

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RENATA BARBOSA DA SILVA

**ESTRUTURAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE ÓBITOS NO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DA REGIÃO DO ALTO RIO
JURUÁ**

CRUZEIRO DO SUL

2014

RENATA BARBOSA da SILVA

**ESTRUTURAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE ÓBITOS NO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DA REGIÃO DO ALTO RIO
JURUÁ.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Opção: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dr^a Vitória Regina Petters Gregório

CRUZEIRO DO SUL

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Estruturação e Implantação da Vigilância de Óbitos no Distrito Sanitário Especial Indígena da região do Alto Rio Juruá de autoria do aluno RENATA BARBOSA da SILVA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem opção: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Dra. Vitoria Regina Petters Gregório

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

Cruzeiro do Sul

2014

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo orientar a estruturação e implementação da vigilância de óbitos no Distrito Sanitário Especial Indígena da região do Alto Rio Juruá (DSEI/ARJ). A carência de informações sobre os eventos vitais na população indígena apontam a necessidade de organizar a vigilância de óbitos, levando em consideração a sua especificidade cultural, geográfica e as elevadas taxas de mortalidade infantil indígena. O bom funcionamento da vigilância de óbitos no DSEI necessita da existência de grupo técnico (GT) atuante e fluxos bem definidos. O Distrito Sanitário de Saúde Indígena do Alto Rio Juruá foi criado pela Portaria nº 852 de 30 de setembro de 1999, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a competência de atuar como unidade de execução das ações destinadas a promoção, proteção e recuperação à saúde do Índio. O grupo técnico distrital é multiprofissional, constituído pelo médico, a referência técnica da área de saúde da mulher e da criança e da área da vigilância do óbito, representante do Conselho Distrital Indígena (CONDISI) e chefe da Divisão de Atenção a Saúde Indígena (DIASI). O grupo técnico de vigilância do óbito será ainda formalizado pela publicação de uma portaria da Secretaria Especial Saúde Indígena (SESAI/MS). Após a formação do grupo técnico de vigilância do óbito foi realizadas reuniões onde foi exposto as atribuições do grupo, confecção do fluxo de vigilância de óbito e o plano de trabalho para qualificação da vigilância do óbito materno, fetal e infantil do DSEI/ARJ.

Palavras-chave: Saúde de populações indígena; Mortalidade materna; Enfermagem obstétrica.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 8 |
| 3 MÉTODO | 12 |
| 4 RESULTADO | 13 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 16 |
| REFERÊNCIAS | 17 |

1 INTRODUÇÃO

A vigilância de óbitos compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, mulheres em idade fértil, infantis, fetais e com causas mal definidas e a proposição de medidas de prevenção e controle, contribuindo para a melhoria do registro dos óbitos, orientando as ações de intervenção e informando sobre o contexto social e econômico da população. Possibilita ainda a avaliação das ações e os serviços de saúde e contribui no processo de formação dos profissionais envolvidos por meio de ações de sensibilização e estudos de caso. Dentre os objetivos de desenvolvimento do milênio assinados por 191 países, entre eles o Brasil, destacam-se os objetivos IV e V que estabelecem reduções nas taxas de mortalidade em menores de 5 anos e redução da mortalidade materna em três quartos dos valores até 2015. As portarias MS/GM Nº1 119/2008 e na 72/2010 tornou obrigatória a vigilância de óbito de mulheres em idade fértil (MIF), infantis e fetais por todos os serviços de saúde que integram o sistema único de saúde (SUS). Para alcançar esses objetivos a investigação de óbito é fundamental. O presente instrutivo visa orientar a estruturação e implementação da vigilância de óbitos no Distrito Sanitário Especial Indígena da região do Alto Rio Juruá (DSEI/ARJ).

O início oportuno do processo de investigação é essencial para aumentar a agilidade na identificação de estratégias que previnam a ocorrência de novos óbitos. Para definição dessas estratégias, deve-se considerar a portaria nº 72/2010, bem como a classificação de evitabilidade de óbitos constantes nos anexos do manual de investigação do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção de óbito infantil e fetal. A investigação deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros trinta dias, e iniciada após a primeira semana da ocorrência do óbito.

A carência de informações sobre os eventos vitais na população indígena apontam a necessidade de organizar a vigilância de óbitos no DSEI, levando em consideração a sua especificidade cultural, geográfica e as elevadas taxas de mortalidade infantil indígena. O bom funcionamento da vigilância de óbitos no DSEI necessita da existência de grupo técnico (GT) atuante e fluxos bem definidos.

Objetivo Geral

Implantar grupo técnico de vigilância de óbito indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena da região do Alto Rio Juruá.

Objetivos específicos

1. Elaborar as atribuições do grupo técnico de vigilância de óbito indígena;
2. Formar o fluxo de vigilância de óbito;
3. Quantificar os óbitos maternos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Distrito Sanitário de Saúde Indígena do Alto Rio Juruá (DSEI-ARJ) foi criado pela Portaria nº 852 de 30 de setembro de 1999, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a competência de atuar como unidade de execução das ações destinadas a promoção, proteção e recuperação à saúde do Índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade, cabendo-lhe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com controle social.

A partir da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, através do Decreto Presidencial nº 7.336 de 20/10/2010, as ações de Atenção a Saúde Indígena, até então sob a responsabilidade da FUNASA, passaram a ser de responsabilidade dos DSEIs.

Compete à SESAI/MS coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do SasiSUS, além de promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena. É responsabilidade da SESAI, também, identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são conceituados pela Política Nacional de Saúde Indígena como um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. O DSEI-ARJ encontra-se sediado na cidade de Cruzeiro do Sul- Acre faz divisa com o Peru. Atende uma população de aproximadamente 14.029 indígenas de 14 Etnias, residentes em 114 aldeias, num território de 216.146km², localizado no noroeste do estado, abrangendo oito municípios: Cruzeiro do Sul, Feijó, Jordão, Marechal

Thaumaturgo, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Porto Walter e Tarauacá. A referência SUS de média complexidade fica localizado no município de Cruzeiro do Sul e a alta complexidade em Rio Branco, as mesmas ficam bem distantes dos municípios de abrangência do DSEI principalmente de: Jordão, Marechal Thaumaturgo e Porto Walter municípios cujo acesso é somente via aéreo e fluvial. O que dificulta o traslado dos indígenas para a referência SUS, bem como a dificuldade de se garantir que os insumos e matérias cheguem a tempo oportuno nestes Pólos.

As especificidades regionais geográficas são muitas como: as distâncias de algumas aldeias, que se localizam a grandes distâncias do Pólo, algumas com tempo de viagem de 07 dias, além das influências sazonais (seca nos rios), que dificulta bastante o acesso fluvial, pois as embarcações não trafegam bem devido ao baixo volume das águas, deixando muitas vezes de atender em tempo oportuno os resgates de urgência e emergência, principalmente as urgências maternas e de crianças, tendo em vista as mortes maternas por falta de resgate em tempo hábil nas aldeias distantes.

Visando melhorar esta realidade e com base nas definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90, iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e destacou como um de seus princípios “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990) e especifica ainda diferentes aspectos da área de atuação da epidemiologia nos serviços de saúde, seja num aspecto mais geral, como forma de analisar a situação de saúde da população, até níveis mais específicos relativos às atividades de vigilância epidemiológica.

Na perspectiva de melhorar a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi organizada uma série de ações estratégicas por meio de Programas de Saúde e pactos e estabelecidos compromissos entre gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), profissionais de saúde, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, com vistas à transformação do quadro epidemiológico e à efetivação dos direitos à saúde no Brasil.

Entre as ações, salientamos o Pacto pela Saúde de 2006, firmado entre o Ministério da Saúde e os Conselhos Nacionais dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e os dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), cujas propostas concentram-se nas mudanças de gestão, no processo de pactuação entre gestores e no controle social do SUS. Esse pacto apresentou mudanças significativas para a

implantação do SUS, entre as quais ressaltamos o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida tem como base a análise da situação de saúde do país, estabeleceu seis compromissos prioritários a serem implementados pelas três esferas de governo de forma a alcançar as metas pactuadas. Dentre esses compromissos está a redução da mortalidade infantil e materna.

A melhoria das condições de vida e trabalho, a inserção na sociedade sem discriminação ou violência, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a uma assistência integral e digna evitariam que mulheres perdessem suas vidas por complicações na gestação, parto ou puerpério. Durante longo tempo, a morte materna teve pouca visibilidade social, talvez porque, pensando em números absolutos, é difícil dimensionar a extensão do problema. Desde a década de 1980 são realizadas investigações sobre a mortalidade materna e as suas repercussões sociais, em comparações com diferentes países e regiões. Dessa forma, tem sido possível reconhecer a existência de uma situação dramática e injusta, até então silenciosa.

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), morte materna é:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

O estudo da morte materna permite avaliar se as ações do governo para promover a saúde da mulher estão sendo bem-sucedidas. O indicador utilizado nesse estudo é chamado Razão de Mortalidade Materna (RMM), que mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal.

Uma iniciativa importante foi a Portaria GM nº 1.192/2008 do Ministério da Saúde que determinou a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, para identificar se a mulher que morreu estava no período gravídico puerperal (BRASIL, 2008).

Entre 1990 e 2010 houve uma queda da mortalidade materna no Brasil (de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 66 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos) que representou uma queda de quase 54%. O motivo foi decorrente de uma série de fatores, entre eles: aumento da escolaridade feminina; queda do número de filhos por mulher; redução da desigualdade social; expansão da rede básica de saúde; aumento da cobertura dos serviços de planejamento reprodutivo e do pré-natal; e maior acesso e qualificação da assistência hospitalar ao parto e puerpério.

3 MÉTODO

No Brasil a vigilância de óbitos se dá pela atuação dos Comitês estaduais, regionais e municipais de prevenção do óbito materno, infantil e fetal, núcleos hospitalares de epidemiologia (NHE) ou comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) e grupos técnicos de investigação, estruturados em diferentes contextos.

Os comitês de prevenção do óbito são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos e propor intervenções para redução da mortalidade. São importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção.

Na saúde indígena foi estruturado no âmbito nacional e em cada DSEI, um grupo técnico (GT) responsável pela vigilância do óbito. O grupo técnico distrital é multiprofissional, constituído pelo médico, a referência técnica da área de saúde da mulher e da criança e da área da vigilância do óbito, representante do Conselho Distrital Indígena (CONDISI) e chefe da Divisão de Atenção a Saúde Indígena (DIASI). O grupo técnico de vigilância do óbito será ainda formalizado pela publicação de uma portaria da Secretaria Especial Saúde Indígena (SESAI/MS).

Após a formação do grupo técnico de vigilância do óbito foi realizadas reuniões onde foi exposto as atribuições do grupo, confecção do fluxo de vigilância de óbito e o plano de trabalho para qualificação da vigilância do óbito materno, fetal e infantil do DSEI/ARJ.

4 RESULTADOS

São atribuições do grupo técnico distrital de vigilância de óbito:

- Analisar as fichas de investigação do óbito materno, fetal, infantil, mulheres em idade fértil e por causas mal definidas indígena, produzidas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena, na jurisdição do DSEI/ARJ;
- Investigar os casos em que haja ausência ou insuficiência de informações ou o aprofundamento da investigação das circunstâncias da morte;
- Encaminhar os resultados da investigação aos comitês municipais e/ou estaduais para análise, encaminhamentos e propostas de intervenção;
- Alimentar, atualizar e monitorar o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação a Atenção a Saúde Indígena (SIASI) e realizar a análise das informações referentes aos óbitos, na perspectiva da prevenção de novas ocorrências, com especial atenção à identificação de problemas relacionados à:
 - Assistência de saúde prestada à mulher e à criança indígena;
 - Organização dos serviços e do sistema de saúde; e
 - Condições sociais, da família e da comunidade.
- Atuar para melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos maternos, fetais, infantis, mulheres em idade fértil (MIF) e por causas mal definidas;
- Oferecer subsídios para aperfeiçoamento da Política Estadual de redução da Mortalidade Materna e infantil numa articulação conjunta com os comitês regionais e municipais;
- Contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização e educação continuada dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, cartão da gestante e cartão da criança, declaração de nascidos vivos (DNV), declaração de óbito (DO), fichas de notificações e investigações;

- Avaliar, mensalmente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e colaborar na definição de medidas de intervenção para redução da mortalidade;
- Divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de materiais específicos (relatórios/boletins periódicos);
- Promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil locais, com vistas à prevenção da mortalidade;
- Convidar especialistas das diversas áreas de interesse a participar e colaborar com as atividades do grupo técnico;
- Promover a articulação e participação nos comitês municipais, regionais, e/ou estaduais de investigação e prevenção de óbitos materno, infantil e fetal, com vistas à redução da mortalidade;

O Fluxo de Vigilância de Óbito

A declaração de óbito (DO) deve ser instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação, de tal forma que deve ser verificado se o fluxo da DO está sendo realizado e em tempo oportuno. Do contrário, medidas de regularização desse fluxo devem ser tomadas, assegurando o registro do óbito indígena.

O fluxo da DO está formalizado nos termos da Portaria Nº 116/2009, e ocorre nos casos:

- Quando o óbito ocorreu em aldeias indígenas com médico e o óbito foi de causa natural;
- Quando o óbito ocorreu em aldeias indígenas sem médico e o óbito foi natural, a equipe multidisciplinar responsável pela atenção à saúde indígena, ao tomar conhecimento do óbito, deverá ir ao cartório e solicitar a emissão da certidão de óbito;
- Quando não tiver equipe multidisciplinar o DSEI fica responsável por promover a emissão da DO;
- Quando o óbito for por causas externas a DO deve ser emitida pelo IML, ou em localidade sem IML de referência ou equivalente, a DO deverá ser emitida por qualquer médico da localidade, ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual. Por questão cultural a

família da falecida pode não autorizar a necropsia, o que resultará em DO com causa desconhecida de morte;

- Quando o óbito ocorre em hospital, este solicitará o laudo de necropsia, e a DO será emitida pelo IML e encaminhada à secretaria municipal de saúde;

Quantificar os óbitos maternos

Em 2013 o DSEI/ARJ registrou 03 óbitos maternos e 480 nascidos vivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços observados a partir da década de 1990 no que diz respeito ao direito à saúde, para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal é necessário aprofundar a implementação das políticas e dos programas; ampliar o acesso aos serviços e às ações previstas; investir na melhoria da qualidade da assistência; e instituir a prática de monitoramento e avaliação em saúde reprodutiva.

Paralelamente, são necessárias políticas públicas e a participação ativa da sociedade para reduzir as desigualdades sociais e as discriminações de gênero e étnico-raciais. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde ou de outra área, atuando no setor público ou privado, deverão participar das ações de vigilância e controle da mortalidade materna, infantil e fetal.

Observa-se também, a importância das ações de vigilância, onde essa prática requer profissionais capacitados, tanto aqueles responsáveis pela execução das ações como os que atuam na assistência. Requer ainda fluxos definidos e organizados, de modo que a informação coletada no nível local seja disponibilizada aos demais níveis de forma qualificada e oportuna. Portanto, a vigilância do óbito realizada de forma sistemática e integrada aos diferentes setores permite a construção de indicadores para o monitoramento da situação da mortalidade materna, infantil e fetal, gerando informação para todas as instâncias responsáveis pela definição das diretrizes e políticas e para sociedade civil exercer o controle social. Sendo que o grupo técnico de vigilância do óbito tem autonomia e independência e seus membros o compromisso de buscar a melhoria da qualidade na atenção à saúde da mulher e da criança.

REFERENCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 de fev. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 10ª *revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993.

IPEA. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/100408_relatorioodm.pdf. Acesso em: 19 maio de 2014.