

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
(CEABSF)

RENATA DA HORA REUTER

CAUSAS DE ÓBITOS MATERNO E INFANTIL NO MUNICÍPIO DE CARLOS
CHAGAS - MG

Belo Horizonte (MG)

2011

RENATA DA HORA REUTER

**CAUSAS DE ÓBITOS MATERNO E INFANTIL NO MUNICÍPIO DE CARLOS
CHAGAS - MG**

Belo Horizonte (MG)

2011

RENATA DA HORA REUTER

**CAUSAS DE ÓBITOS MATERNO E INFANTIL NO MUNICÍPIO DE CARLOS
CHAGAS - MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profª Daniele Araújo Campos Szuster

Belo Horizonte (MG)

Fevereiro/2011

DEDICATORIA

Dedico este trabalho de conclusão aos meus pais, irmã e ao meu namorado que me incentivaram na realização desta pós-graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas do meu convívio que acreditaram e contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso.

Aos meus pais Antero Gustavo Reuter Santos e Lenilda da Hora Reuter e à minha irmã Thays da Hora Reuter sou imensamente grata.

Ao meu namorado Ian Batista Dantas que soube entender os momentos de ausência para conclusão deste trabalho.

A minha orientadora Daniele Araújo, pelo empenho, paciência e credibilidade, obrigada por tudo.

RESUMO

Uma gestação bem acompanhada permite o nascimento adequado de crianças saudáveis. 75% das gestantes não desenvolvem qualquer tipo de complicação durante a gravidez ou parto, mas o restante 25% corre risco de vida. A maioria dos óbitos maternos, fetal e infantil ocorre por causas evitáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Este trabalho tem por objetivo descrever as causas de óbito materno e infantil no município de Carlos Chagas a partir da avaliação das declarações de óbito de gestantes, fetos e recém nascidos até 6 dias de vida. As declarações de óbito foram fornecidas pela Secretaria municipal de saúde do município, assim como foi feito levantamento de dados junto ao sistema SIM do Datasus.

Foram encontrados 24 óbitos de recém nascidos entre os anos de 2006 e 2010, sendo 13 fetais e 11 não fetais. Do total de óbitos, 10 deles foram registrados sem causa especificada, o que representa 41% do total de óbitos e 76% dos óbitos fetais. As demais causas estavam relacionadas principalmente com problemas respiratórios. Identificaram-se falhas de preenchimento das declarações de óbito. Verificou-se, ainda, a necessidade de aprimoramento na assistência pré-natal e puerpério de responsabilidade da atenção básica e, durante o parto, de responsabilidade hospitalar.

Descritores: óbito materno e infantil; declaração de óbito.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. ASPECTOS CONCEITUAIS	10
3.1 A saúde da mulher e da criança	10
3.2 O acompanhamento da gestante e recém nascido no município de Carlos Chagas ..	12
3.3 A Declaração de óbito no município de Carlos Chagas	12
4. OBJETIVOS	14
4.1 Objetivo Geral	14
4.2 Objetivos Específicos	14
5. METODOLOGIA.....	15
6. RESULTADOS.....	16
6.1-Descritivo dos óbitos, das mulheres e das crianças.	16
7. Considerações finais.....	20
8. Referências Bibliográficas	22

1. INTRODUÇÃO

O modelo de assistência à saúde brasileira, preconizado pelas políticas públicas vigentes, procura resolver os problemas de maior frequência e mais relevantes com relação à saúde dos cidadãos, dentro dos princípios estabelecidos como de responsabilidade pública. Dessa forma enfatizou as ações componentes da atenção básica em saúde, priorizando um modelo que permita a promoção e a prevenção à saúde (FARIA *et. al.*, 2010).

A estratégia de saúde da família surgiu no Brasil, com a proposta de efetivar os modelos vigentes, voltados para a alta resolutividade da atenção básica, numa nova visão para que os princípios dos SUS pudessem ser alcançados. Faz com que a família seja à base do processo, não a doença ou o doente por si só, mas o contexto no qual o indivíduo está inserido (FARIA *et. al.*, 2010).

As mulheres na sociedade atual são um dos pilares familiares e sofrem um processo saúde – doenças específicas, que passou a ser observado e tratado separadamente. A partir do século XX, o Brasil incorporou políticas voltadas à saúde da mulher, muitas delas enfocando as gestantes, uma vez que uma gestação de boa qualidade é base para um bebê sadio, para evitar complicações tanto para a mãe quanto para o filho. É importante ressaltar que 75% das gestantes não desenvolvem qualquer tipo de complicação durante a gravidez ou parto, mas o restante 25% corre risco de vida. A maioria dos óbitos maternos, fetal e infantil ocorre por causas evitáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

A ESF tem papel importante na evitabilidade destes óbitos através das consultas de pré-natal bem sistematizada e efetiva, garantindo a mulher os exames preconizados pelo ministério da saúde e o número mínimo das consultas incluindo o puerpério, além das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, médico e enfermeiro e o atendimento às crianças na puericultura.

A Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004 preconiza que a atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a

“vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios” (BRASIL, 2004b). Em 2008 a vigilância epidemiológica da morte materna foi regulamentada pela Portaria GM nº 1119 de 5 de junho de 2008 que estabelece fluxos e prazos para agilizar a disponibilidade de informações pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade. (COELHO & PORTO, 2009)

A partir do surgimento da portaria GM nº 1119 de 5 de junho de 2008 todos os municípios foram obrigados a implantar o comitê de mortalidade materna e infantil. O município de Carlos Chagas implantou o comitê em 2009 e o mesmo é atuante desde 2010.

O Comitê de mortalidade tem por função investigar e analisar os óbitos fetal, infantil e materno ocorridos no município com o objetivo de verificar sua evitabilidade e assim buscar medidas preventivas para redução da mortalidade materna e infantil da sua cidade. (FONSECA & COUTINHO, 2004)

2. JUSTIFICATIVA

Quando a Estratégia de Saúde da família surgiu, em 1991, um dos objetivos foi diminuir a mortalidade materna e infantil. Permitiu, ainda, aumentar o acesso das mulheres ao sistema de saúde com a implantação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), principalmente em áreas carentes. A redução da mortalidade materna e infantil é um desafio para a esfera municipal, estadual e federal, visto que índices altos demonstram o baixo desenvolvimento humano do país e as desigualdades sociais, pois os maiores índices de prevalência de óbitos maternos e infantis são em famílias de baixa renda social. (MARTIN, LANA & RESENDE, 2010)

Com as contribuições deste estudo, pretende-se buscar junto à secretaria municipal de saúde capacitação teórica prática para os profissionais inseridos na atenção básica, possibilitando que as gestantes e as crianças recebam melhor assistência e direcionamento.

Este estudo, ao descrever os óbitos de gestantes e perinatais, sua distribuição no município de Carlos Chagas e suas causas, procurarão identificar possíveis deficiências em algumas das fases da atenção básica da saúde materno-infantil, como pré-natal, puerpério, puericultura, além de contribuir para melhoria dos indicadores do município.

3. ASPECTOS CONCEITUAIS

3.1 A saúde da mulher e da criança

A atenção básica é um conjunto de ações de saúde que tem por objetivo a prevenção, promoção da saúde, diagnóstico de agravos, tratamento e manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo. Procuram atender os fundamentos evidenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que são acessibilidade, integralidade, vínculo entre usuários e equipes de saúde, participação popular e controle social, valorização dos profissionais nas suas áreas de atuação e avaliação e acompanhamento das ações realizadas. A partir destes fundamentos criaram-se áreas de atuação específicas para facilitar o acompanhamento da saúde e entre eles destaca-se o programa de saúde da mulher. (BRASIL, 2008)

Em Minas Gerais nascem aproximadamente 300.000 crianças por ano e muitas dessas crianças morrem antes de completar um ano de idade. Em algumas regiões do estado a taxa de mortalidade infantil nessa faixa etária chegou a 40 % para cada 1000 nascidos vivos e mortalidade materna chegou a 42,5 mulheres para cada 100.000 nascidos vivos. A maioria dessas mortes por causas consideradas evitáveis, como diarreia, pneumonia e desidratação para crianças, hemorragias e hipertensão para as mulheres. (SES, 2006)

O governo de Minas Gerais criou o programa Vivo Vida com o objetivo de reduzir em 25% até o ano de 2010 a mortalidade materna com ações voltada a assistência da gestante, recém nascido e crianças até um ano de idade. Foram feitos investimentos na área da atenção básica e na rede hospitalar, além da implantação de comitês de mortalidade materna e infantil nos municípios e no estado (SES, 2006).

O programa de saúde da mulher incorpora ações específicas como acolhimento a mulher em todas as fases da vida, atenção a gestante, com todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, acompanhamento com no mínimo sete consultas de pré-natal, consulta puerperal, prevenção de

câncer de colo de útero e de mama com a coleta do exame de preventivo com foco na mulher em idade fértil (25 a 49 anos), exame clínico das mamas além do direito a mamografia anual a partir dos quarenta anos de idade. Com essas ações, busca-se reduzir a mortalidade materna e neonatal, intercorrências graves durante o pré-natal e puerpério, prevenção e detecção precoce dos casos de câncer de mama e colo do útero. (COELHO & PORTO, 2009).

São ações importantes para o sistema de saúde durante o pré-natal: o diagnóstico precoce da gravidez, captar a gestante no 1º trimestre de gravidez, realizar de consultas médicas e de enfermagem, realização de exames laboratoriais, monitorização de gestantes de alto risco, além da visita puerperal entre outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Em meados da década de 80, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança com o objetivo de avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças. Procurou efetivar programas de controle das diarreias e desidratação, controle das infecções respiratórias agudas, adotou medidas de prevenção e manejo do recém nascido de baixo peso, procurou instruir e intervir na prevenção de acidentes e intoxicações, efetivou ações de assistência ao recém nascido, implantou a política nacional de aleitamento materno, tendo como foco a diminuição da mortalidade fetal, neonatal e infantil (XIMENES, GIUGLIANI & SÁ, 2011).

Nos últimos anos leis e portarias estabeleceram maior segurança as crianças (0 a 09 anos) como proteção legal ao aleitamento materno; imunização; direitos das mulheres gestantes, parturientes e familiares; alojamento conjunto; norma de comercialização dos substitutos do leite materno; Estatuto da criança e do adolescente; banco de leite humano; hospital amigo da criança; atendimento ao recém nascido; triagem neonatal; transmissão vertical do HIV; entre outras (XIMENES, GIUGLIANI & SÁ, 2011).

O acompanhamento da criança na atenção básica deve compreender todos as fases da vida, recém nascido, primeiro ano de vida, pré escolar e escolar.

São ações que envolvem o cuidado a crianças, verificar condições de mãe e criança no domicílio, retornar ao médico no quinto dia de vida, identificar situações de risco, orientar sobre o aleitamento materno e cuidado de higiene, agendar consultas de puericultura, solicitar exames quando necessário, avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, vacinar, entre outras (SES, 2005).

3.2 O acompanhamento da gestante e recém nascido no município de Carlos Chagas

Por ser um município pequeno, com aproximadamente 21.000 habitantes, é possível conhecer e buscar informações sobre todas as gestantes e crianças que residem nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família, tornando mais difícil apenas em áreas de zona rural onde não são cobertas por visitas dos agentes comunitários de saúde.

Buscando estratégias de captação das gestantes no primeiro trimestre de gestação, fazendo acompanhamento através de visitas domiciliares pela equipe, ações de educação em saúde, consultas de pré natal com médico, enfermeiro, odontólogo cria-se um vínculo com essa mulher. Condições de realização de exames solicitados durante o pré natal além de uma referência para esta mulher na hora do parto são medidas que estão sendo desenvolvidas pela secretaria municipal de saúde em parcerias com laboratórios, clínicas especializadas como Centro Viva Vida que atende gestantes que são encaminhadas para o pré natal de alto risco.

O município de Carlos Chagas busca de todas as formas possíveis um monitoramento rigoroso em relação à gestantes e crianças buscando assim reduzir cada vez mais o número de mortalidade de gestantes e crianças até um ano de idade.

3.3 A Declaração de óbito no município de Carlos Chagas

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi implantado no Brasil em 1975 com o objetivo de padronizar a declaração de óbito (DO). A declaração de óbito é um formulário composto de 09 campos diferenciados e 62 variáveis que deve ser preenchido e assinado sem rasuras exclusivamente pelo médico que atestou o óbito. A DO é composta de três vias, onde a primeira via deve ser enviada a secretária municipal de saúde para ser processada, a segunda via deve ser entregue à família para registro em cartório e a terceira anexada ao prontuário do falecido. Caso haja rasura, esta declaração deve ser anulada.

Carlos Chagas é uma cidade situada no Vale do Mucuri com uma população de 21.207 habitantes segundo dados do IBGE (censo 2009). Consta de 06 unidades básicas de saúde e 01 hospital filantrópico geral de baixa complexidade que recebe uma ajuda de custo mensal da secretaria municipal de saúde.

As declarações de óbito do município de Carlos Chagas são enviadas da secretária estadual de saúde (SES) – GRS Teófilo Otoni para Secretaria Municipal de Saúde (SMS) devidamente numerada e em seguida enviada as unidades notificadoras – Hospital Lourenço Westin. Após preenchimento a primeira via é devolvida a SMS e é devidamente conferido, caso necessário a mesma retorna à unidade notificadora para correção ou preenchimento de campos obrigatórios em branco. Em seguida a mesma é encaminhada a GRS- Teófilo Otoni.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever as causas de óbito materno e infantil no município de Carlos Chagas.

4.2 Objetivos Específicos

- Verificar as causas dos óbitos, identificando as possíveis causas evitáveis.
- Avaliar o preenchimento das informações nas declarações de óbito.

5. METODOLOGIA

A análise dos dados teve como fonte os registros das declarações de óbito do município de Carlos Chagas arquivadas na secretária municipal de saúde do ano de 2006 a 2010.

Foi considerada como morte materna àquela ocorrida durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez (LAURENTI et al., 2004).

Foi considerado como morte perinatal do feto ou bebê os óbitos ocorridos a partir de 22 semanas de gestação até 06 dias de vida. Considerou-se óbito fetal aquele que ocorre antes que o conceito seja expulso ou extraído completamente do organismo materno, independente da duração da gestação (SES,2004). Óbito não fetal foi considerado aquele que ocorre após a expulsão completa do conceito do organismo materno. A verificação do óbito fetal e não fetal tornar-se importante para determinar se a causa óbito foi devido a falha na assistência pré natal ou hospitalar na hora do parto.

Foram analisadas as variáveis, sexo, idade materna, grau de escolaridade, tipo de parto, causa morte de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e peso ao nascer.

O estudo respeitou os preceitos éticos de pesquisa. Não foi necessário enviá-lo ao Comitê de ética e pesquisa.

As declarações de óbitos foram impressas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

6. RESULTADOS

6.1-Descritivo dos óbitos, das mulheres e das crianças.

Tabela 01 – Motivos de óbitos das Gestantes do município de Carlos Chagas, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010	Total Geral
Gestante			01	01		02
Cardiopatia pulmonar e hipertensão pulmonar			01			01
Deslocamento prematuro de placenta				01		01

Fonte: SIM 2008 e 2009

A partir da tabela 1 é possível verificar que o número de óbitos das gestantes no período de 2006 a 2010 foi pequeno tendo sido registrado apenas de 02 óbitos no período de 04 anos.

Tabela 02 – Motivos de óbitos do período perinatal no município de Carlos Chagas ,2006-2010

Tipo de óbito	2006	2008	2009	2010	Total geral
Fetal	1	1	5	6	13
Hipoxia intra uterina			1	2	3
Causa não especificada	1	1	4	4	10
Não fetal	2	4	4	1	11
Atelectasia	1				1
Desconforto respiratório				1	1
Insuficiência respiratória	1		2		3
Outras anemias congênicas			1		1
Outras apnéias e atelectasia		2			2
Recém nascido com muito baixo peso		2			2
Recém nascido pré termo			1		1
Total geral	3	5	9	7	24

Fonte: SIM(Sistema de informação de mortalidade)

A tabela 02 mostra que nos anos de 2009 e 2010 a quantidade de óbitos fetais foi maior do que nos anos de 2006 a 2008, sendo que no ano de 2007

não houve ocorrência de óbito fetal. Em relação à causa morte que consta na DO prevaleceu 76,92% causas não especificada e em seguida hipoxia intra uterina no óbito fetal. A causa não especificada na declaração de óbito é um problema enfrentado por muitos municípios pequenos visto que não há o instituto médico legal, não sendo assim possível saber de fato o motivo da causa morte.

Verificamos que o índice de óbito não fetal prevaleceu nos anos de 2006 e 2008. A causa morte que prevalece para os óbitos não fetais são problemas relacionados ao sistema respiratório.

Tabela 03 – Óbitos conforme o sexo e tempo após o nascimento, Carlos Chagas, 2006-2010

Tipo óbito	Feminino	Masculino	Total geral
Tempo até o óbito			
Fetal	9	4	13
(vazio)	9	4	13
Não fetal	1	10	11
01 dia		1	1
01 hora		1	1
01 mês		1	1
01 minuto		1	1
03 dias		1	1
04 horas		1	1
05 dias		1	1
05 horas		1	1
10 minutos	1		1
30 minutos		1	1
40 minutos		1	1
Total geral	10	14	24

Fonte: SIM

Observamos pela Tabela 03 que os óbitos fetais ocorreram principalmente em fetos do sexo feminino (69%). Em relação aos óbitos não fetais 90% pertenciam ao sexo masculino. Os óbitos não fetais ocorreram em maior proporção menos de 24 horas após o parto (70%).

Tabela 04 – Óbitos conforme idade e escolaridade da mãe, Carlos Chagas, 2006-2010

Idade da mãe	Escolaridade da mãe					Total geral
	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11anos	não consta	nenhuma	
Fetal	4	4	4		1	13
Acima de 40 anos	1				1	2
De 30 a 39 anos	1	1				2
Até 29 anos	2	3	4			9
não fetal	3	5		1	2	11
Acima de 40 anos		1				1
De 30 a 39 anos	2				1	3
Até 29 anos	1	4			1	6
(vazio)				1		1
Total geral	7	9	4	1	3	24

Fonte: SIM

Em relação à idade materna prevalece óbitos de mães com até 29 anos de idade. Em relação ao grau de escolaridade prevalece óbitos de mães com 4 a 7 anos de estudo no caso dos óbitos não fetais. Para os óbitos do grupo fetal não há diferença no grau de instrução materno.

Tabela 05 – Óbitos conforme idade gestacional e tipo de parto, Carlos Chagas, 2006-2010

Semanas de gestação	Cesáreo	Vaginal	Não consta	Total geral
Fetal	4	9		13
22 a 27 semanas		2		2
28 a 31 semanas		1		1
32 a 36 semanas	2			2
37 a 41 semanas	2	6		8
não fetal	2	8	1	11
menos de 22 semanas		3		3
22 a 27 semanas		2		2
32 a 36 semanas		2		2
37 a 41 semanas	2	1		3
não consta			1	1
Total geral	6	17	1	24

Fonte:SIM

Os óbitos fetais aconteceram em gestações a termo, entre a 37^a a 41^a semanas de gestação. Para o grupo de óbitos não fetais, 63% ocorrerem no período anterior à 36^a semana de gestação. Os partos por via vaginal prevalecem nos dois grupos

Tabela 06 – Óbitos conforme idade gestacional e peso ao nascer, Carlos Chagas, 2006-2010

Idade gestacional	Peso ao nascer					Total geral
	Abaixo de 500g	De 500 a 1500g	De 1500 a 3000g	Acima de 3000g	(vazio)	
Fetal	1	5	5	2		13
22 a 27 semanas	1	1				2
28 a 31 semanas		1				1
32 a 36 semanas		2				2
37 a 41 semanas		1	5	2		8
não fetal	4	2	1	3	1	11
menos de 22 semanas	3					3
22 a 27 semanas	1	1				2
32 a 36 semanas		1	1			2
37 a 41 semanas				3		3
não consta					1	1
Total geral	5	7	6	5	1	24

Fonte:SIM

Quando se analisa idade gestacional e peso ao nascer verifica-se que o número de óbitos fetais prevalece o peso entre 1500g e 3000g com idade gestacional de 37 a 41 semanas e não fetal foi de 37 a 41 semanas com peso superior a 3000g e menos de 22 semanas peso inferior a 500g.

7. Considerações finais

Foram encontrados 24 óbitos de recém nascidos entre os anos de 2006 e 2009, sendo 13 fetais e 11 não fetais. Do total de óbitos, 10 deles foram registrados sem causa especificada, o que representa 41% do total de óbitos e 76% dos óbitos fetais. As demais causas estavam relacionadas principalmente com problemas respiratórios. Houve uma predominância de óbitos do sexo masculino no grupo de óbitos não fetais (90%), tendo ocorridos, principalmente, nas 24 horas seguintes ao parto. Estes partos (não fetais) aconteceram, em 65% antes da 37ª semana de gestação.

A partir da análise das declarações de óbito foi possível perceber que o preenchimento das mesmas ainda é bastante falho, visto que muitas informações não são preenchidas adequadamente, a causa do óbito em algumas situações não é fidedigna haja vista o número de declarações de óbito com causa inespecífica de morte. Tais notificações poderiam ser melhoradas com a implementação de um serviço de verificação, não presente no município, tendo o médico legista como o profissional adequado para esta atividade. O preenchimento e notificação correta de óbito é importante para conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade no município e assim traçar ações para melhora da assistência pré natal, parto, puerpério e neonatal,

É importante ressaltar ainda que em cidades maiores como Belo Horizonte ocorreu um declínio considerável na taxa de mortalidade perinatal que era 44,98% para 18,2% óbitos, isso em função de políticas de melhoria da assistência ao pré natal, parto e recém- nascido. (MARTINS, 2010)

Nos países desenvolvidos as mortes dos fetos ocorrem geralmente antes do início de trabalho de parto enquanto nos países em desenvolvimento este ocorrem intraparto (MARTINS, 2010).

A prevalência da mortalidade fetal e não fetal em Carlos Chagas é acima de 28 semanas de gestação assim como visto pelo estudo de Martins (2002) em

Belo Horizonte. Assim como em Belo Horizonte o número óbitos provenientes de partos vaginais prevaleceu em relação ao cesáreo (MARTINS,2010).

Como apresentado por Lansky (2002) a análise da causa de óbito ainda é um sério problema, pois muitas das declarações de óbito não têm identificação da causa do óbito, gerando informações de causa inespecífica.

Um fator que interfere na mortalidade fetal e não fetal especificamente em Carlos Chagas, é a falta de atendimento especializado em casos especiais, como o tratamento intensivo, por exemplo. Nestas situações é necessário deslocar o recém nascido a cidades próximas, o que poderia evitar ou retardar a morte do recém nascido.

Conclui-se com esta pesquisa que há falhas nos preenchimentos da DO e da informação que é digitada na secretaria municipal de saúde. Observa-se, também a necessidade de um melhor acompanhamento das gestantes durante o pré natal, puerpério e período neonatal. Medidas simples de atendimento na atenção básica promovem um pré natal de excelência, com gestantes bem acompanhados e recém nascidos em boas condições de vida. O investimento na rede hospitalar é também muito importante, em relação ao espaço físico, equipamentos, mão de obra especializadas, capacitação para os profissionais da rede, que além de diminuir os riscos para as gestantes e recém nascidos, diminuiria os custos para o município no transporte e transferência dessas pacientes.

8. Referências Bibliográficas

ALVES, Claudia Regina Lindgren ; ALVIM, Cristina Gonçalves ; JUNQUEIRA, Heloísa Santos ; BITTENCOURT, Juliana Sartorelo Carneiro ; GOULART, Lúcia M. H. Figueiredo ; MAGALHÃES, Maria Elizabeth Neves ; VIANA, Maria Regina de Almeida ; MOULIN, Zeína Soares . Avaliação do conhecimento de alunos do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFMG sobre a saúde da criança e do adolescente 2002/2003. Revista Médica de Minas Gerais **JCR**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 213-219, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco . Saúde da mulher. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 115p

FARIA, Horácio Pereira de et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

FONSECA, SC; COUTINHO, ESF. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão de metodologia e dos resultados. Caderno de Saúde Pública vol.20 suppt 1 Rio de Janeiro 2004

LANSKY, Sônia, FRANÇA, Elizabeth and LEAL, Maria do Carmo Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública, Dez 2002, vol.36, no.6, p.759-772.

MARTINS, E. F.; LANA, F. C. F.; REZENDE, E. M. Tendência da mortalidade perinatal em Belo Horizonte, 1984 a 2005. Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso) **JCR**, v. 63, p. 446-451, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde da criança. Linha guia Viva Vida. 1ªed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2005. 21p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de orientação para comitês de prevenção de óbitos fetal e infantil. Belo Horizonte SAS/SES, 2004. 08 p.

NESCON. Módulo saúde da mulher. Belo Horizonte: Nescon, 2000. Curso de Especialização BH Vida.

SAMPAIO, Anderson Gonçalves & SOUZA, Alex Sandro Rolland Indicação de cesarianas em óbito fetal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Abr 2010.

SECRETÁRIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1ªedição, 2007. Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Mulher –Princípios e diretrizes

XIMENES, C. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; SA, C. S. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. V. 1. 72 p.