

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal no município de Porto Feliz - SP

Evidence brief for policy: reducing the perinatal mortality in Porto Feliz - SP

Emiliana Maria Grandó Gaiotto¹, Sonia Isoyama Venancio^{II}

Resumo

Este artigo apresenta alguns dos principais resultados de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde, desenvolvida no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, na qual foram identificadas quatro opções viáveis para enfrentar o problema da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz: 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 implementações das intervenções. A análise da equidade relacionada à implementação das opções, em especial considerando o acesso aos serviços de saúde, o levantamento de necessidades de capacitação das equipes em trabalhar com temas específicos e o desenvolvimento da educação em saúde para a comunidade foram contemplados para que as opções não produzam resultados distintos para diferentes grupos no município.

Palavras-chave: Síntese de Evidências; Mortalidade Perinatal; Cuidados do pré-natal

Abstract

This article presents some of the main results of an Evidence Brief for Health Policy, developed in the Professional Master's Program in Public Health of the Instituto de Saúde, in which four viable options were identified to address the problem about perinatal mortality at Porto Feliz city: a) qualification of pre-natal through risk rating for pregnant 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 education actions in health and home visits in prenatal and puerperium. Each identified option also took up issues related to equity and possible barriers to implementation of interventions. The analysis of equity related to the implementation of the options, especially considering access to health services, the identification of the training needs of teams to work on specific themes and the development of health education to the community were included so that options do not produce different results for different groups in the city.

Key Words: Evidence brief for policy; Perinatal Mortality; Prenatal Care

¹ Emiliana Maria Grandó Gaiotto (aggrando@hotmail.com) é enfermeira, mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

^{II} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde- SES/SP

Introdução

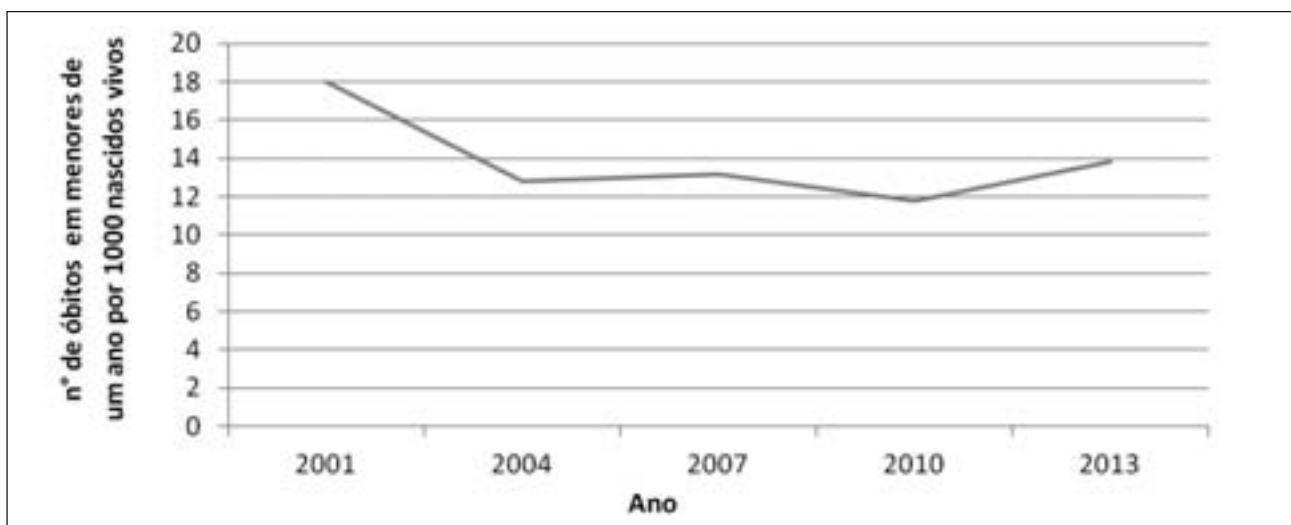
Nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Apesar do declínio da mortalidade infantil observado no Brasil, essa questão permanece como uma grande preocupação em saúde pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intraurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos como índios e negros¹⁸. 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 vivos⁶. Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal (óbitos ocorridos em crianças entre 28 dias e um ano) e neonatal (óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias), enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas¹¹. 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, mas têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinam investimentos específicos para a sua redução.

A mortalidade perinatal (que engloba os óbitos fetais e neonatais precoces) tem sido um tema fortemente debatido pelas equipes de saúde do município de Porto Feliz. Constatou-se no município que a maioria dos óbitos fetais e infantis, no ano de 2014, era evitável. A Organização das Nações Unidas definiu uma meta para redução da taxa de mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidos vivos) de 15,7 em 2015. O Brasil alcançou a meta proposta, com uma taxa de mortalidade infantil em 2013 de 15,3. No estado de São Paulo a taxa foi 11,5 no mesmo ano, inferior à mortalidade infantil nacional. Porém, no Departamento Regional de Saúde de Sorocaba, onde o município de Porto Feliz se insere, a taxa de mortalidade infantil em 2013 foi de 13,2 óbitos por mil nascidos vivos, refletindo as desigualdades regionais existentes no Estado.

No Gráfico 1, a evolução das Taxas de Mortalidade Infantil no município é apresentada utilizando-se a técnica de médias móveis (calculando-se as médias dos coeficientes a cada três anos), com o objetivo de 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 2001 a 2014, seguida por um período de estabilização e posterior aumento de 2010 a 2013.

Gráfico 1 - Evolução das taxas de mortalidade infantil (média móvel de 3 anos), no período de 2001 a 2014, município de Porto Feliz, SP.



Fonte: DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (TABNET), Ministério da Saúde.

A análise da evolução da mortalidade perinatal no município (óbitos que ocorrem entre a 22ª semana de gestação ao 7º dia após o nascimento) é também preocupante, conforme apresentado no Gráfico 2. 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. Dentre as causas da mortalidade perinatal, a investigação dos óbitos realizada pelo Comitê Municipal de Mortalidade Infantil aponta que especial atenção deve ser dada às infecções ocorridas durante a gestação, prematuridade (com conseqüente desconforto respiratório) e a gravidez na adolescência e entre usuárias de drogas.

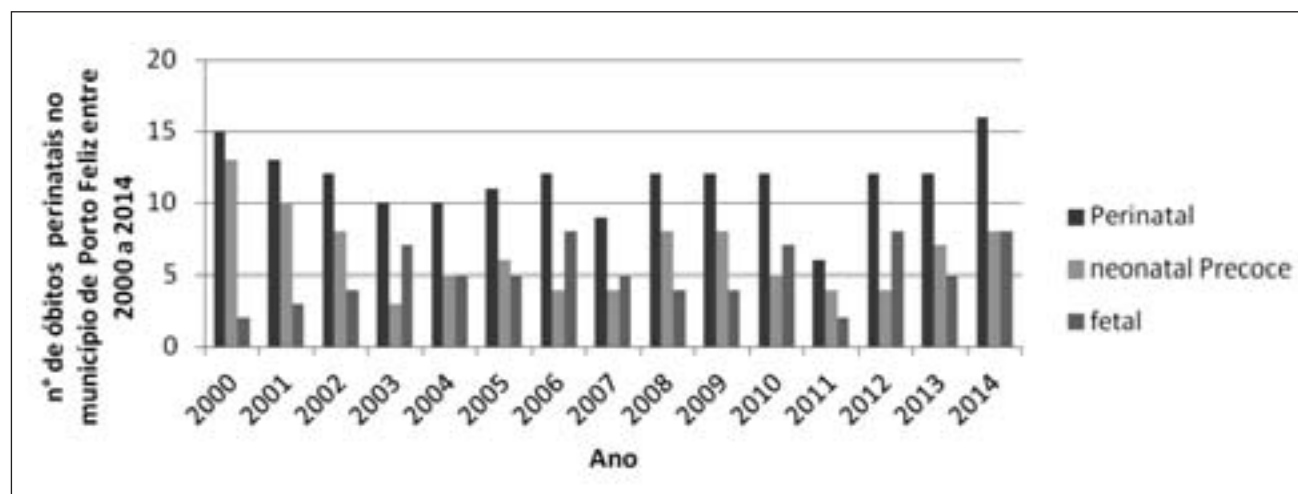
Com base nas metas nacionais e estaduais, na piora dos indicadores de mortalidade infantil e perinatal e nas análises dos dados locais pelo Comitê de Mortalidade Infantil, considerou-se pertinente priorizar a mortalidade perinatal como objeto de uma Síntese de Evidências, a

qual foi elaborada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Este artigo tem por objetivo apresentar alguns resultados desta Síntese, incluindo as opções de políticas identificadas, barreiras e estratégias para sua implementação e algumas considerações relacionadas à equidade, visando apoiar os gestores e profissionais na redução da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz.

Métodos

A metodologia proposta para elaborar a Síntese de Evidências foi baseada na ferramenta SUPPORT (SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials)¹² seguindo as diretrizes da EVIPNet (Rede de políticas Informadas por Evidências). Essa Rede tem coordenação no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do

Gráfico 2 - Evolução de óbitos perinatais, neonatais e fetais por ano de ocorrência no município de Porto Feliz, 2000-2014.



Fonte: DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (TABNET), Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (MS) e tem por objetivo central fortalecer políticas e sistemas de saúde pública mediante o uso sistemático de evidências de pesquisa⁵.

As seguintes etapas de tradução do conhecimento foram desenvolvidas: 1. **Prioridades para a definição dos programas/políticas:** Formação de um grupo de evidências na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Feliz para definição do problema prioritário; 2. **Busca das Evidências e seleção dos estudos:** Foi realizada por meio de busca de revisões sistemáticas em duas bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde -BVS e Health Systems Evidence - HSE). Foram utilizadas 14 Revisões Sistemáticas para compor a Síntese de Evidências; 3. **Extração dos dados:** Foi elaborado um quadro com os principais resultados de cada estudo selecionado e avaliação dos mesmos com o instrumento AMSTAR⁴; 4. **Definição das Opções para a Abordagem Política:** Foram definidas 4 opções para o

enfrentamento do problema. 5. **Definição de barreiras para implementação e aspectos relacionados à equidade das opções:** Esta etapa foi realizada com base na busca de evidências e por meio da técnica de chuva de ideias com a equipe municipal.

Resultados e Discussão

A seguir são apresentadas as quatro opções de políticas apresentadas no documento da Síntese de Evidências para enfrentamento da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz (Quadro 1). Neste artigo serão apresentados, inicialmente, os benefícios, danos potenciais e incertezas em relação a cada uma das opções. As questões relacionadas aos principais elementos das opções, custo-efetividade e percepção dos sujeitos envolvidos poderão ser consultadas no texto completo da Síntese de Evidências, disponível em www.isaude.sp.gov.br

Quadro 1. Opções para enfrentar o problema da mortalidade perinatal no município de Porto Feliz.

Opção 1 - Qualificar a atenção ao pré-natal por meio da classificação de risco da gestante e adequação do manejo de exames	
Benefícios	Em uma revisão sistemática de alta qualidade concluiu-se que, apesar de não estar clara a relação entre a implantação de um 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 manejo da gestação na presença de intercorrências ³ . Em outra revisão sistemática sugerem 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 ⁹ . Em uma terceira revisão sistemática de alta qualidade, verificou-se 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 ¹⁹ .
Danos potenciais	Não foram relatados riscos ou danos potenciais com a introdução desta opção.
Incertezas	Os autores 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 ¹⁹ .
Opção 2 - Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.	
Benefícios	Em uma revisão de alta qualidade, avaliou-se administração de progesterona intramuscular e mostrou-se que seu uso está associado 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 gramas e redução de hemorragia intraventricular no lactente ⁴ . Em outra revisão sistemática de alta qualidade, os autores mostraram que a terapia com esteroides no pré-natal é muito efetiva na prevenção da morbidade e mortalidade neonatal ¹⁶ . Em uma terceira revisão sistemática de alta qualidade, avaliou-se 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 ⁸ .
Danos potenciais	Para crianças que recebem surfactante pode haver aumento do risco de apneia prematura, persistência do canal arterial e hemorragia pulmonar ²⁰ . 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) ⁸ .
Incertezas	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. ⁸
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.	
Benefícios	Em uma revisão de boa qualidade sobre o uso de contraceptivos em intervalos entre partos, os autores concluíram que o uso de anticoncepcionais foi fator protetor contra curtos intervalos entre nascimentos. 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 ²¹ . Em outra revisão sistemática de alta qualidade sobre a manutenção de tratamento com opiáceos para gestantes dependentes, comparou-se o tratamento com metadona e buprenorfina e verificou-se que o tratamento com metadona parece superior em termos de manter o paciente em tratamento ¹⁵ .
Danos potenciais	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 ¹⁵ .

Incertezas	Mais estudos são necessários sobre o planejamento familiar, pois embora o espaçamento dos nascimentos seja associado à prática de planejamento familiar e uso de contraceptivos, a maioria das pesquisas disponíveis não aborda explicitamente a contribuição dos métodos contraceptivos sobre a sobrevivência materna e infantil ²¹ . Em relação ao uso de metadona x buprenorfina não foram encontradas diferenças significantes entre os tratamentos.
4 - Estruturar e organizar ações de educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.	
Benefícios	Em uma revisão de alta qualidade, comparou-se o efeito do aprendizado e de ações de grupos de mulheres participantes com mulheres que tiveram os cuidados usuais na gestação e no parto. Avaliou-se que a realização de grupos de mulheres que utilizando aprendizagem com métodos ativos constituiu uma importante estratégia para melhorar a sobrevivência materna e neonatal em locais com poucos recursos ¹⁷ . Em outra revisão de qualidade moderada, os autores 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 ⁷ . Em uma terceira revisão sistemática de alta qualidade, os autores 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-natal devem ser baseadas nas necessidades locais ²² .
Danos potenciais	Não foram identificados potenciais riscos nessa opção.
Incertezas	Houve alguma evidência de que o cuidado pós-natal em casa pode 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. ²²

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 2 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 2. Considerações sobre a implementação das opções.

Níveis	Opção 1 - 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 e orientadas a procurar um serviço de saúde quando houver qualquer intercorrência. Especial atenção deve ser dada às pacientes usuárias de drogas, que não têm uma boa adesão ao pré-natal.
Trabalhadores da Saúde	Devem-se capacitar os trabalhadores de saúde na utilização do formulário de classificação de risco para parto prematuro e para realização do teste rápido para sífilis em todas as unidades
Organização	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. Ferramentas de auditoria e feedback, poderiam aumentar a adesão a protocolos clínicos relacionados com essa opção ¹⁰ .
Sistema	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 ser assegurados.

Por nível	Opção 2 - Elaborar protocolo de prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido.
Paciente/ Indivíduo	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
Trabalhadores da Saúde	Os trabalhadores de saúde devem ser treinados na utilização do formulário de classificação de risco, protocolos de assistência ao pré-natal para uma melhor qualidade na oferta do serviço. ¹⁴
Organização	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 ¹³ .
Sistema	Devem-se implantar reuniões mensais de coordenação para discutir os resultados das avaliações e monitoramento, propondo melhora das ações.

Por nível	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.
Paciente/ Indivíduo	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.
Trabalhadores da Saúde	A articulação com trabalhadores de outras secretarias deve ser aprimorada, pois sua falta pode consistir barreira para a efetividade dessa opção. 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.
Organização	Os setores envolvidos do município devem estar preparados para realizar o monitoramento e avaliações dos resultados obtidos.
Sistema	O êxito da intervenção parece depender mais do compromisso político e da capacidade organizativa do que da disponibilidade de recursos ¹⁴

Por nível	Opção 4 - 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.
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	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.
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.

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 da data correta do exame de ultrassonografia (USG) 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. Portanto, todas as gestantes poderão ser contempladas com essa opção de política e 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.

A transversalidade é 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 conseqüente 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 deveriam ser realizadas também nas escolas e nos Centros de Referência da Assistência Social, Centros de Referência Especializada da Assistência Social e comunidade (através de artesanato, teatro, futebol e etc.) para atingir toda a população. Para toda gestante usuária de drogas deveria ser acionada a equipe para discussão dos cuidados de forma multiprofissional. Os pais que não forem a favor das atividades de planejamento familiar realizadas na escola deveriam assinar documento solicitando que o filho não participasse das atividades. Essas medidas poderiam ampliar a possibilidade de atingir de forma equânime toda a população.

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 para todas as mulheres e famílias.

Considerações finais

Acredita-se que as intervenções identificadas no estudo, baseadas em evidências e elaboradas com auxílio das ferramentas SUPPORT, podem ser capazes de contribuir com a redução da mortalidade perinatal no nível municipal. Embora algumas das opções apresentadas já tenham sido apontadas como alternativas para redução da mortalidade perinatal em outros documentos de políticas, o fato de terem sido elaboradas para responder às demandas de uma equipe local pode potencializar sua aplicabilidade no âmbito deste município. É importante ressaltar que as opções não têm que necessariamente ser implementadas da forma apresentada e a aplicação deve levar em conta a viabilidade local. A consideração de aspectos relacionados à equidade, apontadas no trabalho, é fundamental para que as opções propostas não produzam diferentes resultados para os grupos identificados no mesmo município.

A Síntese de Evidências sobre a redução da mortalidade perinatal foi realizada o âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, mas contou com o apoio de uma equipe multiprofissional do município de Porto Feliz. A grande receptividade do município à proposta possibilitou a identificação de um problema prioritário para a gestão municipal, a formulação de opções para enfrentamento do problema com base nas evidências disponíveis e a discussão sobre as principais barreiras e implicações da implementação das opções sobre a equidade. Portanto, a Síntese contemplou as evidências científicas e as evidências locais,

aumentando as chances de apropriação dos resultados.

Essa metodologia proposta pela EVIPNet (Rede para Políticas Informadas por Evidências), se implantada no nível municipal e acompanhada pelo nível regional, poderia empoderar as secretarias municipais de saúde para o alcance de um sistema público de qualidade, por meio de políticas informadas por evidências.

Referências

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. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde – TABNET. Brasília (DF) [acesso em 8 jan 2015] Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
3. 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 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26490698>
4. 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 jun 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903965>.
5. EVIPNet: Rede para Políticas Informadas por Evidências. [Ferramenta SUPPORT] Brasília (DC). [acesso em 15 ago 2014]. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/>.
6. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância. Nova Iorque, 2008a [acesso em out 2014]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf.
7. 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;88(9):658-666B
8. 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 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535400>
9. Imdad A, Yakoob MY, Siddiquis S, Bhutta ZA. 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.
10. 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 nov 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696318>.
11. Lansky S, França E, Perpétuo IH, Ishitani L et al. A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal em 20 anos do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.
12. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Research Policy and Systems* [periódica na internet] 2009 [acesso em 10 out 2014];7 (Suppl1): 11 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-11. Disponível em: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-11.pdf>.
13. 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.
14. 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).
15. 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 jun 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366859>.
16. 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.
17. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, 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
18. Secretaria Estadual da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha [acesso em 10 mar 2015]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf
19. 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 jun 2015] DOI: 10.1002/14651858.CD010385.pub10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352226>
20. 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 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091513>
21. Yeakey MP, Muntifering CJ, Ramachandran DV, Myint Y, Creanga AA, Tsui AO. How contraceptive use affects birth intervals: results of a literature review. *Studies in Family Planning*. 2009; 40(3): 205-214.
22. 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 jun 2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881661>.