

RAFAELE CAROLINE RIBEIRO BRAGA

**COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNO, FETAL E INFANTIL: a
visão de seus membros no Município de Varginha - MG**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS MG como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da professora especialista Monique Borsato Silva Filardi.

**Varginha
2009**

RAFAELE CAROLINE RIBEIRO BRAGA

**COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNO, FETAL E INFANTIL: a
visão de seus membros no Município de Varginha - MG**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS MG como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da professora especialista Monique Borsato Silva Filardi.

APROVADO EM / /

Prof.^a Esp. Monique Borsato Silva Filardi

Prof.^a Ms. Renata de Souza Zanatelli

Prof.^a Daniela Scotini Carneiro Silva

OBS.:

Dedico este trabalho as pessoas mais importantes da minha vida, a Deus, aos meus pais, Homero e Graça, ao meu irmão, Diego, e ao meu namorado, Felipe, que de alguma forma contribuíram na construção deste trabalho. A minha orientadora Monique, por ter me ajudado na jornada de construção deste trabalho que não foi fácil, mas que consegui vencer, certamente porque você estava ao meu lado, me conduzindo pelo caminho certo. Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Deus, em quem nos movemos e existimos. Aos meus pais por todo amor, luta e exemplo, ao meu namorado por todo amor, ajuda e dedicação, aos parentes obrigada pelo apoio sempre recebido, ao meu grupo de estágio e amigos obrigada pelo companheirismo, ajuda, amizade e por terem feito parte da minha vida nesses anos, aos meus professores e a minha orientadora obrigada por toda ajuda e conhecimento que me passaram ao longo destes 4 anos.

Tens o dom divino de ser mãe. Em ti está
presente a humanidade.

Cora Coralina

RESUMO

O estudo visou conhecer as atribuições do Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Fetal e Infantil (CPOMFI) do Município de Varginha, através da visão de seus membros constituintes, demonstrando sua importância na redução desses óbitos. A metodologia utilizada foi à pesquisa qualitativa, descritiva e hipotético-dedutiva. Os instrumentos do estudo foram: entrevista estruturada aplicada aos membros do CPOMFI e observação participante. Os resultados obtidos foram analisados e agrupados nas seguintes categorias: ações prestadas pelo comitê; apoio financeiro; aspectos facilitadores e dificultadores; e o reconhecimento da importância do comitê. Foi possível evidenciar que as ações prestadas pelo comitê de Varginha são importantes na prevenção de óbitos materno, fetal e infantil. Ainda é necessário um maior apoio financeiro e organizacional do município para melhor funcionamento, pois, este foi apontado como principal aspecto dificultador. As discussões entre os membros do comitê e os profissionais de diversos níveis da atenção à saúde foram apontados como aspectos facilitadores na prevenção de óbitos. Pode-se concluir que os membros reconhecem a atuação do CPOMFI como ferramenta de extrema importância para garantir a melhora da qualidade da assistência prestada e reduzir a ocorrência de óbitos materno, fetal e infantil, prevenindo a morte e garantindo a vida.

Palavras-Chave: Comitê. Óbito. Experiência.

ABSTRACT

The study aimed to understand the functions of the Committee for the Prevention of Maternal Death, Fetal and Infant (CPOMFI) in the city of Varginha, through the eyes of its constituent members, demonstrating their importance in reducing these deaths. The methodology used was qualitative research, descriptive and hypothetical-deductive. The instruments of the study were structured interviews with members of CPOMFI and participant observation. The results were analyzed and grouped into the following categories: actions carried out by the committee, financial support, the advantages and constraints, and the recognition of the importance of the committee. The results showed that the actions provided by the committee of Varginha are important in preventing maternal deaths, fetal and infant mortality. It is still a need for greater financial and organizational support for the city work better; it was reported as the main complicating aspect. The discussions between committee members and professionals of various levels of health care were identified as facilitating factors in the prevention of deaths. It can be concluded that the members recognize the work of CPOMFI as a tool of utmost importance to ensure the improvement of quality of care and reduce the occurrence of maternal deaths, fetal and child health, preventing death and survival.

Keywords: Committee. Death. Experience.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG

BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

LISTA DE TABELAS

Tabela – 01 Número de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, Materna e Razão de Morte Materna no município de Varginha.....	29
Tabela – 02 Mortalidade Infantil neonatal e pós neonatal.....	29
Tabela – 03 Mortalidade Neonatal Precoce e Tardia	30

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico – 01 Mapa: Microrregião de Varginha -2009.....	28
Gráfico – 02 Sexo dos participantes.....	34
Gráfico – 03 Faixa etária dos participantes.....	34
Gráfico – 04 Escolaridade dos participantes	35
Gráfico – 05 Estado civil dos participantes.....	36
Gráfico – 06 Renda familiar dos participantes.....	36
Gráfico – 07 Tempo de atuação dos participantes no comitê.....	37
Gráfico – 08 Formação profissional dos participantes.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPOMFI	Comitê de Prevenção de Óbito Mortalidade Materno, Fetal e Infantil.....	13
SMS	Secretária Municipal de Saúde.....	13
COMIN	Coordenação Materno-Infantil.....	15
GRS	Gerência Regional de Saúde.....	17
OMS	Organização Mundial de Saúde.....	18
CID 10	Código Internacional de Doenças 10ª Revisão.....	19
DO	Declaração de Óbito.....	19
CMM	Coeficiente de Mortalidade Materna.....	19
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.....	22
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade.....	22
CRM	Conselho Regional de Medicina.....	23
IML	Instituto Médico Legal.....	24
DN	Declaração de Nascidos Vivos.....	24
PHPN	Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.....	26
SUS	Sistema Único de Saúde.....	27
PRÓ-HOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais.....	27
SES	Secretária Estadual de Saúde.....	27
PSF	Programa Saúde da Família.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 HISTÓRICO DO COMITÊ.....	15
3 MORTALIDADE MATERNA	18
4 MORTALIDADE FETAL E INFANTIL	21
5 IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ MUNICIPAL.....	23
6 PROGRAMAS DO GOVERNO	26
7 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO.....	28
7.1 Microrregião de Varginha.....	28
7.2 Município de Varginha.....	29
8 MATERIAS E MÉTODOS	31
8.1 Metodologia.....	31
8.2 Sujeitos do estudo.....	31
8.3 Amostra do estudo.....	31
8.4 Cenário do estudo.....	32
8.5 Coleta de dados.....	32
8.6 Aspectos éticos.....	32
9 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
9.1 Perfil sócio-demográfico dos sujeitos de estudo.....	34
9.2 Ações do comitê.....	38
9.3 Apoio financeiro.....	41
9.4 Aspectos facilitadores e dificultadores.....	42
9.5 O reconhecimento da importância do comitê.....	44
10 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIA.....	48
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Solicitação).....	50
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livres e Esclarecido.....	52
APÊNDICE C – Roteiro de Perguntas estruturadas	54
ANEXOS 1 – Regimento Interno do Comitê Municipal de Varginha.....	58
ANEXO 2 – Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil	60

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa visou relatar a visão dos membros do Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Fetal e Infantil (CPOMFI) no município de Varginha, apresentando as estratégias de operacionalização, e sua importância na prevenção de óbitos materno, fetal e infantil. Foi possível evidenciar as principais ações prestadas pelo comitê; aspectos facilitadores e dificultadores para seu funcionamento; e o reconhecimento de sua importância pelos seus membros.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, utilizou-se como instrumento a entrevista estruturada e a observação participante. O cenário do estudo foi o CPOMFI que se localiza na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Varginha. Os sujeitos foram seus membros efetivos com uma amostra de 88 %, a faixa etária variou de 26 a 56 anos.

O Comitê de Prevenção de Óbito materno, fetal e infantil (CPOMFI) foi implantado no município de Varginha há 10 anos. As reuniões são realizadas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e acontecem de 2 a 3 vezes ao ano, é realizada pela coordenadora do Comitê, três enfermeiras da atenção básica e uma assistente social e todos esses membros pertencem a SMS. E tem como participantes um representante de cada unidade de atenção básica ou PSF, um representante da área hospitalar, médico, enfermeiro ou coordenador da unidade pediátrica, maternidade e unidade neonatal. O objetivo dessas reuniões é fazer investigações sobre os casos de risco e a partir disso implantar ações para combater e reduzir o número de casos. (VARGINHA, 2009)¹.

O comitê é guiado por um plano de ação que é a equidade, e têm como princípio básico evitar oportunidades perdidas de se fazer prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que levam a morte por causas evitáveis. Concentrou-se então em atividades identificadas como prioritárias, sendo uma delas as ações a saúde da mulher incluindo o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e o puerpério, e também as ações a saúde da criança considerando o incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, vacinação e o controle das doenças prevalentes na infância (MINAS GERAIS, 2004a).

O interesse pelo estudo surgiu através da vivência da pesquisadora sobre o impacto do contexto familiar de uma mãe e um filho quando ocorre um óbito. A pesquisa justifica-se pela

¹ Informação obtida através de entrevista realizada com a Enfermeira da Secretária Municipal da Saúde no dia 13 Abr. 2009.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG

BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

importância que o CPOMFI representa na redução da mortalidade materna, fetal e infantil. O estudo poderá contribuir para a conscientização das equipes de saúde, dos formuladores de políticas e a comunidade no reconhecimento sobre a gravidade da mortalidade materna, fetal e infantil. Melhorando assim a qualidade da assistência, levantando os fatores que causam os óbitos materno, fetal e infantil, e promovendo a redução destes óbitos. Portanto, é essencial a atuação do CPOMFI, pois é uma ferramenta importante para garantir a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças, prevenindo a morte e dando continuidade à vida. É de extrema importante a capacitação dos membros do Comitê para a promoção de uma melhor qualidade na assistência a população e também avaliar o seu funcionamento na contribuição da melhoria de suas ações.

2 HISTÓRICO DO COMITÊ

O Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna surgiu na década de 1930, nos Estados Unidos a partir de um grupo de médicos da cidade de Filadélfia. E tinham em mente a preocupação com o número de casos desses óbitos que estavam ocorrendo com mulheres grávidas e/ou no período puerperal. E passaram a investigar quais as causas e as responsabilidades de sua ocorrência, com um propósito de utilizar meios educativos para diminuir o número desses óbitos maternos. E para a realização desse trabalho foram feitas investigações utilizando questionários e entrevistas pessoais. (MINAS GERAIS, 2004a, p.15).

O resultado esperado desta experiência foi positivo, e em 1932 Nova York implantou seu comitê. E em decorrência deste trabalho que foi tão bem sucedido, se espalhou repercutindo em vários países. Em 1949 foi formado o comitê na Inglaterra, onde recebeu o prêmio de destaque pelo seu trabalho de investigação e eficácia do seu plano de ação. Outros países também fizeram à implantação destes, sendo um deles Cuba, nas quais as mortes maternas fazem parte de uma organização mais ampla de serviço de saúde, e são realizados através de programas integrais por grupos de risco, constituindo um objetivo de reduzir a morbi-mortalidade materna e infantil, o que tem causado imenso impacto na sua redução. A partir de 1991 países da América Latina e do Caribe já desenvolviam algumas atividades em função dos comitês, sendo um deles o Brasil. E quase todos os países no fim de 1995 registraram a implantação e as atividades realizadas no Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna. (MINAS GERAIS, 2004a, p. 15).

Em 1988, no Brasil, o Ministério da Saúde por intermédio da Coordenação Materno-Infantil (COMIN), organizou grupos para estudar sobre a mortalidade materna e, desde então, vem incentivando na realização da criação dos Comitês Estaduais. No ano de 1987 foi implantado o primeiro Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, localizado em São Paulo, mas foi na cidade de Campinas que aconteceu o primeiro seminário e tinha como tema a mortalidade materna. Em decorrência da realização deste seminário, obteve-se a criação de sete comitês no mesmo Estado, assim distribuído: 2 na capital, 1 em Campinas, 1 em Marília, 1 em Ribeirão Preto, 1 em Botucatu e 1 em Sorocaba. E com o surgimento destes comitês outros Estados aderiram à criação, entre eles: Paraná, Bahia, Pernambuco e Minas Gerais. (MINAS GERAIS, 2004a, p. 15-16).

O Governo Federal tem incentivado bastante os Estados e os municípios quanto à implantação dos comitês, e levando em consideração as publicações de importantes portarias que regem a sua criação, como:

- Portaria 663, de 22/03/1994 – declara a morte materna como um problema prioritário de saúde pública e institui o dia 28 de maio como Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna;
- Portaria 773, de 07/04/1994 – cria comissão nacional de mortalidade materna;
- Portaria 256, de 01/10/1997 – torna o óbito materno um evento de notificação compulsória;
- Portaria 652, de 30/05/2003 – criou nova comissão a partir da revogação das portarias anteriores;
- Portaria 653, de 30/05/2003 – define como obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil. (MINAS GERAIS, 2004a, p. 16).

Outras importantes portarias foram incorporadas nesta publicação, também criadas pelo Governo Federal com o intuito de facilitar a organização dos comitês, são:

- Portaria MS/GM nº1. 399, DE 16/12/99 – compete aos municípios a vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e infantis;
- Portaria nº20, de 03/10/2003 – regulamenta a coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascimentos para o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM – e para Sistema de Nascidos Vivos – SINASC. Veda a distribuição do formulário de Declaração de óbito (D.O.) para as empresas funerárias. (MINAS GERAIS, 2004a, p. 16).

Outra medida de ação para a implantação dos comitês é a pactuação dos indicadores de atenção básica que são realizados anualmente com o Governo Federal e, a partir deste levantamento de dados os Estados e municípios comprometem-se a implantar os comitês e reduzir a morte materna. (MINAS GERAIS, 2004a, p.16).

Este método implantado pelo governo é uma boa forma de incentivar tanto o Estado quanto os municípios a cumprir suas ações de assistência à saúde, levando a toda a população um tratamento digno e humanizado e também a criação de comitês com a finalidade da redução da morte materna e infantil.

O Estado de Minas Gerais consiste em um território demográfico bem abrangente relacionado ao grande número de municípios, e visa descentralizar suas ações de saúde para garantir a qualidade e facilitar o acesso aos serviços de saúde, sendo assim a Secretaria de Estado de Saúde organizou-se em 26 GRS (Gerência Regional de Saúde). Para concluir essa idéia, a Secretaria de Estado publicou a “Resolução 098/85, de 30 de junho de 95, que torna obrigatória a criação do Comitê Estadual e dos Comitês Regionais de Prevenção de Mortalidade Materna em todo o Estado de Minas Gerais”. Com isso o comitê foi incorporado

e vinculado juntamente à Coordenadoria de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. (MINAS GERAIS, 2004a, p.17).

Desde a criação da Resolução 098/95, de 30 de Junho de 95, até o presente momento, tem sido desenvolvido algumas ações, com a intenção de que seja implantado comitê em todas as GRS (Regência Regional de Saúde). O comitê Estadual vem desenvolvendo inúmeras ações com objetivo de alcançar a meta desejada que é a implantação dos comitês em todas as GRS, e em todos os municípios do Estado e também em todos os Hospitais que realizam partos. Pode-se dizer que o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna é uma excelente estratégia de detecção e análise dos óbitos maternos, tendo um reconhecimento internacional com valiosos instrumentos para estar avaliando e acompanhando as ações de políticas públicas. Há ainda uma barreira que é a falta de apoio institucional e a falta de verba orçamentária própria. (MINAS GERAIS, 2004a, p.17).

3 MORTALIDADE MATERNA

A morte materna consiste em um evento considerado trágico, pois atinge tanto a família quanto a própria sociedade, uma vez que o nascimento é motivo de alegria e comemoração, mas contrapõe-se a morte da mãe. (MINAS GERAIS, 2004a, p.11).

A razão de morte materna é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, a desorganização e a qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a assistência prestada, oportuna e adequada, pode evitar a maioria dessas mortes. (TANAKA apud MINAS GERAIS, 2004, p. 11).

De acordo com Aguiar et al (2000) foram realizados em nosso país estudos Epidemiológicos, e identificaram que os óbitos maternos notificados representavam apenas uma parte dos dados colhidos. A partir desses estudos epidemiológicos de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, criaram-se meios para sua correção, na tentativa de ficar mais próximo possível da realidade.

É fundamental que as equipes onde localizam os comitês se conscientizem e responsabilizem sobre a real importância de se coletar os dados, seja de óbito materno ou infantil, pois só assim será estudado e pesquisado meios para combater a redução destes óbitos em nosso país.

Portanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) através de análises e dados estatísticos consideram como índice baixo aqueles inferiores a 10 mortes maternas/100.000nascidos vivos; médios os índices situados entre 10 e 49/100.00 nascidos vivos; altos os índices situados entre 50 e 99/100.000 nascidos vivos é ainda muito alto aqueles acima 100/100.000 nascidos vivos – resultando em uma situação desagradável. E ainda se sabe que 98% desses óbitos são evitáveis através da assistência básica a saúde, ou seja, a assistência prestada ao se realizar o pré-natal de qualidade, planejamento familiar e atendimento adequado em casos de abortos, parto e puerpério. (AGUIAR apud SOGIMIG, 2000, p. 802).

Nos países em desenvolvimento ainda permanece atuante o alto índice de mortes maternas. Segundo a Organização Municipal de Saúde (OMS) o Brasil apresenta um índice muito acima do aceitável, ou seja, 10 por 100.000 nascidos vivos. Não se descarta a situação de Minas Gerais, pois se encontra com os mesmos problemas. E conseqüentemente essa deficiência surgiu em decorrência da inexistência de informações reais de mortalidade no

Estado, resultando no sub-registro da sub-informação. Apesar dessa trágica situação a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais junto com o Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna, implantaram medidas de políticas de saúde, com o objetivo de conhecer a real gravidade dos óbitos maternos no Estado, sendo possível à obtenção destes através das investigações confidências realizadas pelas ações de assistências dos comitês. (MINAS GERAIS, 2004a, p.11).

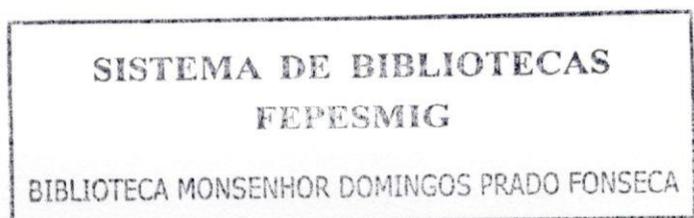
De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) existem várias definições para se considerar um óbito materno, mas pode se dizer que: Morte Materna (óbito materno): é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o parto. Sua causa está relacionada à gravidez ou por medidas tomadas relacionadas a ela. A morte materna não é considerada quando provocada por fatores acidentais ou incidentais; Morte Materna Obstétrica: DIRETA: Acontece devido a complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério devido a intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou complicações resultantes de quaisquer dessas causas. INDIRETA: Ocorrente de doenças que já existiram ou desenvolveram antes da gestação, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez; Morte Materna não_Obstétrica ou não relacionada: Ocorre devido causas acidentais ou incidentais não relacionadas a gravidez; Morte Materna Tardia: Ocorre em razão de causas obstétricas diretas ou indiretas, em período superior a 42 dias e inferior a 1 ano do fim da gravidez; Morte Materna Declarada: é quando as informações declaradas na D.O. permitem classificar o óbito como materno; Morte Materna não Declarada: é quando os dados da D.O. não permitem classificar os óbitos como materno. Somente os dados da investigação, é que se descobre tratar-se de morte materna; Morte Materna Presumível ou Mascarada: é aquela que o estado grávido-puerperal não consta na D.O. por falhas no preenchimento; Morte Relacionada à Gravidez: é a soma das mortes obstétricas + não obstétricas, em período de gestação de até 42 dias, ou por qualquer causa; Mortalidades de Mulheres em Idade Fértil: São os óbitos de mulheres na faixa de 15 á 49 anos de idade. No Brasil, considera a faixa etária de 10 á 49 anos. (MINAS GERAIS, 2004a).

O método utilizado para se calcular a taxa de mortalidade materna (Coeficiente de Mortalidade Materna-CMM) é calculado incluindo no numerador todos os óbitos obstétricos e no denominador o número de nascidos vivos no mesmo período e local (ou região) e multiplica-se por 100.000. Existe uma dificuldade na real obtenção desses dados, pois o coeficiente de mortalidade materna é preenchido incorreto nas declarações de óbitos. Um exemplo encontrado é a não constatação de gravidez, parto ou puerpério, apesar de existir no modelo atual da declaração de óbito um campo específico sobre o óbito de mulheres em idade

fértil, onde deve ser assinalado constando que a mulher estava grávida ou se esteve grávida nos últimos 12 meses, a obtenção dessas informações continua dificultada pela insensibilidade dos profissionais na hora do preenchimento correto dos dados da D.O. (AGUIAR apud SOGIMIG, 2000, p. 803).

As causas da mortalidade materna estão vinculadas a doenças que decorrem das síndromes hipertensivas, infecções, hemorragias, doenças intercorrentes (cardiopatas, diabetes), e tem sido considerado também o aborto como uma das causas. Mulheres submetidas à cesariana apresentam maiores riscos de morrer quando comparadas com aquelas submetidas ao parto normal. Essa informação é mais uma preocupação, pois se sabe que ainda existe um alto número de cesarianas. (AGUIAR apud SOGIMIG, 2000, p. 804).

O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna possui em sua constituição vários órgãos de natureza institucional, multiprofissional, de caráter técnico-científico, sigiloso e educativo. Buscam identificar em suas ações os óbitos maternos e apontar medidas de controle para a redução desses casos de morte materna em seu território. É considerado de fundamental importância, pois trata de um instrumento de avaliação das políticas públicas e das ações de assistência à saúde materna e infantil. (MINAS GERAIS, 2004a, p.12).



4 MORTALIDADE FETAL E INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores das condições de vida da população infantil e das condições de saúde da população em geral. (MINAS GERAIS, 2004b, p.09).

Com base no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) o óbito fetal é definido como a morte do feto antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. O óbito é constatado depois da separação, não apresentado respiração, batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos dos músculos de contração involuntária. (CLAP-OPS/OMS, 1988 apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999, p.600).

A mortalidade infantil é considerada quando ocorre a morte de uma criança no primeiro ano de vida. (MINAS GERAIS, 2004b, p 12.).

O período neonatal corresponde aos 28 dias de vida pós-natal (0 a 27 dias de vida), e é dividido em dois períodos: neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). (MINAS GERAIS, 2004b, p.13).

Nascimento vivo ou nascido vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. (MINAS GERAIS, 2004b, p.12).

A mortalidade fetal é ainda pouco conhecida no Estado. Os avanços tecnológicos que permitem o suporte da vida em prematuros extremos alteraram e deslocaram o conceito e a classificação de óbito fetal. (MINAS GERAIS, 2004b, p. 11).

Dessa forma para a Organização Mundial de Saúde (2001 apud SARACENI et al, 2005, p1244-50.) o período perinatal compreende o intervalo entre 22ª semana de gestação e o sétimo dia de vida após o nascimento e ainda se não estiver declarado qual a idade gestacional é recomendado o uso do peso acima de 500g que não apresente quaisquer sinais de vida após o nascimento, ou seja, é considerado o corte inicial para esse período.

Existe ainda uma grande dificuldade para se analisar as causas dos óbitos devido às altas proporções de mortes por causas indefinidas. Há também a sub-notificação no preenchimento de óbitos, entre elas os principais campos, o peso ao nascer e a duração da

gestação são frequentemente omitidas nas Declarações de óbito, comprometendo as estimativas. Taxas elevadas estão muitas vezes associadas com as condições inadequadas da assistência prestada a gestante, seja ela no pré-natal, no parto e até mesmo ao recém-nascido e por esse motivo é considerado um bom indicador da assistência obstétrica e neonatal, além das condições socioeconômicas. É observado um grande número de óbitos neonatais, sendo considerado como fator de risco o baixo peso ao nascer; o tétano neonatal, que depende das técnicas utilizadas na higiene durante e após o parto; a imunização da gestante, e, as infecções congênitas (sífilis, rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus). As doenças infecciosas como a diarreia, infecções respiratórias e a desnutrição, quase na sua maioria passíveis de prevenção praticamente na sua totalidade, representam também, uma importante parcela nas causas de óbitos nos primeiros anos de vida. (MINAS GERAIS, 2004b, p.11).

O Brasil possui uma importante ferramenta de trabalho que é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que tem a função de coletar, analisar e divulgar, e em 1975 o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) que constitui de um sistema de coleta, processamento e disseminação de dados e informações de óbitos no país. (CARVALHO, 1997 apud FRIAS et al, 2005).

O comitê de prevenção de óbito infantil e fetal estabeleceu uma estratégia de melhoria na organização da assistência à saúde, para redução das mortes preveníveis, assim levando a melhoria dos registros sobre a mortalidade. De acordo com a portaria nº. 1399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999 estabelece na seção III artigo 3º, inciso XIII, que a Vigilância Epidemiológica da mortalidade infantil e materna faz parte das atribuições do município, e tem como obrigatoriedade garantir estruturas e equipes compatíveis para exercer tais atividades. (MINAS GERAIS, 2004b, p.16).

5 IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ MUNICIPAL

A implantação do comitê municipal é necessárias estratégias que garantam o envolvimento e comprometimento efetivo dos membros, realizando seminários para os representantes das instituições e áreas técnicas da Secretaria de Saúde que deverão compor o Comitê. Poderão ser abordados neste evento assuntos sobre: mortalidade infantil e materna no município, na região e no Estado; necessidade de melhoria nos indicadores de saúde; finalidade; funções e operacionalização dos comitês. O plano de ação do comitê também deve ser discutido e elaborado junto aos membros. Os hospitais e unidades de saúde deverão ser informados oficialmente sobre as normas para que as investigações possam ser realizadas. (MINAS GERAIS, 2004b, p.17).

O comitê municipal deve ter uma equipe mínima constituída por: representantes da Secretaria Municipal de Saúde; representante do Conselho Regional de Medicina (CRM); representante das Sociedades Científica Medicas de Enfermagem; representante de faculdade de Medicina e de Enfermagem; representante dos usuários e dos prestadores indicados pelos Conselhos de Saúde e representantes de organizações civis, entre elas a da Pastoral da Criança. (MINAS GERAIS, 2004b, p. 15).

A organização dos comitês é estabelecida a partir da sua implantação no nível hospitalar e municipal. Os Comitês Hospitalares e Municipais devem estar unidos a um Comitê Estadual, através dos Comitês Regionais, facilitando o apoio técnico e administrativo essencial ao exercício de suas funções. Os Comitês Regional e Estadual devem trabalhar como órgãos de assessoria técnica na definição do plano de ação local, na implementação das ações e no acompanhamento da execução das metas estabelecidas. (MINAS GERAIS, 2004b, p.16).

O comitê de investigação tem como objetivo geral esclarecer e informar sobre a ocorrência dos óbitos maternos, fetais e infantis, identificarem os fatores de risco e estabelecer métodos para a melhoria da assistência à saúde, bem como a redução da mortalidade perinatal e infantil. (Ministério da Saúde, 2004 apud NOGUEIRA, 2008).

O processo de investigação dos óbitos maternos inicia através dos profissionais que digitam o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Através da separação de todas as DO de mulheres em idade fértil entre 10 a 49 anos e são enviadas aos Comitês Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna. E inicia-se a investigação o mais cedo possível, para que não ocorra o risco de perder informações importantes sobre a causa do óbito da mulher.

Devem ser investigados todos os óbitos de mulheres em idade fértil, para que as mortes não declaradas possam ser identificadas e analisadas. Na classificação do óbito se for constatado que é um óbito não-materno a investigação será encerrada, agora se for constatado óbito materno deverá prosseguir a investigação preenchendo os instrumentos de investigação hospitalar e domiciliar (formulário) e ainda se for constatado no instrumento de investigação hospitalar como inconclusivo, deve-se prosseguir a investigação hospitalar, domiciliar e, se necessário, no serviço de verificação de óbitos, ou no Instituto Médico Legal (IML), e preencher o laudo de necropsia. (MINAS GERAIS, 2004a, p.23-24).

A realização da investigação hospitalar acontece quando o profissional do Comitê Municipal faz a investigação no próprio hospital onde ocorreu o óbito, se informa de dados do prontuário médico, e se necessário entrevistam os médicos que atenderam o paciente. Caso o hospital tenha o Comitê, esse pode fornecer o instrumento de investigação hospitalar já preenchido pelo hospital. A investigação domiciliar deverá acontecer o quanto antes possível, sendo realizada pelo profissional do Comitê Municipal através da visita ao domicílio da mulher, e devem ser ouvidos os familiares, pessoas que acompanharam a gestação da mulher ou aborto. Com essas informações obtidas será preenchido outro instrumento de investigação Confidencial de Óbito Materno (dados em domicílio). (MINAS GERAIS, 2004a, p.24).

Ao termino das investigações e preenchimento de todos os instrumentos o Comitê Municipal vai analisar os óbitos, sua natureza, se era evitável ou não e quais os fatores relacionados, e em seguida irá preencher a ficha-resumo. A conclusão sobre o caso possibilita apontar medidas preventivas para que não ocorram novos óbitos. O Comitê Municipal encaminhará as cópias da DO, das fichas de investigação e o resumo para o Comitê Regional ou Estadual, onde também serão analisados os instrumentos preenchidos. (MINAS GERAIS, 2004a, p.24).

Existem alguns critérios para a seleção dos óbitos a serem investigados como: mortes fetais e neonatais de crianças com peso ao nascer maior ou igual 1.500g; mortes neonatais com peso ao nascer não preenchido na Declaração de Nascidos Vivos (DN) e Declaração de óbito (DO); mortes pós-neonatal. (MINAS GERAIS, 2004b, p.18).

A investigação do óbito fetal e infantil acontece de duas formas: após o preenchimento do óbito hospitalar (fetal com peso maior ou igual 1500g ou óbito infantil) o hospital encaminhará a 1ª via da DO para a SMS que preencher um formulário de investigação/preventivo municipal de óbito fetal e infantil que seguirá ao Comitê Regional, e o outro fluxo é quando o próprio hospital tem o Comitê, então o comitê hospitalar investiga o óbito e preenche o formulário de investigação/preventivo municipal de óbito fetal e infantil,

se o Comitê Hospital identificar indícios de problemas ou falhas na assistência hospitalar, poderá propor ações para a correção das possíveis falhas e encaminhar o formulário e a cópia da DO para SMS, agora se ele não apresentar falhas só irá encaminhar o formulário e a cópia de DO para SMS e logo após se seguirá ao Comitê Regional para análise dos dados obtidos. (MINAS GERAIS, 2004b, p. 67).

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG

BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

6 PROGRAMAS DO GOVERNO

Muitos programas foram implantados com intuito da redução da mortalidade materna, fetal e infantil. A Secretaria de Estado de Saúde e o Comitê Estadual criaram em Outubro de 2003 o “Programa Viva Vida”, que tem como meta reduzir a mortalidade materna e infantil. Acredita-se que com o apoio institucional e financeiro desse programa será fator decisivo para a ampliação do número de comitês no Estado de Minas Gerais. O programa foi concentrado nas atividades considerado como primordiais, isto é, assistência ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, e à criança de 0 a 1 ano de idade. (MINAS GERAIS, 2004a, p.17).

Segundo a SES (2008, apud NOGUEIRA, 2008) além dessas ações de atenção a saúde da criança também foi considerada o incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, vacinação e controle de doenças prevalentes na infância. As ações de humanização, qualidade no atendimento e garantia de acesso ao serviço, constitui na elaboração de três principais estratégias de trabalho: estruturação e qualificação da rede assistencial; melhoria na qualidade das informações; mobilização social.

Através das estratégias criadas por este programa e já em implantação em todos os Estados os “Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e de Prevenção de Óbito Fetal e Infantil, com o objetivo de identificar os óbitos, as notificações e as causas”. A partir dessas ações permitirá um diagnóstico preciso e atualizado da mortalidade materna e infantil, e conseqüentemente uma avaliação dessas ações programáticas. (MINAS GERAIS, 2004a, p.9).

Isso faz pensar que, o comitê de prevenção de mortalidade materno e infantil veio com a finalidade de prevenir e oferecer aporte para a população, isto é, reduzir o risco através de diagnósticos preciso e em tempo hábil.

O programa nacional de humanização no pé-natal e nascimento (PHPN) foi criado pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, e, “[...] fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condições primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério”. O PHPN garante que a gestante tenha um atendimento digno e de qualidade na gestação, no parto e no puerpério, direito de conhecer e ter acesso assegurado à maternidade em que será atendida e também direito de receber assistência segura e humanizada seja no parto quanto no puerpério. (TANAKA, 2004, p. 6).

O programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG – PRÓ-HOSP, foi criado a partir da Resolução SES N° 0082 DE 16/05/2003, com o objetivo de fortalecer o compromisso junto ao programa Viva Vida da SES aos hospitais que possuem maternidade e pediatria. Reduzindo a taxa de mortalidade neonatal e infantil hospitalar e a existência de comitês para combater a mortalidade materna e infantil. (MINAS GERAIS, 2007).

O Saúde em Casa é também mais um dos programas do Governo do Estado, que foi lançado em abril de 2005 com o objetivo de ampliar e estabelecer o programa saúde da família (PSF). Por meio do saúde em casa, o Governo de Minas destina R\$ 48 milhões/ano aos municípios onde as equipes do PSF atuam. Sua meta é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, por isso o PSF tem papel fundamental na concretização das metas estabelecidas, sendo elas: reduzir o número de internações, reduzir a mortalidade materna e infantil e atingir 95% da cobertura vacinal da população infantil. (SES MG, 2008).

De acordo com GM/MG 399 de 22/02/2006, o Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de ações sanitárias, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Os gestores do SUS têm o compromisso de assumir a situação de saúde da população. Dentre as seis prioridades pactuadas está a redução da mortalidade infantil e materna.

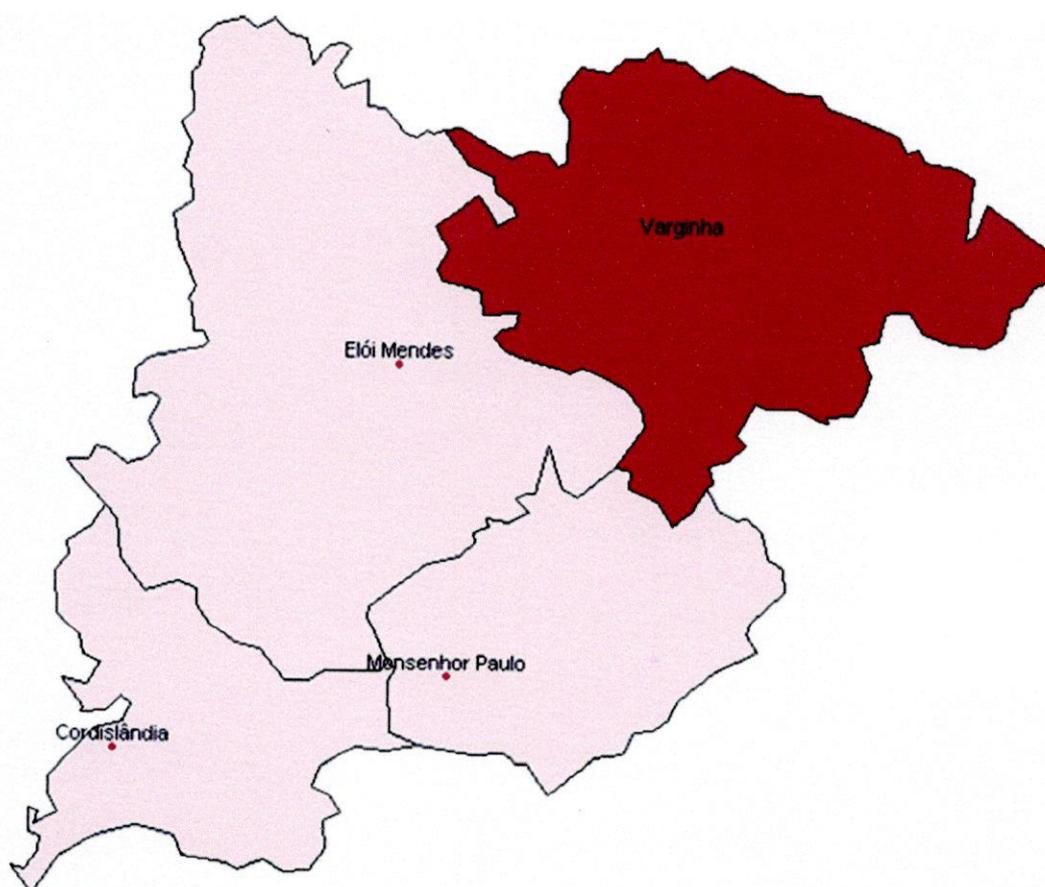
O Brasil ainda enfrenta um grande desafio em se tratando da redução da mortalidade infantil, sendo tanto nos serviços prestados à saúde quanto a sociedade como um todo.

7 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

7.1 Microrregião de Varginha

O município de Varginha é pertencente à Gerência Regional de Saúde (GRS) de Varginha, que engloba 49 municípios em sua área de abrangência. Está localizado na Macrorregião Sul, que inclui as GRS de Varginha, Passos, Pouso Alegre e Alfenas. O município é pólo da microrregional de Varginha que é constituída de 4 municípios sendo: Varginha, Elói Mendes a 19 km, Monsenhor Paulo a 31 km e Cordislândia a 48 km. Até o ano de 2008 o município de São Gonçalo do Sapucaí fazia parte da microrregional de Varginha, e a partir de 2009 foi desmembrado pertencendo a outra microrregião.

Figura 1 - Mapa: Microrregião de Varginha -2009



Fonte: DATASUS / Tabwin -2009

7.2 Município de Varginha

O Município de Varginha está a 279 km de distância de Belo Horizonte, 139 km de Poços de Caldas, 102 km de Pouso Alegre e a 70 km do município de Alfenas.

Tabela 1 - Número de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, Materna e Razão de Morte Materna no município de Varginha.

Ano	Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil	Mortalidade Materna	Razão de Morte Materna
2005	1.818	01	57,97
2006	1.480	02	115,8
2007	1.288	01	1.436,27
2008	1.918	04	114,48
2009	844*	01**	

Fonte: SES/MG Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Dados sujeitos às alterações

* Até 05/2009

** Até 08/2009

A tabela 1 mostra redução da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil até o ano de 2007. O ano de 2008 foi marcado por um aumento significativo no número de óbitos. Como a redução nos índices de Mortalidade Materna e Infantil é uma das pactuações do Pacto pela Saúde na sua dimensão de Pacto pela Vida, o município de Varginha não atingiu a meta pactuada no ano de 2007 de Razão de Morte Materna estabelecida em 116,7. Os anos de 2008 e 2009 ainda estão sob análise de dados. Em relação à Macrorregião Sul a Razão de Mortalidade Materna no município de Varginha está acima da média nos anos de 2005 (26,14) ,2006 (26,73) e 2008 (24,89) e no ano de 2007 (1.515,34) abaixo da média macrorregional

Tabela 2 - Mortalidade Infantil neonatal e pós-neonatal.

Ano	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal	Taxa de Mortalidade Infantil Pós-Neonatal
2007	9,58	4,19
2008	8,01	1,14

Fonte: SES/MG Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

Dados sujeitos às alterações

No ano de 2007 a meta pactuada no Pacto pela Vida em Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal foi de 7,0, portanto Varginha não cumpriu mas, em relação à média da Macrorregião Sul (13,24) o município está abaixo, ou seja em melhor situação que a maioria dos municípios da região. Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil Pós-neonatal, esse indicador não estava incluído na pactuação de 2007 porém, comparando a taxa do município com a média da Macrorregião Sul (3,89) conclui-se que está acima na média macrorregional. No ano de 2008, o município cumpriu as metas pactuadas no Pacto pela Vida de Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal (9,0) e Mortalidade Infantil Pós-Neonatal (4,0).

Tabela 3 - Mortalidade Neonatal Precoce e Tardia

Ano	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal Precoce	Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal Tardia
2007	5,98	3,59
2008	5,72	2,29

Fonte: SES/MG Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

Dados sujeitos às alterações

Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal Precoce, o município está abaixo da média da Macrorregião Sul que no ano de 2007 foi de 7,08 e 2008 8,52. Quanto a Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal Tardia, no ano de 2007 o município de Varginha ficou acima da média da Macrorregião Sul (2,28) e no ano de 2008 ficou abaixo da média (2,61).

Conclui-se que em relação à Razão de Mortalidade Materna os valores elevados em relação à Macrorregião Sul podem estar retratando os esforços realizados no município, através do CPOMFI, para melhorar a qualidade da informação. Quanto aos indicadores de Mortalidade Infantil, os maiores problemas evidenciados foram em relação à Mortalidade Infantil pós-neonatal, que indica a necessidade de melhoria na Atenção Primária à Saúde do município.

8 MATERIAL E MÉTODO

8.1 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2006), é a que se adapta a compreensão da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, sendo tudo isso produto das interpretações de como os indivíduos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Foram analisados alguns dados quantitativos para representar o perfil sócio demográfico dos sujeitos do estudo.

Tem caráter descritivo, pois, tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento da relação entre variáveis. (SILVA; MENEZES, 2000),

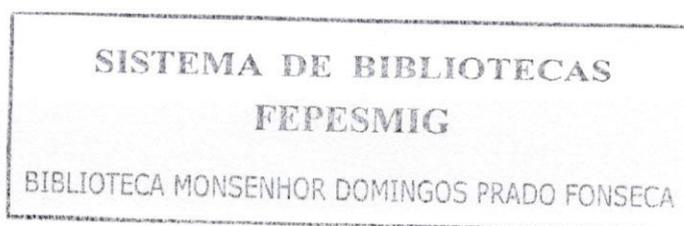
Trata-se também de uma pesquisa bibliográfica à medida que houve exaustiva busca na literatura para o embasamento científico do estudo. E exploratória participativa, onde se utilizou duas técnicas para construção: a entrevista estruturada contendo perguntas sobre a implantação e funcionamento, e a observação participante em que o pesquisador esteve presente na reunião do CPOMFI para captar fenômenos amplos a cerca do objeto do estudo.

8.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram membros do comitê de mortalidade materna, fetal e infantil do município de Varginha/MG, independente da faixa etária e do nível sócio-econômico.

8.3 Amostra do estudo

A amostra constituiu-se 88 % dos membros do comitê de mortalidade materna, fetal e infantil. Estavam presentes na reunião do CPOMFI 07 membros efetivos, apenas 01 recusou-se a participar do estudo por estar iniciando suas ações, portanto, participando da reunião pela primeira vez. Sendo os membros de faixas etárias de 26 a 56 anos.



8.4 Cenário do estudo

O cenário escolhido para o estudo foi, a Secretária Municipal de Saúde (SMS) do município de Varginha, onde se encontra o CPOMFI. O município de Varginha foi emancipado em 22 de setembro de 1881 de acordo com LEI 2785 e desmembrado do município de Três Pontas, possui um número estimado de habitantes de 124 mil, localiza-se ao Sul de Minas e uma área de 396,39 km² aproximadamente.

O Comitê Municipal de Prevenção da mortalidade Materna do município de Varginha foi vigorado a partir de 22 de outubro de 2003 no município de Varginha. É um comitê interinstitucional, com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortalidade materna e infantil ocorridas na jurisdição do município. É composto por membros natos, tendo pelo menos um representante das seguintes instituições: representantes dos hospitais (3 hospitais), Programa Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Programa de Atenção Domiciliar – PAD, da Maternidade, Núcleo Materno Infantil e dois membros representantes do Pronto Socorro.

8.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de duas técnicas: entrevista semi-estruturada e observação participante. A entrevista semi-estruturada contém questionamentos relacionados ao funcionamento do CPOMFI e a visão dos membros quanto ao trabalho realizado. A observação participante se traduziu na presença do pesquisador na reunião do CPOMFI com o intuito de captar de modo amplo a operacionalização e as estratégias utilizadas pelo comitê na investigação e prevenção de óbitos, ou seja, o objeto do estudo. O pesquisador esteve presente na reunião do dia 23/10/2009. Os dados captados na observação foram registrados no diário de campo.

8.6 Aspectos éticos

A coleta de dados se iniciou após a autorização mediante a assinatura do Comitê de Ética do Centro Universitário do Sul de Minas/UNIS-MG, dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido conforme mostra os Anexos A e B, que foi destinado ao Secretário de Saúde de Varginha e aos membros do Comitê.

Aos participantes foram fornecidas informações sobre o estudo assim como, da desistência a qualquer momento através de contato telefônico com a pesquisadora. Aos sujeitos também foi garantido o sigilo e anonimato dos membros do comitê e a destinação dos dados apenas para meios científicos. Eles foram identificados como Ent. Com numeração seqüencial, seguindo os mesmos parâmetros em todas as respostas. O estudo obedece à resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a coleta de dados foram analisadas e transcritas na íntegra as respostas dos membros em consonância com a literatura pertinente e posteriormente compilada em categoria. Foi redigido um relatório final que poderá ser apresentado em congressos, reuniões científicas, publicações entre outros.

9 RESULTADOS E DISCUSSÕES

9.1 Perfil sócio-demográfico dos sujeitos de estudo

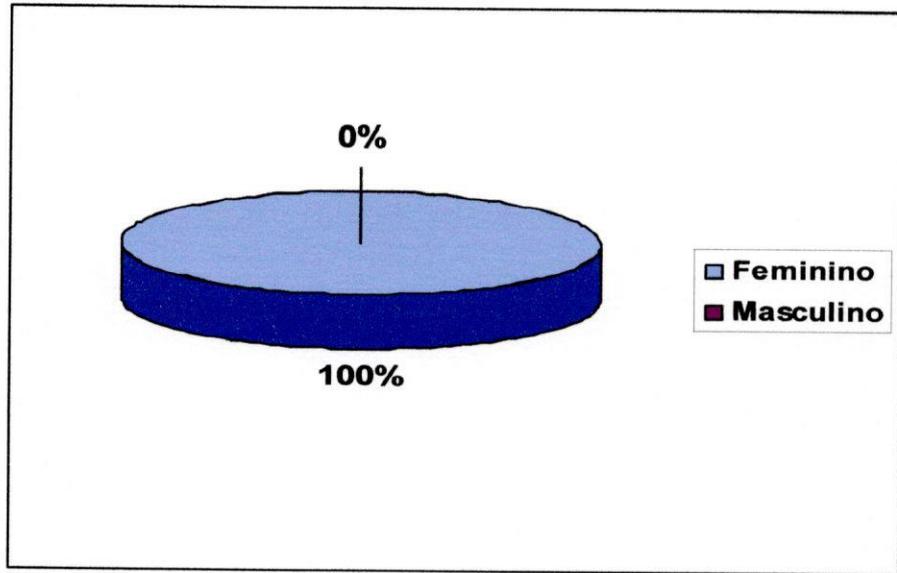


Figura 2 – Gráfico - Sexo dos participantes

Foram entrevistados 06 membros do Comitê de Prevenção de óbito em estudo. Desses, 100% dos membros são do sexo feminino, ou seja, gênero predominante na pesquisa.

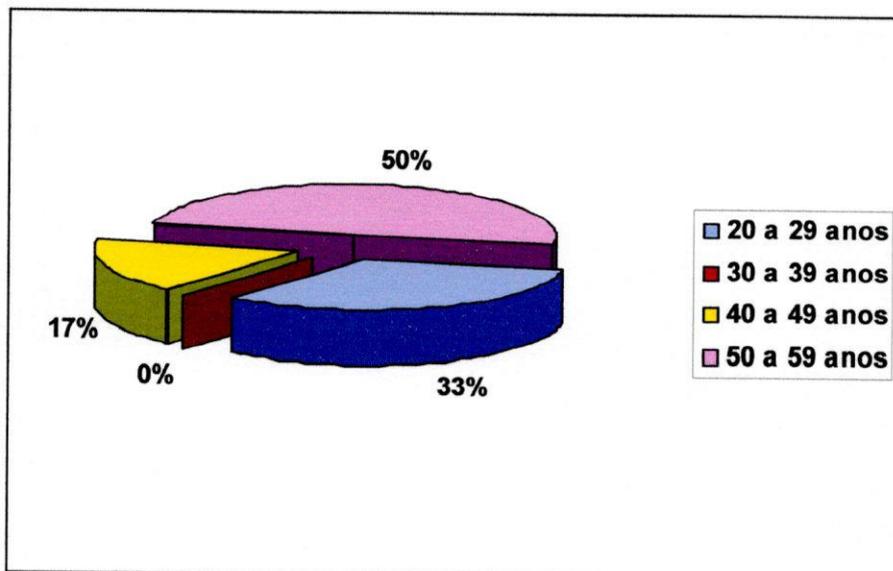


Figura 3 – Gráfico – Faixa etária dos participantes

A faixa etária dos participantes é bastante diversificada e variou de 20 a 29 anos em 33% da amostra, 30 a 39 anos não obtivemos nenhum participante, 40 a 49 anos corresponderam a 17%, e 50% deles, foi de 50 a 59 anos. A faixa etária predominante foi a do sexo feminino e foi realizada independente da faixa etária das participantes. A idade não representou variável significativa no estudo.

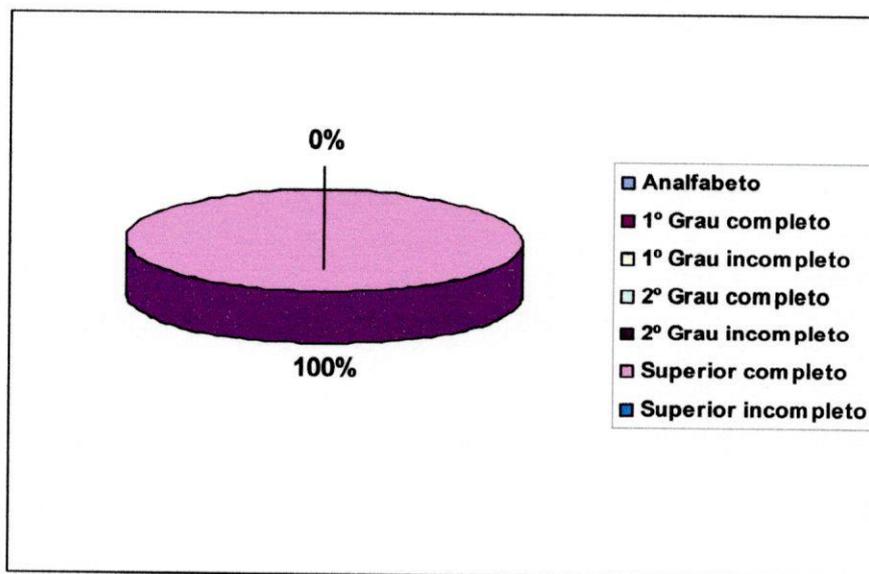


Figura 4 – Gráfico – Grau de escolaridade dos participantes

O nível de escolaridade dos participantes poderia ser uma variável no estudo realizado. Mas analisando que não houve nenhuma diversidade de níveis escolares, conclui-se que o nível de escolaridade dos participantes não alterou a pesquisa. O gráfico 4 nos mostra que 100% possui o grau de escolaridade Superior Completo.

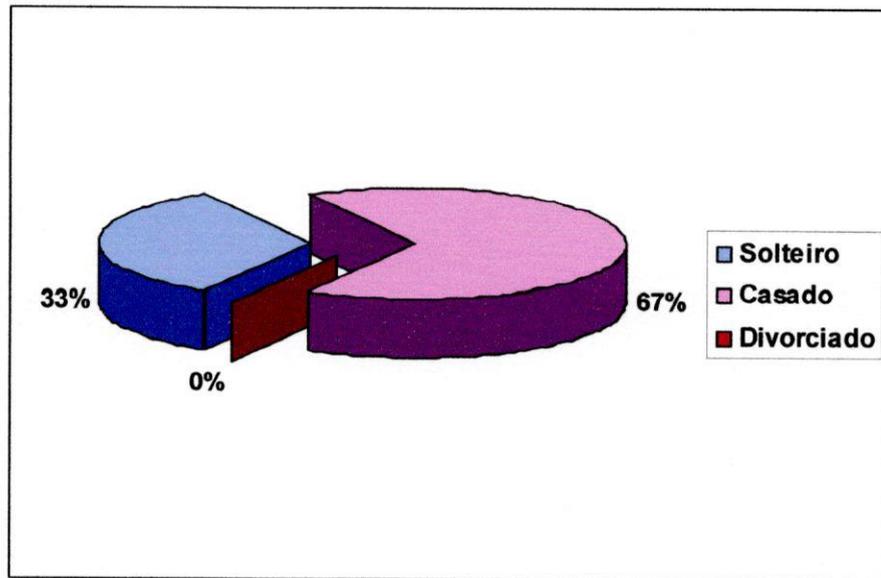


Figura 5 – Gráfico – Estado Civil dos participantes

Pode-se analisar através da figura 5 que 67% dos participantes são casados, 33% são solteiros, e 0%, divorciados.

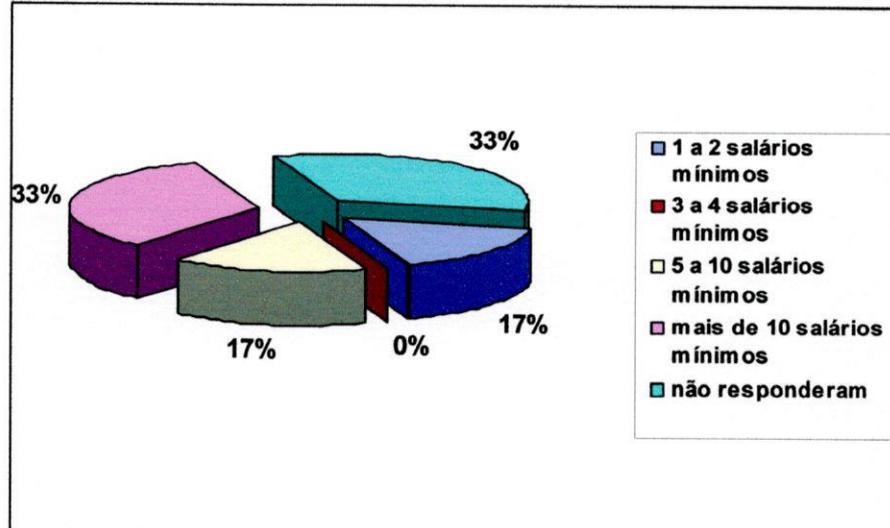


Figura 6 – Gráfico – Renda familiar dos participantes

O perfil econômico dos participantes variou, 17% dos participantes possuem uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, 0% possuem renda familiar de 3 a 4 salários mínimos, 17% possuem renda familiar de 5 a 10 salários mínimos, 33% afirmam que sua renda é de mais de 10 salários mínimos, e 33% dos participantes não responderam a questão sobre o assunto.

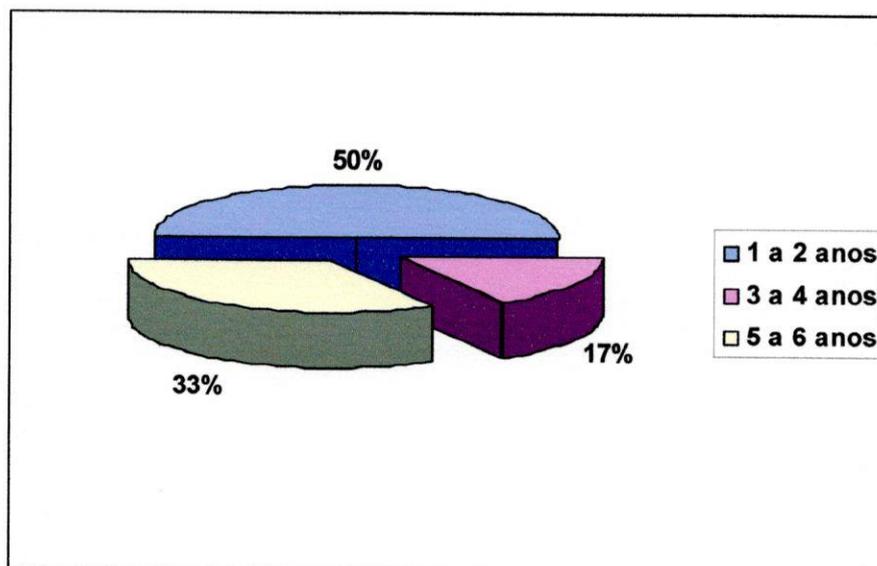


Figura 7 – Gráfico – Tempo de atuação dos participantes no comitê

O gráfico 7 demonstra que 50% dos participantes tem o tempo de atuação 1 a 2 anos, 17% varia de 3 a 4 anos, e outros 33% de 5 a 6 anos. O tempo de atuação no comitê interferiu no estudo apenas nos sujeitos com tempo inferior a 01 ano à medida que, obteve-se recusa de 01 participante alegando pouco tempo de envolvimento.

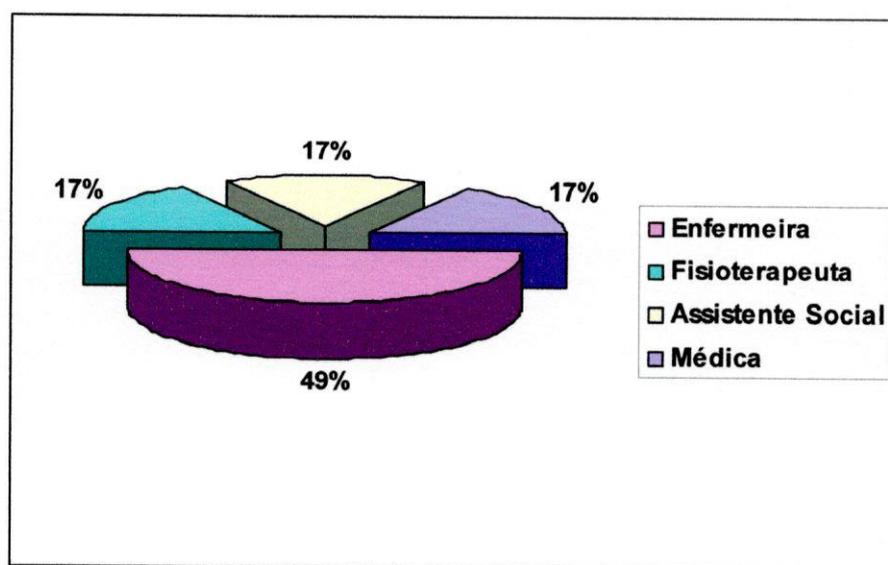


Figura 8 – Gráfico – Formação profissional dos participantes

Em relação à formação profissional dos entrevistados, 03 (49%) são enfermeiras atuantes nas unidades, 01(17%) fisioterapeuta que atua como a coordenadora do comitê, 01

(17%) assistente social designada ao cargo de secretaria do comitê, e 01 (17%) uma médica que atua nas ações de assistência junto à coordenadora do comitê.

9.2 Ações do comitê

O CPOMFI tem diversas ações definidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, todo comitê deve elaborar um plano de ação através de discussões entre os membros e afins.

A principal ação do comitê refere-se à investigação do óbito fetal, infantil e materno para análise de evitabilidade e proposição de medidas preventivas. Outro princípio que norteia o plano de ação do comitê é a equidade, de forma a evitar oportunidades perdidas de se fazer prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que levam à morte por causas evitáveis. Além de ações de investigação, para atingir seus objetivos o CPOMFI deve: reconstruir a história da assistência à gestante e a criança desvendando fatores de risco que desencadearam os eventos desfavoráveis à vida e que culminaram com a morte; incentivar o registro adequado das estatísticas vitais; recomendar ações adequadas para a redução das mortes perinatais, infantis e maternas; auxiliar na estruturação de uma rede de serviços de saúde que priorize a solução de problemas em conjunto com a equipe multidisciplinar de profissionais envolvidos no processo assistencial à gestação, parto, nascimento, puerpério e controle do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida; prover uma fonte de informação sobre promoção de saúde da mulher e da criança em diferentes pontos de atenção, como a rede básica, assistência hospitalar, programas comunitários; possibilitar a identificação pelos técnicos de problemas durante a gravidez, nascimento, período neonatal e pediátrico; avaliar a estrutura da rede de serviços; utilizar as informações para priorizar ações com função educativa em nível de atenção primária, hospitalar, comunitária e familiar; e fortalecer o papel do controle social nesse processo, de forma a garantir a continuidade das ações; realizar capacitações com representantes das instituições e áreas técnicas abordando temas importantes na redução de óbitos. (MINAS GERAIS, 2004b, p.09-10).

Pode-se perceber que os entrevistados conceituaram, de uma maneira geral, ações importantes do CPOMFI como a proposição de medidas preventivas que auxiliam na estruturação da rede assistencial em diversos níveis da assistência, ou seja, os membros valorizaram as melhorias na qualidade da atenção ao pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento das crianças como observado nas respostas a seguir:

“Discussão do atendimento na atenção primária, secundária e terciária. Solicitações de serviços e encaminhamentos”. (Ent. 1).

“Proporcionar melhorias no pré-natal de baixo e alto risco; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos; Vacinação acompanhada de monitoramento. Visitas domiciliares quando necessitadas”. (Ent. 4).

Atuação à assistência de qualidade com a disponibilização de consultas e exames que forem necessários. Trabalho conjunto com a Secretaria de Saúde na estruturação dessa assistência com oferecimento de técnicas alternativas para realizar o controle de gravidez em mulheres de risco (orientações/planejamento/colocação de DIU, etc”. (Ent. 5).

“Avaliação pré-natal; avaliação pré-natal de alto risco; avaliação na sala de parto, condução, evolução e puerpério, e até o tardio (60 dias)”. (Ent. 6).

Em relação às ações prestadas de conscientização do comitê aos profissionais, pode-se evidenciar que os membros valorizam as ações de capacitação profissional como: treinamentos, discussão em grupos etc.

“Reunião com os profissionais; atendimento interdisciplinar à gestante; exames laboratoriais”. (Ent. 1).

“Reuniões com os funcionários levando ao conhecimento”. (Ent. 2)

“Preparar as equipes de saúde das unidades para acolhimento e acompanhamento das gestantes e puérperas”. (Ent. 4).

“Reuniões com os profissionais para capacitações”. (Ent. 5).

Sobre as ações de educação permanentes já realizadas pelo comitê e seu público alvo, percebe-se que os membros ressaltam a importância que as reuniões e palestras representam na prevenção de um óbito. Observado a seguir:

“Palestras”. (Ent. 1).

“Reuniões, grupos de gestante, com isso a diminuição do número de mortalidade materna e infantil”. (Ent. 2).

“Palestras com a equipe de saúde das unidades básicas e hospitais, membros de conselhos e pastorais”. (Ent. 4).

“Palestras nas unidades para profissionais e mulheres gestantes (direcionadas pelas coordenadoras de unidades que são membros participantes do comitê)”. (Ent. 5).

Propostas; cursos de gestante; reuniões com a UBS e PSF, instituição do parto gramado de diagnósticos por imagens, exames solicitados pelo profissional que realiza o pré-natal, entregue a própria paciente (devolvendo o resultado em mãos do solicitante – burocracia de retorno a SEMUS, e depois envia-los ao destino). (Ent. 6).

Em relação às ações que os membros realizam no comitê, observa-se que todos estão envolvidos de alguma forma, isto é, cada um tem seu papel no comitê, mas todos com mesmo objetivo, de reduzir a mortalidade, como explicitado nas seguintes respostas:

“Sou secretária do CPOMFI. Participo das reuniões, registrando todos os dados, além de participar das discussões”. (Ent. 1).

“Nossas ações são de orientação, busca ativa, conscientização, para reduzir a mortalidade”. (Ent. 2).

“Participação em reuniões para discussão dos casos de mortalidade de mulheres em idade fértil e de mortalidade materna; auxílio na investigação com dados e prontuários de gestantes atendidas pelo NAMI”. (Ent. 3).

“Discussão de casos com objetivo de prevenir novos óbitos maternos”. (Ent. 4).

Atuando como coordenadora do comitê, realizamos trimestralmente reuniões com todas as coordenadoras das unidades e PSF (porta de entrada das gestantes), chamando à conscientização e qualidade na assistência prestada as gestantes a fim de reduzir complicações e óbitos em mulheres gestantes e ou óbito fetal e infantil. (Ent. 5).

“Integração da equipe como médica ginecologista e obstetra. Discussão de casos sobre as causas de mortes, intercorrências e apoio aos familiares”. (Ent. 6).

É possível evidenciar a compreensão, por parte dos membros do CPOMFI, da importância de suas ações na prevenção de óbitos materno, fetal e infantil.

9.3 Apoio financeiro

A portaria nº. 1399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999 estabelece na seção III artigo 3º, inciso XIII, que a Vigilância Epidemiológica da mortalidade infantil e materna faz parte das atribuições do município, que tem como obrigatoriedade garantir estruturas e equipes compatíveis para exercer tais atividades. (MINAS GERAIS, 2004b, p.16).

É atribuição do município garantir os meios necessários para o funcionamento dos comitês. Apoio institucional e financeiro são fatores decisivos para o perfeito funcionamento de todas as ações do comitê e assim, contribuir na redução de óbitos fetais, infantis e maternos.

Analisando as respostas verifica-se que um número mínimo dos membros está ciente da importância do apoio financeiro e organizacional, como se observa a seguir:

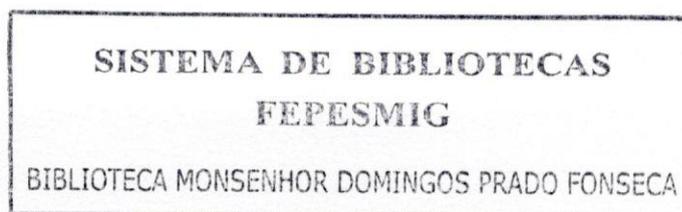
“É importante o apoio da secretaria de saúde municipal para executar as ações propostas pelo comitê”. (Ent. 1).

Dentro da política de saúde do país, os estados e municípios recebem verbas destinadas a cada secretaria para atuarem com seus projetos. (No município de Varginha todas as medidas e ações propostas recebem apoio da secretaria de saúde para ser executada, assim como a contrapartida do município (prefeitura), verba Estadual e Federa). (Ent. 5).

Porém, um número significativo de membros desconhece a existência de apoio financeiro e organizacional, observa-se isso através das respostas abaixo ou da abstenção de alguns dos entrevistados:

“Não tenho conhecimento”. (Ent. 2).

“Não respondeu”. (Ent. 3).



“Não respondeu”. (Ent. 6).

Um dos entrevistados manifestou existir apoio organizacional para as ações, porém, relata não existir apoio financeiro.

“Não existe apoio financeiro voltado para o comitê, existe apoio assistencial para se desenvolver as ações”. (Ent. 4).

9.4 Aspectos facilitadores e dificultadores

Ao indagar sobre os aspectos dificultadores no cumprimento de suas metas e ações, a maior parte dos entrevistados relata a falta de apoio administrativo, dificuldade de transporte disponível para a realização das visitas domiciliares, dificuldade de tempo para realizar as visitas, pois exercem outras atividades não sendo exclusivos do comitê, conforme as respostas abaixo:

“Dificuldade de conclusão de algumas investigações devido à falta de recursos humanos e transporte”. (Ent. 1).

“Sim. Falta de recursos humanos, pouco tempo para realização das ações (busca ativa das informações/investigações)”. (Ent. 2).

“Sim, muitas ações a serem resolvidas dependem da parte administrativa da secretaria municipal de saúde dos hospitais”. (Ent. 4).

Sim, existem vários fatores que dificultam as ações no que diz respeito a busca de dados e informações sobre os casos de óbitos em mulheres de idade fértil que é a principal ação do comitê, pois é através destas informações descritas na investigação que o comitê irá avaliar e discutir suas atividades. Dificuldades estas que se traduzem pela falta de recursos humanos e transporte para busca das informações nos domicílios. (Ent. 5).

Quanto ao cumprimento de suas metas e ações, observa-se a dificuldade quanto à periodicidade em que as reuniões acontecem e também a falta de material educativo para um melhor conhecimento e aperfeiçoamento.

“Sim. As reuniões não acontecem trimestralmente. Não há material na unidade para estudo”. (Ent. 3).

É fundamental que os membros do comitê se conscientizem e responsabilizem sobre a real importância de se coletar os dados, pois através desses é possível conhecer a verdadeira gravidade dos óbitos materno e infantil no município e implementar medidas e políticas de redução. Porém é necessário que as Secretarias Municipais de Saúde proporcionem apoio financeiro e organizacional aos comitês para a concretização de todos os objetivos.

Em relação aos aspectos facilitadores no cumprimento de suas metas e ações, observou-se diferentes níveis de respostas, pois os membros além de participarem do comitê, exercem outras atividades em instituições, diversificando assim as respostas.

Alguns valorizaram a participação de diversos níveis da atenção a saúde como descrito abaixo:

“Participação ativa da atenção primária nas reuniões e ações de assistência”. (Ent. 1).

Outros ressaltaram a importância da conscientização e envolvimento dos diversos profissionais de saúde na prevenção de óbitos maternos, fetais e infantis.

“O único facilitador é a conscientização da equipe no acompanhamento da gestante e no pré e pós-gestação”. (Ent. 4).

“Sim, a participação das equipes, coordenação nas reuniões do comitê a fim de se manterem alertas/atentas as gestantes de risco e ao acolhimento ofertado no núcleo do alto risco com toda sua equipe”. (Ent. 5).

As respostas evidenciam que a discussão em grupo é um aspecto facilitador no cumprimento das metas e ações do comitê, sejam elas nas reuniões entre os membros e/ou com os profissionais, gestantes e familiares.

Foi apontada na questão anterior a dificuldade de tempo para realizar as visitas domiciliares, apesar dessa dificuldade entende-se que a esta é de fundamental importância tanto para a investigação quanto para o aporte psicológico dos familiares.

“[...] discussão de casos sobre as causas de mortes, intercorrências e apoio aos familiares”. (Ent. 6).

“Visitas domiciliares; relato da causa da morte por familiares; avaliação na relação médico-paciente”. (Ent. 6).

9.5 O reconhecimento da importância do comitê

O comitê de investigação tem como objetivo geral esclarecer e informar sobre a ocorrência dos óbitos materno, fetal e infantil, identificando os fatores de risco e estabelecendo métodos para a melhoria da assistência à saúde, bem como a redução da mortalidade materna e infantil. (NOGUEIRA, 2008 apud Ministério da Saúde, 2004).

Através das respostas pode-se verificar que um número significativo dos membros envolvidos no comitê reconhece o real sentido do objetivo proposto pelo comitê.

“Importância na detecção de problemas e busca de soluções e alternativas”. (Ent. 1).

“A importância é tentar reduzir os casos de mortalidade materna infantil por causas evitáveis”. (Ent. 2).

“Atingir a meta; conscientização da equipe de saúde; impedir óbitos de causa materna e infantil”. (Ent. 4).

Acredito que todo comitê tenha sua importância ao detectar e investigar situações que ocorrem com a população, o comitê de mortalidade materno infantil do município busca avaliar, investigar, discutir e tratar ações junto aos órgãos responsáveis para amenizar, diminuir e até mesmo evitar do possível que os óbitos venham a acontecer, meio que, portanto todas suas ações sejam de grande importância para o município. (Ent. 5).

“Varginha, tida como cidade pólo tem de cumprir metas, para a melhor integração dos profissionais de saúde. Conscientização dos mesmos, como equipe, que visem amenizar o número de óbitos materno fetal”. (Ent. 6).

Portanto, a atuação do comitê é uma ferramenta de extrema importância para garantir a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG
BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

10 CONCLUSÃO

Para que o Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Fetal e Infantil obtenha eficácia em sua totalidade, se faz necessário um envolvimento total de todos os seus membros assim como, apoio financeiro e institucional da Secretaria Municipal de Saúde.

Diante aos resultados obtidos, pode-se evidenciar a compreensão dos membros quanto à importância do funcionamento do comitê municipal, e o envolvimento nas ações de assistência prestada e na prevenção de óbitos materno, fetal e infantil.

Os membros do CPOMFI de Varginha relatam como aspectos dificultadores no funcionamento, a falta de tempo para realizar as investigações e as visitas domiciliares, pois exercem outras atividades não sendo exclusivos do comitê. Relata ainda, a dificuldade de transporte disponível para realizar as visitas domiciliares, a dificuldade quanto a periodicidade em que as reuniões acontecem e a falta de material educativo para um melhor conhecimento e aperfeiçoamento.

Como aspectos facilitadores no cumprimento de suas ações, os membros enfatizam a adesão dos profissionais de saúde dos diversos níveis de atenção à saúde e as discussões em grupo, sejam elas nas reuniões entre os membros e/ou com os funcionários, gestantes e familiares.

Ressalta-se também a importância da conscientização das responsabilidades dos membros em coletar os dados mesmo com as dificuldades, pois através deste é possível conhecer a gravidade dos óbitos materno e infantil e assim implementar medidas e políticas de redução. Foi possível verificar que os membros envolvidos no comitê reconhecem o real sentido das ações na prevenção de óbitos.

Conclui-se que a redução da mortalidade materna e infantil no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde pública e a sociedade como um todo. Muitas dessas mortes são consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno à serviços qualificados de saúde, sendo eles, estratégias de planejamento das ações voltadas à atenção à gestante no pré-natal, no parto e no crescimento e desenvolvimento das crianças, melhorando assim a assistência prestada. O CPOMFI é uma importante ferramenta para proporcionar a prevenção desses óbitos, assim melhorando a qualidade de vida das mulheres e das crianças.

Sugestões para novas pesquisas na área, sendo uma delas Avaliar a visão dos funcionários das instituições que não são membros do CPOMFI, mas que ajudam na assistência reduzindo o número de óbitos e uma outra sugestão é a Avaliação dos óbitos

Materno, Fetal e Infantil analisados pelo Comitê da Microrregional de Prevenção de óbito
Materno, Fetal e Infantil da Microrregional de Varginha.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A.L.P. Mortalidade Materna. In: SOGIMIG. **Ginecologia e Obstetrícia: Manual para o TEGO – Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p. 801-804.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de prevenção de óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 05-30.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 19-34.
- BRASIL. PORTARIA GM/MS 399, de 22/02/2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido Pacto**. Brasília, DF, p. 2-3. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=92&Itemid=42>. Acesso em: 13 jun. 2009.
- FRIAS, P.G. et al. Avaliação de óbitos infantis ao Sistema de Informação sobre Mortalidade: um estudo de caso. **Revista de Saúde materno infantil**. Recife, v.5, s.1, dez.2005.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde/Fundação João Pinheiro. **Manual do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG – PRÓ-HOSP**. Belo Horizonte: SES, 2007, 92p.).
- MINAS GERAIS (Estado). Secretária de Estado de Minas Gerais. **Programa Viva Vida**. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-viva-vida>. Acesso em: 14 mar. 2009.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de Orientações para Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: SES, 2004a. p. 11-36.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de Orientações para Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil**. Belo Horizonte: SES, 2004b. p. 09-24 e 67.

MINAS GERAIS. Homepage da Secretaria de Estado de Saúde. **Programa Saúde em Casa**. Belo Horizonte: SES, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa. Acessado em: 15 jun. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: ----- **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec. 2006. Cap. 3, p. 57.

NOGUEIRA, Mabele de Barros Leite. **Avaliação dos óbitos Fetais e Infantis Analisados pelo Comitê Microrregional de Prevenção do óbito Materno, Fetal e Infantil da Microrregião de São Lourenço/Caxambu, 2006-2007**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais-ESP/MG, 2008. p. 15-17.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 1999. 600p.

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, N.4, p.1244-50, jul-ago. 2005.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estela Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

SOUZA, Gleicione Aparecida Dias Bagne; REIS, Sergio Crisostomo dos; RICHARTZ, Terezinha. **Manual de Normatização: trabalhos acadêmicos**. 4.ed. Varginha: UNIS, 2009.

TANAKA, O.Y. **Projeto de avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN)**. São Paulo: Ministério da Saúde/UNESCO. 2004. Disponível em: <http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_phpnl.pdf> Acesso em: 17 jun. 2009.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 62-64p.

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPEMIG

BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser aplicado no comitê de mortalidade materno, fetal e infantil na Secretaria Municipal de Saúde – Varginha - MG

Título do Projeto: COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNA, FETAL E INFANTIL: a visão de seus membros no Município de Varginha - MG

Pesquisador Responsável: Rafeale Caroline Ribeiro Braga

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário do Sul de Minas

Telefones para contato: (35) 88562517- (35) 2364-2417

Nome do voluntário:

Idade: _____ anos.

Venho através deste solicitar a autorização da instituição para realização da pesquisa intitulada “COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNA, FETAL E INFANTIL: a visão de seus membros no Município de Varginha – MG”, de responsabilidade da orientadora Monique Borsato Silva Filardi e da pesquisadora Rafeale Caroline Ribeiro Braga.

A pesquisa justifica-se pela importância que o Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Fetal e Infantil (CPOMFI) representa na redução da mortalidade materna, fetal e infantil. O estudo pode contribuir para a conscientização das equipes de saúde, dos formuladores de políticas e a comunidade no reconhecimento sobre a gravidade da mortalidade materna, fetal e infantil. Melhorando assim a qualidade da assistência, levantando os fatores que causam os óbitos materno, fetal e infantil, e promovendo a redução destes óbitos. Poderá contribuir para o ensino á medida que pode ser incluído nas disciplinas de graduação e pós-graduação e para pesquisas, pois servirá de fonte para novos estudos na área. Além de contribuir para conscientização da população que, uma vez informados estarão aptos a redução destes tipos óbitos e podem se beneficiar com a melhoria da qualidade na assistência, e tem como objetivo conhecer o funcionamento do CPOMFI no município de Varginha.

Esta pesquisa trata-se de um método monográfico, bibliográfico, pesquisa de campo tipo exploratória participante, descritivo e qualitativo a ser realizado no ano de 2009 no CPOMFI no município de Varginha. A coleta de dados será realizada através de duas técnicas sendo uma delas a entrevista estruturada, onde serão entrevistados os membros do CPOMFI através da formulação de um roteiro, contendo perguntas relacionadas ao funcionamento do CPOMFI, bem como, dados referentes à visão dos membros quanto à assistência prestada. E a outra técnica será a observação participante onde o pesquisador estará presente nas reuniões do CPOMFI para captar de modo amplo a operacionalização e as estratégias utilizadas pelo comitê na investigação e prevenção de óbitos. O roteiro da entrevista será entregue aos membros do comitê para o auto preenchimento, garantido sigilo e anonimato de todos os entrevistados e também será permitido o direito a se retirar da pesquisa, tudo isso em conformidade com a resolução 196/96, sendo uma pesquisa que envolve seres humanos.

Este estudo não trará nenhum desconforto para os entrevistados, e poderão se retirar a qualquer momento. Os participantes da pesquisa não receberam qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido sua participação na pesquisa e não terão qualquer tipo de despesa para participar da mesma. O voluntário poderá entrar em contato com a pesquisadora nos telefones acima para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual.

Varginha, _____ de _____ de _____

Rafaele Caroline Ribeiro Braga.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: **“COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNA, FETAL E INFANTIL: a visão de seus membros no Município de Varginha – MG”.**

Pesquisador Responsável: Rafeale Caroline Ribeiro Braga

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário do Sul de Minas

Telefones para contato: (35) 88562517- (35) 2364-2417

Nome do voluntário:

Idade: _____ anos.

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNA, FETAL E INFANTIL: a visão de seus membros no Município de Varginha – MG”, de responsabilidade da pesquisadora Rafeale Caroline Ribeiro Braga.

A pesquisa justifica-se pela importância que o Comitê de Prevenção de Óbito Materno Fetal e Infantil (CPOMFI) representa na redução da mortalidade materna, fetal e infantil. O estudo pode contribuir para a conscientização das equipes de saúde, dos formuladores de políticas e a comunidade no reconhecimento sobre a gravidade da mortalidade materna, fetal e infantil. Melhorando assim a qualidade da assistência, levantando os fatores que causam os óbitos materno, fetal e infantil, e promovendo a redução destes óbitos. Poderá contribuir para o ensino à medida que pode ser incluído nas disciplinas de graduação e pós-graduação e para pesquisas, pois servirá de fonte para novos estudos na área. Além de contribuir para conscientização da população que, uma vez informados estarão aptos a redução destes tipos óbitos e podem se beneficiar com a melhoria da qualidade na assistência, e tem como objetivo conhecer o funcionamento do CPOMFI no município de Varginha.

Esta pesquisa trata-se de um método monográfico, bibliográfico, pesquisa de campo tipo exploratória participante, descritivo e qualitativo a ser realizado no ano de 2009 no CPOMFI no município de Varginha. A coleta de dados será realizada através de duas técnicas sendo uma delas a entrevista estruturada, onde serão entrevistados os membros do

CMMFI através da formulação de um roteiro, contendo perguntas relacionadas ao funcionamento do CPOMFI, bem como, dados referentes à visão dos membros quanto à assistência prestada. E a outra técnica será a observação participante onde o pesquisador estará presente nas reuniões do CPOMFI para captar de modo amplo a operacionalização e as estratégias utilizadas pelo comitê na investigação e prevenção de óbitos. O roteiro da entrevista será entregue aos membros do comitê para o auto preenchimento, garantido sigilo e anonimato de todos os entrevistados e também será permitido o direito a se retirar da pesquisa, tudo isso em conformidade com a resolução 196/96, sendo uma pesquisa que envolve seres humanos.

Este estudo não trará nenhum desconforto para os entrevistados, e poderão se retirar a qualquer momento. Os participantes da pesquisa não receberam qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido sua participação na pesquisa e não terão qualquer tipo de despesa para participar da mesma. O voluntário poderá entrar em contato com a pesquisadora nos telefones acima para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual.

Varginha, _____ de _____ de _____

Rafaele Caroline Ribeiro Braga.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do Participante da Pesquisa

4) QUAIS SÃO AS MEDIDAS DE APOIO FINANCEIRO E ORGANIZACIONAL QUE O CPOMFI RECEBE DA INSTITUIÇÃO (SMS) PARA EXECUTAR AS MEDIDAS PROPOSTAS?

5) DESCREVA AS AÇÕES DE CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DO CPOMFI REALIZADAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. QUAL A REPERCUSSÃO DESSAS AÇÕES?

6) DESCREVA AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE JÁ REALIZADAS POR ESTE CPOMFI: QUAL FOI O PÚBLICO ALVO? QUAL A REPERCUSSÃO DESTAS AÇÕES?

ANEXO 1

Regimento Interno do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna – VGA

TÍTULO I DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS

Art. 1º - A Secretaria Municipal de Saúde de Varginha institui o Comitê Municipal de Prevenção de Mortes Maternas (CMPMM), de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2º - O CMPMM é um comitê interinstitucional, com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes maternas ocorridas na jurisdição do município.

TÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º - São finalidades do CMPMM

- I- Divulgar a necessidade da instalação dos comitês municipais/hospitalares de prevenção de mortes maternas;
- II- Reunir dados em nível municipal, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que o provocam;
- III- Elaborar relatórios analíticos anualmente;
- IV- Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema tomando as devidas medidas;
- V- Favorecer a retroalimentação com os demais segmentos do município, mantendo-os informados da situação de cada setor;
- VI- Incentivar parcerias com os seguintes segmentos: Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família, Programas de Atendimento Domiciliar, Postos de Saúde da zona rural, hospitais, etc... Buscando a prevenção de mortes maternas.

TÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - O Comitê Municipal de Mortes Maternas será composto por membros nato sendo pelo menos um representante das seguintes instituições: representantes dos hospitais (3 hospitais), Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família, Programas de Atendimento Domiciliar-PAD, da Maternidade, Núcleo Materno Infantil e dois membros representantes do Pronto Socorro.

Art. 5º - O Comitê do Município de Varginha é composto por nove membros pertencentes aos setores especificados no art 4º.

TÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º - OCMPPM receberá apoio administrativo da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde DADS, Secretaria de Estado de Saúde, por meio do departamento competente.

Art. 10º - O CMPMM reunir-se-á mensalmente, ficando previsto para todas as terças-feiras do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário por convocação do presidente.

Art. 11º - As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao presidente o voto de desempate.

Art. 12º - Os convidados para participar das reuniões terão direito à voz, porém não terão direito a voto.

Art. 13º - O membro do comitê que apresentar faltas não justificadas por três reuniões consecutivas será automaticamente desligado do comitê.

TÍTULO V DA ESTRUTURA

Art. 14º - O CMPMM estará subordinado à CRPMM, CEPMM e será seu representante legal junto aos municípios de sua jurisdição.

Art 15º - O CMPMM será construído com as mesmas características do CRPMM, CEPMM e em conformidade com a Resolução nº 098 de 30 de Junho de 1995, salvo situação aprovado pelo presidente do comitê estadual.

TÍTULO VI DA COMPETÊNCIA

Art. 16º - Ao CMPMM compete:

I – Realizar sistematicamente levantamento dos óbitos de mulheres em idade fértil, ocorridos no município de Varginha.

II – Investigar os óbitos maternos ocorridos no município de Varginha.

III – Encaminhar os óbitos os CRPMM, os mapas de levantamento dos óbitos de MIF, e as conclusões das investigações dos óbitos maternos realizados.

TÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17º - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pelos membros do comitê.

Art. 18º - Este regimento vigora a partir de 22/10/2003.

Valma Heloisa Goulart
Secretaria Municipal de Saúde

Jussenira de Paula Carvalho Pinto
Presidente do Comitê de Mortalidade Materna

ANEXO 2

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL E INFANTIL

Nº do Caso* ____ / ____
(ano) (número)

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

Formulário A

ENTREVISTA DOMICILIAR

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome(s) do(s) entrevistador(es):

Formação profissional:

Entrevista consentida:

Sim.....01 Não..... 02

DF

Parte I – Identificação da criança

Nome da criança:

Idade (horas/dias/meses):

Nome da mãe:

Nº Cartão do SUS:

Nº da família:

Endereço:

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Centro de Saúde de Referência: _____

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG

BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

Nº DO: _____ Data Óbito: ____/____/____	
Nº DN: _____ Data Nascimento: ____/____/____	
Fonte de Notificação do Óbito:	
DO	01 Cemitério 06
SVO/IML	02 Cartório07
<input type="checkbox"/> Funerária	03 AIH 08
Notificação Hospital	04 Parteira 09
PAC's/PSF	05 Outros 10
Tipo de óbito:	
Fetal.....	01
<input type="checkbox"/> Infantil Neonatal	02
Infantil Pós-neonatal.....	03
* O número do caso deve ser o mesmo em todos os formulários	
Parte II – Dados da mãe e família	
1- Informante	
Mãe	01
Pai	02
<input type="checkbox"/> Vizinho/amigo.....	03
Parente (especificar): _____	
Outro (especificar): _____	
2- Idade da mãe: ____ anos	
<input type="checkbox"/> Ignorado	99
3 – Anos de estudo da mãe	
Nenhum/não sabe ler	01
Nenhum/sabe ler	02
1 - 3	03
<input type="checkbox"/> 4 – 7	04
8 – 11	05
12 e mais	06
Ignorado	99
4 – Passado reprodutivo:	
Número de gestações _____	Número de abortos _____

Nascidos vivos , que vivem	

Nascidos vivos que morreram	

Nascidos mortos _____ P.N.	

5 – Tipo de moradia	
	Com telhado, paredes, pisos e acabamento adequados*, em bom estado de conservação01
<input type="checkbox"/>	Com telhado, paredes, pisos e acabamentos adequados*, em mau estado de conservação 02
<input type="checkbox"/>	Precária (paredes sem reboco, partes esburacadas, piso de terra batida ou contrapiso) 03
	Muito precária (piso de terra batida, telhado de capim, lona, plástico, improvisado) 04
* Adequados:	
Piso: tijolo/cimento ou cerâmica/madeira/pedra	
Telhado: laje/telha	
Paredes: alvenaria (não madeirite, madeira, lona, plástico)	
6 – Existência de água tratada e encanada dentro de casa	
	Sim 01
<input type="checkbox"/>	Não 02
	Ignorado99
7 – Destino dos esgotos	
	Rede geral de esgoto 01
	Fossa rudimentar 02
<input type="checkbox"/>	Fossa séptica 03
	Córrego próximo 04
	Na rua ou quintal 05
	Outro (especificar): _____
8 – Quem cuidava da criança (indicar parentesco/relação com a criança)	
	Mãe 01

	Pai	02
<input type="checkbox"/>	Parente adulto	03
	Outra criança	04
	Vizinho/amigo	05
	Creche	06
9 – A mãe vivo com pai/companheiro?		
<input type="checkbox"/>	Sim	01
	Não	02
10 – Algum morador da residência é fumante?		
	Sim	01
<input type="checkbox"/>	Não	02
	Ignorado	99
Parte III – Dados sobre a gestação e o nascimento da criança (verificar cartão de pré-natal e relatório de alta do RN, além do relato da mãe)		
11 – Você (mãe) fez pré-natal?		
	Sim	01
<input type="checkbox"/>	Não	02
	Ignorado	99
12 – Número de consultas		
	0	01
	1 – 3	02
<input type="checkbox"/>	4 – 6	03
	Mais de 6	04
	Ignorado	99
13 – Mês do início do pré-natal		
	Primeiro trimestre	01
<input type="checkbox"/>	Segundo trimestre	02
	Terceiro trimestre	03
	Não fez pré-natal	04

14 – Se não fez pré-natal, por quê?

15 – Avaliação do cartão de pré-natal

- Completo (considerar completo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização completa para tétano) 01
- Incompleto 02
- Cartão não avaliado 03

16 – Local (is) onde fez o pré-natal

- UBS/PSF01
- Ambulatório de referência02
- Outro (especificar): _____ 03
- NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não) 04
- Ignorado 99

17 – Como você (mãe) avalia a assistência prestada no pré-natal?

- Bom 01
- Ruim 02
- NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não) 03
- Ignorado 99

18 – Por quê?

No trajeto para o serviço de saúde 04	
Outro local (especificar): _____	
20 – Durante o pré-natal, foi indicada pelo Centro de Saúde a maternidade de referência para o parto?	
	Sim 01
<input type="checkbox"/>	Não 02
	NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não) 03
	Ignorado 99
21 – Você (mãe) foi examinada na maternidade/hospital antes de ir para a sala de parto?	
	Sim 01
	Não 02
<input type="checkbox"/>	NA (marcar NA se o local de nascimento foi diferente de 1 na questão 19) 03
	Ignorado 99
22 – Como foi o seu atendimento na maternidade?	
	Bom 01
<input type="checkbox"/>	Ruim 02
	NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não) 03
	Ignorado 99
23 – Tipo de parto	
<input type="checkbox"/>	Vaginal 01
	Cesáreo 02
24 – Quem fez o parto?	
	Médico(a) 01
	Enfermeiro (a) 02
<input type="checkbox"/>	Parteira 03
	Outro (especificar) _____
	Ignorado 99
Parte IV – Dados do Feto/RN	
25 – O bebê nasceu:	
<input type="checkbox"/>	Vivo 01

	Quarto junto com a mãe	01
	Berçário	02
<input type="checkbox"/>	Unidade Tratamento Intensivo/Unidade Tratamento Intermediário	03
	Transferido para outro hospital	04
	Outro (especificar): _____	
Foi indicado CTI?		
Quanto tempo demorou para conseguir vaga?		
	1 dia	01
	1 dia após a indicação	02
<input type="checkbox"/>	2 dias após a indicação	03
	3 ou mais dias	04
	Não conseguiu	05
32 – O bebê mamou ao peito?		
	Sim	01
<input type="checkbox"/>	Não	02
	Ignorado	99
33 – Por quanto tempo?		

34 – A criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde regularmente?		
	Sim	01
<input type="checkbox"/>	Não	02
	Ignorado	99

35 – O cartão de vacinas estava em dia?

- Sim 01
 Não 02
 Ignorado99

36 – Após a saída da maternidade e antes de adoecer dessa última vez, a criança foi internada por algum motivo?

- Sim 01
 Não 02
 Ignorado99

37 – Em caso afirmativo, quantas vezes?

Parte V – Dados sobre a doença que causou a morte da criança (dados para óbito ocorrido após alta do RN da maternidade e óbitos pós-neonatal)

38 – Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento (horas/dias)?

39 – Houve dificuldade para conseguir atendimento?

- Sim 01
 Não 02
 Ignorado99

40 – Quais os serviços procurados por ocasião da doença da criança?

Preencher **Quadro dos Serviços de Saúde Procurados**, utilizando o relato da mãe e o “cartão da criança”, em ordem cronológica dos acontecimentos.

41 – Na sua opinião, o que levou a criança ao óbito (anotar o relato da mãe)?

Nº do Caso* ____ / ____
(ano) (número)

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil
Formulário B

DADOS DO CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL

Informações do prontuário de pré-natal e do prontuário ambulatorial da criança

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome(s) do(s) entrevistador(es):

Formação profissional:

Parte I – Identificação da criança

Nome da criança:

Nome da mãe:

Endereço:

Complemento: _____ Bairro: _____ Município:

Centro de Saúde de Referência:

Tipo de óbito:

Fetal..... 01

Infantil Neonatal02

Infantil Pós-neonatal.....03

Parte II – Assistência pré-natal

1- Idade gestacional na primeira consulta	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	99) Ignorado
2 – Número de consultas pré-natal:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
* O número do caso deve ser o mesmo em todos os formulários.	
3 – Problemas durante a gravidez:	
Gravidez múltipla	01
Hipertensão arterial	02
Pré-eclâmpsia (DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez)	03
Diabetes	04
<input type="text"/> <input type="text"/> Infecção do Trato Urinário	05
Outras infecções	06
Hemorragias	07
Desnutrição materna	08
Alcoolismo/uso de drogas	09
Outra doença (especificar): _____	10
4 – Preencher o Quadro Assistência Pré-natal copiando do prontuário de pré-natal, detalhando por data de consulta.	
5 – A criança estava sendo acompanhada sem serviços ambulatoriais de referência?	
Sim	01
<input type="text"/> <input type="text"/> Não	02
Sem registro	77
Parte III – Dados dos serviços de saúde para o óbito pós-neonatal	
6 – A vacinação estava completa para a idade?	
<input type="text"/> <input type="text"/> Sim	01

Não 02	
7 – De desnutrido, foi seguido o protocolo da SMSA?	
Sim	01
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não	02
NA (responder NA se a criança não for desnutrida).....	03
Data da investigação: ___ / ___ / ___	
Assinatura:	

Nº do Caso* ____ / ____

(ano) (número)

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil**Formulário C****DADOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR****DA GESTANTE E DA CRIANÇA**

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome(s) do(s) entrevistador(es):
_____Formação profissional:
_____**Parte I – Identificação da criança**Nome da criança:
_____Nome da mãe:
_____Endereço:
_____Complemento: _____ Bairro: _____ Município:

Tipo de óbito:

 Fetal..... 01 Infantil Neonatal02 Infantil Pós-neonatal.....03**Parte II – Dados sobre a assistência ao****parto para óbito fetal e neonatal**

1- Admissão na maternidade

Data: ____ / ____ / ____

Hora: ____ h ____ min

2 – Motivo da internação

 Amnionrexe prematura01 Trabalho de parto (exceto período expulsivo)02

	Inibição de trabalho de parto prematuro.....	03
<input type="checkbox"/>	Período expulsivo (encaminhada direto para a sala de parto).....	04
	Cesárea; Indicação _____.....	05
	Indução do parto	06
	Tratamento clínico	07
	Sem registro	08
* O número do caso deve ser o mesmo em todos os formulários.		
3 – Nome do hospital onde ocorreu o parto:		

4 – Município onde ocorreu o parto:		

5 – Número de consultas pré-natais:		
<input type="checkbox"/>		
6 – Problemas durante a gravidez:		
	Gravidez múltipla	01
	Hipertensão arterial	02
	Pré-eclâmpsia (DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez)	03
	Diabetes	04
<input type="checkbox"/>	Infecção do Trato Urinário	05
	Outras infecções	06
	Hemorragias	07
	Desnutrição materna	08
	Alcoolismo/uso de drogas	09
	Outra doença (especificar): _____	

			10
7 – Registro hospitalar à admissão da gestante:			
Pressão arterial:	Sim..... 01	Não..... 02	_ _
Medida do fundo uterino:	Sim..... 01	Não..... 02	_ _
Batimentos cardíofetais:	Sim..... 01	Não..... 02	_ _
Dinâmica uterina:	Sim..... 01	Não..... 02	_ _
Dilatação:	Sim..... 01	Não..... 02	_ _
8 – Foi utilizado partograma?			
_ _	Sim		01
	Não		02
9 – Número de avaliações maternas:			
_ _			
10 – Número de avaliações fetais:			
_ _			
11 – Maior intervalo sem avaliação (horas, minutos):			

12 – Parto:			
_ _	Vaginal		01
	Cesáreo		02
Data: ___/___/___ Hora: ___ h ___ min			
13 – Idade gestacional (em semanas):			
IGC – Idade Gestacional Calculada:		_ _	semanas
IGE – Idade Gestacional Estimada ultra-som:		_ _	semanas
IGE – Idade Gestacional Estimada pediatria:		_ _	semanas

14 – Usou medicação no trabalho de parto?

Sim 01
 Não 02

Qual?

15 – O parto foi realizado por?

 Obstetra 01
 Enfermeiro obstetra..... 02
 Outro profissional médico 03
 Outro profissional 04
 Sem assistência no período expulsivo 05
 Sem registro 77
 Não se aplica 88

16 – Anestesia:

 Sim 01
 Não 02
 Sem registro 77

Qual?

17 – Diagnósticos obstétricos:

18 – Peso ao nascer:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="checkbox"/> Sem registro
19 – Condições de nascimento do recém-nascido:	
Nascido vivo	01
Nascido morto, com óbito antes do parto.....	02
<input type="text"/> <input type="text"/> Nascido morto, com óbito intraparto	03
Nascido morto, feto macerado	04
Sem registro	77
<p>ATENÇÃO: Se a criança nasceu morta, ir para a questão 42 e finalizar o preenchimento deste formulário.</p>	
20 – Assistência ao recém-nascido por pediatra:	
Sim	01
<input type="text"/> <input type="text"/> Não	02
Ignorado	99
21- Reanimação do recém-nascido:	
Sim	01
<input type="text"/> <input type="text"/> Não	02
Ignorado	99
22 – Apgar:	
1º minuto: <input type="text"/> <input type="text"/>	
2º minuto: <input type="text"/> <input type="text"/>	
23 – Registro de evolução diária por pediatra:	
<input type="text"/> <input type="text"/> Sim	01
Não	02
24 – O recém-nascido permaneceu em:	
Alojamento conjunto.....	01
Berçário	02
<input type="text"/> <input type="text"/> Berçário de risco ou unidade neonatal	03
UTI/CTI	04
Ignorado	99

25 – Ficou retido?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sim 01
	Não 02
26 – Especificar por que ficou retido:	

27 – O recém-nascido veio transferido de outro hospital?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sim (Especificar o nome: _____) 01
	Não 02
28 – Foi indicado CTI?	
	Sim 01
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não 02
	Sem registro 77
29 – Se foi, qual indicação?	

29 - Houve dificuldade para conseguir vaga?	
	Sim 01
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não 02

Sem registro		77	
31 – Quanto tempo levou para ser transferido?			
	Imediatamente	01	
	1 dia	02	
	2 dias.....	03	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ou mais dias	04
	Sem registro	77	
	Não se aplica	88	
	Ignorado	99	
32 – Setor de ocorrência do óbito:			
	Centro Obstétrico	01	
	Alojamento conjunto	02	
	Berçário	03	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berçário de risco	04
	UTI/CTI	77	
	Enfermaria Pediátrica	88	
	Outro (especificar): _____	99	
33 – Data do óbito:			
Data: ___ / ___ / ___			
Hora (se este ocorreu nas primeiras 24 horas após a admissão)? ___ h ___ min			
34 – Causas do óbito (listadas no prontuário):			

<p style="text-align: center;">Parte III – Dados sobre a hospitalização para o óbito do RN após a alta da maternidade e para o óbito pós-neonatal</p>			

35 – Estado feral no momento da hospitalização:	
Data da internação: ___/___/___	Sem registro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36 – Estado geral no momento da hospitalização:	
Em parada cardiorespiratória	
..... 01	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grave (com sinais de instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória) 02
Sem sinais de instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória 03	
Sem registro 77	
37 – Sinais vitais à admissão:	
Pulso: _____	
FR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> irpm	
TA: _____ °C	
FC: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bpm	
38 – Estado nutricional à admissão:	
Peso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g	
39 – Existe relato de hospitalização prévia?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sim (Especificar o local: _____) 01
Não 02	
41 – Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sim (Especificar: _____) 01
Não 02	
42 – Data do Óbito	
Data: ___/___/___	
43 – Causa(s) do óbito (de acordo com prontuário hospitalar):	

Nº do Caso* ____ / ____
(ano) (número)

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

Formulário D

CONCLUSÕES

Anexar fotocópia da DO e, para RN, cópia da DN

Parte I – Identificação da criança

Nome da criança: _____

Idade (horas/dias/meses): _____

Nome da mãe: _____ Nº Cartão do SUS: _____

Nº da família: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Centro de Saúde de Referência: _____

Nº DO: _____ Data Óbito: ____/____/____

Nº DN: _____ Data Nascimento: ____/____/____

**Parte II – Dados sobre a assistência ao
parto para óbito fetal e neonatal**

Data de envio DO para investigação: ____/____/____

Data da finalização da investigação: ____/____/____

Fonte de notificação do óbito:

Secretaria Municipal 01
SVO/IML 02
PACs/PSF 03

Mãe

RN

3 – Assistência no(s) Centro(s) de Saúde

Atenção Básica (acesso, resolubilidade, calendário de consultas, imunização, programas especiais, risco detectado)

Assistência no serviço ambulatorial de referência

Assistência nos serviços de urgência (acesso, resolubilidade)

4 – Assistência no(s) Hospital(is) (onde internou a criança):

5 – Na organização do sistema de saúde (fluxo):

6 – Dificuldade da família no cuidado com a criança:

Critério de evitabilidade utilizado para análise (Anexo 1 e 2)

	Wigglesworth	01
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F. SEADE	02
	Ambos	03

Fatores de evitabilidade (comunidade, família, profissional, institucional, socioeconômico, sistema de saúde):

Classificação de evitabilidade:

Causas da morte antes da investigação e após a investigação

Causas	ANTES da investigação	CID	APÓS a investigação	CID
Linha a				
Linha b				
Linha c				
Linha d				
Parte II				
Causa básica				

Recomendações e encaminhamento para internações:

—

Data da investigação: ___/___/___

Assinatura:
