

A vigilância do óbito como instrumento para reduzir a invisibilidade da exclusão social e assistencial de mulheres e crianças

As mortes maternas e infantis constituem problema de saúde pública na maioria dos países, apesar de predominantemente evitáveis. Entendendo a negação à vida como a supressão ao direito humano mais elementar, a Organização das Nações Unidas estimulou os países a assumirem compromissos para o seu enfrentamento desde o ano 2000, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), atualizadas em novas metas a serem alcançadas até 2030 nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).¹

Entretanto, as mortes fetais igualmente relevantes, além de não contempladas nos ODM e ODS, são negligenciadas e imperceptíveis à sociedade e ao poder público por não serem foco de atenção particular. A visibilidade concedida à mortalidade materna e infantil por meio do monitoramento dos ODM favoreceu a redução do problema, ainda que não uniformemente, em todos os países e que, mesmo entre os que mais avançaram, permanecem dívidas com populações específicas como as indígenas, quilombolas, ciganas, ribeirinhas e em situação de rua.^{2,3}

Para que se desenvolvam políticas públicas efetivas direcionadas às mulheres e crianças, é imprescindível um adequado conhecimento quanto à relevância dos problemas, seus determinantes e circunstâncias de sua ocorrência. Países que dispõem de sistemas de informação de registro contínuo completo dimensionam com segurança a magnitude da mortalidade, embora por vezes as informações sejam insuficientes para apreender os fatos relacionados ao óbito e identificar grupos socialmente marginalizados.⁴

No Brasil e em países que dispõem desses sistemas, além do aprimoramento da contagem dos óbitos materno, fetal e infantil e da qualidade das informações, é necessário compreender o evento em profundidade e em múltiplas perspectivas, para identificar os grupos mais afetados pelas iníquas condições de acesso a bens e serviços e intervir sobre elas.^{5,6}

Há décadas os óbitos materno e infantil são utilizados como eventos sentinela pela sua capacidade de avaliar a qualidade da atenção à saúde em muitos países que adotam diferentes arranjos organizacionais na investigação dos casos, condicionados pelo perfil epidemiológico, assistencial e capacidade operacional. Só mais recentemente os óbitos fetais foram incorporados na agenda de eventos passíveis de vigilância.⁷

A vigilância do óbito ao informar aos interessados sobre a cadeia de contingências que culminaram com uma morte potencialmente evitável reconhece a estratégia como ferramenta de gestão, favorece a reflexão crítica dos envolvidos com o caso e amplia a possibilidade de melhoria no acesso às ações e serviços durante a gestação, parto, nascimento, puerpério e puericultura.⁸ De forma igual, o planejamento de intervenções focadas em obstáculos a uma assistência de qualidade contribui para redução de mortes evitáveis e iniquidades sociais sendo um instrumento para desnaturalizar as mortes consentidas pela sociedade.

Evidentemente a disseminação de informações e esclarecimentos sobre este tema aos profissionais da área, aos gestores e aos órgãos de saúde materno-infantil é bastante necessária, não sendo portanto irrelevante a contribuição dos periódicos científicos com escopo epidemiológico envolvendo a saúde da mulher e especialmente a saúde da criança.

Referências

1. Grove J, Claeson M, Bryce J, Amouzou A, Boerma T, Waiswa P, Victora C, Kirkland Group. Maternal, newborn, and child health and the Sustainable Development Goals—a call for sustained and improved measurement. *Lancet*. 2015; 386 (10003): 1511-4.
2. Merali HS, Lipsitz S, Hevelone N, Gawande AA, Lashoer A, Agrawal P, Spector J. Audit-identified avoidable factors in maternal

- and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14 (280): 1-12.
3. WHO (World Health Organization). Death reviews: maternal, perinatal and child. WHO 2013. [cited 2016 Jan 24]. Available from: <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks27/en/>
 4. Frias PG, Szwarcwald CL, Lira PIC. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (10): 2068-280.
 5. Stratulat P, Curteanu A, Caraus T, Petrov V, Gardosib J. The experience of the implementation of perinatal audit in Moldova. *BJOG*. 2014; 121 (Suppl. 4): 167-71.
 6. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47 (2): 379-89.
 7. GOV.UK. Department for Education. Child death reviews: forms for reporting child deaths. [cited 2017 Jan 09]. Available from: <http://www.nrhmhp.gov.in/sites/default/files/files/Child%20death%20Review%20guidelines.pdf>
 8. Bensaïd K, Yaroh AG, Kalter HD, Koffi AK, Amouzou A, Maina A, Kazmi N. Verbal/Social Autopsy in Niger 2012-2013: A new tool for a better understanding of the neonatal and child mortality situation. *J Glob Health*. 2016; 6 (1): 010602.

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei ¹

Paulo Germano de Frias ²

¹ Editora Associada. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, PE, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.