

Análise da evitabilidade do óbito infantil e fetal em um município de médio porte no Brasil

Analysis of the avoidability of infant and fetal death in a medium-sized municipality in Brazil

Análisis de la evitabilidad de la muerte infantil y fetal en un municipio de tamaño mediano en Brasil

Recebido: 13/06/2021 | Revisado: 22/06/2021 | Aceito: 26/06/2021 | Publicado: 10/07/2021

Laianny Krízia Maia Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2407-9943>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: laiannykmp@hotmail.com

Ricardo Henrique Vieira de Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0595-6020>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: ricardohvm@gmail.com

José Adailton da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6037-7649>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: joseadailtonmec@gmail.com

Maria Helena Pires Araújo Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4497-6024>
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: mariahelenapab@hotmail.com

Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6131-3201>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: tatyana.ufrn@gmail.com

Karla Patrícia Cardoso Amorim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4047-6073>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: amorimkarla@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Analisar a evitabilidade dos óbitos infantis e fetais e a qualidade da investigação enquanto indicadores de iniquidade em um município brasileiro de médio porte. **Método:** Trata-se de estudo documental e quantitativo, com análise de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referente ao município de Caicó, no Rio Grande do Norte, notificados no período de 2010 a 2015, com investigação de 58 óbitos infantis e fetais. Foi feita uma comparação dos dados do SIM com dados do Comitê de Mortalidade do município a partir da declaração de óbito. **Resultados:** Foi identificado uma baixa investigação dos casos (45,3%). Os óbitos evitáveis predominaram (64,8%) sinalizando, provavelmente, inadequada atenção à saúde da mulher no parto. Verificou-se um alto grau de discordância entre a avaliação feita neste estudo e a investigação municipal: dos óbitos fetais, cinco casos (29,4%) apresentaram concordância e, dos óbitos infantis, somente dois (12,5%) casos. **Conclusão:** Existem fragilidades na vigilância do óbito e na atuação do comitê de mortalidade municipal. É necessário reconhecer a relevância da investigação para o conhecimento desses óbitos enquanto uma ferramenta para reduzir as iniquidades em saúde.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; Disparidades nos níveis de saúde; Atenção à saúde.

Abstract

Objective: To analyze the avoidability of infant and fetal deaths and the quality of research as indicators of iniquity in a medium-sized municipality in Brazil. **Method:** This is a documentary and quantitative study, with analysis of secondary data from the Mortality Information System (SIM) for the municipality of Caicó, in Rio Grande do Norte, reported in the period 2010 to 2015, with investigation of 58 infant deaths and fetal. SIM data were compared with data from the municipality's Mortality Committee based on the death certificate. **Results:** A low investigation of cases was identified (45.3%). Preventable deaths predominated (64.8%), evidenced by preventable deaths, if adequate attention was given to women during childbirth. There was a high degree of disagreement between the evaluation made in this study and the municipal investigation: fetal deaths, five cases (29.4%) presented agreement and, of infant deaths, only two (12.5%) Cases. **Conclusion:** There are weaknesses in the surveillance of death and in the

performance of the municipal mortality committee. It is necessary to recognize the relevance of the investigation to the knowledge of these deaths as a tool to reduce health inequities.

Keywords: Maternal and child health; Health status disparities; Health care.

Resumen

Objetivo: Analizar la evitabilidad de las muertes infantiles y fetales y la calidad de la investigación como indicadores de inequidad en un municipio mediano en Brasil. **Método:** Se trata de un estudio documental y cuantitativo, con análisis de datos secundarios del Sistema de Información de Mortalidad (SIM) para el municipio de Caicó, en Rio Grande do Norte, reportado en el período 2010 a 2015, con investigación de 58 muertes infantiles y fetales. Los datos del SIM se compararon con los del Comité de Mortalidad del municipio con base en el certificado de defunción. **Resultados:** Se identificó una investigación baja de los casos (45,3%). Predominaron las muertes prevenibles (64,8%), evidenciadas por muertes prevenibles, si se prestó la atención adecuada a las mujeres durante el parto. Hubo un alto grado de desacuerdo entre la evaluación realizada en este estudio y la investigación municipal: muertes fetales, cinco casos (29,4%) acuerdo y, de las muertes infantiles, sólo dos (12,5%) Casos. **Conclusión:** Hay debilidades en la vigilancia de la muerte y en el desempeño del comité municipal de mortalidad. Es necesario reconocer la pertinencia de la investigación para el conocimiento de estas muertes como herramienta para reducir las desigualdades sanitarias.

Palabras clave: Salud materno-infantil; Disparidades en el estado de salud; Atención a la salud.

1. Introdução

A presença de iniquidades em saúde se dá pela existência de diferenças desnecessárias, evitáveis e que são abusivas e injustas. No campo da saúde, tais iniquidades podem ser evitadas por ações e políticas públicas. A mortalidade infantil e fetal está intimamente ligada a esse contexto, apresentando-se como uma preocupação da Saúde Pública, uma vez que apesar da atenuação de seus índices no mundo, ainda se faz presente em diversos países em desenvolvimento. A mortalidade infantil e fetal são indicadores indispensáveis para a avaliação das condições de vida e estado geral de saúde da população, por abranger diversos determinantes sociais do processo saúde-doença, como fatores biológicos, ambientais, assistenciais e socioeconômicos (Reno & Hyder, 2018; Huff, Rose & Engle, 2019).

No Brasil, os óbitos fetais ocorrem com frequência elevada, chegando a superar, em números, os óbitos neonatais. A região Nordeste apresenta uma taxa de mortalidade fetal de 12,6 por 1.000 nascidos vivos, sendo a maior do país, enquanto a média nacional situa-se em 10,5/1.000 nascimentos. No tocante à mortalidade infantil brasileira, após um período de declínio sustentado dos coeficientes de mortalidade no primeiro ano de vida em todo o país, a partir de 2016 houve a reversão desta queda, apresentando aumento em todas as regiões, com exceção da região Sul. Os dados mostram que o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) aumentou em 2,4% (12,4 para 12,7 por 1000 nascidos vivos) (Leal et al., 2018).

A redução da mortalidade infantil no país ainda se caracteriza como um enorme desafio no âmbito dos serviços de saúde, considerando a manutenção de elevados índices da mortalidade neonatal na composição desse indicador, e que, em mais de 60% dessas mortes possuem causas evitáveis, por meio do amplo acesso a assistência de qualidade e resolutive. Apesar da redução das disparidades regionais evidenciada nas últimas décadas, a mortalidade na infância é mais alta nas regiões Norte e Nordeste, em favelas de áreas urbanas, entre famílias de menor renda e entre crianças negras e indígenas que apresentam as taxas mais elevadas de mortalidade no período neonatal (Araújo Filho et al., 2017).

Considerando as desigualdades socioeconômicas e as situações de vulnerabilidade existentes, o neologismo denominado de “mistanásia” significa a morte miserável, precoce e evitável. Trata-se de uma morte fora e antes do seu tempo, motivada por causas econômicas e sociais, ou seja, por desassistência. Esta pode se apresentar em várias situações, porém, para este estudo, será considerada a mistanásia passiva ou omissiva, caracterizada pela antecipação da morte ou o prolongamento de dor ou sofrimento desnecessário, devido a inacessibilidade do indivíduo ao tratamento necessário à preservação de sua saúde, carente de condições adequadas para o correto tratamento. Vale ressaltar que a discussão sobre a mistanásia, enquanto uma morte evitável, injusta e fora de hora, é recente e vem crescendo no âmbito da bioética (Carvalho, Saldanha & Munekata, 2016; Pessini & Ricci, 2017).

Apesar de várias iniciativas visando à melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança ainda se percebe a dificuldade de se oferecer uma assistência adequada, evidenciada pelo difícil acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais. A peregrinação, ainda existente, da mulher em busca de assistência ao parto constitui um real problema de saúde pública pela carência de vagas e leitos obstétricos, fatores impeditivos para uma assistência qualificada e resolutiva (Pels et al., 2020).

Segundo Ferreira et al (2019), 67,3% (n=24.423) dos óbitos infantis e fetais foram considerados evitáveis, isto é, caso fosse garantido, em tempo oportuno, acesso à assistência qualificada e resolutiva, tais óbitos não ocorreriam. Conhecer fatores associados aos óbitos evitáveis permite uma análise mais profunda da efetividade dos serviços de saúde, do acesso a esses serviços e das condições socioeconômicas da população, fornecendo subsídios para planejar intervenções mais adequadas às necessidades dos grupos populacionais mais vulneráveis, contribuindo para a redução das iniquidades, injustas e desnecessárias (Jacques et al., 2019).

As desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, não obstante a preocupação existente no contexto teórico e prático, configura-se como um problema ético. Ao definir como injustas as causas sociais que conduzem ao adoecimento e à morte, apontando a necessidade urgente de transformação (Picoli, Cazola & Nascimento, 2019; Hedstrom et al., 2019).

Diante desse cenário de relevância social da mortalidade infantil e fetal, esta pesquisa buscou esclarecer as seguintes questões: Qual a ocorrência de mortes infantis e fetais evitáveis? Quais dessas mortes estão diretamente relacionadas com a atenção prestada? Existem falhas na assistência ou da rede de serviços de saúde no município de Caicó (RN)? Para isso, o estudo, que é parte de uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste - da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - teve como objetivo analisar a evitabilidade dos óbitos infantis e fetais e a qualidade dos procedimentos da investigação desses óbitos enquanto indicadores de iniquidade em um município de meio porte, no Brasil.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado no município de Caicó, localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, região Nordeste do Brasil, que possui uma população de 62.709 habitantes. O recorte temporal da investigação (2010 a 2015) ocorreu em virtude da publicação da Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, a qual estabeleceu a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal aos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como determinou o prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação em 120 dias a contar da data da ocorrência (Brasil, 2010). Além disso, no período investigado havia disponibilidade de dados consolidados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Saúde do município em questão, contribuindo para a consistência da análise e para a comparação dos dados.

Na análise, foram incluídos 58 óbitos infantis e fetais, notificados e investigados, de residentes no município. Foram utilizados dados secundários sobre os óbitos infantis e fetais, cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde, provenientes do SIM – local, a partir da declaração de óbito (DO) e Ficha Síntese (relatório de sumarização das fichas de investigação). Para a caracterização da amostra foram utilizadas variáveis do perfil da mãe: idade, escolaridade e ocupação, todas presentes na DO. Na análise da qualidade dos procedimentos de investigação, as variáveis estudadas foram: causa básica (DO) e definição de evitabilidade (Ficha Síntese).

Após coleta dos dados, foi realizada uma análise própria das declarações de óbitos, visando classificar as causas básicas dos óbitos infantis e fetais com base na Lista Brasileira de Evitabilidade (LBE), que apresenta os seguintes subgrupos: causas evitáveis; causas mal definidas; e demais causas, não claramente evitáveis (Vieira, Kale & Fonseca, 2020). Destaca-se que as causas evitáveis são reduzíveis por ações de imunoprevenção, atenção oportuna à mulher na gestação e parto e ao

recém-nascido, ações pertinentes de diagnóstico e tratamento e ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações eficazes de atenção à saúde. Neste estudo, não foi possível a utilização da faixa ponderal de maiores de 1.500g, recomendada pela LBE, haja vista o percentual considerável de óbitos com peso inferior a esse valor. Então, foram utilizadas as seguintes categorias de peso: <1.500g; 1.500g a 2.500g; >2.500g.

Em seguida, buscou-se identificar a concordância, a partir de uma análise comparativa, dos resultados obtidos na classificação das causas de morte com base na LBE, realizada para este estudo e na investigação realizada pelo município de Caicó/RN. Foi feita a análise caso a caso e por componente correspondente (caso fetal - CF e caso infantil - CI). Os dados foram analisados através de frequências absolutas e relativas utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

A pesquisa seguiu os critérios e exigências estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) no Parecer Consubstanciado de nº 1.557.961, em 2016, e no CAAE de nº 56075716.2.0000.5292.

3. Resultados e Discussão

A análise dos dados do SIM permitiu identificar a ocorrência de 128 óbitos infantis e fetais notificados entre 2010 e 2015. Destes, 58 óbitos foram notificados e investigados, compreendendo o universo do estudo, sendo 33 (56,8%) óbitos fetais e 25 (43,2%) os óbitos infantis. Quanto à investigação ocorrida conforme do prazo recomendado (até 120 dias), constatou-se a presença de uma margem considerável de óbitos investigados com atraso (82,7%). Aponta-se, portanto, uma situação crítica e preocupante que poderá ser semelhante à realidade de outras cidades de médio porte do Brasil.

Foi verificada uma prevalência de investigações que resultaram em casos com a Ficha Síntese do SIM local apresentando a parte II não preenchida, pendente (37,9%) e casos com óbitos inconclusivos (31%) (Figura 1), revelando o elevado percentual de investigações sem conclusão sobre a existência de evitabilidade. Ressalta-se que a Ficha Síntese é o instrumento responsável pela sumarização das informações obtidas na investigação e, quando há pendência da parte II, significa que a investigação foi realizada, mas sem a análise de evitabilidade do óbito, a identificação de problemas e as intervenções necessárias.

O longo período de atraso das investigações (observada para os dois tipos de óbitos do estudo) pode ter contribuído para a realidade observada, provavelmente favorecendo a ocorrência de perdas de informações significativas para o fechamento dos casos. Vale ressaltar que esta sequência de fatores somados pode interferir e comprometer diretamente a qualidade das poucas investigações realizadas, inclusive, perdendo seu objetivo.

Acredita-se que outro entrave que pode contribuir para esse desfecho negativo, diz respeito às equipes de vigilância de óbitos, as quais, por vezes, são constituídas sem os devidos requisitos e preparo dos profissionais, principalmente com relação à questão da responsabilidade pela conclusão do processo investigativo. Tal situação é geradora de um sentimento de receio pela consequência e desencadeamento das possíveis ações de responsabilizações futuras oriundas da investigação, que poderá interferir na resolutividade/definição do caso, comprometendo todo o processo (Oliveira, Bonfim & Medeiros, 2017).

Tal aspecto importante merece atenção, visto que o propósito da investigação do óbito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro. Nesse sentido, os comitês de mortalidade surgem como instrumento primordial, uma vez que procuram dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade (Watterberg, 2020).

Verifica-se que o contexto estudado revela uma problemática complexa, na qual vem sendo ocultadas as reais magnitudes das mortes infantis e fetais no município, fato que interfere diretamente na atenção e gestão do cuidado materno-infantil, pois, quanto mais informações advindas das investigações dos óbitos, melhor para identificar os determinantes da

mortalidade para além das informações clássicas registradas no SIM, subsidiar ações de monitoramento e propor medidas de evitabilidade (Chao et al, 2028; Delnord & Zeitlin, 2019).

Quando analisadas as informações sobre as mães dos indivíduos que sofreram esses óbitos, verificou-se que 60,8% dos óbitos do estudo foram provenientes de mães com idade entre 20 e 34 anos. Quanto à escolaridade materna, apenas 18,8% possuíam 12 anos ou mais de estudo. No que se refere à ocupação, 55,6% eram mulheres dona de casa (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos infantis e fetais segundo características sociodemográficas maternas no período de 2010-2015. Caicó/RN. 2016.

| Variáveis | Óbitos do estudo | |
|---|------------------|------------|
| | n | % |
| Idade da Mãe (n=51*) | | |
| > 20anos | 08 | 15,7 |
| 20 a 34 anos | 31 | 60,8 |
| 35 a 39 anos | 12 | 23,5 |
| <i>Total</i> | <i>51</i> | <i>100</i> |
| Escolaridade da Mãe – anos de estudo (n=48*) | | |
| Nenhuma | - | - |
| 1 a 3 anos | 03 | 6,3 |
| 4 a 7 anos | 12 | 25,0 |
| 8 a 11 anos | 24 | 50,0 |
| 12 e mais | 9 | 18,8 |
| <i>Total</i> | <i>48</i> | <i>100</i> |
| Ocupação da Mãe (n=45*) | | |
| Apontador de produção | 01 | 2,2 |
| Artista – artes visuais | 01 | 2,2 |
| Assistente Social | 01 | 2,2 |
| Bordadeira | 01 | 2,2 |
| Corretora de Imóveis | 01 | 2,2 |
| Costureira | 03 | 6,7 |
| Diarista | 01 | 2,2 |
| Dona de casa | 25 | 55,6 |
| Estudante | 05 | 11,1 |
| Frentista | 01 | 2,2 |
| Garçonete | 01 | 2,2 |
| Médica | 01 | 2,2 |
| Monitora de teleatendimento | 01 | 2,2 |
| Professora | 01 | 2,2 |
| Recepcionista | 01 | 2,2 |
| <i>Total</i> | <i>45</i> | <i>100</i> |

*Para este estudo o n= 58, entretanto em cada variável o quantitativo corresponde ao total excluídos os óbitos sem informação.
 Fonte: Declarações de Óbito – SIM Local, Secretaria Municipal da Saúde, Caicó, RN.

A mortalidade infantil e fetal, aqui apresentada, está associada à predominância de óbitos ocorridos de mães jovens, de baixa prevalência de mulheres com ensino superior e que não tinham nenhuma renda fixa, já que a grande maioria era do lar. Destaca-se o fato de que a faixa etária observada também se encontra dentro da faixa ideal para a gestação, já que gravidez após a idade de 34 anos, denominada gravidez tardia, vem sendo considerada fator de risco para a morbidade materna e fetal (Ferreira et al., 2019).

Em estudo semelhante, a faixa etária materna apresentou idade média entre 20 e 34 anos e escolaridade maior que oito anos. Essa faixa etária identifica-se com estudos realizados em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Os óbitos perinatais persistem na classe de mulheres com faixa etária média para gestar, de níveis socioeconômicos mais baixos, de grupos étnicos específicos, baixo grau de educação e de pessoas que vivem em áreas carentes. É certo que a escolaridade materna pode influenciar no acesso e na adesão aos cuidados materno-infantil, principalmente no que se refere ao pré-natal,

com consequente impacto na frequência das consultas e acompanhamento da gestação, repercutindo sobre a chance de complicação gestacional (Rêgo et al., 2018; Geremew, Boke & Yismaw, 2020).

A renda se caracteriza como um indicador sensível do nível socioeconômico e consequente vulnerabilidade. A baixa renda ou mesmo a ocupação sem remuneração, revelada neste estudo, podem levar a consequências decisivas, repercutindo em alterações nutricionais e de saúde, contribuindo para o aumento de taxas de morte materna e perinatal. As variáveis socioeconômicas mostram as condições em que a mãe vive, as quais têm a particularidade de influenciar na constituição biológica materna e dificultar o acesso a uma assistência adequada no período gravídico-puerperal (Brown et al., 2020).

As diferenças socioeconômicas e culturais observadas no Brasil acarretaram o aparecimento de um alto grau de heterogeneidade entre as regiões, além de iniquidades de acesso aos serviços de saúde, refletindo na sobrevivência reduzida de nascidos vivos, tornando-se assim a necessidade de intensa investigação de fatores de risco locais (Caldas et al., 2017).

As causas de mortalidade infantil e fetal classificadas como evitáveis, associadas ao alto risco de morte existente, principalmente, nos grupos populacionais mais vulneráveis, comprovam a relevância de estudos que considerem os determinantes sociais para implantação de políticas públicas equânimes e adequadas às necessidades e realidades locais. O maior desafio nesse campo é reduzir as desigualdades na ocorrência dessas mortes nas camadas sociais e que, para isso, são imprescindíveis ações de acordo com cada realidade, para não se correr o risco de aumentar as iniquidades (Rêgo et al., 2018; Brown et al., 2020).

O conceito de vulnerabilidade tornou-se um referencial ético fundamental para a reflexão no contexto da bioética. Autores consideram que, quanto maior a vulnerabilidade maior deverá ser a proteção, a qual deve garantir, aos vulneráveis, o resgate da dignidade e do cuidado integral. A situação revelada neste estudo, por vezes, relaciona-se à mistanásia, reforçando a necessidade de maior atenção dos serviços de saúde para estas mortes, resultando também no reconhecimento de potencial lacuna de qualidade na atenção materno infantil (Carvalho, Saldanha & Munekata, 2016; Pessini & Ricci, 2017).

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos infantis e fetais segundo a Lista Brasileira de Evitabilidade por faixa de peso ao nascer no período de 2010 - 2015. Caicó/RN. 2016.

| Causas de óbito (denominação e código CID 10) | Peso (gramas) | | | TOTAL* n (%) |
|---|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| | <1.500 n (%) | 1500 - 2.500 n (%) | > 2.500 n (%) | |
| 1. Causas evitáveis | | | | |
| 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção | - | - | - | - |
| 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação | 07 (22,6) | | 01 (6,3) | 08 (14,8) |
| 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto | 10 (32,3) | 3 (42,9) | 05 (31,3) | 18 (33,3) |
| 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido | 03 (9,7) | 3 (42,9) | 01 (6,3) | 07 (13,0) |
| 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento | - | - | - | - |
| 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde | 01 (3,2) | - | 01 (6,3) | 02 (3,7) |
| Total de evitabilidade | 21 (67,8) | 06 (85,8) | 08 (50,4) | 35 (64,8) |
| 2. Causas de morte mal definidas | 09 (29,0) | - | 03 (18,8) | 12 (22,2) |
| 3. Demais causas | 01 (3,2) | 01 (14,3) | 05 (31,3) | 07 (13,0) |
| TOTAL | 31 (100,0) | 07 (100,0) | 16 (100,0) | 54 (100,0) |

*Quatro óbitos foram excluídos por falta de informação do peso ao nascer.

Fonte: SIM / Classificação Brasileira de Evitabilidade.

Verificou-se que as causas evitáveis predominaram nos dados desta pesquisa (64,8%), colocando em evidência os

óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto, conforme indicado na Tabela 2. Esta predominância de mortes por causas evitáveis revela que a mistanásia se fez muito presente no contexto analisado.

Além das lacunas do processo de investigação relatadas, evidencia-se neste estudo que a elevada proporção de mortes evitáveis indica a existência de desafios na assistência prestada ao binômio mãe-filho pelo SUS. Observou-se que aproximadamente 75% dos óbitos infantis poderiam ser evitados por ações efetivas dos serviços de saúde, sendo as mortes evitáveis por adequada atenção à mulher durante a gestação e o parto e ao feto/recém-nascido as mais frequentes.

O Quadro 1 apresenta a análise comparativa dos resultados encontrados na classificação da causa básica dos óbitos com base na LBE, realizada neste estudo, e os resultados das investigações realizadas pelo município de Caicó (RN).

Quadro 1 - Distribuição dos óbitos fetais comparando o resultado da classificação com base na Lista Brasileira de Evitabilidade realizada neste estudo e o resultado da investigação obtida pelo município, por causa básica. Caicó/RN. 2016.

| Óbito Fetal | Causa básica - após investigação - classificação com base na Lista Brasileira de Evitabilidade | Resultado da investigação - município - | Concordância dos resultados |
|---|---|---|-----------------------------|
| CAUSAS EVITÁVEIS | | | |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação | | | |
| CF28 | Isoimunização RH do feto e do recém-nascido - P55.0 | ● | ✓ |
| CF32 | Feto e recém-nascido afetados por doenças maternas renais e das vias urinárias – P00.1 | ● | ✓ |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto | | | |
| CF2 | Hipoxiaintra-uterina não específica - P20.9 | X | X |
| CF3 | Hipóxia intra-uterina não específica - P20.9 | X | X |
| CF4 | Feto e recém-nascido afetado por outras anomalias morfológicas e funcionais da placenta e não especificadas - P02.2 | X | X |
| CF5 | Hipóxia intra-uterina não específica - P20.9 | ● | X |
| CF10 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | X |
| CF11 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | X | X |
| CF12 | Hipoxiaintra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | X |
| CF13 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | X | X |
| CF15 | Hipoxiaintra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | X |
| CF21 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | X |
| CF22 | Hipóxia intra-uterina não específica - P20.9 | ● | X |
| CF23 | Feto e recém-nascido afetados por coriomnionite - P02.7 | ● | X |
| CF25 | Feto e recém-nascido afetado por outras anomalias morfológicas e funcionais da placenta e não especificadas - P02.2 | X | X |
| CF26 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✓ |
| CF27 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✓ |
| CF31 | Feto e recém-nascido afetados por outras compressões do cordão umbilical – P02.5 | ● | X |

| Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido | | | |
|---|---|---|---|
| CF19 | Síndrome do Filho de mãe com Diabetes Gestacional - P70.0 | X | X |
| CAUSAS DE MORTE MAL-DEFINIDAS | | | |
| CF1 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF6 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | X |
| CF7 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF8 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF9 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF14 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF16 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF17 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF18 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF20 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | X |
| CF24 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | X |
| CF29 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | X |
| CF30 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | X |
| DEMAIS CAUSAS (NÃO CLARAMENTE EVITÁVEL) | | | |
| CF33 | Gastrosquise - Q79.3 | ● | ✓ |

● Óbito evitável ● Óbito não evitável Inc●clusivo
X Óbito investigado sem classificação de evitabilidade
✓ Com concordância X Sem concordância

Fonte: SIM / Lista Brasileira de Evitabilidade.

Para os óbitos fetais, só foi possível realizar uma análise comparativa em 17 (51,1%) dos 33 casos, pois os demais não apresentavam conclusão da investigação municipal com classificação de evitabilidade. Destes, somente cinco casos (29,4%) apresentaram concordância de resultados, sendo quatro óbitos evitáveis e um não evitável. Para as causas de morte mal definidas não foi visualizada nenhuma concordância. Segundo a LBE, evidenciou-se ainda, para os natimortos, uma considerável margem de óbitos reduzíveis por ações efetivas dos serviços de saúde (57,5%), com destaque para as causas reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto (84,2%), com a presença elevada de óbitos ocorridos por hipóxia intrauterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto. A hipóxia responde por um terço dos óbitos fetais em países em desenvolvimento, com grande potencial de ser evitável no trabalho de parto a partir de uma adequada assistência obstétrica (Murguía-Peniche et al., 2016).

O número significativo de causas de mortes mal definidas sem alteração da causa básica após investigação para o componente fetal se mostra em destaque, colocando em pauta a qualidade da investigação. Um alto percentual de causas de morte mal definidas impede o uso da informação para determinar o padrão de mortalidade, sendo um importante fator para identificar a qualidade das informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade. O nível muito baixo de concordância entre os resultados revela um fator de extrema importância, merecendo maior atenção e ações futuras mais efetivas, tanto por parte da gestão quanto dos atores envolvidos no processo, para corrigir este quadro (Black et al., 2016; Liu et al., 2016).

Ademais, este estudo identificou que a análise de evitabilidade não foi realizada em mais de 40% dos óbitos investigados pelo município. Questiona-se, então, o porquê de se investigarem tais óbitos, chamando a atenção de que o real objetivo do processo de investigação não está sendo levado em consideração. Tal fato pode caracterizar uma camuflagem do panorama da vigilância do óbito e para apontar uma atividade incipiente do comitê de mortalidade do município, velando fragilidades visíveis que dificultam o aprimoramento dos serviços de saúde, contribuindo ainda mais para a manutenção de iniquidades.

O quadro 2 apresenta a mesma comparação contida no quadro anterior, tendo agora como objeto os óbitos de menores de um ano. Dos 25 casos de óbitos infantis que foram analisados, somente 16 casos (64%) tiveram sua evitabilidade definida pelo município, sendo possíveis de comparação. Destes, apenas 2 casos (12,5%) investigados pelo município apresentaram concordância com a LBE.

Quadro 2 - Distribuição dos óbitos infantis comparando o resultado da classificação com base na Lista Brasileira de Evitabilidade realizada neste estudo e o resultado da investigação obtida pelo município, por causa básica no período 2010 – 2015. Caicó/RN, 2016.

| Óbito Fetal | Causa básica - após investigação - classificação com base na Lista Brasileira de Evitabilidade | Resultado da investigação - município - | Concordância dos resultados |
|--|--|---|-----------------------------|
| CAUSAS EVITÁVEIS | | | |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação | | | |
| CI1 | Imaturidade Extrema- P07.2 | ● | X |
| CI2 | Outro RN de pré termo - P07.3 | ● | X |
| CI4 | Imaturidade Extrema- P07.2 | ● | X |
| CI6 | RN com peso muito baixo - P07.0 | X | X |
| CI8 | Síndrome da angustia respiratória do RN - P22.0 | X | X |
| CI12 | Outros RN de pré-termo - P07.3 | X | X |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto | | | |
| CI10 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada durante o trabalho de parto e parto - P20.1 | X | X |
| CI15 | Feto e RN afetados por outras anormalidades morfológicas e funcionais da placenta e as não especificadas - P02.2 | ● | X |
| CI18 | Asfixia ao nascer.não especificada - P21.9 | X | X |
| CI24 | Síndrome de aspiração neonatal não especificada -P24.9 | ● | X |
| Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido | | | |
| CI5 | Septicemia bacteriana não especifica do RN - P36.9 | ● | X |
| CI9 | Feto e RN afetados por complicações não especificadas do trabalho de parto e parto - P03.9 | ● | X |
| CI13 | Septicemia bacteriana não especifica do RN - P36.9 | X | X |
| CI14 | Septicemia bacteriana não especifica do RN - P36.9 | X | X |
| CI16 | Síndrome da angustia respiratória do RN - P22.0 | ● | ✓ |
| Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde | | | |
| CI23 | Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível - A09 | ● | X |
| CI25 | Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível - A09 | ● | X |
| DEMAIS CAUSAS (NÃO CLARAMENTE EVITÁVEL) | | | |
| CI3 | Outras manifestações congênitas específicas | ● | X |

| | | | |
|------|--|---|---|
| CI7 | do coração - P24.8 Manifestações não específicas do coração - Q24.9 | ● | X |
| CI17 | Hérnia diafragmática congênita - Q79.0 | ● | ✓ |
| CI19 | Espinha bífida não especificada- Q05.9 | ● | X |
| CI20 | Insuficiência hepática aguda e subaguda - K72.0 | ● | X |
| CI21 | Estenose Congênita da válvula tricúspide - Q22.4 | ● | X |
| CI22 | Hidrocefalia congênita não especificada - Q03.9 | X | X |

● Óbito evitável ● Óbito não evitável ● Inconclusivo
X Óbito investigado sem classificação de evitabilidade
✓ Com concordância X Sem concordância

Fonte: SIM / Lista Brasileira de Evitabilidade.

O estudo ainda sinalizou uma ocorrência de 17 óbitos (64%) ocorridos por causas evitáveis segundo a LBE, diferente do que apresentou a investigação municipal, que revelou uma gama de óbitos com investigação finalizada como inconclusiva. Para este componente, foi verificado também um percentual significativo de óbitos não claramente evitáveis a partir da LBE (28%).

A análise comparativa voltada aos óbitos infantis apresenta um outro aspecto relevante. Além da proporção da evitabilidade, semelhante aos óbitos fetais, traz ainda um menor índice de concordância, decorrente da grande margem de óbitos inconclusivos, associados a um número significativo de causa de morte mal definida, colocando em questionamento a qualidade dessas investigações, dificultando a visualização da situação sobre as reais causas de mortalidade da população de forma fidedigna, além de direcionar políticas em saúde para áreas específicas (Moreira et al., 2017; Dias, Santos Neto & Andrade, 2017).

Assim sendo, a prática real apresentada vem cada vez mais contribuindo para a ocorrência de morte e sofrimentos desnecessários, quando, na verdade, deveria se oferecer atendimento de qualidade. Crianças morrem por falta de compromisso e responsabilidade de quem deveria garantir a vida, mais uma vez, revelando a presença da mistanásia.

De fato, a utilização da LBE, nesse contexto, despertou a inquietude diante de tanta evitabilidade. Além disso, o município precisa rever a maneira de como vem fazendo investigação de óbitos, já que este processo se comporta como mais um fator a corroborar com um ciclo vicioso de iniquidade. Para tanto, deve ser focado um olhar diferenciado acerca da importância de se investigar um óbito com qualidade, responsabilidade e tempo oportuno.

4. Considerações Finais

A responsabilidade e o compromisso dos serviços de saúde com a população de sua área de abrangência e, neste caso, com a morte de criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, buscando sempre a identificação de aspectos determinantes do óbito, as estratégias e medidas preventivas de óbitos evitáveis, para que assim, o nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil.

Considerando que os determinantes socioeconômicos e a organização dos serviços de atenção à saúde são reflexos das políticas públicas e interferem na saúde da mulher e da criança, o conhecimento dessa realidade a partir da vigilância do óbito torna-se fundamental. Sendo assim, faz-se necessário repensar os aspectos que se mostraram insuficientes para a qualidade das investigações dos óbitos infantis e fetais, a fim de evitar lacunas a serem respondidas, para que se possa prevenir mortes evitáveis o quanto antes.

Este contexto mistanásico apresentado traz para o cerne do problema, responsabilidades de todos os envolvidos no

processo de cuidado e levanta sérias questões de cunho ético, reforçando a mobilização de gestores e equipes de saúde de forma a promover estratégias em busca de uma vigilância eficaz do óbito, favorecendo processos dinamizadores, onde cada óbito ocorrido gere investigações com múltiplos olhares, de familiares, trabalhadores e gestores, de modo a fomentar uma análise crítico reflexivo sobre o cuidado e o sistema de saúde, contribuindo assim, para o reconhecimento das limitações para redução das iniquidades em saúde.

Deve-se ressaltar que apesar do presente estudo ter sido realizado em uma cidade de médio porte, o que pode se caracterizar como uma limitação, a intenção neste momento não é generalizar essa situação revelada aqui, mas, contribuir para sinalizar essa problemática e estimular estudos similares nesse segmento e, assim, visualizar melhor a existência ou não dessa complexa realidade, que ora se apresenta demasiadamente iníqua. Além disso, a presente pesquisa traz para o debate a qualidade da investigação de óbitos infantis e fetais, assunto de extrema relevância, mas que tem sido pouco abordado na literatura.

Referências

- Araujo Filho, A. C., Sales, I. M., Araújo, A. K., Almeida, P. D., & Rocha, S. S. (2017). Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. *Rev Cuid*, 8(3), 1767-1776. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.417>
- Black, R. E., Levin, C., Walker, N., Chou, D., Liu, L., Temmerman, M. et al. (2016). Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from disease control priorities. *The Lancet*, 388(10061), 2811-2824. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00738-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00738-8)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº72, 11 de janeiro de 2010*. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/MatrizizesConsolidacao/comum/6044.html>
- Brown, H. L., Small, M. J., Clare, C. A., & Hill, W. C. (2020). Black women health inequity the origin of perinatal health disparity. *J Natl Med Assoc*, S0027-9684(20), 30421-1. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.11.008>
- Caldas, A. D., Santos, R. V., Borges, G. M., Valente, J. G., Portela, M. C., & Marinho, G. L. (2017). Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 33(7), e00046516. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046516>
- Carvalho, G. M., Saldanha, R. R., & Munekata, L. Y. (2016). Breves considerações sobre a mistanásia e o caso do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – PR. *Brasil. Opin. Jurid*, 15(29), 223-242. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-25302016000100012&lng=en&tlng=pt
- Chao, F., You, D., Pedersen, J., Hug, L., & Alkema, L. (2018). National and regional under-5 mortality rate by economic status for low-income and middle-income countries: a systematic assessment. *Lancet Glob Health*, 6(5), e535-e547. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30059-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30059-7)
- Delnord, M., & Zeitlin, J. (2019). Epidemiology of late preterm and early term births - An international perspective. *Semin Fetal Neonatal Med*, 24(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.09.001>
- Dias, B. A., Santos, Neto, E. T. & Andrade, M. A. (2017). Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões. *Cad. Saúde Pública*, 33(5), e00125916. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00125916>
- Ferreira, A., Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Brehmer, L. C., & Xavier, A. C. (2019). Evitabilidade do óbito infantil e fetal: interlocução entre comitê e atenção primária à saúde. *Cogitare enferm*, 24, e56649. <dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56649>
- Geremew, A. B., Boke, M. M., & Yismaw, A. E. (2020). The effect of antenatal care service utilization on postnatal care service utilization: a systematic review and meta-analysis study. *J Pregnancy*, 2020, 7363242. <https://doi.org/10.1155/2020/7363242>
- Hedstrom, A., Perez, K., Umoren, R., Batra, M., & Engmann, C. (2019). Recent progress in global newborn health: thinking beyond acute to strategic care? *J Perinatol*, 39(8), 1031-1041. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0384-z>
- Huff, K., Rose, R. S., & Engle, W. A. (2019). Late preterm infants: morbidities, mortality, and management recommendations. *Pediatr Clin North Am*, 66(2), 387-402. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.008>
- Jacques, N., Mola, C. L., Joseph, G., Mesenburg, M. A; & Silveira, M. F. (2019) Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 243, 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.055>
- Leal, M. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V., Aquino, E. M., Barreto, M. L., Barros, F. et al. (2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva*, 23(6), 1915-1928. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J. et al. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388(10063), 3027-3035. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)

- Moreira, K. F., Bicalho, B. O., Santos, L. C., Amaral, F. M., Órfão, N. H., & Cunha, M. P. (2017). Perfil e evitabilidade de óbito neonatal em um município da Amazônia legal. *Cogitare Enfermagem*, 22(2), e48950. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.48950>
- Murguía-Peniche, T., Illescas-Zárate, D., Chico-Barba, G., & Bhutta, Z. A. (2016). An ecological study of stillbirths in Mexico from 2000 to 2013. *Bull World Health Organ*, 94(5), 322-330A. <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/15-154922.pdf>
- Oliveira, C. M., Bonfim, C. V., & Medeiros, Z. M. (2017). Mortalidade infantil e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos das ações da vigilância do óbito. *Rev enferm UFPE on line*, 11(Supl.2), 1078-85. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13479>
- Pels, A., Beune, I. M., van Wassenaeer-Leemhuis, A. G., Limpens, J., & Ganzevoort, W. (2020). Early-onset fetal growth restriction: a systematic review on mortality and morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99(2), 153-166. <https://doi.org/10.1111/aogs.13702>
- Pessini, L., & Ricci, L. A. (2017) *O que entender por Mistanásia?* In Godinho, A.M., Leite, G.S., & Dadalto, L. (Org.). Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna. (pp.167-191). Almedina.
- Picoli, R. P., Cazola, L. H., & Nascimento, D. D. (2019). Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. *Ciênc. saúde coletiva*, 24(9), 3315-3324. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.26622017>
- Rêgo, M. G., Vilela, M. B., Oliveira, C. M., & Bonfim, C. V. (2018). Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*, 39, e2017-0084. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0084>
- Reno, R., & Hyder, A. (2018). The evidence base for social determinants of health as risk factors for infant mortality: a systematic scoping review. *J Health Care Poor Underserved*, 29(4), 1188-1208. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0091>
- Vieira, F. M., Kale, P. L., & Fonseca, S. C. (2020). Aplicabilidade da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde, para análise de óbitos perinatais em municípios dos estados Rio de Janeiro e São Paulo, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2), e201942. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200019>
- Watterberg, K. (2020). committee on fetus and newborn. providing care for infants born at home. *Pediatrics*, 145(5), e20200626. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0626>