

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO

**Elaboração de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde:
reduzindo a mortalidade perinatal no Município de Porto Feliz-SP.**

São Paulo - SP

2015

Emiliana Maria Grando Gaiotto

**Elaboração de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde:
reduzindo a mortalidade perinatal no Município de Porto Feliz-SP.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Emiliana Maria Grando Gaiotto

**Elaboração de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde:
reduzindo a mortalidade perinatal no Município de Porto Feliz-SP.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Práticas de Saúde

Orientador (a): Dra. Sonia Isoyama Venancio

São Paulo

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Gaiotto, Emiliana Maria Grandó

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal no Município de Porto Feliz SP/Emiliana Maria Grandó Gaiotto. São Paulo, 2015. 82p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Práticas de Saúde

Orientadora: Dra. Sonia Isoyama Venâncio

1. Mortalidade Perinatal
2. Cuidados do pré-natal
3. Atenção Básica
4. Síndrome do Desconforto Respiratório
5. Planejamento Familiar
6. Visita domiciliar. I Título

DEDICATÓRIA

Para todos os Trabalhadores e Professores do SUS (Sistema Único de Saúde) que dedicam suas vidas diariamente para melhorar a saúde e qualidade de vida de todos os Brasileiros.

AGRADECIMENTOS

À Providência Divina

Ao meu companheiro e amado Alexandre Roberto Gaiotto pelo apoio.

À funcionária da Secretaria Municipal de Jumarim Daniele Maria De Nadai (psicóloga) que realizou o convite para prestar o Mestrado profissional.

Ao ex-Prefeito de Jumarim Ademir do Nascimento que autorizou a saída semanal da Secretaria de Saúde para realização do Mestrado.

A todos os funcionários da Secretaria de Saúde de Jumarim que apoiaram e estiveram responsáveis nas datas do curso. Agradeço em especial a Andresa de Oliveira Ignácio de Araújo, Andreia Civitella e Carla Rangel pelo apoio prestado.

Aos familiares que me apoiaram nos momentos turbulentos: meus pais Eraldo José Grando e Yolanda Provazi Grando, Meus sogros Terezinha Salvador e Nilton Luiz Gaiotto, meus irmãos Edílio Grando(in memoriam), Izabel Celina Grando Borzi, Vera Lúcia Grando, Lucília Grando, Izael Grando e Alessandro Grando, meus cunhados Nelson A. O. Borzi, Patrícia S. Grando, Gisele M. Grando, Rodrigo D. Gaiotto, Andressa Brunheroto, Cristiane R. G. Caldana, Luís Carlos Caldana, Juliane Renata Gaiotto e Nicole Gaiotto, meu amado filho Gabriel Ehieh Gaiotto e meus adorados sobrinhos Carolina Grando, Lucas S. Grando, Rayra F. G. Borzi, Nyara R. G. Borzi, Norieli G. Caldana, Letícia M. Grando, Enzo G. Caldana e Miguel M. Grando. Minha prima querida Cristiane Grando.

À Prof. Ms Ana Claudia Leite Monéia (Faculdade Integração Tietê - UNIESP) por ter indicado o Município de Porto Feliz para realização da pesquisa.

Ao Secretário de Saúde de Porto Feliz Anderson Marcelo Giacomeli por aceitar em realizar a pesquisa no município.

Ao grupo de Evidência pela dedicação: Ana Paula Melo dos Santos, Claudelise Aparecida Zanin, Ednilson de Jesus Macedo, Elizama Piazza Antunes, Erica Michela de Santana Merlugo, Francisco Carlos de Arruda, Jessica Coan Putenchen, Livia Maria Figueiredo e Morisa de Carvalho Hessel Almeida e demais colaboradores Valdirene Cardoso de Oliveira Prado, Camila Porcelli Paixão, Aluana Campos Correia e Edenilce Jacob.

A todos os professores do Instituto de Saúde que me tornaram uma profissional diferenciada.

À minha querida orientadora Prof. Dra. Sonia Isoyama Venancio por todo carinho, dedicação, paciência e compreensão.

RESUMO

Gaiotto, EMG. Elaboração de uma Síntese de Evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal no Município de Porto Feliz-SP. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2015.

Introdução: A Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPnet) tem como objetivo central fortalecer as políticas e sistemas de saúde pública mediante o uso sistemático de evidências de pesquisa. A mortalidade perinatal tem sido um tema fortemente debatido pelas equipes de saúde do município de Porto Feliz, que elegeram como prioridade a busca de estratégias para a sua redução. Para o enfrentamento do problema, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz indicou um grupo para elaborar uma síntese de evidências para a redução da mortalidade perinatal no município, incluindo opções de intervenções efetivas e possíveis estratégias para implementá-las. A avaliação prévia das barreiras antes da implantação das propostas e a criação de um sistema de monitoramento e avaliação dos resultados advindos da implementação das opções podem resultar na redução da mortalidade perinatal e no aumento da qualidade de vida da gestante e da criança.

Objetivos: Elaborar uma síntese de evidências científicas para enfrentar o problema da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz.

Métodos: A metodologia proposta para elaborar a síntese de evidências científicas foi baseada na ferramenta SUPPORT– SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials. Na etapa de transferência de conhecimento, foram desenvolvidas as seguintes atividades: 1) Definição da prioridade para a formulação de programas/políticas, sendo escolhido o tema da mortalidade perinatal para a elaboração da síntese de evidências; 2) Busca das evidências e seleção dos estudos. A busca de evidências foi realizada com dois grupos de pesquisadores em datas diferentes nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Health Systems Evidence. Foram selecionadas Revisões Sistemáticas em português, inglês e espanhol. Foram identificados 229 textos. Desses, após leitura dos sumários, foram escolhidos 58 textos para leitura completa. Ao analisar os textos completos foram escolhidos 23 textos para definição

das opções e após a definição das opções foram selecionados 14 textos para compor a síntese de evidências; 3) Extração dos dados, por meio da elaboração de uma tabela-resumo dos estudos com critérios estabelecidos pela metodologia SUPPORT e avaliação da qualidade das revisões sistemáticas utilizando o instrumento AMSTAR; 4) Definição das Opções para a Abordagem Política; 5) Elaboração da Síntese de Evidências.

Resultados: Esta síntese identificou quatro opções viáveis para enfrentar o problema: a) qualificação da atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco da gestante e adequação do manejo dos exames; b) elaboração do protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido; c) implementação do planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação e d) estruturação e organização de ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério. Para cada opção identificada considerou-se também questões relacionadas à equidade e possíveis barreiras para implementação das intervenções.

Conclusões: As intervenções identificadas no estudo baseadas em evidências, com auxílio da metodologia SUPPORT, podem ser capazes de contribuir com a redução da mortalidade perinatal no nível municipal. As opções não têm que necessariamente que ser implementadas da forma apresentada e a aplicação deve considerar a viabilidade local. A avaliação da equidade ao serviço de saúde na Atenção Básica é fundamental para que as opções propostas não produzam diferentes resultados para os grupos identificados no mesmo município.

Potencial de Aplicabilidade: os resultados desta Síntese poderão ser utilizados pelos formuladores de políticas públicas do município de Porto Feliz, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema, além de outras secretarias municipais de saúde que queiram implantar ações para redução da mortalidade perinatal.

Descritores: Síntese de Evidências, Mortalidade Perinatal, Cuidados no Pré-natal, Atenção Básica, Síndrome do Desconforto Respiratório, Planejamento Familiar, Visita Domiciliar.

ABSTRACT

Gaiotto, EMG. Developing an Evidence Brief for Policy: reducing perinatal mortality in the city of Porto Feliz. [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2013.

Introduction The Evidence Informed Policy Network (EVIPnet) proposes a tool that can be used by those involved in finding and using research evidence to support evidence-informed in Public Health System. Perinatal mortality has identified as an important demand by policymakers in the city of Porto Feliz, who elected as a priority the search for strategies to reduce it. The Health Department appointed a group to develop an Evidence Brief to reduce perinatal mortality in the city, including effective interventions options and possible strategies for implementing them. The assessment of the implementation planning and the creation of a data monitoring from the options can result in the reduction of perinatal mortality and improving the quality of life of the mother and child.

Objectives: Developing the Evidence Brief for health policy: reducing perinatal mortality in the city of Porto Feliz.

Methods: The methodology proposed to develop the Evidence Brief was based on the SUPPORT tool (SUPPORT - Supporting policy relevant Reviews and Trials). In step of *knowledge* translation, the following activities were described: 1) clarifying the problem: The theme of perinatal mortality was chosen to produce Evidence Brief. 2) Searching the evidence and selecting criteria. The search for evidence was conducted with two groups of researchers on different dates in the Biblioteca Virtual em Saúde and Health Systems Evidence databases. Systematic Reviews were selected in Portuguese, English and Spanish. We identified 229 texts, after reading the abstracts, 58 texts were selected for full text reading. By analyzing the full texts we selected 23 texts for definitions of the frame options and after setting the options, we selected 14 texts to develop the Evidence Brief. 3) Data extraction: we produced a summary table of studies with criteria established by SUPPORT methodology.

The methodology used to assess the quality of systematic reviews was AMSTAR. 4) Definition of frame options. 5) Development of Evidence Brief.

Results: This synthesis identified four viable options to address the problem : a) qualification of prenatal through pregnant risk classification and adequacy of management of examinations; b) development of prevention and treatment protocol respiratory distress of newborn; c) implementation of family planning with a focus on prevention of teenage pregnancy and prevention and treatment of illicit drug use during pregnancy d) structure and organization of health education actions and home visits in prenatal and postpartum period and planning implementation. Each identified option also took up issues related to equity and possible barriers to implementation of interventions.

Conclusion: Interventions identified in the study based on evidence developed with the help of SUPPORT methodology may be able to contribute to the reduction of perinatal mortality at the municipal level. The options do not necessarily have to be implemented as presented and the application must consider the local viability. The evaluation of equity to health services in primary care is crucial to the proposed options do not produce different results for the groups identified in the same city.

Potential Applicability: The results of this summary may be used by policy makers of the city of Porto Feliz, their support staff and other stakeholders, as well as other municipal Health Departments wishing to implement actions to reduce perinatal mortality.

Descriptors: Evidence Brief for Policy, Perinatal Mortality, Prenatal Care, Primary Care, Respiratory Distress Syndrome, Family Planning, Home Visit.

LISTA DE SIGLAS

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CRAS-Centro de Referência da Assistência Social.

CREAS-Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

COAP- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit)

EC - Educação Continuada

EP - Educação Permanente

EVIPNet - Rede para Políticas Informadas por Evidências

MS - Ministério de Saúde

ODM- Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde

SAMU- Serviço de Assistência Móvel de Urgência.

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SMS -Secretaria Municipal da Saúde

SUPPORT - SUPporting Policy relevant Reviews and Trials

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS	1
1.2.	O PAPEL DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NA TOMADA DE DECISÃO.....	3
1.3.	EVIPNET – REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS5	
1.4.	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	6
1.5.	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	10
2.	JUSTIFICATIVA	14
3.	OBJETIVOS	15
3.1.	OBJETIVO GERAL	15
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4.	METODOLOGIA	16
4.1	ETAPAS DE TRANSFERÊNCIA DO CONHECIMENTO PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ.....	17
4.1.1.	Etapa 1: Prioridades para a definição dos programas/políticas	17
4.1.2 –	Etapa 2: Busca das Evidências e seleção dos estudos.....	18
4.1.3 –	Etapa 3: Extração dos dados.....	20
4.1.4-	Etapa 4: Definição das Opções para a Abordagem Política	21
4.1.5-	Etapa 5: Elaboração da Síntese de Evidências	22
5.	RESULTADOS	22
5.1.	CHUVA DE IDEIAS PARA DEFINIR O PROBLEMA A SER ESTUDADO	23
5.2.	SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE	26
	APÊNDICES	60
5.3	ETAPAS DE CONSIDERAÇÕES FUTURAS.....	73
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (da dissertação).....	75

Lista de Figuras

Figura1-Fluxograma dos Estudos.....	19
-------------------------------------	----

Lista de Quadros

Quadro 1. Principais problemas apontados pelo Grupo de Evidências relacionados à mortalidade perinatal, 2015.....	23
Quadro 2. Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas.....	38
Quadro 3. Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas.....	40
Quadro 4. Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas.....	42
Quadro 5. Achados relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas.....	44
Quadro 6. Considerações sobre a implementação da opção 1.....	48
Quadro 7. Considerações sobre a implementação da opção 2.....	50
Quadro 8. Considerações sobre a implementação da opção 3.....	52
Quadro 9. Considerações sobre a implementação da opção 4.....	53

Lista de Gráficos

- Gráfico 1- Histórico da Taxa de Mortalidade Infantil em Porto Feliz..... **Erro!**
Indicador não definido.7 e 41
- Gráfico 2- Taxa de mortalidade infantil - média móvel de 3 anos.....18 e 41
- Gráfico 3- Evolução de óbitos perinatais, neonatais e fetais por ano de ocorrência no Município de Porto Feliz, 2000-2014.....19 e 42

APRESENTAÇÃO

“A necessidade é a mãe da invenção”

Platão

A frase descrita acima retrata os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à escolha da realização do Mestrado Profissional, pois esse tem como princípio a busca de melhoria na qualidade dos serviços a partir de uma necessidade identificada. As necessidades evidenciadas no ambiente do SUS, sejam elas emergências ou não, causam muitas vezes um vício danoso aos serviços de saúde, haja vista que damos mais prioridade para intercorrências no processo diário do que ao desenvolvimento de importantes processos de planejamento. Outro fator importante encontrado no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde é que os alunos não precisam deixar o trabalho, podem desenvolver a pesquisa e melhorar sua prática e têm chances de incorporar o conhecimento produzido nos serviços onde atuam.

Até o momento da oportunidade de iniciar o Mestrado Profissional as principais funções desenvolvidas em minha na carreira profissional, após a Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina (UEL) foram: (1) Enfermeira da Vigilância Epidemiológica e Coordenadora do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Cerquilha - SP; (2) Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Gerente de Unidade de Saúde da Família (USF) e Assessora Técnica no Departamento de Saúde da Subprefeitura de Cidade Ademar no município de São Paulo-SP para a Implantação da Política do Acolhimento e Análise do Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB; (3) Enfermeira Assistencial em Home Care e Gerente de Enfermagem e Cuidadores de Idosos em Home Care em Londres (Inglaterra); (4) Professora em Curso Técnico de Enfermagem, Radiologia e Técnico em Saúde do Trabalho no município de Cerquilha. Além disso, quanto à formação após a graduação fiz especializações em Saúde Pública pela Universidade São Camilo,

Especialização em Saúde da Família pela Universidade de São Paulo (USP) e Docência em Enfermagem na Universidade Nove de Julho (UNINOVE).

Ao iniciar o Mestrado Profissional, atuava como Secretária Municipal de Saúde de Jumirim - SP, um município com menos de 3.000 habitantes e acreditava que poderia tornar a Secretaria de Saúde de Jumirim um modelo de gestão, pois iria desenvolver com facilidade as Políticas de Saúde em um município de pequeno porte; porém em pouco tempo, verifiquei que era uma ilusão achar que um município de pequeno porte seria mais fácil de administrar do que sistemas de saúde de municípios maiores. Em julho de 2014 o Prefeito sofreu um processo de cassação e, apesar de eu ter iniciado as discussões do projeto de pesquisa com a equipe local, decidi deixar o cargo. No final de janeiro de 2015 formalizei minha inserção no município de Porto Feliz, que aceitou a realização do presente trabalho e elegeu como tema prioritário a redução da mortalidade perinatal.

1. INTRODUÇÃO

1.1. AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS

Uma avaliação histórica do sistema de saúde no Brasil leva-nos a refletir que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os dias de hoje houve um grande avanço em sua reorganização, porém ainda vemos situações epidemiológicas inaceitáveis e práticas de saúde desumanizadas. Paim et al. (2011) afirmam que desde 1988 o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo, baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Relatam ainda que a implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo sub-financiamento crônico. Também referem que apesar dessas limitações, o SUS conseguiu melhorar amplamente o acesso à Atenção Básica e de Emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao País.

Segundo Victora et al. (2011), países de grande extensão tendem a ser complexos e difíceis de administrar. Com cerca de 200 milhões de habitantes, há diferenças regionais marcantes no Brasil. Regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste (onde a expectativa de vida é comparável àquela de países ricos), convivem com as mais pobres, como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste, que se expandem com rapidez. Os referidos autores relatam ainda a expressiva melhora no acesso a serviços e nos níveis de cobertura de boa parte das intervenções em saúde no SUS, mas também enfatizam que a qualidade dos serviços prestados está, por vezes, abaixo do esperado, como nos cuidados pré-natais, por exemplo. A má qualidade dos cuidados está relacionada a questões institucionais, como, entre outras, a alta rotatividade dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família e as dificuldades em atrair médicos qualificados para trabalhar em áreas remotas, apesar dos altos salários.

Goldim et al. (2008) afirmam que há grandes disparidades jurídico-políticas e operacionais entre os municípios, em que se veem, de um lado, aqueles com mais de 1.000.000 de habitantes com grande potencial político, administrativo e financeiro e, de outro, os que não atingem uma população de 5.000 pessoas — com baixa capacidade operacional e pouca autonomia. Referem, ainda, que um dos avanços significativos no financiamento do SUS, com a publicação do Pacto pela Saúde, está relacionado às formas de transferência dos recursos federais para os estados e municípios, que passam a dar-se através de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Assistência da Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, em substituição às inúmeras “caixinhas” anteriormente utilizadas para essa finalidade.

O sistema de saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Dentre as prioridades em saúde destacam-se: o aprimoramento do acesso e qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde; promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e de vida; controle do tabagismo e do uso abusivo de álcool e cuidados voltados ao envelhecimento. Segundo o Caderno de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Uma das formas de reorganização da saúde é o conhecimento do território e segundo Goldim et al. (2008), o reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

A formação de redes é vital para a integralidade da assistência à saúde, pois as limitações de resolutividade da Atenção Básica podem ser sanadas nos demais níveis assistenciais. A assistência deve ser então entendida como um conjunto de procedimentos

clínico-cirúrgicos dirigidos a indivíduos estejam eles doentes ou não. Um conjunto de atividades intra e extra-setor saúde (intersectoriais) que, incluindo também a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter as condições de saúde, o que requer ações concomitantes sobre todos os determinantes (NARVAI, 2008). A Portaria 4279 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse Decreto propõe mecanismos de controle mais eficazes e cria instrumentos para pactuação e monitoramento das ações realizadas nas três esferas de governo. Destarte, pretende-se que o acordo firmado entre União, estados e municípios nas regiões de saúde seja expresso por meio de um instrumento jurídico contendo a formalização das responsabilidades de cada esfera, constituído de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O COAP tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde resultando na integração do plano de saúde destes entes, fundamentado nas pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2011).

1.2. O PAPEL DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NA TOMADA DE DECISÃO

O que observamos nas práticas de gestão de saúde é que as decisões sobre políticas públicas ainda são tomadas sem embasamento científico, sem consulta popular, buscam resultados imediatistas e são ainda centralizadas na assistência médica. Essas políticas públicas, além de estarem defasadas em relação ao novo modelo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde, prejudicam a reorganização do Sistema de Saúde, pois não garantem a universalidade no acesso e apresentam gastos desnecessários. Segundo Teixeira (2002) as políticas públicas traduzem no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político que envolvem a distribuição e

redistribuição de poder. Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais para que se possa obter um mínimo de consenso e, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia. Para serem públicas é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público.

Uma visão a ser ampliada no ambiente de gestão do SUS é que as políticas baseadas em evidências devem fazer parte do processo decisório e da escolha de opções de implementação de ações em todos os setores da Saúde. A resolução do problema por meio da necessidade identificada traz à pesquisa um significado maior, pois contribui para o crescimento de toda a equipe e não somente do pesquisador. Lucchese (2004) define as políticas públicas como o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Para a reorganização dos sistemas locais, mesmo em municípios com boa renda per capita, o planejamento precisa ser desenvolvido e aprimorado, pois uma das dificuldades de melhoria dos serviços de saúde consiste na falta de preparo das equipes de saúde e de gestores em realizar um planejamento que retrate sua realidade. Os gestores municipais da saúde, gestores das demais Secretarias, profissionais de saúde e comunidades devem planejar juntos as políticas de saúde baseadas em evidências para conseguir realizar o propósito de oferecer oportunidades com igualdade e equidade, para que cada usuário consiga um atendimento integral, caminhando assim, para a construção de uma sociedade mais igualitária e sem violar os direitos de cada cidadão.

Os países de baixa e média renda têm recursos escassos para enfrentar os desafios do sistema de saúde e precisam de evidências de alta qualidade para usar seus recursos de forma eficiente (WHO – EVIPNet). A evidência científica é um alicerce fundamental para melhorar

a situação da saúde pública. Se os gestores do setor da saúde e responsáveis políticos ignoram evidências sobre as causas dos problemas ou o que funciona melhor para a resolução desses problemas, correm o risco de desperdiçar recursos preciosos em programas e políticas conduzidas inadequadamente. A consequência final de ignorar evidências científicas no planejamento e avaliação de programas e políticas do setor é a piora da saúde da população.

1.3. EVIPNET – REDE PARA POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS

Os formuladores das políticas têm que lidar com restrições institucionais, com a legislação vigente, com grupos interessados e com os valores pessoais e da sociedade. Lidando com tantos fatores diferentes é muito fácil esquecer-se da evidência científica. Segundo Dias et al. (2013), a necessidade de produzir políticas informadas por evidências culminou na criação de uma rede denominada *Evidence-Informed Policy Network* (EVIPNet), cujo objetivo central é fortalecer políticas e sistemas de saúde pública mediante o uso sistemático de evidências de pesquisa.

A EVIPNet propõe que, dentro do processo geral de formulação de políticas, sejam usados processos sistemáticos para garantir que a pesquisa relevante seja identificada, avaliada e usada de maneira adequada. Contribui para o desenvolvimento de métodos e estratégias inovadoras em saúde e é um espaço de troca de informações e experiências entre os países (WHO – EVIPNet). Trata-se de uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde, lançada em 2004 para promover o uso sistemático de evidências nas políticas de saúde e tem como objetivo estabelecer mecanismos para facilitar a utilização da produção científica na formulação e implementação de políticas de saúde. Atua em nível regional, nacional e global. Existem grupos constituídos na Ásia (desde 2005), África (desde 2006), Américas/OPAS (desde 2007), região do Mediterrâneo (desde 2009) e Europa (desde 2012).

É uma metodologia que oferece o planejamento participativo e visa promover parcerias sustentáveis entre os formuladores de políticas, pesquisadores e a sociedade civil para utilização da melhor evidência científica, contextualizando a realidade do país sobre questões de saúde pública (WHO – EVIPNet). Essa iniciativa pioneira foi referendada na 58ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra e mantém-se na agenda decisória de múltiplos

organismos internacionais. Na América, a criação da Rede vem produzindo efeitos positivos na formulação de políticas.

No Brasil, visando estimular o uso de evidências no SUS, o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), em 2007, apresentou à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) uma proposta de adesão do Brasil à EVIPNet Américas, com o intuito de que o país participasse da rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidências científicas. Um exemplo da influência da EVIPNet Brasil no desenvolvimento de políticas locais pode ser identificado no município de Piripiri, onde, em 2010, entre outras iniciativas, a gestão do sistema de saúde local formulou e implementou um conjunto de opções informadas por evidências para reduzir a mortalidade perinatal. Essa iniciativa produziu importantes resultados nos anos subsequentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O exemplo de Piripiri poderia ser seguido no interior paulista com a implantação de Núcleos de Evidências (NEv) nas Secretarias Municipais da Saúde, com o intuito de fortalecer as políticas de saúde pública.

No estado de São Paulo, o Instituto de Saúde (IS), que é um dos institutos de pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, desde 2009 atua na área de Avaliação de Tecnologias de Saúde e desde 2014 também vem atuando na difusão das ferramentas SUPPORT (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials), uma vez que ela propicia a elaboração de respostas a problemas de saúde demandadas pelos gestores das diversas instâncias do SUS. Uma das propostas do IS é envolver os gestores estaduais e municipais para utilizar as evidências nas tomadas de decisões através de capacitações nos Departamentos Regionais de Saúde do Estado.

1.4. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A piora de indicadores de saúde pode estar relacionada, entre outros fatores como a falta de preparo dos gestores em trabalhar com avaliação e monitoramento, de tal forma que a equipe de saúde esteja alerta para qualquer alteração dos dados, principalmente nos casos de mortes evitáveis. As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como

aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época (MALTA et al, 2007).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD BRASIL (2003), frente a tantos casos de mortes evitáveis por falta de políticas públicas ou políticas públicas insuficientes, aprovou em 2000, em Nova Iorque, um documento histórico para o novo século: a Declaração do Milênio das Nações Unidas, em que se firmou um acordo a respeito dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados em 2015. São eles: 1) redução da pobreza, 2) atingir o ensino básico universal, 3) igualdade entre os sexos, autonomia das mulheres, 4) reduzir a mortalidade na infância, 5) melhorar a saúde materna, 6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, 7) garantir a sustentabilidade ambiental e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Ainda segundo o PNUD BRASIL (2003), no Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), a taxa mundial de mortalidade na infância (mortalidade entre crianças menores de cinco anos, que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos) caiu 47% em 22 anos. Entre 1990 e 2012, o índice passou de 90 para 48 mortes por mil nascidos vivos. Ainda que essa evolução signifique que 17 mil crianças deixaram de morrer a cada dia, muito ainda deve ser feito para atingir a meta global de 75% de redução na taxa. Só no ano de 2012, 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram no mundo por doenças evitáveis. O Brasil alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos países. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 e, de acordo com as tendências atuais, é possível que em 2015 seja alcançado um resultado superior à meta estabelecida para este Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Brasil também já atingiu a meta estabelecida em relação a mortalidade infantil (óbitos de crianças com menos de um ano de idade), passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015.

Segundo o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (2011), nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em saúde pública.

Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e interurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos como índios e negros. No Brasil a taxa de mortalidade infantil em 2011 era semelhante àquela dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008a). Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal (óbitos ocorridos em criança entre 28 dias a um ano) e neonatal (óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias), enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas (LANSKY et al., 2009). Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Por sua vez, a mortalidade fetal (óbitos ocorridos a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias, ou ainda em fetos com peso igual e superior a 500g ou estatura a partir de 35 cm) partilha com a mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos na primeira semana de vida, entre 0 e 6 dias) as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução.

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2015), no Estado de São Paulo, em 2013, a taxa de mortalidade infantil – TMI foi de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos, a menor da série que a Fundação Seade acompanha desde o século passado. Em 2013, os Departamentos Regionais de Saúde - DRS que apresentaram as menores taxas de mortalidade infantil foram o de Piracicaba (8,9 por mil), Campinas (9,5 por mil) e São José do Rio Preto (9,6 por mil). O DRS de Registro foi o que apresentou o índice mais elevado (18,1 por mil), seguido por Baixada Santista (15,9 por mil) e Sorocaba (13,2 por mil).

Dentre as estratégias do Ministério da Saúde para qualificação da atenção à gestação, parto e crianças menores de dois anos, destaca-se a Rede Cegonha (2011), que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, de acordo com maiores taxas de mortalidade infantil, razões de mortalidade materna e densidades populacional.

Os componentes da Rede Cegonha são: 1-Pré-natal; 2-Parto e nascimento; 3 - Puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4 - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Em relação ao pré-natal, é fundamental fortalecer a Atenção Básica em Saúde, na perspectiva dos princípios de uma rede de atenção integrada, de modo que tenha capacidade cada vez mais ampliada de cuidar da gestante de forma integral. Ao mesmo tempo em que observamos ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, continua elevada a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica se mantém como a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, sinalizando comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais. É importante lembrar que a anticoncepção é um fator importante na redução da morbimortalidade materna e infantil e é fundamental intensificar as ações de planejamento reprodutivo. Nessa perspectiva, existem vários aspectos que devem ser observados para se considerar o pré-natal qualificado. Esses aspectos complementam-se e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito da Rede Cegonha. Primeiramente, é necessário que a gestante confirme a gravidez e tenha acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação: é a captação precoce da gestante. Para que isso seja possível, as equipes de Atenção Básica, com o apoio do gestor municipal, devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Toda demanda que leva a gestante a procurar a UBS, sobretudo quando for motivada por alguma intercorrência, deve ser valorizada, acolhida e ter o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada. Trata-se do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. Outro aspecto central que deve ser garantido, e que é também um

princípio da Rede Cegonha, é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

Em relação à atenção ao parto, a dependência da ação exclusiva do profissional médico tem sido apontada como uma distorção importante no modelo de atenção à gestante no Brasil, cuja superação exige, entre outras ações, investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras, e na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento.

Em relação ao sistema logístico, o acesso aos serviços em tempo oportuno e com qualidade é definidor de uma boa assistência, com a conseqüente redução dos índices de mortalidade materna e infantil. O transporte das gestantes será garantido através de: 1) Apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal; 2) Apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para o local em que será realizado o parto; 3) Transporte sanitário – transporte interunidades, em caso da gestante estar em condição onde utilizar esse tipo de transporte e 4) Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) em casos de emergência ou situação clínica que o exija.

No puerpério, o Ministério da Saúde prevê a qualificação dos profissionais da Atenção Básica para o acompanhamento durante toda a infância, mas com foco especial nos primeiros 24 meses e maior preocupação na primeira semana de vida. Assegura-se uma visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde ao binômio mãe e RN, para orientação do cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana integral de saúde na UBS, se possível oportunizando em uma mesma data: consultas para ambos, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc.

1.5. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

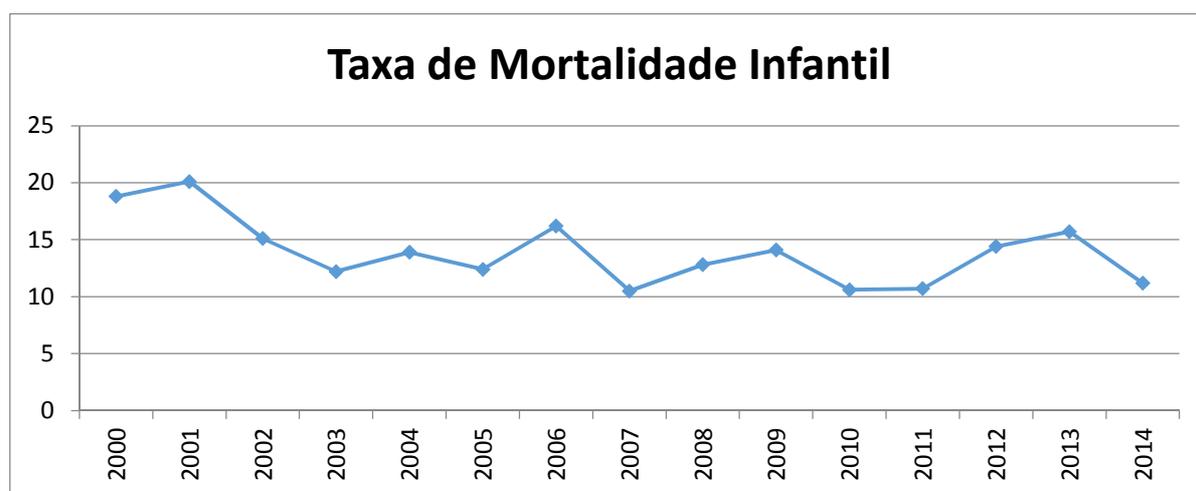
Porto Feliz é uma cidade histórica, pois foi um local que servia de ponto de partida, ainda no século XVII, para inúmeros bandeirantes em busca das riquezas anunciadas. Hoje tem uma população de 51.320 habitantes e sua área territorial é de 556,706 km². Situado a 110 km da região metropolitana de São Paulo, o município é beneficiado por importantes

rodovias, como a Marechal Rondon, além de contar com um distrito industrial localizado na Rodovia Castelo Branco. Sua economia é variada, baseada principalmente na agricultura, além de contar com os setores industriais, comerciais e de prestação de serviço.

A Rede Básica de Saúde do município conta com 10 Unidades Básicas de Saúde, nove equipes de Saúde da Família, uma equipe de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e duas equipes parametrizadas de Atenção Básica (equipes cujos profissionais de uma UBS têm uma carga horária somada maior ou igual 150 horas/mês para médicos, e maior ou igual a 120 horas/mês para enfermeiros). Também possui dois Centros de Especialidades Médicas e um Centro de Especialidades Odontológicas. Além disso, o município conta com a Santa Casa de Misericórdia, hospital filantrópico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) e sob intervenção municipal desde dezembro de 2007. A distribuição de leitos do hospital é a seguinte: treze cirúrgicos, oito obstétricos, vinte de clínica médica e nove de pediatria. A Santa Casa oferece atendimento de média complexidade pelo SUS: clínica médica, cirúrgica, obstetrícia e ginecologia, pediatria e apoio diagnóstico. O hospital conta também com uma unidade de Pronto Socorro conveniada com a Secretaria de Saúde para prestação de serviços de urgência e emergência por 24 horas.

A seguir apresenta-se a evolução da Mortalidade Infantil e da Mortalidade Perinatal no município.

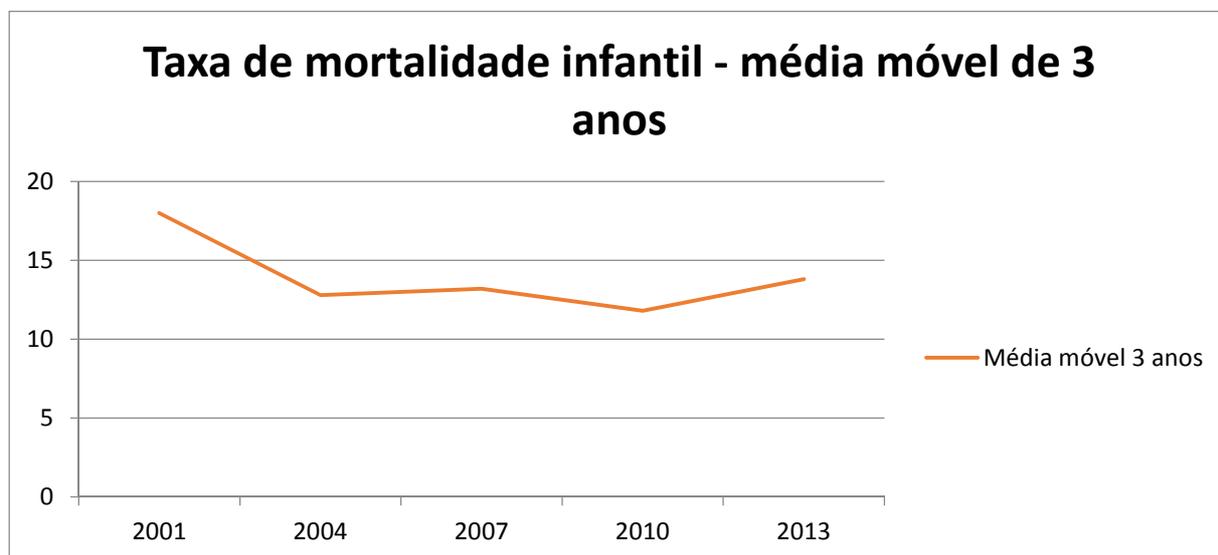
Gráfico 1 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil em Porto Feliz, 2015.



Fonte: SEADE, 2015

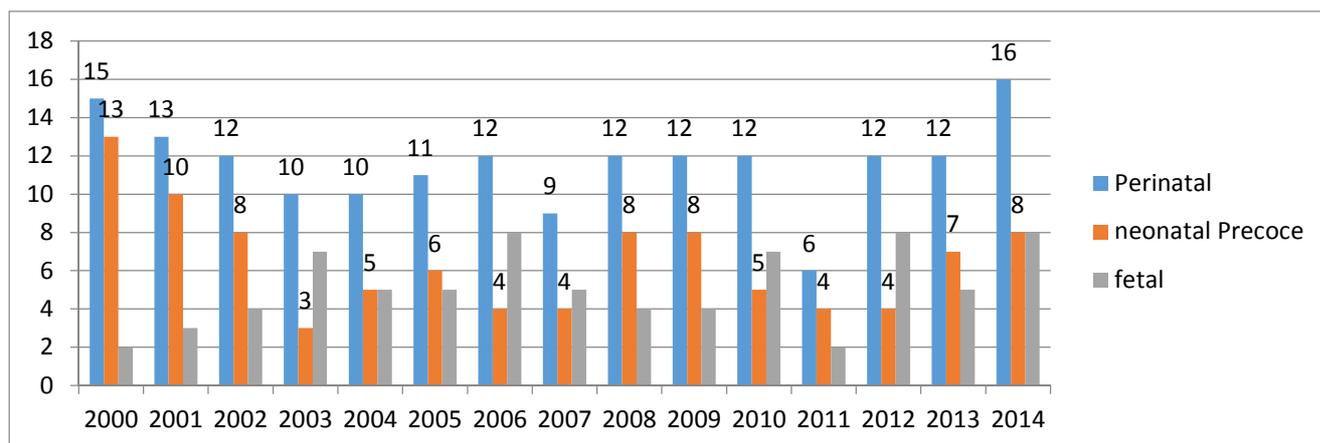
No Gráfico 1 verifica-se a evolução da mortalidade infantil ano a ano no município. Além da flutuação do coeficiente, chama a atenção seu aumento no período recente de 2011 a 2013. Através das discussões dos óbitos pelo Comitê de Mortalidade Infantil do município, constatou-se que apesar da queda em 2014, a maioria das mortes era evitável.

Gráfico 2-Taxa de mortalidade infantil - média móvel de 3 anos



No Gráfico 2, a evolução das Taxas de Mortalidade Infantil é apresentada utilizando-se a técnica de médias móveis (calculando-se as médias dos coeficientes a cada três anos), que tem por objetivo reduzir a flutuação dos coeficientes e facilitar a observação de tendências. Por meio dessa análise, observa-se tendência de queda da mortalidade infantil no período de 2000 a 2004, seguida por um período de estabilização e posterior aumento de 2010 a 2013.

Gráfico 3-Evolução de óbitos perinatais, neonatais e fetais por ano de ocorrência no município de Porto Feliz, 2000-2014.



Fonte: DataSUS, 2015

O Gráfico 3 mostra a série histórica da mortalidade perinatal, que engloba os casos de óbitos neonatais precoces e os casos de óbitos fetais. Chama a atenção o aumento dos óbitos perinatais entre 2011 e 2012, a estabilização do coeficiente em patamares altos em 2013 e o novo aumento do mesmo em 2014.

Ao analisarmos os documentos do Comitê de Mortalidade Infantil no ano de 2014 obtivemos os seguintes dados:

1. O número total de óbitos fetais foi 8, dos quais 25% das gestantes tinham menos de 20 anos e 25% das gestantes eram usuárias de drogas. Em relação à causa das mortes, 12% foi relacionada a alguma afecção originada no período perinatal e 88% foi relacionada a malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. De acordo com os relatórios de investigação do Comitê de Mortalidade Infantil, 50% dos óbitos fetais eram evitáveis.

2. Nos casos de óbitos infantis, apenas 1 caso ocorreu no período pós neonatal (de 29 dias a 1 ano) e 8 casos período neonatal (0 a 28 dias). Dos casos que ocorreram no período neonatal, todos foram neonatais precoces (0 a 6 dias). A causa de morte do período pós-neonatal foi relacionada à doença do aparelho respiratório, enquanto que os óbitos neonatais precoces estavam relacionados a malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e 75% dos casos estavam relacionados a algumas afecções originadas no período perinatal. Após a investigação do Comitê de Mortalidade Infantil, 77,7% dos casos foram considerados evitáveis.

2. JUSTIFICATIVA

Ao analisarmos os dados de mortalidade infantil de Porto Feliz observamos piora nos indicadores de saúde no período 2011 - 2013 sendo que no ano de 2014, apesar de ter-se registrado uma queda da taxa de mortalidade, ocorreram nove óbitos em menores de um ano e oito natimortos. Após as investigações pelo Comitê de Mortalidade Infantil, verificou-se que a maioria das mortes era evitável, causando um desconforto muito grande nos dirigentes. A partir desses dados surgiram as seguintes indagações:

- O que ocorreu no sistema de saúde de Porto Feliz que levou ao aumento da mortalidade infantil e da mortalidade perinatal em anos recentes?
- O que justifica a maioria dos óbitos infantis e fetais estarem relacionados a causas evitáveis?
- Quais são as consequências desse aumento?
- Qual a magnitude desse problema?
- Quais são as principais estratégias que devemos utilizar para modificar esse quadro?

Sendo assim, definiu-se como problema prioritário a redução da mortalidade perinatal, devido ao número expressivo de óbitos fetais evitáveis e da concentração dos óbitos infantis no período neonatal precoce.

Por meio da realização deste estudo, poderemos contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de superar alguns desafios nas práticas de Saúde Coletiva e o mesmo poderá servir de base científica para aplicações de metas e ações para os demais municípios com características semelhantes.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Constituiu objetivo geral do presente trabalho, elaborar uma síntese de evidências científicas que possa subsidiar uma política de saúde para a redução da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- Descrever os problemas no sistema de saúde de Porto Feliz relacionados à mortalidade perinatal;
- Identificar opções de políticas para redução da mortalidade perinatal com base em evidências científicas;
- Oferecer elementos para a tomada de decisão, enfocando os aspectos positivos, negativos e incertezas sobre as consequências da implementação das opções;
- Identificar barreiras e facilitadores para a implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos;
- Apoiar o monitoramento e avaliação de resultados das opções.

4. METODOLOGIA

“Essas ferramentas não adicionam à carga de trabalho pesada que vocês já possuem. Tampouco essas ferramentas ditam como cada um de vocês deve fazer seu trabalho. Esse recurso pode auxiliar seu trabalho de modo a torná-lo mais efetivo e eficiente através do melhor uso de evidências de modo a assegurar que suas decisões sejam melhor informadas.”
(Andy Oxman)

Esta Síntese de Evidências sobre redução da mortalidade perinatal foi realizada em conjunto com um grupo definido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz.

A metodologia proposta para elaborar a síntese de evidências científicas foi baseada na ferramenta SUPPORT (SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials) que utiliza as questões a serem consideradas a seguir (LAVIS, 2009).

Existem quatro etapas de transferência de conhecimento da EVIPNet e três etapas de considerações futuras.

A **Síntese de Evidências para Políticas** é a forma de apresentar a informação em um formato adequado ao tomador de decisões, uma ferramenta do processo de transferência de conhecimento. Com base na metodologia SUPPORT e considerando contextos locais, as melhores e mais relevantes evidências científicas são extraídas e apresentadas. Prioriza

revisões sistemáticas da literatura como fonte de informação, mas apresenta também outros aspectos importantes para o gestor, como as formas de atuação diante do problema e as considerações sobre a equidade na implementação das opções.

Este trabalho teve como foco a etapa de tradução de conhecimentos, que tem como objetivo a elaboração de uma síntese de evidências científicas sobre estratégias e ações para a redução da mortalidade perinatal. As etapas de considerações futuras (não contempladas neste trabalho) serão conduzidas pelo grupo constituído na Secretaria Municipal de Saúde, dando continuidade ao processo.

4.1 ETAPAS DE TRANSFERÊNCIA DO CONHECIMENTO PARA ELABORAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

4.1.1. Etapa 1: Prioridades para a definição dos programas/políticas

Segundo Lavis (2009), os formuladores de políticas e aqueles que os apoiam muitas vezes se deparam com situações em que eles precisam decidir qual é a melhor maneira de definir um problema. Eles podem ter: 1- Identificado um problema através de um processo explícito de definição de prioridades. 2- Lido sobre um problema em um relatório de uma agência nacional de estatísticas ou de um pesquisador independente. 3- Tido que responder a uma pergunta difícil sobre um problema, feita no congresso ou por alguém que vive em sua seção eleitoral. 4- Encontrado um problema que foi destaque na primeira página de um jornal diário. 5- Identificado um problema graças à sua experiência pessoal com um sistema de saúde.

Foram reunidos os coordenadores da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Feliz, funcionários da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde, da Maternidade da Santa Casa e integrantes do Comitê de Mortalidade Infantil, para a formação do grupo de evidências no município, que foi constituído por 10 participantes e 2 coordenadores. Ao discutirmos os problemas do município, os que mais se destacaram foram o aumento do número de casos de doenças cardiovasculares e a mortalidade perinatal (devido ao aumento do número de óbitos neonatais e óbitos fetais apontados pelo monitoramento do Departamento Regional de Saúde-Sorocaba), definida como prioridade para a elaboração da síntese de evidências. Foram

realizadas reuniões quinzenais para melhor aproveitamento das discussões, totalizando 19 encontros (Anexo 1). Foi acordado que somente seriam componentes do grupo aqueles que participassem de todo o processo da elaboração da síntese de evidências.

4.1.2 – Etapa 2: Busca das Evidências e seleção dos estudos

A busca de evidências é realizada nas bases de dados definidas pelos autores, a fim de identificar revisões sistemáticas sobre o tema. As revisões sistemáticas são cada vez mais vistas como uma das principais fontes de informação para a formulação de políticas, especialmente com relação à assistência na descrição dos impactos das opções. As revisões sistemáticas podem ser empreendidas para colocar os problemas em uma perspectiva de comparação e para descrever os possíveis malefícios de uma opção. Elas também ajudam a compreender os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema, como e por que as opções funcionam, e os pontos de vistas e experiências das partes interessadas com relação a opções específicas. (LAVIS, 2009).

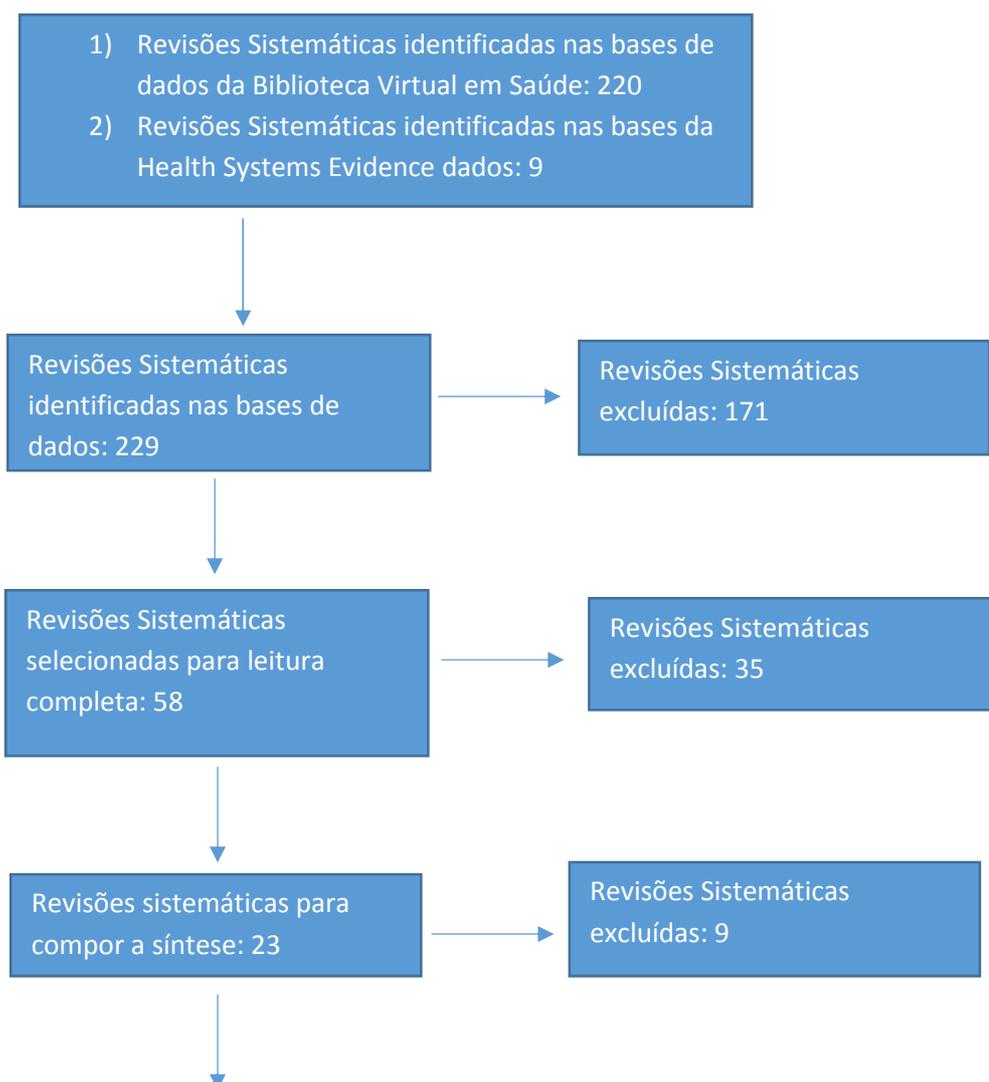
A definição das opções foi realizada por meio de busca por intervenções descritas em revisões sistemáticas em duas bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde -BVS e Health Systems Evidence - HSE). Após a definição das estratégias de busca, as mesmas foram aplicadas de forma independente por dois grupos de pesquisadores em datas diferentes, não havendo alterações do número de revisões sistemáticas identificadas.

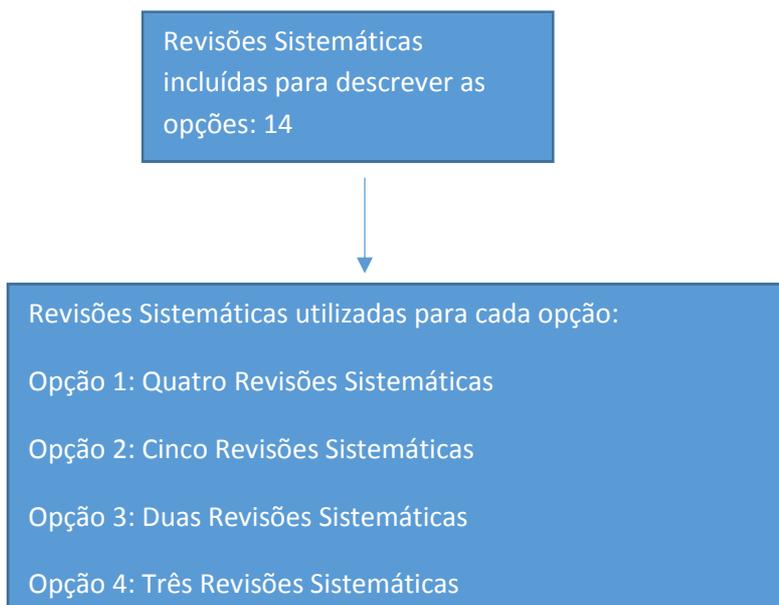
Foi utilizada a seguinte estratégia de busca para a BVS: ("mortalidade fetal" or "fetal mortality" or "mortalidade neonatal" or "neonatal mortality" or "mortalidade perinatal" or "perinatal mortality") or (("mortalidade fetal" or "fetal mortality" or "mortalidade neonatal" or "neonatal mortality" or "mortalidade perinatal" or "perinatal mortality") and (antenatal or "ante natal" or "prenatal" or "pré-natal")). Para a estratégia de busca no HSE foram utilizados os termos: mortalidade perinatal or perinatal mortality.

A busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com a aplicação do filtro tipo de estudo “Revisão Sistemática” resultou em 220 (duzentos e vinte) revisões e na base do *Health Systems Evidence* resultou em 9 (nove) textos. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 58 (cinquenta e oito) textos para leitura completa. Desses, após leitura completa, foram selecionados 23 (vinte e três) revisões sistemáticas para compor a síntese por

apresentarem intervenções compatíveis com o sistema de saúde municipal. Por fim, após análises mais detalhadas dos textos e avaliação da qualidade metodológica pelo instrumento AMSTAR, foram descartadas 9 revisões por não responderem às questões definidas para a síntese. Portanto, foram utilizadas 14 revisões sistemáticas para definir as opções para políticas de redução da mortalidade perinatal.

Figura I. Fluxograma de seleção dos estudos





4.1.3 – Etapa 3: Extração dos dados

Ao utilizar revisões sistemáticas de efeitos para fundamentar as decisões, os formuladores de políticas e as demais pessoas precisam julgar até que ponto esta evidência pode ser considerada confiável. O uso de processos sistemáticos e transparentes pode ajudar a evitar a inclusão de erros e vieses em seus julgamentos. Um processo sistemático e transparente permite também que outras partes interessadas, incluindo o público, entendam e avaliem esses julgamentos (LEWIN, 2009). Além disso, é importante a avaliação da qualidade das evidências. Segundo a ferramenta SUPPORT (LAVIS, 2009) avaliar a qualidade das evidências requer julgamentos rigorosos sobre até que ponto se pode ter certeza de que uma estimativa de efeito é correta. Assim, cada revisão sistemática utilizada na elaboração da síntese de evidência é avaliada utilizando o instrumento AMSTAR (uma ferramenta para avaliar revisões sistemáticas), que avalia a qualidade em uma escala de 0 a 11, de tal forma que escores de 1 a 4 correspondem à baixa qualidade, de 5 a 8 correspondem a estudos de qualidade moderada e de 9 a 11 correspondem à alta qualidade. É importante notar que o instrumento AMSTAR foi desenvolvido para avaliar opiniões focadas em intervenções clínicas e não aos aspectos analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança no âmbito dos sistemas de saúde (BEVERLEY et al, 2007).

Elaboramos inicialmente um quadro (Apêndices A ao D) com os principais resultados de cada estudo selecionado. Na primeira coluna estão identificados os autores das revisões

sistemáticas. Na segunda coluna estão descritos os títulos das revisões. Na terceira coluna foram referenciados os objetivos e na quarta coluna foram destacados os principais achados. A quinta coluna refere-se à qualidade metodológica das revisões; cada uma foi avaliada utilizando-se o instrumento AMSTAR. As demais colunas referem se o estudo foi realizado em países de baixa ou média renda (LMIC – *low and médium income countries*), proporção de estudos com foco na mortalidade perinatal e o último ano de busca dos estudos incluídos. Abaixo dos quadros estão os artigos que foram excluídos de cada opção e sua justificativa (exceto para a opção 3, pois nenhum estudo foi excluído). Esse quadro foi a base para a construção das opções apresentadas nos Quadros 1 a 4, com o seguinte conteúdo: principais evidências quanto aos benefícios da intervenção; quaisquer danos ou riscos da intervenção, quando esta é implementada; custos ou custo-efetividade dessa intervenção, quando disponíveis; incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, a fim de que o monitoramento e avaliação sejam garantidos se a opção for escolhida; avaliação da implementação da intervenção em outros locais; avaliação dos sujeitos sociais envolvidos na opção em relação à sua efetividade.

Também na busca de evidências foram observadas as potenciais barreiras à implementação das opções (relacionadas ao paciente/indivíduo, trabalhadores de saúde e organização do sistema de saúde). Esse processo está descrito e sistematizado de forma transparente nos Quadros 5 a 8. Comentários adicionais sobre equidade foram arrolados com a finalidade de esclarecer sobre possíveis implicações da adoção das diferentes opções sugeridas.

4.1.4- Etapa 4: Definição das Opções para a Abordagem Política

A definição das opções é feita por meio de busca por intervenções descritas em revisões sistemáticas ou metanálises e identificação de intervenções implantadas em outros países. Esse processo também deve ser descrito e sistematizado de forma transparente. As opções devem ir desde o aspecto mais amplo como os mecanismos de ofertas, financiamento e governança que abordem o problema ou suas causas subjacentes, como aspectos mais específicos.

Para a abordagem das opções de intervenção, o foco foi a discussão sobre a melhor forma de organizar o sistema de saúde municipal, assim como estratégias para efetuar mudanças. A combinação de fatos, o uso de evidências (bases de dados) e a discussão dos problemas locais, trouxeram momentos enriquecedores e aumento da visão da gestão de saúde para municípios de pequeno porte.

Após a definição das opções, reorganizamos as evidências escolhidas para cada opção, sendo selecionadas vinte e três revisões sistemáticas para a elaboração da síntese. Com uma leitura mais detalhada e a aplicação da classificação do AMSTAR, foram descartadas nove revisões sistemáticas pelos seguintes motivos: revisões cuja intervenção não poderia ser implantada no município no momento, cujos resultados e considerações não foram conclusivos, que apresentavam tratamentos que não podiam ser realizados no nível municipal, revisões que apresentassem menos de três estudos e com resultados não conclusivos, revisões que ainda estavam em desenvolvimento e revisões em que o resultado não intervinha no foco do problema.

4.1.5- Etapa 5: Elaboração da Síntese de Evidências

A síntese de evidências buscará descrever o problema de política, a melhor evidência disponível para definir o tamanho e a natureza do problema, as opções identificadas para enfrentar o problema, o impacto provável de um número de opções chave, considerações sobre as potenciais barreiras para a implementação das opções e as estratégias apropriadas para o enfrentamento. Também na síntese de evidência serão abordadas questões sobre a melhor forma de avaliação e monitoramento.

A síntese de evidências foi elaborada com destaque para o problema de política priorizado pela equipe municipal, buscando a melhor evidência disponível para definir o tamanho e a natureza do problema, as opções para enfrentar o problema, considerações sobre as potenciais barreiras para a implementação das opções e as estratégias apropriadas para o enfrentamento dessas barreiras.

5. RESULTADOS

Este tópico foi estruturado da seguinte forma: inicialmente serão apresentados os resultados das discussões do grupo de evidências de Porto Feliz acerca da mortalidade perinatal e seus determinantes; a seguir, apresenta-se na íntegra o documento de Síntese de Evidências para redução da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz, elaborado segundo a metodologia da EVIPNet.

Para as discussões iniciais do grupo de evidências, foi utilizada a técnica de chuva de ideias, na qual os participantes discutem um tema sem um roteiro, tendo sido apontados os principais problemas organizacionais da área da saúde do município.

Após várias discussões sobre a definição do problema a ser trabalhado, o grupo optou pela mortalidade perinatal para desenvolver uma síntese de evidências. A escolha se deu pela importância do tema, devido à mortalidade infantil/perinatal ser um indicador de avaliação da gestão municipal e pela percepção do grupo da necessidade de organização do sistema de saúde para o enfrentamento do problema. As discussões e avaliações de como o município está organizado para o combate à mortalidade perinatal foram realizados por setores, desde a Atenção Básica até o encaminhamento para os níveis de maior complexidade. Em todos os setores foram detectadas a falta de avaliação e monitoramento dos dados pela Secretaria de Saúde do município.

5.1. CHUVA DE IDEIAS PARA DEFINIR O PROBLEMA A SER ESTUDADO

Com a técnica de chuvas de ideias, foram identificados vários problemas em diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde que serão descritos abaixo:

O Quadro 1 apresenta um resumo dos principais problemas apontados pelo Grupo.

Quadro 1. Principais problemas apontados pelo Grupo de Evidências relacionados à mortalidade perinatal, 2015.

Nível	Problemas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação incipiente das diretrizes da Estratégia Saúde da Família. - Carência de uma política de Educação Permanente.

	<p>-Ausência de propostas de utilização de protocolos de atenção à saúde.</p> <p>-Ausência de diretrizes para o atendimento e procedimentos administrativos nas Unidade Básica de Saúde.</p> <p>-Vigilância em Saúde focada na prevenção de doenças transmissíveis e no bloqueio das mesmas.</p> <p>-Sistemas de informação distribuídos em vários setores e dados não discutidos entre os profissionais envolvidos.</p> <p>-Comitê de Mortalidade Infantil composto por profissionais envolvidos diretamente na atenção, sendo que por vezes os mesmos profissionais que atendem ao óbito realizam a investigação.</p> <p>-Utilização de influência política para o atendimento diferenciado de municípios no sistema público de saúde desrespeitando os fluxos da regulação.</p> <p>-Constante mudança dos profissionais da gestão (troca de três Secretários de Saúde no município desde 2013 com mudança nas coordenações dos programas)</p> <p>-Fragilidades no processo de apoio por parte dos Articuladores Regionais da Atenção Básica.</p>
ATENÇÃO BÁSICA	<p>-Baixa adesão das gestantes ao pré-natal, em especial gestantes usuárias de drogas.</p> <p>-Dificuldades no manejo de infecções urinárias de repetição.</p> <p>-Falta de responsabilização dos profissionais e não realização de busca ativa das gestantes faltosas.</p> <p>-Falta de interesse das mães em cuidar da saúde da criança.</p> <p>-Falta de planejamento familiar e alto número de gestantes adolescentes</p> <p>-As gestantes e crianças tem atendimento somente com o obstetra e pediatra e não com o médico de família.</p> <p>-Os Agentes Comunitários de Saúde não realizam o acompanhamento adequado nas visitas</p>

	<p>domiciliares à gestante. -Enfermeiros não realizavam consultas de enfermagem.</p> <p>-Visitas puerperais realizadas tardiamente, em até 15 dias, levando a altos índices de desmame precoce.</p>
MATERNIDADE	<p>-A instituição recebe muitos casos de pacientes de alta complexidade de um município de pequeno porte, sendo que o município estudado é referência para partos de baixa complexidade.</p> <p>-Falta de vagas de Unidade de Terapia Intensiva na região, o que sobrecarrega ainda mais o serviço.</p> <p>-Ausência de protocolos assistenciais voltados ao manejo de recém-nascidos prematuros.</p> <p>-Necessidade de melhor comunicação entre funcionários sobre o dimensionamento e estocagem de medicamentos essenciais para prevenção da mortalidade neonatal (ex: surfactante).</p>

A identificação desses problemas foi fundamental para a formulação das opções de políticas e para as etapas subsequentes do trabalho.

5.2. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

Reduzindo a mortalidade perinatal no Município de Porto Feliz-SP

Incluindo

Descrição de um problema de saúde prioritário
Opções viáveis para resolver o problema
Estratégias para implementação dessas opções.

Não incluindo

Recomendações. Esta síntese não faz recomendações sobre qual opção política escolher.

Para quem a síntese é direcionada?

Para os formuladores de políticas públicas do Município de Porto Feliz, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por esta síntese de evidências.

Para que esta síntese foi preparada?

Para dar suporte às deliberações sobre as políticas de saúde, resumindo a melhor evidência disponível sobre o problema e as soluções viáveis.

***O que é uma síntese de evidências para política de saúde?**

Sínteses de evidências para políticas de saúde reúnem evidências de pesquisa global (a partir de revisões sistemáticas*) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e programas de saúde (Brasil, 2015).

Objetivo desta síntese de evidências para políticas de saúde

São objetivos da presente síntese de evidências para políticas de saúde:

* Revisão Sistemática consiste em um resumo de estudos endereçado a responder a uma pergunta explicitamente formulada, que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e apreciar criticamente pesquisas relevantes e para coletar, analisar e sintetizar dados a partir destas pesquisas.

1. esclarecer e priorizar os problemas no sistema de saúde de Porto Feliz, com destaque para aqueles relacionados à mortalidade perinatal;
2. subsidiar políticas, enfocando seus aspectos positivos, negativos e incertezas das consequências das opções;
3. identificar barreiras e facilitadores de implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos;
4. apoiar o monitoramento e avaliação de resultados das opções.

Grupo de elaboração da Síntese de Evidências em Saúde do Município de Porto Feliz: Ana Paula Melo dos Santos, Claudelise Aparecida Zanin, Ednilson de Jesus Macedo, Elizama Piazza Antunes, Erica Michela de Santana Merlugo, Francisco Carlos de Arruda, Jessica Coan Putenchen, Livia Maria Figueiredo e Morisa de Carvalho Hessel Almeida.

Colaboradores: Anderson Marcelo Giacomeli, Valdirene Cardoso de Oliveira Prado, Camila Porcelli Paixão, Aluana Campos Correia e Edenilce Jacob.

Coordenação: Emiliana Maria Grando Gaiotto e Sonia Isoyama Venancio

Conflito de interesse

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse.

MENSAGEM CHAVE

O problema

A mortalidade perinatal tem sido um tema fortemente debatido pelas equipes de saúde de Porto Feliz, que elegeram como prioridade a busca de estratégias para a sua redução. A definição do problema de saúde prioritário se deu por meio de discussões dos óbitos pelo Comitê de Mortalidade Infantil municipal, quando se constatou que a maioria dos natimortos e das mortes infantis no ano de 2014 era evitável. As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época (Malta et al., 2007). A constatação de que a maior parte das mortes perinatais no município de Porto Feliz era evitável e a piora dos indicadores com o aumento da taxa de mortalidade infantil em anos recentes acarretou um grande desconforto na equipe de gestão da saúde, surgindo as seguintes indagações: O que ocorreu no sistema de saúde de Porto Feliz que levou ao aumento da mortalidade infantil e perinatal? O que justifica a maioria dos óbitos infantis e fetais estarem relacionados a causas evitáveis? Quais são as consequências desse aumento? Qual a magnitude desse problema? Quais são as principais estratégias que devemos utilizar para modificar esse quadro? Assim, esta síntese apresenta as melhores evidências disponíveis relacionadas à redução da mortalidade perinatal, apresentando quatro opções para enfrentar o problema, principais barreiras para a implementação dessas opções e suas implicações sobre a equidade.

Opções para enfrentar o problema

1. Qualificação da atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco da gestante e adequação no manejo dos exames.
2. Elaboração do protocolo de prevenção e tratamento para o desconforto respiratório do recém-nascido.
3. Implementação do planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e na prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.
4. Estruturação e organização de ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.

Considerações gerais acerca das opções propostas

Para a implementação das opções faz-se necessária a participação ativa dos gestores municipais. A criação de parâmetros e indicadores adequados é uma etapa fundamental na elaboração e implementação de políticas públicas, porém observamos precariedade nesta questão em nível municipal. A avaliação das barreiras antes da implantação das propostas e a definição de estratégias de monitoramento e avaliação dos resultados advindos da implementação das opções podem resultar na redução da mortalidade perinatal e no aumento da qualidade de vida da gestante e da criança.

CONTEXTO E ANTECEDENTES

Segundo Victora et al. (2011), países de grande extensão tendem a ser complexos e difíceis de administrar. Com cerca de 200 milhões de habitantes, há diferenças regionais marcantes no Brasil. Regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste (onde a expectativa de vida é comparável àquela de países ricos), convivem com as mais pobres, como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste, que se expandem com rapidez. Os referidos autores relatam ainda a expressiva melhora no acesso a serviços e nos níveis de cobertura de boa parte das intervenções em saúde no SUS, mas também enfatizam que a qualidade dos serviços prestados está, por vezes, abaixo do esperado, como nos cuidados pré-natais, por exemplo. A má qualidade dos cuidados está relacionada a questões institucionais, como, entre outras, a alta rotatividade dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família e as dificuldades em atrair médicos qualificados para trabalhar em áreas remotas, apesar dos altos salários.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD BRASIL (2003), frente a tantos casos de mortes evitáveis por falta de políticas públicas ou políticas públicas insuficientes, aprovou em 2000, em Nova Iorque, um documento histórico para o novo século: a Declaração do Milênio das Nações Unidas, em que se firmou um acordo a respeito dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados em 2015. São eles: 1) redução da pobreza, 2) atingir o ensino básico universal, 3) igualdade entre

os sexos, autonomia das mulheres, 4) reduzir a mortalidade na infância, 5) melhorar a saúde materna, 6) combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças, 7) garantir a sustentabilidade ambiental e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Segundo o PNUD BRASIL (2003), no Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), a taxa mundial de mortalidade na infância (mortalidade entre crianças menores de cinco anos, que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos) caiu 47% em 22 anos. Entre 1990 e 2012, o índice passou de 90 para 48 mortes por mil nascidos vivos. Ainda que essa evolução signifique que 17 mil crianças deixaram de morrer a cada dia, muito ainda deve ser feito para atingir a meta global de 75% de redução na taxa. Só no ano de 2012, 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram no mundo por doenças evitáveis. O Brasil alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos países. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 e, de acordo com as tendências atuais, é possível que em 2015 seja alcançado um resultado superior à meta estabelecida para este Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Brasil também já atingiu a meta estabelecida em relação a mortalidade infantil (óbitos de crianças com menos de um ano de idade), passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Segundo o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (2011), nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em saúde pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e interurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos como índios e negros. No Brasil a taxa de mortalidade infantil em 2011 era semelhante àquela dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá,

Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008a). Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal (óbitos ocorridos em criança entre 28 dias a um ano) e neonatal (óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias), enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas (LANSKY et al., 2009). Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Por sua vez, a mortalidade fetal (óbitos ocorridos a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias, ou ainda em fetos com peso igual e superior a 500g ou estatura a partir de 35 cm) partilha com a mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos na primeira semana de vida, entre 0 e 6 dias) as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução.

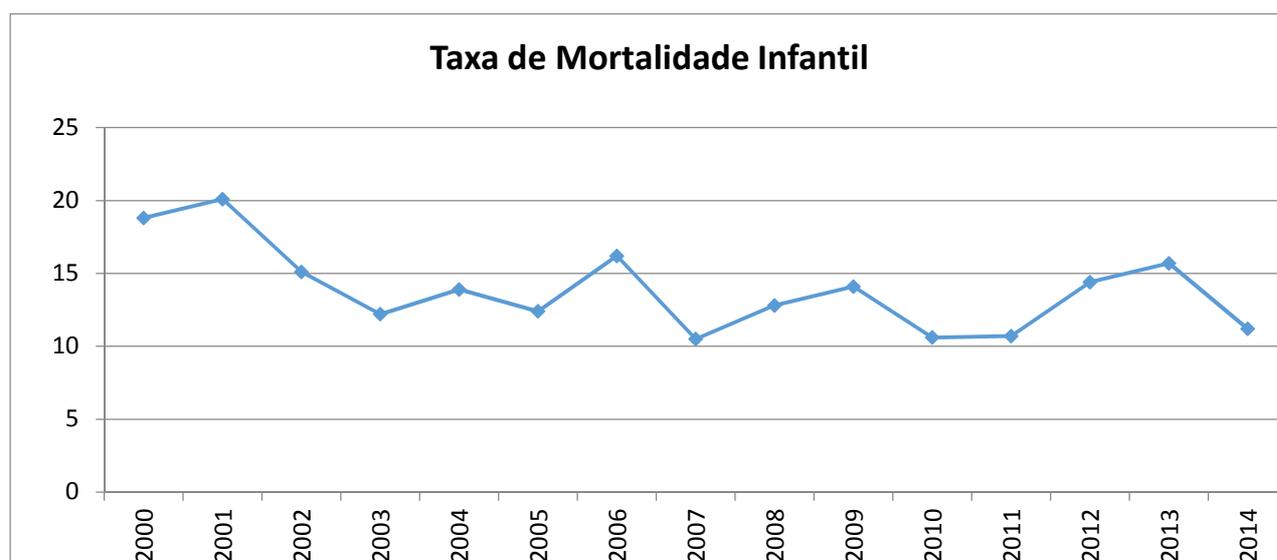
Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2015), no Estado de São Paulo, em 2013, a taxa de mortalidade infantil – TMI foi de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos, a menor da série que a Fundação Seade acompanha desde o século passado. Em 2013, os Departamentos Regionais de Saúde - DRS que apresentaram as menores taxas de mortalidade infantil foram o de Piracicaba (8,9 por mil), Campinas (9,5 por mil) e São José do Rio Preto (9,6 por mil). O DRS de Registro foi o que apresentou o índice mais elevado (18,1 por mil), seguido pela Baixada Santista (15,9 por mil). No Departamento Regional de Saúde de Sorocaba, onde o município de Porto Feliz se insere, a taxa de mortalidade infantil foi de 13,2 óbitos por mil, sendo maior que a taxa de mortalidade infantil estadual.

Porto Feliz é uma cidade histórica paulista com população de 51.320 habitantes, situada a 110 km da região metropolitana de São Paulo. Sua Rede Básica de Saúde conta com 10 Unidades Básicas de Saúde, nove equipes de Saúde da Família, uma equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e duas equipes parametrizadas de Atenção Básica (equipes cujos profissionais de uma UBS têm uma carga horária somada maior ou igual 150

horas/mês para médicos, e maior ou igual a 120horas/mês para enfermeiros). Também possui dois Centros de Especialidades Médicas e um Centro de Especialidades Odontológicas. Além disso, o município conta com a Santa Casa de Misericórdia, hospital filantrópico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) sob intervenção municipal desde dezembro de 2007. A distribuição de leitos do hospital é a seguinte: treze cirúrgicos, oito obstétricos, vinte de clínica médica e nove de pediatria. A Santa Casa oferece atendimento de média complexidade pelo SUS: clínica médica, cirúrgica, obstetrícia e ginecologia, pediatria e apoio diagnóstico. O hospital conta também com uma unidade de Pronto Socorro conveniada com a Secretaria de Saúde para prestação de serviços de urgência e emergência por 24 horas.

A seguir apresenta-se a evolução da Mortalidade Infantil e da Mortalidade Perinatal no município.

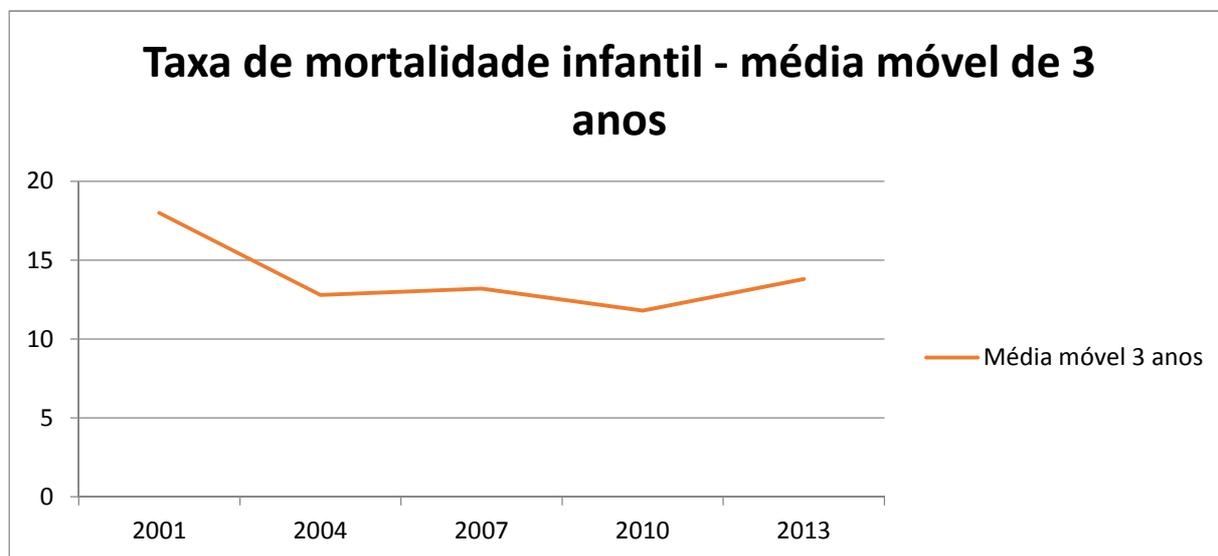
Gráfico 1 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil em Porto Feliz, 2015.



Fonte: SEADE, 2015

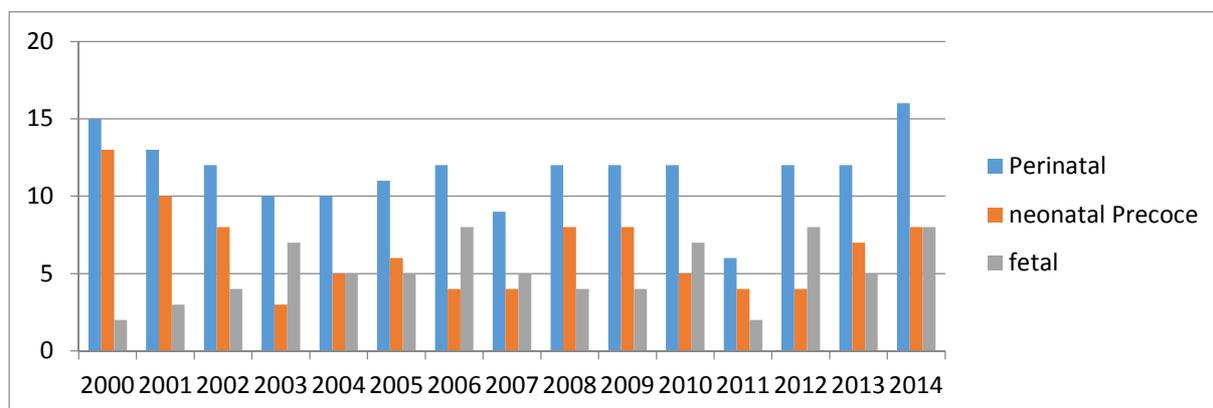
No Gráfico 1 verifica-se a evolução da mortalidade infantil ano a ano no município. Além da flutuação do coeficiente, chama a atenção seu aumento no período recente de 2011 a 2013. Através das discussões dos óbitos pelo Comitê de Mortalidade Infantil do município, constatou-se que apesar da queda em 2014, a maioria das mortes era evitável.

Gráfico 2- Taxa de mortalidade infantil - média móvel de 3 anos



No Gráfico 2, a evolução das Taxas de Mortalidade Infantil é apresentada utilizando-se a técnica de médias móveis (calculando-se as médias dos coeficientes a cada três anos), que tem por objetivo reduzir a flutuação dos coeficientes e facilitar a observação de tendências. Por meio dessa análise, observa-se tendência de queda da mortalidade infantil no período de 2000 a 2004, seguida por um período de estabilização e posterior aumento de 2010 a 2013.

Gráfico 3- Evolução de óbitos perinatais, neonatais e fetais por ano de ocorrência no município de Porto Feliz, 2000-2014.



Fonte: DataSUS, 2015

O Gráfico 3 mostra a série histórica da mortalidade perinatal, que engloba os casos de óbitos neonatais precoces e os casos de óbitos fetais. Chama a atenção o aumento dos óbitos perinatais entre 2011 e 2012, a estabilização do coeficiente em patamares altos em 2013 e o novo aumento do mesmo em 2014.

Ao analisarmos os documentos do Comitê de Mortalidade Infantil no ano de 2014 obtivemos os seguintes dados:

1. O número total de óbitos fetais foi 8, dos quais 25% das gestantes tinham menos de 20 anos e 25% das gestantes eram usuárias de drogas. Em relação à causa das mortes, 12% foram relacionadas a alguma afecção originada no período perinatal e 88% foram relacionadas a malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas. De acordo com os relatórios de investigação do Comitê de Mortalidade Infantil, 50% dos óbitos fetais eram evitáveis.

2. Nos casos de óbitos infantis, apenas 1 caso ocorreu no período pós neonatal (de 29 dias a 1 ano) e 8 casos no período neonatal (0 a 28 dias). Dos casos que ocorreram no período neonatal, todos foram neonatais precoces (0 a 6 dias). A causa de morte do período pós-neonatal foi relacionada à doença do aparelho respiratório, enquanto que os óbitos neonatais precoces estavam relacionados a malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas e 75% dos casos estavam relacionados a algumas afecções originadas no período perinatal. Após a investigação do Comitê de Mortalidade Infantil, 77,7% dos casos foram considerados evitáveis.

Ao verificarmos os dados do Comitê de Mortalidade Infantil, a maioria dos óbitos em 2014 era evitável e a qualidade do pré-natal foi questionada devido aos seguintes fatores investigados: infecção urinária de repetição sem tratamento adequado, casos de sífilis não tratada, exames de ultrassonografia realizados em datas não recomendadas e com laudos deficientes, falta de adesão das gestantes ao pré-natal (principalmente aquelas usuárias de drogas) e número de consultas abaixo do recomendado. Outro fator apontado também foi relativo ao atendimento do profissional de saúde ao pré-natal, destacando-se as seguintes questões: falta de responsabilização dos profissionais quanto ao pré-natal e não realização de busca ativa das gestantes faltosas. A equipe da ESF não realizou o monitoramento dessas gestantes, nem mesmo por Agentes Comunitários de Saúde e as mesmas eram atendidas

somente pelo médico obstetra e não pela equipe da ESF (fato que foi modificado a partir de janeiro de 2013). Os profissionais da ESF não participavam de processos de educação permanente, preceptoria e nem de discussão técnica, além de haver alta rotatividade de médicos e enfermeiros. A falta de planejamento familiar, o alto índice de gravidez na adolescência e a falta de palestras educativas para escolas e comunidade também podem ter contribuído para o aumento do índice da mortalidade perinatal.

Outro aspecto a ser ressaltado é que, apesar da cidade de Porto Feliz ser referência de maternidade de baixa complexidade para a cidade de Iperó, em muitos casos são encaminhadas pacientes que requerem assistência de alta complexidade, resultando em problemas para a maternidade, pois a mesma não está adaptada para receber esses casos e ainda há falta de vagas de UTI na região, o que dificulta ainda mais a assistência.

Com base nas metas nacionais e estaduais, na piora dos indicadores da mortalidade perinatal e nas análises dos dados locais pelo Comitê de Mortalidade Infantil, considerou-se pertinente a priorização da mortalidade perinatal como objeto desta síntese de evidências.

Conceitos chaves relacionados com a mortalidade perinatal, segundo Brasil (2012)

Taxa de mortalidade infantil: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).

Taxa de mortalidade neonatal precoce: Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).

Óbito fetal: Óbito antes do nascimento com vida ocorrido a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm (RIPSA, 2008).

Óbito perinatal: Mortes que ocorrem entre a 22ª semana de gestação ao 7º dia após o nascimento (DECS, 2010).

O que está sendo feito para enfrentar o problema da mortalidade perinatal no Brasil

A Rede Cegonha (2011) é a principal estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, de acordo com maiores taxas de mortalidade infantil, razões de mortalidade materna e densidades populacionais.

No contexto mais geral do sistema de saúde, a formação de redes é vital para a integralidade da assistência à saúde, pois as limitações de resolutividade da Atenção Básica podem ser sanadas nos demais níveis assistenciais. Nesse sentido, a Portaria 4279 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse Decreto propõe mecanismos de controle mais eficazes e cria instrumentos para pactuação e monitoramento das ações realizadas nas três esferas de governo.

BUSCANDO EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS OPÇÕES

A definição das opções foi realizada por meio de busca por intervenções descritas em revisões sistemáticas em duas bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e Health Systems Evidence - HSE). Após a definição das estratégias de busca, as mesmas foram aplicadas de forma independente por dois grupos de pesquisadores em datas diferentes, não havendo alterações do número de revisões sistemáticas identificadas.

Foi utilizada a seguinte estratégia de busca para a BVS: ("mortalidade fetal" or "fetal mortality" or "mortalidade neonatal" or "neonatal mortality" or "mortalidade perinatal" or "perinatal mortality") or (("mortalidade fetal" or "fetal mortality" or "mortalidade neonatal" or "neonatal mortality" or "mortalidade perinatal" or "perinatal mortality") and (antenatal or "ante natal" or "prenatal" or "pré-natal")). Para a estratégia de busca no HSE foram utilizados os termos: mortalidade perinatal or perinatal mortality.

A busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com a aplicação do filtro tipo de estudo “Revisão Sistemática” resultou em 220 (duzentos e vinte) revisões e na base do *Health Systems Evidence* resultou em 9 (nove) textos. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 58 (cinquenta e oito) textos para leitura completa. Desses, após leitura completa, foram selecionados 23 (vinte e três) revisões sistemáticas para compor a síntese, por apresentarem intervenções compatíveis com o sistema de saúde municipal. Por fim, após análises mais detalhadas dos textos e avaliação da qualidade metodológica pelo instrumento AMSTAR, foram descartadas 9 revisões por não responderem às questões definidas para a síntese. Portanto, foram utilizadas 14 revisões sistemáticas para definir as opções para políticas de redução da mortalidade perinatal.

OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA

Esta síntese de evidências identificou quatro opções para redução da mortalidade perinatal, as quais são apresentadas a seguir.

Opção 1. Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco da gestante e adequação do manejo de exames.

Implementar o formulário de classificação de risco clínico e vulnerabilidades sociais para todas as gestantes durante o acompanhamento do pré-natal (aplicável por médico e enfermeiro), organizar e padronizar exame de ultrassonografia (USG) obstétrica para análise

do crescimento fetal e exames laboratoriais para o rastreamento e prevenção de patologias relacionadas com as afecções perinatais.

Quadro 2. Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas.

Categoria dos Achados	Síntese dos Achados mais relevantes
Benefícios	<p>Davey et al.(2011) conduziram uma revisão sistemática de alta qualidade na qual avaliaram se o uso do formulário de classificação de risco em combinação com intervenções subsequentes poderiam diminuir o risco de parto prematuro. Concluíram que apesar de não estar clara a relação entre a implantação do formulário de classificação de risco e a prevenção do parto prematuro, a implantação do formulário tem o potencial para guiar os profissionais e gestantes a tomarem decisões sobre o gerenciamento da gestação quando apresentam qualquer intercorrência.</p> <p>As revisões encontradas sobre exames de ultrassom obstétrico apontaram que o ultrassom realizado no início da gestação detecta precocemente gestação múltipla e tem maior precisão da data provável do parto, evitando indução do parto por pós-datismo (Neilson et al., 2010). Na revisão sistemática sugere-se ainda que para uma melhor detecção da restrição do crescimento intrauterino devem estar associadas medidas do peso corpóreo da gestante, medidas uterinas e realização do ultrassom obstétrico. Esses procedimentos podem efetivamente reduzir em 20% o óbito fetal relacionado com a restrição do crescimento intrauterino (Imdad, 2011).</p> <p>Shahrook et al. (2014), em uma revisão sistemática de alta qualidade, mostraram que o teste rápido de sífilis é eficaz para diagnóstico precoce e início do tratamento, reduzindo a sífilis congênita e promovendo a melhoria do acesso para o tratamento da mulher e seu parceiro.</p>

Danos/riscos potenciais	Não foram encontrados riscos ou danos potenciais com a introdução desta opção.
Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Shahrook et al. (2014) referiram que há necessidade de mais estudos para determinar a efetividade do teste de sífilis para melhorar os resultados em gestantes e neonatos, especialmente em regiões de alto risco. Na área rural da África do Sul, em mulheres com resultado positivo do teste rápido de sífilis, não houve evidência clara do efeito da intervenção para redução da mortalidade perinatal com o aumento das taxas de tratamento adequado para sífilis, mas o teste rápido apresentou redução da demora por procura de tratamento.
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	A revisão de Shahrook et al. (2014) teve como foco principal os países de baixa renda, sendo que os estudos foram realizados onde o acesso aos serviços de saúde e tratamentos eram restritos. Os demais estudos incluídos nas revisões sistemáticas dessa opção foram realizados em países de alta renda.
Percepção dos sujeitos sociais envolvidos na opção, quanto à sua efetividade	Nenhum estudo reportou a percepções dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção.

Fonte: Elaboração Própria.

Opção 2. Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.

Realizar a prevenção do desconforto respiratório do recém-nascido desde a Atenção Básica no período de pré-natal com a definição de classificação de risco para trabalho de parto prematuro e padronização da prescrição de corticosteroides para gestantes que apresentarem intercorrências até 37 semanas de gestação. Realizar o tratamento do desconforto respiratório

do recém-nascido no nível hospitalar para todos os recém-nascidos que apresentarem os sintomas, com prescrição de corticosteroides e surfactantes no período neonatal.

Quadro 3. Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas.

Categoria dos Achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Doddet al. (2007), em uma revisão de alta qualidade, avaliaram o uso de progesterona em mulheres com risco de parto prematuro. A administração de progesterona intramuscular mostrou-se associada com redução do risco de trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas de gestação e do parto prematuro abaixo de 34 semanas, redução do risco de crianças nascerem com peso menor que 2.500 g e redução de hemorragia intraventricular no lactente.</p> <p>Mwansa–Kambafwileet al. (2010), em uma revisão sistemática de alta qualidade, mostraram que a terapia com esteroides no pré-natal é muito efetiva na prevenção da morbidade e mortalidade neonatal. Os esteróides pré-natais podem diminuir a mortalidade neonatal entre os recém-nascidos prematuros (< 36 semanas de gestação) entre 31% a 37%, dependendo da metodologia de análise aplicada. Mesmo com as evidências científicas apresentadas, ainda permanece baixa a cobertura em países com baixa e média renda, sendo que essa intervenção poderia salvar mais de 500.000 recém-nascidos no mundo anualmente.</p> <p>Soll et al. (2009), em uma revisão de alta qualidade, avaliaram que a administração de surfactante sintético intratraqueal para crianças com desconforto respiratório resultou em melhora clínica, com diminuição dos riscos de pneumotórax, enfisema pulmonar, hemorragia intraventricular, displasia bronco-pulmonar; diminuição do risco de mortalidade neonatal, de mortalidade após alta e de mortalidade de crianças menores de um ano. Foram identificados seis estudos randomizados controlados de tratamento da síndrome do desconforto respiratório com surfactante sintético. Cinco dos estudos utilizaram Exosurf neonatal (um surfactante sintético composto de dipalmitoilfosfatidilcolina, hexadecanol e tiloxapol); um estudo pequeno utilizou uma mistura de dipalmitoilfosfatidilcolina e fosfatidilglicerol. A maioria dos estudos avaliou crianças nascidas com 30 semanas de gestação ou menos.</p>

	<p>Halliday et al. (2009), em uma revisão sistemática de média qualidade, apontaram a ocorrência de debate sobre o uso de corticosteróides no período pós-natal para prevenir ou tratar precocemente a doença crônica do pulmão em prematuros de alto risco. Essa revisão mostrou que o tratamento com corticosteróides iniciado entre 7 e 14 dias após o nascimento, em comparação com não tratamento de neonatos com esteróides nessa idade, apresentou efeitos importantes em curto prazo. Tratamento com esteróides reduziu a mortalidade nos primeiros 28 dias, reduziu a mortalidade e doença crônica dos pulmões entre 28 dias a 36 semanas. O desmame da ventilação foi facilitado e reduziu a necessidade de tratamento posterior com dexametasona.</p>
<p>Danos/riscos potenciais</p>	<p>Para crianças que recebem surfactante pode haver aumento do risco de apneia prematura, persistência do canal arterial e hemorragia pulmonar (Soll et al., 2009).</p> <p>A terapia precoce com corticosteroide (7 a 14 dias) pode causar efeitos adversos em um curto período de tempo (hipertensão, hipercalcemia, sangramento gastrointestinal e infecções) (Halliday et al., 2009).</p>
<p>Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual</p>	<p>Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade da opção.</p>
<p>Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada</p>	<p>Na revisão de Onland et al. (2011), não houve evidência em estudos randomizados que mostre benefício do tratamento com corticosteroides para mulheres em risco de parto prematuro antes de 26 semanas de gestação.</p> <p>Os resultados de avaliações de longo termo são limitados, pois as crianças foram avaliadas predominantemente antes da idade escolar e não há estudos que detectem importantes resultados neurológicos (Halliday et al. 2009).</p> <p>Não é claro se o prolongamento da gestação resulta em melhoria da saúde materna e da criança a longo termo. Similarmente, informações a respeito de danos potenciais da terapia da progesterona para prevenir parto prematuro são limitadas (Dodd et al., 2007)</p>

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	Foram encontrados quatro estudos na revisão sistemática de Mwansa–Kambafwile et al. (2010) realizados em países de baixa renda: Brasil, África do Sul, Jordânia e Tunísia. Os demais estudos foram realizados em países de alta renda.
Percepção dos sujeitos sociais envolvidos na opção, quanto à sua efetividade	Nenhum estudo reportou a percepção dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção.

Fonte: Elaboração Própria

Opção 3. Implementar o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e na prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.

O uso de métodos contraceptivos, aumentando o intervalo entre as gestações pode ter impacto na redução da mortalidade perinatal. As equipes de atenção básica, articuladas a outros setores como educação e assistência social, devem estar preparadas para implantar ações de planejamento familiar, com atenção especial às adolescentes e usuárias de drogas.

Quadro 4. Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas.

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Yeakey et al. (2009), em uma revisão de boa qualidade sobre o uso de contraceptivos em intervalos entre partos, concluíram que o uso de anticoncepcionais foi fator protetor contra curtos intervalos entre nascimentos, porém não encontraram estudos que relacionassem isso com a mortalidade infantil. Um dos estudos dessa revisão mostrou forte evidência de chances de sobrevivência das crianças se o intervalo entre as gestações for maior que 36 meses.</p> <p>Minozziet al. (2013), em uma revisão sistemática de alta qualidade sobre a manutenção de tratamento com opiáceos para gestantes dependentes, comparou o tratamento com metadona e buprenorfina e referiram que o tratamento com metadona parece superior em termos de manter a paciente em tratamento. Outros benefícios foram a redução de procura por drogas, de prostituição e de aquisição de uma doença sexualmente</p>

	transmissível como HIV e hepatites. A buprenorfina parece acarretar um número menor de síndrome de abstinência neonatal.
Danos/riscos potenciais	<p>Em relação ao tratamento de gestantes usuárias de drogas com opiáceos não foram identificadas complicações severas em neonatos monitorados por polissonografias; em contrapartida, uma criança do grupo da metadona teve apneia central e uma criança do grupo de morfina teve apneia obstrutiva (Minozzi et al., 2013).</p> <p>Um estudo realizado no Paquistão constatou que as usuárias de contraceptivos tiveram um intervalo mais curto entre os nascimentos em comparação às não usuárias (Yeakey et al. 2009).</p>
Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção implementada	Em relação ao uso de metadona x buprenorfina não foram encontradas diferenças significantes entre os tratamentos. Alguns estudos relatam que o tratamento com morfina parece ser superior ao tratamento com a metadona uma vez que diminui abstinência de gestantes dependentes de heroína, porém há necessidade de mais pesquisas para avaliar as diferenças na comparação entre os tratamentos.
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Na revisão de Yeakey et al. (2009) os estudos incluídos foram baseados em clínicas de diferentes países da Europa, África, Oriente Médio, Ásia e EUA. A maioria dos estudos avaliou o efeito da prática contraceptiva no período de intervalo entre os nascimentos. Foram comparados grupos que usavam qualquer método contraceptivo (métodos tradicionais ou folclóricos, métodos naturais e métodos permanentes) com grupos de usuários que não utilizavam métodos contraceptivos. Os resultados foram mistos, mas sugeriram que o uso de contraceptivos foi protetor contra intervalos curtos entre os nascimentos.</p> <p>A revisão de Minozzi et al. (2013) foi realizada somente em países de alta renda.</p>
Percepção dos sujeitos sociais envolvidos na opção, quanto à sua efetividade	Não foram reportados aspectos da percepção dos sujeitos.

Fonte: Elaboração Própria

4- Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.

A Educação em Saúde na gestação e no puerpério é uma ação importante para redução da mortalidade perinatal e deve ser implementada pelas equipes de Atenção Básica, por meio de grupos de gestantes e visitas domiciliares no puerpério, como forma de apoio sócio emocional à gestante e à puérpera.

Quadro 5. Achados relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas.

Categoria dos Achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Prost et al. (2013), em uma revisão de alta qualidade, compararam o efeito do aprendizado e de ações de grupos de mulheres participantes com mulheres que tiveram os cuidados usuais na gestação e no parto. Avaliaram que quando houve a participação de pelo menos um terço das mulheres grávidas e adequada cobertura da população, a realização de grupos de mulheres que participaram de aprendizagem com métodos ativos constituiu uma importante estratégia para melhorar a sobrevivência materna e neonatal em locais com poucos recursos.</p> <p>Gogia et al. (2010), em uma revisão de qualidade moderada, avaliaram se a visita domiciliar para recém-nascidos por profissionais da saúde da comunidade pode reduzir a mortalidade neonatal e natimortalidade. Os autores avaliaram que os pacotes de intervenção constituídos de visitas domiciliares para o cuidado pré-natal, visitas do puerpério, tratamento de doenças e atividades de mobilização da comunidade estão associados com a redução da mortalidade neonatal e da natimortalidade .</p> <p>Yonemoto et al. (2013), em uma revisão de alta qualidade, avaliaram escalas de visitas domiciliares puerperais de diferentes periodicidades. Mostraram que as visitas domiciliares podem promover a saúde infantil e a satisfação materna. No entanto, a frequência, tempo, duração e intensidade de tais visitas de cuidados pós-natais devem ser baseadas nas necessidades locais.</p>

Danos/riscos potenciais	Não foram identificados potenciais riscos nessa opção.
Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual	Prost et al. (2013), para comparar o custo-efetividade das intervenções, avaliou de forma independente a qualidade dos estudos. A avaliação dos custos econômicos da intervenção de reunir grupos de mulheres foi realizada a partir de um projeto de custos (desde os custos para a criação do projeto até uma projeção final) como a principal fonte de dados. Custos relacionados com serviços de saúde (reforço, monitoramento e avaliação) foram excluídos. Os custos financeiros foram analisados anualmente em toda a duração do projeto e foram analisados também os gastos que as mulheres tiveram ao serem encaminhadas a outras atividades ou programas. O custo foi considerado um pouco alto, comparado com o método recomendado da OMS.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Visitas domiciliares com maior frequência não pareceram melhorar a saúde psicológica materna e os resultados de dois estudos sugeriram que as mulheres que receberam mais visitas tiveram maior média de escores de depressão. A razão para esse achado não foi clara. Houve alguma evidência de que o cuidado pós-natal em casa pode reduzir a utilização de serviços de saúde infantil nas semanas seguintes ao nascimento, e que mais visitas domiciliares podem encorajar mais mulheres a amamentar exclusivamente seus bebês. Houve alguma evidência de que as visitas domiciliares estão associadas com o aumento da satisfação materna com os cuidados pós-natais (Yonemoto et al, 2013)
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Nos estudos realizados na Ásia as intervenções durante o período neonatal incluíram um ou mais dos seguintes elementos: (1) promoção de práticas de cuidados neonatais ideais, tais como o aleitamento materno exclusivo e cuidado do cordão umbilical, (2) educação do cuidador para melhorar o reconhecimento de problemas neonatais, de risco de vida e para cuidados de saúde adequados, (3) identificação de sinais de doença neonatal grave e encaminhamento para uma unidade de saúde; ou (4) educação sobre saúde, higiene e segurança (Gogia et al,2010).</p> <p>Potencialmente, visitas domiciliares nos primeiros dias após o nascimento por profissionais de saúde ou trabalhadores de apoio treinados oferecem oportunidades para a avaliação da mãe e do recém-nascido, educação em saúde, apoio à alimentação infantil, apoio emocional ou prático e, se necessário, o encaminhamento para outros profissionais de</p>

	saúde (Yonemoto et al, 2013).
Percepção dos sujeitos sociais envolvidos na opção, quanto à sua efetividade	Mulheres foram questionadas sobre sua satisfação com os cuidados pós-natais em dois estudos. Nesses estudos, verificou-se que todas as mulheres estavam muito satisfeitas com a sua experiência pós-natal (grupo que não recebeu os cuidados pós neonatais de modo formal, apresentou uma satisfação maior) e o acompanhamento de um visitador da saúde colaborou com o aumento da satisfação das mulheres (Yonemoto et al., 2013)

Fonte: Elaboração Própria

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS SOBRE A EQUIDADE DAS OPÇÕES

Opção 1. Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco para gestante e adequação do manejo de exames.

O município de Porto Feliz ainda está em fase de implantação da Rede Cegonha e esta é uma excelente ferramenta para o monitoramento das ações dessa opção. A comunicação da Atenção Básica com a Central de Vagas para o agendamento na data correta do exame de ultrassonografia é de extrema importância, tendo em vista que o município oferece a todas as gestantes o acesso ao pré-natal e a todos os exames necessários nas Unidades Básicas de Saúde. A dificuldade está no agendamento da data adequada do USG e no laudo, que é muitas vezes incompleto. Em virtude desses acontecimentos, as mulheres com melhor renda realizam o exame em instituições privadas, fato que denota desigualdade no atendimento.

A falta de capacitações para a realização do teste rápido (sífilis, HIV e Hepatite B) em todas as UBS do município de Porto Feliz está gerando iniquidade, pois as UBS que não têm profissional capacitado não estão realizando o procedimento.

Opção 2. Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.

Todas as gestantes têm o acesso ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde e ao parto de baixa complexidade na Santa Casa de Misericórdia de Porto Feliz. Todas as mulheres que necessitarem dessa opção no município terão a mesma disponibilidade do tratamento. Porém,

as gestantes de alto risco são encaminhadas para Unidades de Referência Regional e poderão não ter acesso ao protocolo.

Opção 3. Implementar o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.

Bandeira (2005) defende que a transversalidade, uma mesma temática a ser desenvolvida em várias áreas de atuação, envolve a elaboração de uma matriz que permita orientar uma *nova visão* de competências (políticas, institucionais e administrativas). Envolveria igualmente responsabilização dos agentes públicos, favorecendo a integração e consequente aumento da eficácia das políticas. Como a opção abrange o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez em adolescentes e na prevenção e tratamento da gestante usuária de drogas, as ações devem ser realizadas nas escolas, e aqueles que estiverem fora da escola serão trabalhados pelas equipes do Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializada da Assistência Social e Comunidade (através de artesanato, teatro, futebol e etc.) para atingirmos toda a população. Para toda gestante usuária de drogas será acionada a equipe para discussão dos cuidados de forma multiprofissional.

Os pais que não forem a favor da atividade realizada na escola deverão assinar documento solicitando que o filho não participe das atividades. Nesses casos, os adolescentes não serão beneficiados diretamente com a opção.

Opção 4- Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.

A Educação em Saúde para a comunidade deve ter uma linguagem adequada e atender às necessidades de diferentes grupos da população, incluindo aqueles com baixo nível de escolaridade, avaliando suas necessidades e seu estilo de vida, crenças e valores, desejos, opções, vivências, respeitando o contexto sócio-político-cultural em que vivem. O município não tem uma cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família, portanto o desenvolvimento de uma comunicação sobre os nascimentos entre a Maternidade e Atenção Básica (principalmente para as áreas de UBS tradicionais) é muito importante para que a

visita do puerpério seja realizada o mais breve possível e o aleitamento materno seja incentivado.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

As opções apresentadas não precisam necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa. A aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas localizadas no campo da organização do sistema e dos serviços, bem como as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde. No Quadro 5 estão descritas barreiras potenciais e aspectos que podem facilitar a implementação de cada uma das quatro opções, levando em consideração as dimensões dos pacientes/indivíduos, prestadores de serviços em saúde, organização dos serviços e sistema de saúde.

Quadro 6. Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco para gestante e manejo de exames
Paciente/Indivíduo	As gestantes devem ser abordadas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto prematuro nas consultas médicas e de enfermagem, nos grupos de orientações e nas abordagens das visitas domiciliares realizadas mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde e orientadas a procurar um serviço de saúde quando houver qualquer intercorrência. Pacientes usuárias de drogas não têm uma boa adesão ao pré-natal e, portanto, devem ser monitoradas e atendidas em qualquer unidade de saúde sem agendamento prévio.
Trabalhadores da Saúde	Devem-se capacitar os trabalhadores de saúde na utilização do formulário de classificação de risco para parto prematuro e nas atividades a serem desenvolvidas em cada uma das avaliações do pré-natal e das visitas domiciliares.

	<p>Há necessidade de treinamento para realização do teste rápido para sífilis em todas as unidades, já que o número de trabalhadores da saúde treinados ainda é insuficiente.</p>
Organização	<p>Deve-se garantir um sistema de referência e contra- referência entre Atenção Básica e Atenção Hospitalar oportuno e efetivo para aquelas pacientes que necessitem de visitas adicionais ou cuidados especiais.</p> <p>Faz-se necessária a melhora da comunicação entre a Atenção Básica e Atenção Hospitalar, incluindo um sistema de registro (carteira de gestante e uma pasta para os exames), como também a implantação do prontuário eletrônico.</p> <p>Deve-se garantir a provisão de corticosteroides para sua administração no pré-natal a todas as mulheres com risco de parto prematuro em todos os serviços de saúde que atendem gestantes e que assistem partos.</p> <p>As UBS devem estar preparadas para o atendimento de gestantes usuárias de drogas.</p> <p>Em decorrência do Município de Porto Feliz ter condições socioeconômicas relativamente boas, os exames de ultrassom e cardiotocografia estão disponíveis no pronto socorro municipal e não haveria objeções para a implantação da padronização de laudos e do formulário de avaliação de risco para gestantes pela Secretaria Municipal.</p> <p>Ferramentas de auditoria e feedback, poderiam aumentar a adesão de protocolos clínicos relacionados com essa opção (IVER,2012).</p>
Sistema	<p>É necessário melhorar o financiamento para implantação do prontuário eletrônico e capacitações anuais para os sistemas para melhor captação dos dados.</p> <p>Organização da referência do município de Porto Feliz somente para casos de baixa complexidade do município de Iperó deve ser implantada.</p> <p>Mecanismos de referência e de contra- referência, assim como garantia de transporte sanitário adequado para hospitais de referência de maior complexidade em tempo oportuno devem</p>

	<p>ser assegurados.</p> <p>Aquisição um aparelho de USG de melhor qualidade seria necessária para a Santa Casa de Misericórdia de Porto Feliz. Também seriam necessários treinamentos para padronização de laudos de USG obstétrica, capacitações para realizar o teste rápido de sífilis e capacitação para implantar o formulário de avaliação de risco.</p>
--	--

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 7. Considerações sobre a implementação da opção 2

Por nível	Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido
Paciente/Indivíduo	<p>Ao início do pré-natal, deve-se informar às mulheres sobre o resultado do formulário da classificação de risco, número de consultas, exames, grupos de apoio, de modo que as dúvidas e preocupações sejam sanadas. A falta de esclarecimento da gestante sobre o resultado dos exames pode acarretar em falha no tratamento. Pacientes usuárias de drogas têm uma probabilidade maior de dar à luz criança com baixo peso ao nascer e, por não terem boa adesão ao pré-natal, devem ser melhor monitoradas.</p> <p>As mulheres devem ser instruídas sobre os fatores de risco e os sinais de alerta de uma ameaça de parto prematuro que permitam a consulta oportuna ao sistema de saúde. Assim, se antecipam as barreiras de comunicação e acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)</p>
Trabalhadores da Saúde	Os profissionais médicos devem ser treinados para o uso do protocolo clínico relacionado à prevenção e ao tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido, para padronização e conduta.

Organização	<p>Deve-se contar com número de recursos humanos suficientes e capacitados para detecção precoce de qualquer alteração durante a gestação a fim de administrar o tratamento de forma oportuna.</p> <p>Devem-se implantar a avaliação e monitoramento dos resultados através do SISPRENATAL (sistema de informações já existente no município) e prontuário eletrônico (em fase de implantação).</p> <p>As organizações de Saúde devem estar preparadas para realizar o monitoramento e avaliações dos resultados obtidos a partir da implementação das opções, usando parâmetros validados de acompanhamento e diagnóstico da evitabilidade do óbito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)</p>
Sistema	<p>O município de Porto Feliz já oferece acesso a todos os exames necessários no pré-natal. A Secretaria Municipal deve promover a melhoria da comunicação da Atenção Básica com a Central de Vagas para o agendamento e o fluxo para a entrega do resultado do exame de USG.</p> <p>Devem-se implantar reuniões mensais de coordenação para discutir os resultados das avaliações e monitoramento, propondo melhora das ações.</p>

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 8. Considerações sobre a implementação da opção 3

Por nível	Implementar o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e na prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.
Paciente/Indivíduo	<p>Devem-se realizar esforços de mobilização em reuniões de pais para fortalecer a ideia do planejamento familiar para adolescentes. Argumenta-se que geralmente são os pais que não aceitam esse tipo de trabalho, dizendo que a escola está incentivando a atividade sexual. Muitas escolas deixam de realizar a atividade devido a essa queixa dos pais. Porém, não realizar essa atividade pode trazer problemas muito maiores.</p> <p>A mobilização de apoio no nível comunitário, como em grupos de planejamento familiar, contribui para a conscientização e adesão aos mesmos.</p> <p>A dificuldade de adesão da gestante usuária de drogas ao pré-natal e ao tratamento é um dos temas que deve ser abordado nas capacitações e o trabalho intersetorial deve estar bem articulado.</p>
Trabalhadores da Saúde	<p>A articulação com trabalhadores de outras secretarias deve ser aprimorada, pois sua falta pode consistir barreira para a efetividade dessa opção.</p> <p>Devem-se capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária para a abordagem do atendimento ao adolescente, gestante usuária de drogas e para atividades de planejamento familiar.</p>
Organização	<p>Os setores envolvidos do município devem estar preparados para realizar o monitoramento e avaliações dos resultados obtidos. A falta de informatização das unidades de saúde e de integração entre redes intersetoriais é uma barreira, pois, sem a informatização as equipes têm que se reunir com maior frequência para obtenção dos dados das atividades de cada secretaria.</p> <p>No setor Saúde deve-se assegurar que o planejamento familiar seja parte integral dos protocolos básicos de saúde da mulher, do homem e do adolescente e garantir</p>

	<p>esclarecimento sobre métodos contraceptivos e a provisão dos insumos necessários para todos os que forem atendidos pelo serviço.</p> <p>Deve-se promover e ampliar o acesso para os adolescentes ao planejamento familiar na APS orientando sobre métodos contraceptivos.</p> <p>Promover o acesso ao tratamento de gestantes usuárias de drogas é fundamental, pois o município ainda não desenvolve nenhuma atividade relacionada a essa questão.</p>
Sistema	<p>A integração entre as secretarias municipais para o desenvolvimento de políticas públicas com temas específicos ainda é um processo novo e deve ser incentivado pelos gestores municipais a fim de se obterem resultados alinhados no que se refere aos níveis institucional, organizacional e político para implementação das ações.</p> <p>Possíveis dificuldades podem ser encontradas em se obter financiamento para a implantação de sistema de informação integrado em curto prazo.</p> <p>Uma das formas de disseminação das políticas públicas é através da rádio local em linguagem acessível para os moradores do município.</p> <p>O êxito da intervenção parece depender mais do compromisso político e da capacidade organizativa do que da disponibilidade de recursos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)</p>

Fonte: Elaboração Própria.

Quadro 9. Considerações sobre a implementação da opção 4

Por nível	Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.
Paciente/Indivíduo	Os usuários devem ter acesso à informação com uma linguagem clara, em que o grupo de gestantes resulte em trocas de experiências e no compartilhamento de sentimentos. O grupo é uma maneira de criar vínculo, fato que resulta em uma melhor assistência para as gestantes.

	<p>A possibilidade de tirar dúvidas, falar sobre os medos e dificuldades demonstra a importância da abertura ao diálogo nas ações educativas.</p> <p>A adesão das gestantes que trabalham deve ser avaliada e organizada de forma que as gestantes não precisem ir várias vezes à UBS.</p> <p>A gestante que for permanecer em outro domicílio após o parto deve informar a equipe de saúde durante o pré-natal, para que a mesma realize a comunicação com a UBS correspondente e o planejamento da visita do puerpério.</p>
Trabalhadores da Saúde	Os profissionais de saúde devem receber capacitações para trabalhar com grupos de gestantes e padronizar os cuidados em visitas domiciliares em relação aos cuidados com o recém-nascido.
Organização	<p>A implantação de comunicação entre as diversas UBS, a padronização de protocolos clínicos e a implantação do monitoramento das ações farão com que todas as UBS desenvolvam atividades semelhantes no município.</p> <p>A possibilidade de realização de grupos de gestantes nos dias de consulta agendada facilitaria a participação das gestantes que trabalham.</p>
Sistema	A melhora da comunicação com linguagem acessível através da rádio local e jornais, informando as atividades e a importância dos grupos e visitas domiciliares com o enfoque na prevenção da mortalidade infantil pode auxiliar a implantação destas ações.

Fonte: Elaboração Própria

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beverley SJ, Jeremy GM, George WA, Boerset M, Andersson N, Hamel C. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10
2. Biblioteca Virtual em Saúde. [Pesquisar]. Acessado em 23 junho de 2015. Disponível em <http://www.bireme.br/php/index.php>.
3. DataSUS. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. em [Informações de Saúde-TABNET] Acessado em 08 de junho de 2015.
4. Davey MA, Watson L, Rayner JA, Rowlands S. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD004902. DOI:10.1002/14651858.CD00 [acesso em 24 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26490698>
5. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50–6.
6. Dodd J M, Jones L, Flenady V, Cincotta R, Crowther C A. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *Cochrane Data base of Systematic Reviews*, Issue 8, Art. No. CD004947. DOI: 10.1002/14651858.CD004947.pub1 [acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903965>.
7. EVIPNet: Rede para Políticas Informadas por Evidências. [Ferramenta SUPPORT] Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/>. Acessado em: 15 de agosto de 2014.

8. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2010 Sep 1;88(9):658-666B
9. Halliday HL, Ehrenkranz RA, Doyle LW. Moderately early (7-14 days) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 7, Art. No. CD001144. DOI: 10.1002/14651858.CD001144.pub3] acesso em 24 de junho de 2015. Disponível em; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535400>
10. Health System Evidence: Disponível em <https://www.healthsystemevidence.org/>. [Search] Acessado em 23 junho de 2015.
11. Imdad A, Yakoob M Y, Siddiquis S, Bhutta Z A. Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. *BMC Public Health.* 2011; 11(Suppl 3):S1.
12. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effect on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review, London,* v.1, 2012.Art.CD000259.40. [acesso em 12 de novembro de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696318>.
13. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Research Policy and Systems*[periódico na internet] 2009 [acesso em 10 out 2014];7 (Suppl1): 11doi:10.1186/1478-4505-7-S1-I1.Disponível em : <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf>
14. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais N OL, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007 [periódico na

- internet].2007 [acesso em 1 abril de 2015]; 16(4): 233-244. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400002>.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília (DF); 2015.
 16. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidência para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. 2 ed. Brasília (DF);2014.
 17. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília (DF); 2012. 43 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
 18. Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. Issue 8, Art. No. CD006318. DOI: 10.1002/14651858.CD006318.pub2 [acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366859>.
 19. Mwansa-Kambafwile J, Cousens S, Hansen T, Lawn JE. Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39 (Suppl 1) :i122-i133. 83
 20. Narvai PC, Pedro PFS. Práticas de saúde pública. In: Rocha, AA, Cesar, CLG, editores. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-295.
 21. Onland W, Laatz M W, Mol B W, Offringa M. Effects of antenatal corticosteroids given prior to 26 weeks' gestation: a systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Perinatology*.2011; 28(1):33-44.

22. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim, A. SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 16: Using research evidence in balancing the pros and cons of policies. *Health Research Policy and Systems* [periódico na internet] 2009 [acesso em 5 de abril de 2015]; 7 (Suppl 1):S1. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S16>
23. PNUD Brasil- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Reduzir a mortalidade na infância [artigo na internet]. Brasília (DF); 2003 [acesso em 31 março 2015] . Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>
24. Prefeitura Municipal de Porto Feliz. História do município de Porto Feliz. [Acesso em 2 fev. 2015]. Disponível em <http://www.portofeliz.sp.gov.br/>.
25. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, et al. Women's groups practicing participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013; 381: 1736–1746
26. SEADE- Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados. Mortalidade infantil em São Paulo, 2013 [monografia na internet]. São Paulo; 2013. [acesso em 31 mar 2015] Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/mortinf/>
27. Secretaria Estadual da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha [acesso em 10 março 2015]. Disponível em:2015. http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf
28. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD010385. [acesso em 24 de junho de 2015] DOI: 10.1002/14651858.CD010385.pub10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352226>

29. Soll R, Özek E. Prophylactic protein free synthetic surfactant for preventing morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD001079. DOI: 10.1002/14651858.CD001079.pub2 [acesso em 24 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091513>
30. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schimdt MI, Pain J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet* [periódico na internet] 2011 [acesso em 02 de outubro de 2014]; Supl 6:90-102. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X. Disponível em: <http://www.thelancet.com.br>
31. Whitworth M¹, Bricker L, Neilson JP, Dowswell T Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD000182. DOI: 10.1002/14651858.CD000182.pub2 [acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20393955>
32. WHO-World Health Organization. Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet [home page]. Geneva [s.d]. [acesso em 15 ago 2014]. Disponível em: <http://global.evipnet.org/pt/sobre-o-evipnet-3/>
33. Yeakey MP, Muntifering CJ, Ramachandran DV, Myint Y, Creanga A A, Tsui AO. How contraceptive use affects birth intervals: results of a literature review. *Studies in Family Planning*. 2009; 40(3): 205-214.
34. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(7):1-94. [acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881661>

APÊNDICES

Os quadros a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas identificadas para cada opção. Cada linha da tabela corresponde a uma revisão sistemática. Na primeira coluna estão identificados os autores da revisão sistemática. Na segunda coluna, estão descritos os títulos das revisões. Na terceira coluna, foram referenciados os objetivos e, na quarta coluna, foram destacados os principais achados. A quinta coluna refere-se à qualidade das revisões, sendo que cada uma delas foi avaliada utilizando-se o instrumento AMSTAR (Beverley, 2007), que avalia a qualidade em uma escala de 0 a 11, em que 1 a 4 corresponde à baixa qualidade, 5 a 8 corresponde a qualidade moderada e 9 a 11 à alta qualidade. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar opiniões focadas em intervenções clínicas e não em aspectos analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança no âmbito dos sistemas de saúde. As demais colunas referem-se o estudo foi realizado em países de baixa ou média renda (LMIC – *low and médium income countries*), a proporção de estudos com foco na mortalidade perinatal e o último ano de busca dos estudos incluídos.

Abaixo da tabela, estão os artigos que foram excluídos de cada opção e sua justificativa (exceto para a opção 3, pois nenhum estudo foi excluído).

Apêndice A. Revisões sistemáticas sobre a opção 1: Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco para gestante e adequação no manejo de exames.

Autores	Estudos	Objetivo de Estudo	Principais Achados	Qualidade (AMSTAR)	Proporção de Estudos realizados em países de baixa renda	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Davey et al., 2011.	Sistemas de pontuação de risco para a previsão de parto prematuro com o objetivo de reduzir os resultados adversos associados.	Determinar se a utilização de uma ferramenta de rastreio concebida para prever o risco parto prematuro (em combinação com intervenções adequadas) reduz a incidência de parto prematuro e nascimento muito prematuro, e resultados adversos associados.	Apesar de não estar clara a relação da implantação do formulário de classificação de risco com a prevenção do parto prematuro, a implantação do mesmo tem o potencial para guiar os profissionais e gestantes a tomarem decisões sobre o gerenciamento da gestação quando as mesmas apresentam qualquer intercorrência.	9/11	0	Não reportado	2011
Neilson et al., 2010.	O ultrassom para a avaliação fetal no início da gravidez	Avaliar se a rotina de ultrassons para a avaliação fetal precoce (ou seja, a sua utilização como uma técnica de rastreio) influencia o diagnóstico de mal formações fetais, gestações	Ultrassonografia para avaliação fetal no início da gravidez reduz a falha de detecção de gravidez múltipla até 24 semanas de gestação (razão de risco (RR) 0,07; IC95% 0,03-0,17. USG de rotina está associado com uma redução de induções de trabalho de parto considerado "pós termo " (RR 0,59, IC95% 0,42- 0,83) . USG de rotina não	11/11	2/11	11/11	2010

		múltiplas, a taxa de intervenções clínicas e a incidência de resultados fetais adversos quando comparado com a utilização seletiva de ultrassom (para indicações específicas).	parece estar associada com a redução de resultados adversos para bebês. A longo prazo acompanhamento de crianças expostas ao USG obstétrico não indica que os exames têm um efeito negativo sobre desenvolvimento físico e cognitivo das crianças.				
Imdad et al., 2011	Triagem para avaliação do crescimento intrauterino restrito -CIUR na população em geral e gestações de alto risco: uma revisão sistemática com foco na redução de natimortos CIUR relacionados	O objetivo principal deste trabalho foi avaliar as intervenções de triagem e de vigilância que podem ajudar a prevenir natimortos associados com CIUR .	Não há evidências suficientes para recomendar contra ou a favor o uso rotineiro do monitoramento dos movimentos fetais. Uma forma de detectar o CIUR é o acompanhamento do IMC materno, medição da altura uterina e ultrassom. Essas medidas podem ser um método eficaz para reduzir CIUR relacionado com a morbidade e mortalidade perinatal. Resultados obtidos a partir de 16 estudos mostram que Doppler das artérias umbilicais e fetais em gestações "alto risco", juntamente com a intervenção apropriada , pode reduzir mortalidade perinatal em 29%. As medidas recomendadas (IMC materno, medição da altura uterina e ultrassom) e o acompanhamento adequado da gestante poderiam reduzir potencialmente em 20%, respectivamente, os natimortos.	7/11	2/30	30/30	2011
Shahrook et al., 2014.	Estratégia de teste rápido para sífilis durante a gravidez	Avaliar a eficácia da detecção do teste rápido da sífilis no pré-natal tratamento para redução da mortalidade perinatal .	O teste rápido da sífilis mostrou alguns resultados promissores para a detecção de sífilis e aumento das taxas de tratamento em diferentes contextos. Na Mongólia o teste rápido foi eficaz no aumento da proporção de mulheres grávidas testadas para	11/11	2/2	2/2	2014

			sífilis e o tratamento previsto, reduzindo a sífilis congênita e promovendo melhora do acesso ao tratamento para as mulheres e seus parceiros. Em contraste, na área rural da África do Sul, entre as mulheres com resultados positivos, não houve evidência clara no aumento das taxas de tratamento adequado para sífilis e a redução da mortalidade perinatal. Mas o teste rápido reduziu a demora da busca do tratamento.				
--	--	--	---	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

Exclusão de Revisões Sistemáticas para a opção 1

1. Grivell R M, Wong L, Bhatia V. Regimens of fetal surveillance for impaired fetal growth. *Cochrane database of systematic reviews* issue Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2009. (Artigo excluído por ter somente um estudo encontrado na revisão, sem resultados relevantes)
2. Lutomski J E, Meaney S, Greene RA, Ryan AC, Devane D. Expert systems for fetal assessment in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No. CD010708. DOI: 10.1002/14651858.CD010708 (artigo excluído por ser inviável no momento o método sugerido no contexto municipal)
3. Mangesi L, Hofmeyr G J, Smith V. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004909. DOI: 10.1002/14651858.CD004909.pub2. (Artigo excluído por ser inviável no momento o método sugerido no contexto municipal)

Apêndice B. Revisões sistemáticas sobre a opção 2: Elaboração do protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.

Estudo	Componente da Opção	Objetivo de Estudo	Principais Achados	Qualidade (AMSTAR)	Proporção de Estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Mwansa-Kambafwile et al., 2010	Uso de esteroides no pré-natal em gestante com trabalho de parto prematuro para prevenção da mortalidade neonatal	Estimar o efeito da administração de esteróides pré-natais para as mulheres em trabalho de parto prematuro sobre a mortalidade neonatal e uma análise adicional para a efeito em países de baixa e média renda .	Foram encontrados 44 estudos, incluindo 18 estudos randomizados (14 em países de alta renda) em uma meta- análise da Cochrane, a qual sugere que os esteróides pré-natais diminuem a mortalidade neonatal entre os recém-nascidos prematuros (< 36 semanas de gestação) em 31% (RR) 0.69 ; IC 95% 0,58-0,81. Meta-análise de quatro ensaios clínicos randomizados de países de renda média sugere a redução de mortalidade em 53% (RR 0.47 ;IC 95 % 0,35-0,64) e 37% na redução da morbidade (RR 0.63 ; IC95 % 0,49-0,81) .	11/11	4/44	20/44	2010

Onland et al, 2011.	Efeitos de corticosteróides prescritos antes de 26 semanas de gestação: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados	Determinar o efeito da administração de corticosteroides no pré-natal em gestantes com risco de parto prematuro inferior a 26 semanas em relação à mortalidade fetal e neonatal e nas sequelas neurológicas mentais e pulmonares.	Foram utilizados 9 estudos randomizados. Nenhum dos estudos reporta o efeito do corticosteroide no pré-natal em gestantes com Idade gestacional inferior a 26 semanas. O uso de meta-análise e meta-regressão nos estudos disponíveis sugerem que a terapia de corticosteroide poderá ter um benefício menor nos efeitos da mortalidade fetal e neonatal e na síndrome do desconforto respiratório quando aplicado para pacientes com idade gestacional inferior a 28 semanas.	9/11	Não reportado	9/9	2011
Halliday et al, 2009	Corticosteróide pós-natal precoce (7-14 dias) para evitar a doença pulmonar crônica em prematuros	Determinar se o início (7-14 dias) de tratamento com corticosteróide pós-natal vs controle (placebo ou nada) é benéfico na prevenção e / ou tratamento de doença pulmonar crônica no início do bebê prematuro.	Sete estudos envolvendo um total de 669 participantes eram elegíveis para inclusão nesta revisão . O tratamento com esteróides reduziu a mortalidade nos primeiros 28 dias, reduziu a mortalidade e a doença crônica dos pulmões entre 28 dias a 36 semanas. O desmame da ventilação foi facilitado e a necessidade de tratamento posterior com dexametasona foi reduzida. Não houve efeito significativo sobre as taxas de pneumotórax, ROP grave, ou NEC. Os efeitos adversos incluíram hipertensão, hiperglicemia, sangramento gastrointestinal, cardiomiopatia hipertrófica e infecção. Havia poucos dados de	9/11	Não reportado	7/7	2009

			quatro estudos de longo prazo de seguimento; estes não mostraram evidência de um aumento nos resultados neurológicos adversos.				
Dodd et al, 2007.	Administração deprogesterona para evitar parto prematuro em mulheres consideradas em risco de parto prematuro.	Avaliar os benefícios e malefícios de administração de progesterona durante a gravidez na prevenção de parto prematuro.	Para todas as mulheres com administração de progesterona, houve uma redução do risco de parto prematuro inferior a 37 semanas (seis estudos , 988participantes , RR 0,65; IC95% 0,54-0,79 e nascimento pré-termo inferior a 34 semanas (um estudo, 142 participantes, RR 0,15, IC 95% 0,04-0,64). Bebês nascidos de mães que receberam a progesterona eram menos propensos a ter peso ao nascer menor que 2500 gramas (quatro estudos, 763 bebês , RR 0,63, IC 95% 0,49-0,81) ou hemorragia intraventricular (um estudo , 458 lactentes, RR 0,25, IC 95% 0,08-0,82). Não houve diferença na morte perinatal entre mulheres com administração de progesterona e aqueles administrados placebo (cinco estudos , 921 participantes, RR 0,66 , IC 95% 0,37-1,19) . Não houve outras diferenças relatadas.	11/11	Não reportado	6/6	2007
Soll et al, 2009.	Profilaxia com surfactante sintético isento de proteína para prevenir a morbidade e mortalidade em recém-nascidos prematuros	Avaliar o efeito da administração profilática de surfactante sintético livre (SS) sobre a mortalidade, doença pulmonar crônica e	Administração intratraqueal profilática do surfactante sintético livre para lactentes de risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório tem demonstrado melhora do resultado clínico. Os bebês que recebem surfactante profilático têm um menor	11/11	Não reportado	7/7	2009

		outras morbidades associadas à prematuridade em recém-nascidos prematuros em risco de desenvolver SDR.	risco de pneumotórax, uma diminuição do risco de enfisema intersticial pulmonar e uma diminuição do risco de mortalidade neonatal. Os bebês que recebem surfactante sintético livre (SS) têm um risco aumentado de desenvolver a persistência do canal arterial e hemorragia pulmonar.				
--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

Exclusão de Revisões Sistemáticas para a opção 2

1. Hunt R, P.G. Davis, and T. Inder. (2005). Replacement of estrogens and progestins to prevent morbidity and mortality in preterm infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (artigo excluído devido ao baixo número de estudos encontrado e ser uma literatura antiga).
2. Lasswell S M, Barfield W D, Rochat R W, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA* 2010;304(9) :992-1000 (artigo excluído pois não é de responsabilização do município a oferta de vaga para partos de alto risco).
3. Matchaba C, Moodley J. Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD 002076.(artigo excluído devido o município não realizar parto de alto risco)
4. Soll Roger. Synthetic surfactant for respiratory distress syndrome in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 8, Art. No. CD001149. DOI: 10.1002/14651858.CD001149.pub3 (artigo excluído devido ter o mesmo autor e ano com a mesma linha de pesquisa).

Apêndice C. Revisões sistemáticas sobre a opção 3: Implementar o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez na adolescência e prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação.

Estudo	Componente da Opção	Objetivo de Estudo	Principais Achados	Qualidade (AMSTAR)	Proporção de Estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Yeakey et al., 2009.	Como o uso de contraceptivos afeta intervalos de nascimento: resultados de uma revisão da literatura	Avaliar o efeito do contraceptivo usado sobre a mortalidade neonatal e infantil por meio de uma revisão sistemática de literatura sobre contracepção, intervalos entre os nascimentos, e os resultados perinatais.	Os resultados sugeriram que o uso de contraceptivos foi protetor contra intervalos curtos entre os nascimentos; no entanto, os estudos tiveram limitações metodológicas.	8/11	12/14	Não foram encontrados estudos que relacionassem a intervenção com mortalidade infantil.	2009
Minozzi et al., 2013.	Manutenção de tratamentos com opiáceos para gestantes dependentes químicas.	Avaliar a eficácia de qualquer tratamento de manutenção de opiáceos em gestante sem/com intervenção psicossocial em comparação com nenhuma intervenção, ou com outra intervenção farmacológica ou intervenções psicossociais para o	O estudo compara o tratamento com metadona e a buprenorfina e refere que o tratamento com metadona parece superior em termos de manter o paciente em tratamento. Outro benefício inclui a redução de procura para drogas, prostituição e redução da contração de uma doença sexualmente transmissível como HIV e hepatites. A buprenorfina parece apresentar menos síndrome de abstinência	11/11	Não reportado	4/4	2013

		estado de saúde infantil, mortalidade neonatal, mantendo mulheres grávidas em tratamento e redução do uso de drogas.	neonatal. Metadona X buprenorfina : a taxa de abandono do tratamento foi menor no grupo metadona (razão de risco (RR) 0,64, IC 95% 0,41-1,01 , três estudos, 223 participantes) . Não houve diferença estatisticamente significativa no uso de substância primária entre metadona e buprenorfina (RR1,81;IC95%0,70-4,69, dois estudos, 151 participantes) . Para ambos, foi julgado baixa a qualidade da evidência.				
--	--	--	---	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

Apêndice D. Revisões sistemáticas sobre a opção 4: Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.

Estudo	Componente da Opção	Objetivo de Estudo	Principais Achados	Qualidade (AMSTAR)	Proporção de Estudos realizados em LMIC	Proporção dos estudos com foco no problema	Último ano de busca dos estudos incluídos
Gogia et al., 2010.	Visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde para evitar mortes neonatais nos países em desenvolvimento: uma revisão sistemática	Avaliar se as visitas domiciliares para o cuidado neonatal por agentes comunitários de saúde pode reduzir a mortalidade neonatal em cenários de baixa renda.	Foram incluídos 5 revisões sistemáticas. A revisão foi realizada com países do Sul Asiático, onde apresentam uma mortalidade neonatal elevada e falta de acesso a cuidados de saúde. Avaliaram que os pacotes de intervenção que são: as visitas domiciliares para o cuidado pré-natal, as visitas do puerpério, tratamento de doenças e atividades de mobilização da comunidade, estão associadas com a redução da mortalidade neonatal e natimortos. Apenas um estudo registrou óbitos infantis.	11/11	5/5	5/5	2010
Yonemoto et al, 2013.	Horários de visitas domiciliares no período pós-parto	Avaliar os resultados das visitas puerperais que mulheres e crianças que receberam e suas diferenças. A avaliação centra-se sobre a frequência de visitas domiciliares, a duração (quando	Foram incluídos 12 estudos randomizados com dados de mais de 11.000 mulheres. Os ensaios foram realizados em países ao redor do mundo e em ambas as configurações de alta e baixa de renda. As visitas puerperais domiciliares podem promover a saúde infantil e satisfação materna . No entanto, a frequência,tempo, duração e intensidade de tais visitas de cuidados	11/11	4/12	12/12	2013

		terminou visitas) e intensidade, e em diferentes tipos de intervenções de visitas domiciliares.	pós-natal devem ser baseadas nas necessidades locais.				
Prost et al., 2013.	Grupos de mulheres que praticam a aprendizagem participativa e ação para melhorar a saúde materna e neonatal em ambientes de baixa renda:uma revisão sistemática e meta- análise	Comparar o efeito do aprendizado e de ações de grupos de mulheres participantes com mulheres que tiveram os cuidados usuais na gestação e no parto em países de baixa renda.	Avaliaram que quando houve a participação de pelo menos um terço das mulheres grávidas e adequada cobertura da população, os grupos de mulheres que praticam a aprendizagem participativa constituíram uma importante estratégia para melhorar a sobrevivência materna e neonatal em locais com poucos recursos.	8/11	7/7	7/7	2012

Fonte: Elaboração própria

Exclusão de Revisões Sistemáticas para a opção 4

1. Thaver D, Zaidi AKM, Owais A, Haider BA, Bhutta ZA. The effect of community health educational interventions on newborn survival in developing countries [Protocol]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD007647. DOI: 10.1002/14651858.CD007647. (artigo excluído por artigo estar em andamento)
2. Jahanfar S, Howard L M, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 5, Art. No. CD009414. DOI:

10.1002/14651858.CD009414.pub2. (artigo excluído por não ter evidência em relação ao foco do problema da síntese de evidência)

5.3 ETAPAS DE CONSIDERAÇÕES FUTURAS

As etapas de considerações futuras pela metodologia da EVIPNet serão sugeridas para que o grupo do município de Porto Feliz possa dar continuidade no processo de trabalho. Os principais resultados do diálogo deliberativo também devem ser documentados em um relatório.

No diálogo deliberativo, após a escolha da opção, caberá ao grupo de evidências escolher a melhor forma de implementá-la e acrescentar eventuais barreiras que ora antes não tenham sido definidas.

Para a implementação das opções faz-se necessária participação ativa dos gestores municipais.

O Núcleo de Evidências em Saúde do município fará um treinamento de forma participativa para os profissionais de base que atuarão no projeto, diminuindo assim as resistências para o sucesso do mesmo. Também nesse treinamento deverá ser definida a forma de avaliação e monitoramento, para que os dados sejam captados de forma adequada, oferecendo assim uma facilidade para processamento dos mesmos.

A criação de parâmetros e indicadores adequados é uma etapa fundamental na elaboração e implementação de políticas públicas, porém observamos uma precariedade nesta questão em nível municipal. A avaliação das barreiras antes da implantação da proposta e a definição de estratégias de monitoramento e avaliação dos resultados advindos da implementação das opções podem resultar na redução da mortalidade perinatal e no aumento da qualidade de vida da gestante e da criança. A proposta de monitoramento que será levada ao diálogo deliberativo consiste na coleta de dados, processamentos e avaliações de metas, as quais serão discutidas com caráter de educação continuada e não punitiva aos profissionais. Será apresentada uma proposta de reunião mensal na Secretaria Municipal da Saúde para discussão das metas. Por exemplo, cada UBS poderá trazer consigo um profissional permanente (coordenador ou gerente) e um profissional convidado (o ideal que seja sempre diferente), para que os mesmos também se responsabilizem pelo projeto em andamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções identificadas no estudo baseadas em evidências, elaboradas com auxílio da metodologia SUPPORT, podem ser capazes de contribuir com a redução da mortalidade perinatal no nível municipal. As opções não têm que necessariamente ser implementadas da forma apresentada e a aplicação deve considerar a viabilidade local. A avaliação da equidade ao serviço de saúde na Atenção Básica é fundamental para que as opções propostas não produzam diferentes resultados para os grupos identificados no mesmo município.

Ao organizarmos um grupo que discute determinada problemática no município e qual a melhor forma de enfrentá-la, estamos ampliando as percepções para situações que antes estavam despercebidas ou em que não havia motivação para mudá-la. Sabemos que somente a formação de equipes multiprofissionais não é suficiente para a transformação do modelo de atenção (como a ênfase no pronto atendimento e na medicação). Um novo olhar, com respaldo científico e o conhecimento das leis, pode ser promovido com a construção de novos saberes e com fortalecimento da gestão para que os princípios do SUS possam ser garantidos e para que, a cada dia, possamos eliminar a política do “achismo”, que é muito danosa ao sistema.

O município de Porto Feliz foi muito receptivo à utilização da proposta da EVIPNet e o grupo de estudo de evidências teve um crescimento notório em relação a seus conhecimentos. Porém, ações que são importantes para melhorar o sistema de saúde não foram alteradas nesse período, o que demonstra a importância da continuidade desse trabalho.

Os municípios de pequeno porte necessitam de melhor acompanhamento técnico do nível regional, principalmente em relação à organização e avaliação dos dados. Essa metodologia, se implantada no nível municipal e acompanhada pelo nível regional, poderia empoderar mais as secretarias municipais de saúde para o alcance de um sistema público de qualidade com profissionais qualificados para a realização dos programas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (da dissertação)

1. Beverley SJ, Jeremy GM, George WA, Boerset M, Andersson N, Hamel C. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10
2. Biblioteca Virtual em Saúde. [Pesquisar]. Acessado em 23 junho de 2015. Disponível em <http://www.bireme.br/php/index.php>.
3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 jun. 2011.
4. DataSUS. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. [Informações de Saúde-TABNET] Acessado em 08 de junho de 2015.
5. Davey MA, Watson L, Rayner JA, Rowlands S. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD004902. DOI:10.1002/14651858.CD00 [acesso em 24 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26490698>
6. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50–6.
7. Dodd J M, Jones L, Flenady V, Cincotta R, Crowther C A. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8, Art. No. CD004947. DOI: 10.1002/14651858.CD004947.pub1 [acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903965>.

8. EVIPNet: Rede para Políticas Informadas por Evidências. [Ferramenta SUPPORT] Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/>. Acessado em: 15 de agosto de 2014.
9. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2010 Sep 1;88(9):658-666B
10. Gondin G, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter PC, Navarro MBMA, et al. O território da saúde: a organização dos sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, ambiente e saúde [monografia na internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. [acesso em 25 de abril de 2014] Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf>
11. Halliday H L, Ehrenkranz R A, Doyle LW. Moderately early (7-14 days) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 7, Art. No. CD001144. DOI: 10.1002/14651858.CD001144.pub3] acesso em 24 de junho de 2015. Disponível em; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535400>
12. Health System Evidence: Disponível em <https://www.healthsystemevidence.org/>. [Search] Acessado em 23 junho de 2015.
13. Imdad A, Yakoob M Y, Siddiquis S, Bhutta Z A. Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. *BMC Public Health.* 2011; 11(Suppl 3):S1.
14. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effect on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review,* London, v.1, 2012.Art.CD000259.40. [acesso em 12 de novembro de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696318>.
15. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Research Policy*

and Systems[periódico na internet] 2009 [acesso em 10 out 2014];7 (Suppl1): [doi:10.1186/1478-4505-7-S1-I1](https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-I1).Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf>

16. Lucchese PTR. Políticas Públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.
17. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais N OL, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007 [periódico na internet].2007 [acesso em 1 abril de 2015]; 16(4): 233-244. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400002>.
18. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília (DF); 2002.
19. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4279. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. [acesso em 5 de abril de 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [monografia na internet]. 4.ed. Brasília (DF); 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 4) [acesso em 20 abr 2014]. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília (DF); 2015.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de Evidência para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. 2 ed. Brasília (DF);2014.

23. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal. Brasília (DF); 2012. 43 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília (DF); 2006.
25. Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009. Issue 8, Art. No. CD006318. DOI: 10.1002/14651858.CD006318.pub2 [acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366859>.
26. Mwansa-Kambafwile J, Cousens S, Hansen T, Lawn J E. Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39 (Suppl 1):i122-i133. 83
27. Narval P C, Pedro P F S. Práticas de saúde pública. In: Rocha, AA, Cesar, CLG, editores. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-295.
28. Onland W, Laats MW, Mol BW, Offringa M. Effects of antenatal corticosteroids given prior to 26 weeks' gestation: a systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Perinatology*. 2011; 28(1):33-44.
29. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim, A. SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 16: Using research evidence in balancing the pros and cons of policies. *Health Research Policy and Systems* [periódico na internet] 2009 [acesso em 5 de abril de 2015]; 7 (Suppl 1):S1. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S16>
30. Pain J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [periódico na internet] 2011 [acesso em 08 de outubro de 2014] DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <http://www.thelancet.com.br>

31. PNUD Brasil- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Reduzir a mortalidade na infância [artigo na internet]. Brasília (DF); 2003 [acesso em 31 março 2015] . Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>
32. Prefeitura Municipal de Porto Feliz. História do município de Porto Feliz. [Acesso em 2 fev. 2015]. Disponível em <http://www.portofeliz.sp.gov.br/>.
33. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, et al. et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013; 381: 1736–1746
34. SEADE- Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados. Mortalidade infantil em São Paulo, 2013 [monografia na internet]. São Paulo; 2013. [acesso em 31 mar 2015] Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/mortinf/>
35. Secretaria Estadual da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha [acesso em 10 março 2015]. Disponível em:2015. http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTO_S_REDE_CEGONHA.pdf
36. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD010385. [acesso em 24 de junho de 2015] DOI: 10.1002/14651858.CD010385.pub10. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352226>
37. Soll R, Özek E. Prophylactic protein free synthetic surfactant for preventing morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD001079. DOI: 10.1002/14651858.CD001079.pub2[acesso em 24 de junho de 2015].Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091513>
38. Teixeira E C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. Salvador: AATR-BA; 2002. 11p.

39. Victora C G, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schimdt MI, Pain J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet* [periódico na internet] 2011[acesso em 02 de outubro de 2014]; Supl 6:90-102. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X. Disponível em: <http://www.thelancet.com.br>
40. Whitworth M¹, Bricker L, Neilson J P, Dowswell T. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, Art. No. CD000182. DOI: 10.1002/14651858.CD000182.pub2 [acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20393955>
41. WHO-World Health Organization. Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet [home page]. Geneva [s.d]. [Acesso em 15 ago. 2014]. Disponível em: <http://global.evipnet.org/pt/sobre-o-evipnet-3/>
42. Yeakey M P, Muntifering C J, Ramachandran D V, Myint Y, Creanga A A, Tsui A O. How contraceptive use affects birth intervals: results of a literature review. *Studies in Family Planning*. 2009; 40(3): 205-214.
43. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(7):1-94. [Acesso em 24 de junho de 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881661>.

ANEXO 1

Relato dos temas discutidos nas reuniões com o Grupo de Evidências do município de Porto Feliz.

Data	Principais assuntos discutidos
23/01/15	Reunião com a coordenadora de projeto para solicitação da pesquisa, explicação da metodologia da EVIPnet e sugestão do tema da mortalidade infantil.
28/01/15	Reunião com os coordenadores municipais, apresentação da metodologia EVIPNet. Discussão da organização dos departamentos de saúde e principais indicadores de saúde. Destacaram o aumento da mortalidade infantil e das doenças cardiovasculares. Acharam que a mortalidade infantil era um assunto prioritário a ser desenvolvido. A maior parte dos integrantes eram enfermeiras e uma do administrativo. Solicitei que o grupo fosse multiprofissional.
20/02/15	Discussão dos objetivos do Milênio e programas das secretarias da Assistência Social (nenhum dos integrantes do grupo sabia sobre as discussões). Foram discutidos casos dos leites e suplementos, proibição da consulta médica e de enfermagem para gestantes e crianças (a equipe anterior que deu essa ordem, porém eles deixaram o cargo em agosto de 2014 e essa equipe assumiu logo após e manteve o mesmo protocolo), chuva de ideias sobre os problemas de gestão relacionados a mortalidade infantil. Comparações das taxas de mortalidade infantil com indicadores municipais, regionais, estaduais e federal. Integração da Assistente Social no grupo.
26/02/15	Discussão ainda sobre os problemas de gestão relacionados a mortalidade infantil e chuva de ideias para solucionar esses problemas relatados. Integração da Nutricionista no grupo.
05/03/15	Discussão sobre a definição do problema e o grupo enfatizou que a principal problemática sobre a mortalidade infantil estava baseada na atenção básica. Realizada a discussão da estratégia de Busca, sobre a importância das escolhas das palavras-chave e como ela deve ser inserida nas bases de dados.
12/03/15	Apresentação das bases de dados com ênfase nas bases <i>Health System Evidence</i> e Biblioteca Virtual da Saúde. Integração da enfermeira da maternidade.
25/03/15	O grupo estava disperso devido a ação do Ministério Público e a incertezas da permanência de alguns membros. Retomamos a metodologia da EVIPnet e discutimos sobre a interferência política na saúde, judicialização da saúde. Alguns membros disseram que estavam com dificuldades de trabalhar com evidências e solicitei outros

	membros para compor o grupo, já que a maioria era formada por enfermeiras e representante da gestão, solicitei representantes da atenção básica e maternidade.
08/04/15	Foram acrescentados ao grupo 1 médico generalista (que se apresenta como clínico geral), 1 médico pediatra, 1 enfermeira (todos esses integrantes foram chamados por estarem trabalhando no Atenção Básica e terem conhecimentos da língua inglesa) e um membro que desempenha as seguintes funções no município: motorista da saúde, coordenador, vereador e fez Direito. Nova apresentação da metodologia da EVIPNet, o que o grupo já tinha discutido até o momento. Discutimos também sobre a organização do sistema de saúde, estruturada no modelo Médico-Assistencial e referiram que a população pressiona que a UBS faça pronto atendimento e não os programas básicos.
23/04/15	O Secretário da Saúde aprovou a implantação de um NEV municipal. Realizado treinamento na plataforma Biblioteca Virtual em Saúde. Foram 3 membros para cada computador e simulação de busca de evidência.
06/05/15	Realizado treinamento nas bases de dados da <i>Health System Evidence</i> e Pubmed. Simulação de busca de evidência, enviados textos escolhidos via e-mail e etc. Após o treinamento com Jorge Barreto, o mesmo orientou para a equipe olhar os dados perinatais, já que é a principal causa de mortalidade infantil. A mesma orientação foi dada pelo Secretário de Saúde do Guarujá. Solicitadas as fichas investigadas de mortalidade infantil.
27/05/15	Discussão das fichas de mortalidade infantil, constatação que o comitê necessita de readequação, pois os profissionais que fazem a investigação são os mesmos que realizaram o procedimento. Discutido que as fichas geralmente estavam sendo fechadas como problema de atenção básica, porém observamos que a grande maioria estava ocorrendo por problemas na maternidade. Com essa informação, mudamos nosso enfoque e voltamos para etapa de definição de problemas.
10/06/15	Apresentação da série histórica de mortalidade infantil desde 2000 de Porto Feliz. Discussão dos problemas gerências da maternidade, com destaque para as gestantes de alto risco enviadas pelo município de Iperó e a falta do surfactante na Santa Casa de Porto Feliz, falta de vagas de UTI no sistema CROSS.
23/06/15	Reunião no Instituto de Saúde para definição da estratégia de busca e escolha dos artigos.
24/06/15	Confirmação da estratégia de busca e leitura dos resumos para escolha dos artigos para leitura completa.

15/07/15	Continuação do processo anterior, leitura dos resumos para escolha dos artigos para leitura completa. Agrupamento dos textos em temas.
29/07/15	Definição das opções e avaliações das revisões sistemáticas
12/08/15	Continuação das avaliações das revisões sistemáticas.
26/08/15	Caracterização das opções.
09/09/15	Discussão de barreiras de implementação das opções e avaliação da equidade da opção.

Fonte: Elaboração Própria.