-10</i>		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
Causas evitáveis		
1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção		
I	Tuberculose	A15 a A19
	Tétano neonatal	A33
	Outros tipos de tétano	A35
	Difteria	A36
	Coqueluche	A37
	Poliomielite aguda	A80
	Sarampo	B05
	Rubéola	B06
	Hepatite B	B16
	Caxumba	B26.0
VI	Meningite por <i>Haemophilus</i>	G00.0
XVI	Rubéola congênita	P35.0
	Hepatite viral congênita	P35.3
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		
I	Sífilis congênita	A50
	Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	B20 a B24
XVI	Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido	P00; P04
	Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido	P01
	Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	P05
	Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte	P07
	Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização	P55.0; P55.1
	Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido	P55.8 a P57.9

1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto		
XVI	Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido	P03
	Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer	P08
	Traumatismo de parto	P10 a P15
	Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer	P20; P21
	Aspiração neonatal	P24
1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido		
XVI	Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	P23; P25 a P28
	Infecções específicas do período perinatal	P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3
	Hemorragia neonatal	P50 a P54
	Outras icterícias perinatais	P58; P59
	Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido	P70 a P74
	Transtornos hematológicos do recém-nascido	P60; P61
	Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido	P75 a P78
	Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido	P80 a P83
	Desconforto respiratório do recém-nascido	P22
	Outros transtornos originados no período perinatal	P90 a P96
1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento		
I	Outras doenças causadas por clamídias	A70 a A74
	Outras doenças bacterianas	A30; A31; A32; A38; A39; A40; A41; A46; A49
III	Anemias nutricionais	D50 a D53
IV	Hipotireoidismo congênito	E03.0; E03.1
	Diabetes <i>mellitus</i>	E10 a E14
	Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria e deficiência congênita de lactase	E70.0 e E73.0
	Desidratação	E86
VI	Meningite	G00.1 a G03
	Epilepsia	G40; G41
IX	Febre reumática e doença cardíaca reumática	I00 a I09
X	Infecções agudas das vias aéreas superiores	J00 a J06
	Pneumonia	J12 a J18
	Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J20 a J22
	Edema de laringe	J38.4
	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J40 a J47, exceto J43 e J44
	Doenças pulmonares devidas a agentes externos	J68 a J69
XIV	Infecção do trato urinário	N39.0
XVII	Síndrome de Down	Q90
1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde		
I	Doenças infecciosas intestinais	A00 a A09
	Algumas doenças bacterianas zoonóticas	A20 a A28
	Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90 a A99
	Rickettsioses	A75 a A79
	Raiva	A82
	Doenças devidas a protozoários	B50 a B64
	Helminthíases	B65 a B83
	Outras doenças infecciosas	B99
IV	Deficiências nutricionais	E40 a E64

XX	Acidentes de transportes	V01 a V99
	Envenenamento accidental por exposição a substâncias nocivas	X40 a X44
	Intoxicação accidental por outras substâncias	X45 a X49
	Quedas accidentais	W00 a W19
	Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	X00 a X09
	Exposição às forças da natureza	X30 a X39
	Afogamento e submersão accidentais	W65 a W74
	Outros riscos accidentais à respiração	W75 a W84
	Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente	W85 a W99
	Agressões	X85 a Y09
	Eventos cuja intenção é indeterminada	Y10 a Y34
	Exposição a forças mecânicas inanimadas	W20 a W49
	Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos	Y60 a Y69
	Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento	Y83 a Y84
	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	Y40 a Y59
2. Causas de morte mal-definidas		
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	R00 a R99, exceto R95
3. Demais causas (não claramente evitáveis)		
	As demais causas de morte	

ANEXO 10

ROTINA DE EXAMES COMPLEMENTARES NO PRÉ-NATAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006

Exames complementares

Na primeira consulta, solicitar:

- dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;
- glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”. Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível;
- sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação, onde houver disponibilidade para realização;
- sorologia para toxoplasmose, onde houver disponibilidade.

Outros exames podem ser acrescentados a essa rotina mínima:

- **protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta;
- **colpocitologia oncótica**: muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;
- **bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- **sorologia para rubéola**: quando houver sintomas sugestivos;
- **urocultura** para o diagnóstico de **bacteriúria assintomática**;
- **eletroforese de hemoglobina**: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;
- **ultra-sonografia obstétrica**: onde houver disponibilidade.

ANEXO 11

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AÇÕES COMPLEMENTARES E EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA

FEBRASGO, 2002

Ações Complementares

O bom relacionamento entre a paciente e seu médico pré-natalista é de fundamental importância para a assistência pré-natal tal importância para as avaliações subsequentes e confiança no momento do parto.

O registro da maternidade de referência deverá estar assentado na ficha de pré-natal e na carteira da gestante, evitando que, no momento de emergência, ela faça caminhadas desnecessárias às maternidades não-referenciadas, aumentando, assim, a tensão e o risco no acompanhamento do parto.

Encaminhamentos para outras clínicas como endócrino, reumato e mesmo serviço odontológico deverão ser feitos sempre que necessário.

Orientação sobre imunização por vacinas (antitetânica) não deve ser esquecida e a realização dos exames laboratoriais de rotina complementa esta avaliação geral da gestante.

Exames Complementares de Rotina

Os seguintes exames deverão fazer parte do pré-natal, sendo solicitados para todas as pacientes:

1. Hemograma: hematócrito, hematimetria, hemoglobina, leucócitos e plaquetas.
2. Tipagem sanguínea e fator Rh. Se necessário teste de Coombs indireto (vide capítulo de doença hemolítica perinatal).
3. Sorologia para sífilis: se for negativa, repetir a cada trimestre.
4. Parcial de urina: pesquisar proteinúria, piúria, hematúria, cilindrúria, etc.
5. Glicemia de jejum.
6. Teste simplificado de tolerância à glicose: realizar após a ingestão de 50 g de glicose, entre 24 e 28 semanas. Se resultado for inferior a 140, repetir com 32 a 36 semanas; se for igual ou acima, fazer curva glicêmica clássica com 100 g de glicose.
7. Citologia oncótica: prevenção do câncer ginecológico do colo uterino e infecções vaginais.
8. Anticorpos Anti-HIV: deve ser oferecido a todas as gestantes, devido ao grande aumento desse vírus nos últimos tempos.

Sorologia para rubéola, toxoplasmose, em pacientes de risco (profissionais de saúde, usuárias de drogas, funcionários de bancos de sangue), sorologia para hepatite B. Anticorpos contra rubéola devem ser feitos de preferência no pré-nupcial. Lembrar nas não-imunes a realização da vacina específica no puerpério.

9. Ultra-sonografia: se possível uma por trimestre; caso não seja possível, realizar de preferência entre 20 e 22 semanas, por avaliar adequadamente a anatomia fetal e ser, ainda, bastante fidedigna em relação à idade gestacional.

ANEXO 12

DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

 República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde
 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo 00-00000000-0

I Cartório

1) Cartório Código 2) Registro 3) Data

4) Município 5) UF

II Local da Ocorrência

6) Local da Ocorrência: ☐ Hospital ☐ Outros Estab. Saúde ☐ Domicílio ☐ Outros ☐ Ignorado 7) Estabelecimento Código

8) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento (Rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 9) CEP

10) Bairro/Distrito Código 11) Município de ocorrência Código 12) UF

III Mãe

13) Nome da Mãe 14) Cartão SUS

15) Idade (anos) 16) Estado Civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Separada judicialmente ☐ Divorçada ☐ Ignorado 17) Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ De 1 a 3 ☐ De 4 a 7 ☐ De 8 a 11 ☐ 12 e mais ☐ Ignorado 18) Ocupação habitual e nome de atividade Código 19) Num. de filhos vivos em gestações anteriores (incl. atuais em gestação) nascida viva nascida morta

20) Residência da mãe 21) Logradouro Número Complemento 22) CEP

23) Bairro/Distrito Código 24) Município Código 25) UF

IV Gestação e Parto

26) Duração da gestação (em semanas): ☐ Menos de 22 ☐ De 22 a 27 ☐ De 28 a 31 ☐ De 32 a 36 ☐ De 37 a 41 ☐ 42 e mais ☐ Ignorado 27) Tipo de gravidez: ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Ignorado 28) Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorado 29) Número de consultas de pré-natal: ☐ Nenhuma ☐ De 1 a 3 ☐ De 4 a 6 ☐ 7 e mais ☐ Ignorado

V Registro de Nascimento

30) Nascimento Data Hora 31) Sexo: ☐ Masculino ☐ F - Feminino ☐ Ignorado 32) Índice de Apgar: 31 minutos 32 minutos

33) Repartidor: ☐ Direta ☐ Indireta ☐ Amniótica ☐ Fenda ☐ Indefinida 34) Peso ao nascer em gramas

35) Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica? ☐ Sim ☐ Não Qual? Código

VI Identificação

36) Pátrão direto da mãe 37) Pátrão direto da criança

VII Assinatura

38) Responsável pelo preenchimento: Nome 39) Função 40) Identidade 41) Órgão Emissor 42) Data

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ANEXO 13

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		Declaração de Óbito	
I Identificação	Código	Registro	Data
	Município	UF	Estado
II Identificação	Nome do falecido		
	Nome do pai		
III Identificação	Data de Nascimento		
	Sexo		
IV Identificação	Estado civil		
	Situação de residência		
V Identificação	Local de ocorrência do óbito		
	Endereço de ocorrência		
VI Identificação	Município de ocorrência		
	Código		
VII Identificação	Município de residência		
	Código		
VIII Identificação	Município de residência		
	Código		
IX Identificação	Município de residência		
	Código		
X Identificação	Município de residência		
	Código		
XI Identificação	Município de residência		
	Código		
XII Identificação	Município de residência		
	Código		
XIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XIV Identificação	Município de residência		
	Código		
XV Identificação	Município de residência		
	Código		
XVI Identificação	Município de residência		
	Código		
XVII Identificação	Município de residência		
	Código		
XVIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XIX Identificação	Município de residência		
	Código		
XX Identificação	Município de residência		
	Código		
XXI Identificação	Município de residência		
	Código		
XXII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXIV Identificação	Município de residência		
	Código		
XXV Identificação	Município de residência		
	Código		
XXVI Identificação	Município de residência		
	Código		
XXVII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXVIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXIX Identificação	Município de residência		
	Código		
XXX Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXI Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXIV Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXV Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXVI Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXVII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXVIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XXXIX Identificação	Município de residência		
	Código		
XL Identificação	Município de residência		
	Código		
XLI Identificação	Município de residência		
	Código		
XLII Identificação	Município de residência		
	Código		
XLIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XLIV Identificação	Município de residência		
	Código		
XLV Identificação	Município de residência		
	Código		
XLVI Identificação	Município de residência		
	Código		
XLVII Identificação	Município de residência		
	Código		
XLVIII Identificação	Município de residência		
	Código		
XLIX Identificação	Município de residência		
	Código		
L Identificação	Município de residência		
	Código		

ANEXO 14

FLUXO DE REGISTRO DE EVENTOS PERINATAIS PARA CLASSIFICAÇÃO DE EVITABILIDADE DOS ÓBITOS

Fonte: WIGGLESWORTH, 1980; KEELING et al., 1989