



## Vigilância do Óbito Materno nas Fronteiras Brasil/Bolívia e Brasil/Paraguai: cidadania e direito à saúde em tensão

Surveillance of Maternal Death on the Borders Brazil/Bolivia and Brazil/Paraguay: citizenship and the right to health in tension

**Rosemarie Dias Fernandes da Silva**

Doutoranda em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;  
E-mail: rosemarie.fernandes@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-5594-3896

**Luiza Helena de Oliveira Cazola**

Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil;  
E-mail: luizacazola@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3853-0678

**Débora Dupas Gonçalves do Nascimento**

Doutora em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, MS, Brasil;  
E-mail: debora.dupas@fiocruz.br; ORCID: 0000-0003-2291-2302

**Alcindo Antônio Ferla**

Doutor em Educação; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil;  
E-mail: ferlaalcindo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9408-1504

**Resumo: Objetivo:** Compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto à investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos ocorridos entre brasileiras e estrangeiras e a atuação dos Comitês de Mortalidade Materna nos municípios na fronteira com Bolívia e Paraguai. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em municípios de fronteira do estado de Mato Grosso do Sul com outros países, com notificações de óbitos maternos em 2016-2017, por meio de entrevistas com profissionais atuantes na vigilância do óbito materno. **Resultados:** Constatou-se que a investigação dos óbitos em mulheres em idade fértil e maternos é realizada, apesar das dificuldades relacionadas à qualificação dos profissionais que integram a Rede de Vigilância do Óbito Materno; à desarticulação da Rede de Atenção à Saúde; e ao escasso reconhecimento da importância da vigilância do óbito materno para o planejamento de saúde pelos gestores. **Conclusão:** A qualificação dos profissionais, a efetiva implantação/implementação dos Comitês de Mortalidade Materna e o fortalecimento da Rede de Atenção Materno-Infantil nos municípios fronteiriços devem ser olhados com atenção pelos gestores, de forma que Políticas Públicas específicas sejam reelaboradas, com vistas ao cuidado e redução do óbito materno, haja vista a vulnerabilidade desses municípios.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna; Saúde na Fronteira; Vigilância em Saúde Pública.

**Abstract: Objective:** To understand the perception of health professionals regarding the investigation of deaths of women of childbearing age and maternal deaths that occurred among Brazilians and foreigners and the performance of the Maternal Mortality Committees in municipalities on the border with Bolivia and Paraguay.

**Methods:** This is a descriptive, exploratory study, with a qualitative approach, carried out in municipalities on the border of the state of Mato Grosso do Sul with other countries, with notifications of maternal deaths in 2016-2017, through interviews with professionals working in the surveillance of maternal death. **Results:** It was found that the investigation of deaths in women of childbearing age and maternal deaths is carried out, despite the difficulties related to the qualification of professionals who are part of the Maternal Death Surveillance Network; the disarticulation of the Health Care Network; and the scarce recognition of the importance of maternal death surveillance for health planning by managers. **Conclusion:** The qualification of the professionals, the effective implantation/implementation of the Maternal Mortality Committees and the strengthening of the Maternal Child Care Network in the border municipalities must be looked at carefully by managers, so that specific Public Policies are re-elaborated with a view to care and reduction of maternal deaths, given the vulnerability of these municipalities.

**Keywords:** Maternal Mortality; Border Health; Public Health Surveillance.

## Introdução

A Mortalidade Materna (MM) é um problema de saúde pública que mobiliza esforços de governos e da sociedade civil. O empenho do mundo para a sua redução resultou na pactuação de 75% para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS), entre 1990-2015, o que não foi alcançado dentro do prazo estipulado. A queda da Razão de Mortalidade Materna (RMM), ou seja, o número de Óbitos Maternos (OM) a cada 100.000 Nascido Vivos (NV) continua como prioridade dos ODS, conforme acordado entre os países a respeito desse relevante agravo<sup>1</sup>.

A MM, mensurada pela RMM, é um importante marcador que reflete tanto a qualidade da assistência à saúde prestada às mulheres quanto sua importância na sociedade<sup>1</sup>. Portanto, torna-se imprescindível uma avaliação das causas dos óbitos, da qualidade dos serviços de saúde e dos processos de trabalho<sup>2</sup>.

No Brasil, as altas taxas de MM vão na contramão da melhoria dos indicadores de saúde materno-infantis<sup>3</sup>, já que os instrumentos legais de investigação de óbitos existentes não são suficientes para a obtenção de dados fidedignos e para reduzir significativamente o problema. Para tanto, faz-se necessário o aprimoramento dos sistemas de informações, pois a subinformação e o subregistro são fatores altamente limitantes para os reais dados. Também são de fundamental importância a sensibilização dos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à importância do registro das ocorrências e o fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM)<sup>4,5</sup>.

A vigilância dos óbitos e a articulação da vigilância com políticas de cuidado às pessoas gestantes são duas etapas fundamentais para a redução da MM, que passou a ser priorizada no Brasil com a inclusão, em 2003, do OM e óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), por poder ocultar possível OM, como eventos de notificação compulsória, fato que obriga a investigação dos seus fatores

determinantes, suas possíveis causas e, conseqüentemente, a adoção de medidas para evitá-los. Na seqüência, a vigilância do OM no SUS foi regulamentada, estabelecendo-se os procedimentos e prazos para sua notificação e investigação<sup>6</sup>.

Estudo realizado sobre a vigilância da MM constatou a necessidade de aperfeiçoar os processos sociais e de equipe melhorando a capacidade de reflexão sobre a prática e gerenciamento de mudanças conforme as recomendações e ações a serem adotadas. O mesmo estudo ainda ressaltou a necessidade de financiamento adequado e da utilização de sistemas confiáveis de informação em saúde para permitir não apenas a identificação e análise de casos como também o monitoramento da implementação de recomendações em todos os níveis, assim como a notificação obrigatória de OM<sup>7</sup>.

Com a criação dos CMM, um espaço específico foi criado para a vigilância desses óbitos, fortalecido pelo controle social e de apoio à gestão<sup>8</sup>, sendo a experiência de atuação mais conhecida de um CMM foi a do Reino Unido, quando em 1952, ocorreu a primeira investigação confidencial sobre MM<sup>9</sup>. Essa investigação permitiu buscar os óbitos não informados e/ou registrados, além de contribuir para a detecção da causa e demais informações relevantes desses óbitos a fim de fornecer subsídios para a vigilância e para o aperfeiçoamento da assistência à saúde dessa população<sup>10</sup>.

Em 1988, o Brasil começou a implantar os CMM para colocar essa estratégia de investigação dos OM em prática. Esse processo foi concluído em 2005, com o início de operação de 27 CMM estaduais<sup>9</sup>. O CMM do Mato Grosso do Sul ainda passou por uma reestruturação em 2007<sup>11</sup>.

A revisão da causa da MM deve ser um processo contínuo, realizado por uma equipe multidisciplinar visando à melhoria da qualidade, desde sua identificação até a análise e coleta de dados médicos, assim como de outras informações pertinentes. A revisão e síntese dos dados para identificar fatores potencialmente alteráveis, o desenvolvimento e implementação de intervenções para diminuir o risco de mortes futuras e, finalmente, a avaliação dos resultados são fatores imprescindíveis para o êxito deste processo<sup>3</sup>. A produção e a disseminação de conhecimentos relacionados ao tema são fundamentais para embasar medidas de cuidado mais eficazes e para produzir interferências culturais, já que a morte materna parece estar naturalizada no imaginário da sociedade e nos serviços de saúde.

Os países que fazem fronteira com o Brasil têm grandes disparidades, sendo uma delas o acesso aos serviços de saúde<sup>12</sup>. Paraguai e Bolívia, países que têm fronteiras com o estado de Mato Grosso do Sul, destacaram-se, em 2015, pelas altas taxas de RMM, que foram 132/100.00NV e 206/100.00NV, respectivamente, enquanto no Brasil, no mesmo ano, a mesma taxa foi de 44/100.000NV<sup>13</sup>.

A criação dos CMM e o empenho dos profissionais de saúde na redução de mortes durante o ciclo gravídico-puerperal representam, indubitavelmente, um grande avanço na área da saúde

materna. Porém, escassos são os estudos sobre a atuação, implantação e/ou efetividade destes CMM, especialmente, em municípios fronteiriços, uma vez que os serviços de saúde no Brasil vivenciam o atendimento a estrangeiras no seu cotidiano. Mais do que identificar a fronteira física brasileira ou sua dimensão política, o direito humano à saúde e à vida mobiliza uma ação focada no cuidado às pessoas durante o ciclo gravídico-puerperal, que envolve a pessoa gestante (mulheres ou pessoas transexuais com útero) e, após o nascimento, a criança. Esse território que está presente dos dois lados da fronteira, ou seja, interfronteiriço também é um espaço de encontro entre culturas e modos de organizar o cuidado e a vida.

Diante disso, este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto à investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos ocorridos em brasileiras e estrangeiras e a atuação dos CMM nos municípios fronteiriços com a Bolívia e Paraguai.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em seis municípios de linha de fronteira do estado de Mato Grosso do Sul que apresentaram notificações de OM nos anos de 2016-2017. Selecionou-se esse curto período em razão da possibilidade de ampliar a participação dos profissionais nas ações de vigilância desses óbitos, visto que há grande rotatividade de profissionais nos serviços.

Os municípios pesquisados foram Porto Murtinho, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Paranhos municípios com populações entre 12.100-17.200 hab., Ponta Porã com 92.526 hab., todos esses fronteiriços com o Paraguai e Corumbá com 111.435 hab., único fronteiriço com a Bolívia<sup>14</sup>.

Participaram do estudo profissionais dos serviços municipais de saúde da Vigilância Epidemiológica, da digitação do banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e da investigação do OM. Pelo fato de a maioria dos municípios serem de pequeno porte e, por isso, alguns profissionais acumularem funções foram entrevistados nove profissionais: Corumbá-2, Porto Murtinho - 2, Ponta Porã - 2, Aral Moreira - 1, Coronel Sapucaia - 1 e Paranhos - 1.

As entrevistas ocorreram de janeiro a maio de 2019, norteadas por um roteiro de questões abertas que versou sobre a realização da investigação dos óbitos de MIF e maternos na rotina de trabalho dos profissionais pesquisados, sobre facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização da investigação dos OM e, ainda, sobre a atuação dos CMM.

As entrevistas foram agendadas previamente por telefone e realizadas, individualmente, pela pesquisadora em uma sala disponibilizada pela Unidade de Saúde em que os profissionais atuavam e tiveram duração média de 13 minutos. Foram gravadas e, posteriormente, transcritas integralmente e

analisadas com base na técnica de Análise de Conteúdo preconizada por Bardin<sup>15</sup>. As etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação foram realizadas à luz da Portaria de Consolidação nº 1, que regulamenta a vigilância dos OM, do *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna* e do *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*<sup>6,9,16</sup>.

O anonimato dos participantes foi preservado. Para indicar cada um deles, foram utilizadas letras seguidas de números sequenciais: C para Coordenadores da Vigilância Epidemiológica, seguida dos números sequenciais 1-2; CD para Coordenador da Vigilância Epidemiológica e Digitador do SIM – apenas um participante, portanto não houve a necessidade de utilizar números; DI para Digitador do SIM e pela investigação do OM, seguidas dos números sequenciais 1-2; I para o responsável pela investigação do OM – apenas um participante; T para Coordenador da Vigilância Epidemiológica, digitador do SIM e responsáveis pela investigação do OM, seguidas dos números sequenciais 1-3.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) sob o Parecer nº 3.030.255.

## Resultados e Discussão

Este estudo possibilitou aos profissionais compreenderem a importância da investigação dos óbitos de MIF com o intuito de detectar OM, identificarem a não investigação de óbitos de mulheres estrangeiras e dificuldades para a operacionalização dos CMM devido à falta de qualificação de seus participantes, a baixa adesão às reuniões, o descumprimento dos prazos preconizados e a falta de reconhecimento dos gestores acerca da sua importância.

Participaram do estudo nove profissionais, sendo sete enfermeiros, portanto havendo um predomínio desses profissionais, assim como aconteceu em um estudo realizado em Minas Gerais<sup>17</sup>, e dois de nível técnico. A faixa etária ficou entre 29 e 41 anos e a maioria dos profissionais era do sexo feminino. O tempo de atuação na função variou de dois meses a sete anos e apenas um entrevistado relatou ter sido capacitado para atuar no CMM. Para a realização de análises efetivas e deliberações pelo comitê, a capacitação é um pilar de extrema importância<sup>18-20</sup>, entretanto, a rotatividade profissional e a falta de capacitação interferem diretamente no processo de trabalho e, conseqüentemente, nos resultados<sup>21</sup>.

Emergiram das entrevistas três núcleos temáticos de sentido: Investigação de óbitos de mulher em idade fértil para detecção de morte materna; Investigação do óbito materno em brasileiras e estrangeiras; e Atuação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna nos municípios de fronteira.

## Investigação de óbitos de mulher em idade fértil para detecção de morte materna

Os resultados apontam que a investigação de óbitos de MIF é uma prática instituída pelos profissionais em todos os municípios:

[...] fico sabendo se é mortalidade em MIF, que é mulher de 10 a 49 anos, daí eu já estou fazendo a investigação ali dentro do hospital, depois vou no domicílio [...]. (T3)

[...] eu pego a declaração de óbito (DO) para iniciar a investigação, vou em busca do prontuário nas unidades básicas de saúde e no hospital municipal [...] eu acabo tendo que entrar em contato com hospital onde ocorreu o óbito, após os fatos esclarecidos, eu lanço os dados no sistema e arquivo todos os documentos recolhidos durante a investigação [...]. (T1)

A realização dessas investigações atende ao que o Ministério da Saúde determina, já que OM e o óbito de MIF são eventos de investigação obrigatória, que têm por objetivo identificar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como, subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a reincidência deles<sup>6</sup>.

A busca do prontuário e a análise dos dados nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme evidenciado no discurso agilizam a investigação e qualificam as informações sobre a mortalidade.

Os discursos demonstram que o responsável pela investigação dos óbitos de MIF, na maioria dos municípios, é a Vigilância Epidemiológica, sempre centrada em apenas uma pessoa, eventualmente com o apoio das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Apenas em um município foi relatada a realização da investigação, de fato, pelo enfermeiro da ESF.

[...] são feitas através das declarações de óbitos, chega do hospital ou a gente fica sabendo por algum outro meio e aí a pessoa responsável pela parte da investigação, com uma cópia da DO em mãos, ela sai à busca desses pacientes. (C2)

[...] eu junto com as enfermeiras, se for o caso, depende porque eu mando as fichas, eu passo o óbito para elas, algumas, às vezes, preenchem alguma coisa e me manda, o que falta eu acabo indo atrás. (T2)

[...] quem faz a investigação é enfermeira, ela me passa, eu apenas digito no sistema, só. (CD)

A investigação deve ser realizada por profissionais designados pela Vigilância Epidemiológica do município e a participação da equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) é de vital importância, visto que o vínculo com a família e o conhecimento da área de abrangência do serviço são elementos diferenciais na investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos<sup>9</sup>, além de subsidiar o planejamento de ações que podem responder às lacunas encontradas, fato constatado em um estudo em Garça-SP. A parceria ESF/CMM possibilita a identificação de fatores relacionados tanto ao óbito quanto à assistência prestada, ao atendimento à gestante e à criança<sup>22</sup>.

O conhecimento do profissional sobre a importância da investigação de MIF e a ocorrência pontual da reclassificação do óbito de MIF para OM, com base na DO, ficou evidente nos discursos:

[...] o principal objetivo da investigação da mulher em idade fértil é saber se essa mulher estava gestante ou não no momento do óbito, se esse óbito ocorreu em decorrência de uma gravidez, de um aborto [...]. (C1)

[...] um caso que não foi identificado na declaração de óbito que ela estava gestante e na entrevista a família relatou que ela provocou o aborto, no óbito só estava septicemia, causada por um aborto infectado [...]. (C1)

Esses resultados estão em consonância com o *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*, uma vez que todos os óbitos de MIF devem ser investigados e esse cruzamento de dados, OM com óbitos de MIF, diminui a possibilidade da ocorrência de um OM não declarado, gerando dados mais fidedignos sobre a realidade do local<sup>16</sup>, o que qualifica a análise da situação sanitária e, conseqüentemente, a tomada de decisão para a programação de ações de saúde<sup>23</sup>.

A reclassificação de óbito constatada neste estudo corrobora os achados de uma pesquisa realizada no Brasil entre 2009 e 2011 com o objetivo de propor uma metodologia de estimativa da RMM no Brasil. A pesquisa identificou que dos 112.007 óbitos ocorridos, apenas 55,8%, ou seja, 62.500 foram investigados. Dentre eles, 39,48%, ou seja, 24.675 óbitos antes classificados como causas presumíveis de mortes maternas foram reclassificados como óbito materno<sup>3</sup>. Por outro lado, é visível que a abordagem predominante é de procedimento técnico, que prescinde do contexto mais específico, o qual confere humanidade às existências humanas, que, no procedimento de vigilância, acabam se transformam em estatística. A problematização da MM mortalidade materna deve considerar os modos de vida das pessoas, da cultura da sociedade e do modo de organização dos serviços, e, para além da estatística formulada e publicada, deve produzir interferências na cultura dos serviços, principalmente, como educação permanente em saúde.

### **Investigação do óbito materno em brasileiras e estrangeiras**

Os discursos revelam que, em todos os municípios pesquisados, os técnicos realizam a investigação do OM:

[...] recolhimento da DO na Santa Casa, aí eu venho, digito e vou fazer a investigação na residência do familiar da pessoa [...]. (DI1)

[...] foi acertado com o Hospital... quando ocorresse um óbito materno, a Vigilância deveria ser informada imediatamente por causa desse prazo de 72h [...]. (C1)

O Ministério da Saúde regulamentou a vigilância de OM no SUS, estabelecendo procedimentos e prazos para notificação e investigação dos casos, uma vez que foi determinada como prioridade a redução da MM no país<sup>6</sup>.

Apesar de afirmarem que a investigação é realizada, observa-se que o prazo de notificação do OM pelo profissional de saúde ou pelo serviço não é atendido, visto que é de 48 horas o prazo para a sua realização<sup>6</sup>.

A desarticulação da Rede de Vigilância do Óbito também ficou evidenciada em alguns discursos, o que fragiliza o processo de investigação, fato já relatado em um estudo feito em Viçosa<sup>8</sup>. Da mesma forma, na investigação de óbitos de MIF, a investigação de óbitos maternos é centrada na Vigilância Epidemiológica, porém sem fluxo instituído, conforme os excertos:

[...] o último foi na véspera de um feriado prolongado, a gente ficou sabendo por boato, boato mesmo, que parece que houve um óbito materno... o hospital ainda não tem essa visão da importância da notificação imediata para a vigilância, para a gente fazer a investigação [...]. (C1)

[...] só teve uma no município, só que não era da minha área, aí a gente acaba não sabendo qual foi o problema assim, mas teve. (I)

Apesar de os profissionais, em seus discursos, relatarem que realizam a investigação dos OM, do total ocorrido neste estudo (12), apenas 67% foi investigado. Resultados semelhantes foram encontrados na Bahia e no Pará, em que 79,04%<sup>5</sup> e 40,5%<sup>24</sup> dos OM, respectivamente, deixaram de ser investigados. A falta de investigação reflete diretamente no Planejamento em Saúde, pois é com base nela que são mensuradas a evitabilidade do óbito e as necessidades de intervenção por parte dos profissionais de saúde e gestores municipais.

Segundo os discursos, a investigação do óbito de mulheres estrangeiras ocorridos nos municípios fronteiriços é realizada apenas quando apresentam documentação legalizada, o que demonstra o frequente uso dos serviços de saúde no Brasil e, conseqüentemente, a ausência de Políticas Públicas específicas para as áreas de fronteira<sup>25</sup>.

[...] a grande maioria, mesmo sendo paraguaia, elas têm documentação, têm cartão SUS. A maioria dos paraguaios tem cartão SUS [...] se ela tem a documentação, a gente considera brasileira [...] eles fazem outro documento para receber o atendimento. (T2)

Um estudo desenvolvido com as gestantes brasiguaias e gestantes brasileiras residentes no Brasil verificou que as brasiguaias procuram os serviços locais brasileiros devido à precariedade do sistema de saúde de seu país, omitindo onde moram por medo de terem atendimento inferior ao das brasileiras, ou até mesmo de terem negado seu direito à consulta, por isso buscam o serviço tardiamente<sup>26</sup>, o que pode levar a trágicos desfechos. A configuração da saúde como direito das pessoas e da universalidade dos sistemas de saúde, prescindindo de pagamento adicional para os



atendimentos, facilita o acesso aos serviços de saúde e a atenção às condições das pessoas, prevenindo adoecimentos e mortes que podem ser evitadas.

Quando o OM é de uma mulher estrangeira, a investigação não é realizada, o que revela a precariedade do cuidado e a vulnerabilidade em que essas mulheres se encontram, além de evidenciar a baixa densidade de relações sociais nos territórios fronteiriços<sup>27</sup>.

[...] a gente não faz a investigação, porque a gente só faz por residentes no município...se na declaração de óbito está como residente no país vizinho, a gente só informa no sistema de mortalidade, mas não é realizada a investigação. (C1)

[...] a gente só vai ter informação quando você vai querer fazer a visita e aí consta que aquele endereço ou uma pessoa que mora ali não conhece, não tem informação nenhuma sobre aquela pessoa. (D12)

Existe uma prática entre os estrangeiros em municípios fronteiriços de alterar seus dados de residência, até mesmo alugando imóvel no Brasil ou usando endereço fictício, de parentes ou de amigos<sup>28,29</sup>, o que dificulta a investigação do OM e acarreta transtornos ao município quando ocorre o fechamento de caso no SIM e, conseqüentemente, nos indicadores de saúde, fato já constatado em estudo realizado no Paraná<sup>28</sup> e confirmado por este discurso:

[...] tem uma dificuldade muito grande em questão de ser fronteira seca a gente tem um número muito grande de mães gestantes que dão entrada no hospital com endereço do Brasil e quando a gente vai fazer a busca e descobre que na verdade elas são paraguaias [...]. (C2)

Em seus discursos, profissionais tanto dos municípios da fronteira Brasil/Bolívia como Brasil/Paraguai relatam que o compartilhamento de informações entre as vigilâncias epidemiológicas dos três países é via de mão única. A fragilidade epidemiológica das zonas de fronteira, devido ao compartilhamento dos problemas de saúde, não reconhece limites naturais, políticos ou burocráticos e exige que as ações em saúde sejam conjuntas para a garantia de um efetivo controle de agravos e doenças, assim como para o acesso à saúde<sup>29</sup>.

[...] se ela é paraguaia, não é investigado, porque a gente não tem acesso para entrar no Paraguai para fazer a investigação, eu não sei se a vigilância do Paraguai investiga, dizem que sim, a gente passa a informação para eles, busca informação, quando você sabe que alguém às vezes morava lá, mas não é brasileira [...]. (D12)

[...] nós nunca fomos comunicados pela vigilância de lá, a gente fica sabendo através de mídias [...]. (C2)

O OM de uma mulher estrangeira em qualquer serviço de saúde brasileiro afeta os indicadores de saúde, como demonstrado a seguir:

[...] a gente tenta juntar o maior número de provas para poder retirar do sistema como morte do município, como residente do município, mas algumas vezes lá na central entende que não, que é nossa e pronto [...]. (D12)

Há evidências crescentes de que muitas mortes maternas poderiam ser evitadas se houvesse uma vigilância aprimorada, que promovesse a melhoria da saúde geral e da prestação de cuidados<sup>30</sup>. Por outro lado, é visível a necessidade de que a integração entre práticas de cuidado seja feita entre diferentes estratégias de organização dos serviços e, no caso da fronteira internacional, que se produzam porosidades que não estejam submetidas à dinâmica diplomática, de forma semelhante ao que acontece com as doenças e os vetores.

### **Atuação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna nos municípios de fronteira**

Dos seis municípios participantes deste estudo, apenas um não constituiu CMM, estando em fase de implantação e sua finalidade é compreendida pelos profissionais entrevistados:

[...] o Comitê não tem caráter punitivo. Ele analisa os óbitos e avalia se a situação poderia ter sido evitada e recomenda. A gente analisa o óbito e faz recomendações para que não ocorra novamente, mas mesmo para orientação [...]. (C1)

[...] serve para analisar os óbitos, não de um jeito taxativo né, assim para auxiliar que não aconteça mais no município [...]. (DI1)

Entretanto, distorções foram constatadas, indicando a necessidade de qualificar os profissionais de saúde quanto às atribuições do CMM e quanto ao tempo máximo que pode decorrer da notificação do óbito até o encerramento do caso no módulo SIM, que é de 120 dias<sup>6</sup>:

[...] o comitê estaria aqui para isso também, para ajudar a gente a acompanhar essas gestantes de alto risco [...] eu acho que ele também deveria vir nas unidades [...] seria para capacitar a gente, ver se o nosso serviço está sendo bem feito, para que essas situações não aconteçam [...]. (I)

[...] existe, eu sei que existe, eu só não sei o período dos prazos [...]. (I)

Os CMM têm caráter interinstitucional e multiprofissional de avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher e visam analisar todos os OM a fim de indicar medidas de intervenção para reduzi-los<sup>9</sup>.

A notificação dos casos de OM e o CMM são de suma importância para o fortalecimento da rede de comunicação entre as diversas instituições de saúde, educação, assistência social e demais envolvidos<sup>8</sup>, entretanto os relatos deste estudo não apontam nessa direção:

[...] a gente tem uma grande dificuldade aqui... do comitê não ser um comitê ativo, as pessoas não dão muita importância ao comitê [...]. (C2)

[...] a dedicação dos profissionais quanto à importância dessa investigação, porque a gente tem dificuldade para juntar todo mundo para reunião [...]. (T2)

As dificuldades no cumprimento dos prazos também estão relacionadas aos fatores que retardam a investigação, como a busca pelo endereço e por dados da usuária, apesar da regulamentação da vigilância dos OM determinar o prazo de 48h para o serviço assistencial disponibilizar os dados para início da investigação<sup>16</sup>.

[...] a gente tem a dificuldade de às vezes achar o endereço da pessoa, o endereço da paciente [...]. (C1)

[...] se precisa dos dados de um hospital de referência, normalmente eles pedem de 15 a 20 dias para entregar as informações, nunca é de imediato, normalmente demora um pouco, por causa de sigilo, toda essa situação [...]. (T1)

Além da dificuldade de acesso aos dados, outra problemática demonstrada foi a falta ou incompletude dos dados nos prontuários, o que deve ser corrigido em todos os pontos de atenção da RAS:

[...] um grande problema é que praticamente em todas as reuniões, em toda análise que você pega, você vê que tanto o pessoal hospitalar quanto ambulatorial não registra corretamente as coisas, não pensa que é outra pessoa que vai ler aquilo e tem que entender o que está escrito, então falta informação, você tem que ficar adivinhando [...]. (D12)

[...] tem o preenchimento que o profissional faz da consulta, às vezes não coloca o batimento cardíaco fetal, não relata o atendimento da gestante, isso é importante [...]. (C1)

Os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados quanto à prevenção do OM, principalmente, os profissionais da assistência à saúde, da investigação do OM e os que participam dos CMM. O comitê deve ser um ambiente seguro para a discussão de detalhes sensíveis sobre as práticas profissionais, sem que haja sanções ou litígios de gestão<sup>31</sup>.

As reuniões do CMM não são valorizadas, pois os fluxos e processos que podem ser desencadeados delas parecem não ter importância nem prioridade para os profissionais e gestores:

[...] essa é uma dificuldade que praticamente em todas as reuniões é levantada, levada ao gestor pedindo auditoria em prontuários e o que a gente ouve da própria auditora da secretaria é que eu não tenho tempo para fazer, isso não é tão importante, aí você... tô fazendo o que aqui? (D12)

[...] a gente não conseguia nem analisar os óbitos e dessas recomendações que a gente passava também não tinha esse retorno. Dá a impressão que você está fazendo só para constar no papel ali... ninguém está levando nada a sério, então para que nós estamos nos reunindo, por que nós estamos fazendo? (D12)

Essa escassa colaboração, sem a composição mínima do CMM, multiprofissional, fragiliza o processo de revisão dos óbitos<sup>19</sup>. O médico também é um importante ator na redução da MM, e a união dos profissionais para atingir esse objetivo fim é condição *sine qua non*<sup>32</sup>.

A dificuldade de composição dos comitês verificada por este estudo pode estar relacionada ao fato de a maioria dos municípios (4) ser de pequeno porte e, por isso, ter poucos profissionais, fato que os obriga a assumir várias funções. Nesse caso, a implantação de comitês compartilhados pode ser uma estratégia eficiente, para a qualificação das ações deles<sup>7</sup>.

A divulgação dos resultados deve seguir três princípios: as conclusões e recomendações devem sempre ser feitas ao serviço/comunidade em que as informações foram coletadas; o *feedback* deve ser feito de forma agregada, sem identificação, de modo que as famílias/profissionais de saúde não sejam identificados; salvaguardas legais devem estar em vigor para impedir o uso dos resultados da revisão em litígios<sup>31</sup>.

Um relatório com recomendações reais é mais relevante e tem mais efeito do que um relatório que sugere a elaboração de recomendações no futuro. Quanto mais rápido um relatório final for gerado, mais imediato será o seu efeito nas práticas locais, pequenas mudanças na prática profissional que podem melhorar a assistência<sup>33</sup>.

Na Pensilvânia, entre 2006 e 2012, foi comprovado que a criação de um comitê de revisão da mortalidade teve direta relação com uma expressiva redução de mortalidade e que isso foi possível devido à associação interdisciplinar, parcerias com fornecedores locais e uma abordagem multifacetada para identificar oportunidades clínicas<sup>34</sup>.

### Considerações finais

O estudo demonstrou a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, tanto com relação à prevenção do OM, seja no ato da assistência, seja no registro dos atendimentos, como no que tange à importância da investigação desses óbitos e análise pelos comitês, o que indica ser esse o primeiro passo de uma longa jornada para o enfrentamento da mortalidade materna. A vigilância desses óbitos precisa de maior conexão com a qualificação da atenção à saúde e com fluxos de retroalimentação, na perspectiva da educação permanente em saúde.

É unânime, nos discursos, que a investigação não é realizada quando ocorre o OM de uma mulher estrangeira não residente no município, o que reflete a fragilidade das relações interpaíses no tocante ao acesso e cuidado em saúde, exacerbando a vulnerabilidade já existente nos municípios de fronteira. Assim, também fica demonstrada a distância entre o direito de acesso aos serviços de qualidade, normalmente associado ao estatuto da cidadania em cada território, e o direito humano à saúde, anterior às diferentes nacionalidades.

O fortalecimento da RAS, em especial a Materno-Infantil, apresenta-se como um componente importante nesse processo. A implantação/implementação dos CMM nos municípios fronteiriços

merece especial atenção dos gestores e Políticas Públicas voltadas especificamente aos municípios de fronteira, que precisam ser reelaboradas e efetivamente implantadas, de acordo com as necessidades e particularidades da região.

O tema da vigilância às mortes maternas e sua conexão com a qualidade da atenção oferecida à população em cada território precisa avançar com mais estudos que discutam o trabalho realizado em redes e serviços com abordagens interculturais e interdisciplinares, também em diferentes territórios. A redução da MM parece estar associada à redução das iniquidades, das quais o território de fronteira é apenas um observatório de grande intensidade, e à organização de processos de trabalho cuidadores, em que o direito à saúde e a intensidade da vida partilhem caminhos, protocolos de cuidado e formas de expressão da cultura e dos processos civilizatórios em cada território.

## Referências

1. Organização das Nações Unidas. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015. New York: United Nations; 2015.
2. D'alton ME, Main EK, Menard MK, Levy BS. The national partnership for maternal safety. *Obstet Gynecol*. 2014;123(5):973-7.
3. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Souza Junior PRB, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl 1):S71-83.
4. Zalvand R, Tajvar M, Pourreza A, Asheghi H. Determinants and causes of maternal mortality in Iran based on ICD-MM: a systematic review. *Reprod Health*. 2019;16(1):16.
5. Mascarenhas PM, Silva GR, Reis TT, Casotti CA, Nery AA. Análise da Mortalidade Materna. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(11):4653-62.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
7. Smith H, Ameh C, Roos N, Mathai M, van den Broek N. Implementing maternal death surveillance and response: a review of lessons from country case studies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):233.
8. Melo CM, Aquino TIS, Soares MQ, Bevilacqua PD. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(10):3457-65.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP, Guerra GVQL, Diniz CSG, Campos BBNS, Amaral EM, Moraes Filho OB. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(9):501-6.
11. Mato Grosso do Sul, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 813/SES/MS/13, de 09 de agosto de 2007. Reestrutura o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil do Mato Grosso do Sul. Campo Grande; 2007.
12. Zaslavsky R, Goulart BNG. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(12):3981-6.

13. Cia World Factbook. Mapa comparativo entre países. Taxa de mortalidade materna - Mundo. 2018 [citado em 5 Abr 2018]. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2223&r=xx&l=pt>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados. 2010-2021 [citado em 25 Jun 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
17. Rodrigues LA, Martins EF, Aguiar RALP, Dutra IR, Pimenta AM. Avaliação dos comitês de prevenção de óbitos maternos, fetais e infantis de uma região do estado de Minas Gerais, Brasil. REME Rev Min Enferm. 2020;24:e-1288.
18. Agaro C, Beyeza-Kashesya J, Waiswa P, Sekandi JN, Tusiime S, Anguzu R, Kiracho EE. The conduct of maternal and perinatal death reviews in Oyam District, Uganda: a descriptive cross-sectional study. BMC Women's Health. 2016;16(38).
19. Kok B, Imamura M, Kanguru L, Owolabi O, Okonofua F, Hussein J. Achieving accountability through maternal death reviews in Nigeria: a process analysis. Health Policy Plan. 2017;32(8):1083-91.
20. Biswas A, Halim A, Rahman F, Eriksson C, Dalal K. The economic cost of implementing maternal and neonatal death review in a district of Bangladesh. J Public Health Res. 2016 [citado em 18 Jan 2020];5:729. Disponível em: <https://www.jphres.org/index.php/jphres/article/view/729/325>.
21. Campos D, Hadad SC, Abreu DMX, Cherchiglia ML, França E. Sistema de informações sobre mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. Cienc Saude Colet. 2013;18(5):1473-82.
22. Cruz LCV, Uchida MM. Comitê de vigilância às mortes maternas, infantis e fetais do município de Garça/SP. Bol Inst Saude. 2015;16(Supl):69-72.
23. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
24. Santos DR, Nogueira LMV, Paiva BL, Rodrigues ILA, Oliveira LF, Caldas SP. Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. Esc Anna Nery. 2017;21(4):e20170161.
25. Dal Prá KR, Mendes JMR, Miotto RCT. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cad Saude Publica. 2007;23(Supl 2):164-73.
26. Mello F, Victora CG, Gonçalves H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. Cienc Saude Colet. 2015;20(7):2135-45.
27. Silva MP, Assumpção RF, Kligerman DC. Bacias hidrográficas transfronteiriças: saneamento e saúde ambiental sem fronteiras. Saude Debate. 2020;44(124):251-62.
28. Aikes S, Rizzotto MLF. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. Cad Saude Publica. 2018;34(8):e00182117.
29. Carneiro CP. Fronteiras irmãs: transfronteirização na Bacia do Prata. Porto Alegre: Editora Ideograf; 2016.
30. Burch D, Noell D, Hill WC, Delke I. Pregnancy-Associated Mortality Review: The Florida Experience. Semin Perinatol. 2012;36(1):31-6.
31. World Health Organization. Maternal death surveillance and response: technical guidance: information for action to prevent maternal deaths. Geneva: World Health Organization; 2013.

32. Pereira LM. Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero. Saude Transf Social. 2016;6(1):70-8.
33. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(6):CD000259.
34. Barbieri JS, Fuchs BD, Fishman N, Cutilli CC, Umscheid CA, Kean C, Koshy S, Sullivan PG, Brennan PJ, Kelz RR. The Mortality Review Committee: a novel and scalable approach to reducing inpatient mortality. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2013;39(9):387-95.

**Como citar:** Silva RDF, Cazola LHO, Nascimento DDG do, Ferla AA. Vigilância do Óbito Materno nas Fronteiras Brasil/Bolívia e Brasil/Paraguai: cidadania e direito à saúde em tensão. **Saúde em Redes.** 2023;9(1). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.3845

**Submissão:** 31/07/2022

**Aceite:** 15/03/2023