



## Artigo de Revisão

### ATENDIMENTO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA: DISCUTINDO O ÓBITO COMO EVENTO SENTINELA

#### CHILD CARE IN PRIMARY CARE: DISCUSSING THE DEATH AS SENTINEL EVENT

##### Resumo

Denise Albieri Jodas Salvagioni<sup>1</sup>  
Maria José Scochi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Federal do Paraná – IFPR.  
Curitiba – Paraná – Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Maringá – UEM.  
Maringá – Paraná – Brasil.

E-mail:  
denisealbieri@yahoo.com.br

A avaliação do cuidado permite estabelecer ações que possam modificar uma dada situação de saúde, influenciando na discussão de suas características e seus efeitos. O presente estudo tem o objetivo de discutir a avaliação da ocorrência do óbito na atenção básica, com destaque ao atendimento à criança. Trata-se de uma revisão de literatura, com busca de textos entre 1976 e 2008 na base de dados Scientific Electronic Libray Online (SCIELO), Lilacs e livros nos meses de Fevereiro a Junho de 2010. Os textos encontrados foram organizados de forma a abranger os conceitos básicos para a avaliação de estrutura, processo e resultado além de discutir os eventos sentinelas, relacionados à criança, que são situações evitáveis tais como doenças, complicações, incapacidades e mortes. Espera-se que este estudo contribua para o entendimento dos profissionais que desejam realizar pesquisas na área ou instituir a avaliação na prática em saúde.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde; vigilância de evento sentinela; atenção primária a saúde.

##### Abstract

The evaluation of care allows establishing actions that can modify a particular health situation, influencing the discussion of their characteristics and their effects. This study aims to discuss the evaluation of the occurrence of death in primary care, with emphasis on child care. This is a review of literature with text search between 1976 and 2008 in the database Libray Scientific Electronic Online (SciELO), Lilacs and books in the months of February to June 2010. The texts found were organized to cover the basics for the evaluation of structure, process and outcome and discuss the sentinel events related to the child, which are avoidable situations such as illness, complications, disabilities and deaths. It is hoped that this study contributes to the understanding of professionals who wish to conduct research in the area or establish evaluation in health practice.

**Key words:** health evaluation; sentinel surveillance; primary health care.

## Introdução

A avaliação de sistemas e serviços de saúde no Brasil tem sido ressaltada em discussões políticas e práticas sobre serviços de saúde, ganhando espaço nos encontros científicos e movimentos institucionais indicando a necessidade de inseri-la no planejamento e implantação de programas e ações na área de saúde<sup>1</sup>.

As relações entre as práticas de saúde e as necessidades da população ganham relevância quando se referem à capacidade dessas ações modificarem uma dada situação de saúde, influenciando na discussão de suas características e seus efeitos. Nesta perspectiva, tornam-se possíveis as intervenções capazes de modificar quadros de saúde, identificar as dificuldades nas atividades, para alterarem, assim, os indicadores de morbidade e mortalidade<sup>2,3</sup>.

Os indicadores de saúde são unidades de medida de uma atividade, com a qual está relacionado, ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço<sup>4</sup>. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos dados utilizados em sua formulação, determinada pela frequência de casos e tamanho da população em risco, e da precisão dos sistemas de informação empregados como o registro, a coleta e a transmissão dos dados<sup>5</sup>.

A mortalidade infantil é reconhecida como um indicador da condição de vida e de saúde de uma população e constitui um indicador importante por conter informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde<sup>5</sup>. No entanto, a mortalidade perinatal é considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e do recém-nascido e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido<sup>6</sup>.

Os sistemas de informação mostram que a mortalidade infantil no Brasil tem apresentado declínio ao longo dos anos<sup>7</sup>, porém ainda apresenta um número indesejável quando se pensa em atendimento de qualidade<sup>8</sup>.

Este estudo tem como objetivo discutir a avaliação da ocorrência do óbito na atenção básica, com destaque ao atendimento à criança.

## Métodos

Para a efetividade desta revisão de literatura, adotaram-se as seguintes etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto<sup>9</sup>.

Após a pesquisa bibliográfica nas bases de dados para seleção dos artigos sobre avaliação, óbito na infância, atendimento na rede básica de saúde, foi elaborado um fichamento que constou da síntese do artigo, identificação do objeto de estudo, objetivo, fundamentação do autor, método, resultados e conclusão.

Os critérios de inclusão do material analisado constituíram de pesquisas (artigos) e textos (livros) que versavam sobre a avaliação do óbito na infância como evento sentinela da atenção primária, tendo como descritores para a seleção dos textos: evento sentinela, óbito na infância, atendimento a criança na atenção básica e avaliação do óbito.

Considerando esta delimitação, foram selecionadas 30 literaturas entre livros, manuais e artigos científicos, dentre as inicialmente 39 previamente identificadas, sendo que nove foram excluídas por não versarem sobre a temática proposta. Esta composição de textos se enquadrava entre 1976 e 2008. A busca de artigos ocorreu na Base de Dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Lilacs e livros nos meses de Fevereiro a Junho de 2010. Para melhor explanação do assunto, os textos encontrados foram organizados em duas categorias temáticas: (1) Avaliação dos serviços de saúde e (2) Óbito evitável na infância: discutindo o evento sentinela.

### **Avaliação dos serviços de saúde**

Avaliar consiste em julgamento de valor a respeito de uma intervenção, constituído pelo conjunto de meios físicos organizados em um contexto específico em um dado momento, esta definição se fez presente na maioria dos artigos pesquisados<sup>10</sup>.

Em 1988, um autor propôs uma tríade para a avaliação qual seja: estrutura, processo e resultado. Conceitua estrutura como os recursos necessários ao processo assistencial, abrangendo área física, força de trabalho, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos; o processo corresponde às atividades da equipe de saúde no tratamento do paciente mediante padrões de qualidade estabelecidos pelos respectivos serviços e profissões, incluindo componentes técnicos e as relações interpessoais; e o resultado constitui a análise dos produtos finais da condição de saúde e satisfação do usuário<sup>11</sup>.

O autor referiu que se deve contabilizar e analisar os recursos relevantes no planejamento, porém, enquanto medida para avaliar a qualidade, a estrutura possui menos importância que o processo e o resultado. Enfatiza que o processo é o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado, e os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo servir de indicador indireto para avaliação da qualidade tanto da estrutura quanto do processo<sup>12</sup>.

No entanto, a avaliação dos resultados envolve maiores dificuldades que a do processo quando os programas não apresentam seus objetivos estabelecidos de forma clara, que permitam aferir o resultado, além de demandar uma abordagem metodológica mais rigorosa<sup>12</sup>. Deficiências estruturais podem implicar baixa qualidade, mas estrutura adequada não implica necessariamente em alta qualidade, aponta apenas um potencial para este fato. Diante disto, nota-se que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade é a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens: estrutura, processo e resultado<sup>13</sup>.

A avaliação do processo da assistência é um procedimento complexo e pode muitas vezes ser contaminada pela subjetividade. Por este motivo,

pensando em reduzir este aspecto ao máximo, estipulam-se padrões de qualidade como parâmetros para aferir a adequação dos procedimentos<sup>14</sup>.

Descreve-se que boa avaliação é guiada por quatro objetivos: oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos, orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação, responder aos interesses das instituições, de seus gestores e de seus técnicos, e buscar sempre uma melhor adequação de suas atividades<sup>15</sup>.

Os estudos sobre a qualidade da assistência em saúde apresentaram, ao longo dos anos, mudanças em suas propostas metodológicas, pensando em adaptar as abordagens as concepções de saúde, aos modelos e características dos serviços existente<sup>16</sup>. Na prática da avaliação utiliza-se, com frequência, combinação de métodos e técnicas quantitativos e qualitativos<sup>17,18</sup>.

### **Óbito evitável na infância: discutindo o evento sentinela**

Desde a década de 60, alguns autores justificaram o declínio da mortalidade das populações pelas melhores condições de vida, não enfocando a introdução de antibióticos e da imunização, uma vez que alguns destes eventos aconteceram após a redução observada de determinadas doenças. Atualmente, autores não deixam de admitir que as condições socioeconômicas da população interfiram na sua condição de saúde, porém acreditam que, concomitantemente, muitas contribuições na saúde trouxeram tais mudanças. O desafio dos pesquisadores está no método para mensurar este impacto<sup>19</sup>.

Muitos estudos avaliativos utilizam eventos indesejáveis para retroceder a prática e analisar pontos críticos de assistência, sendo o mais estudado o óbito. Autores<sup>20</sup> propuseram para avaliação do resultado o uso do conceito de mortalidade ou incapacidade evitável. Foram os precursores do conceito mortes evitáveis, trabalhando com este tema na Universidade de Harvard desde 1970, Estados Unidos. Fundaram um Grupo de Prevenção de Doenças e propuseram uma lista com 90 causas que poderiam ser evitadas na presença de um serviço de saúde efetivo.

Desta forma, o óbito evitável, também chamado de evento sentinela, pode contribuir para a tomada de decisões por meio de indicadores de qualidade da atenção à saúde não satisfatórios<sup>19</sup>. Assim sendo, autores<sup>20</sup> propuseram um novo método para mensurar a qualidade do cuidado, o qual abrange casos de doenças preveníveis, as morbidades e as mortes evitáveis. A pergunta norteadora desta ocorrência é: "Por que eles acontecem?".

O evento sentinela é algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente, posto que sua ocorrência permite a detecção de falhas a partir de uma investigação, com o objetivo de corrigir ou melhorar o modo de funcionamento do sistema de saúde. Tal análise requer a avaliação do processo a partir do fato negativo, ou seja, daquilo que foi previamente definido como algo que não deve ocorrer<sup>21</sup>.

O evento sentinela mede o quanto é sério, indesejável e frequentemente, o quanto pode ser evitável um evento adverso dos cuidados prestados ao paciente a partir da revisão de casos individuais dirigida para cada ocorrência<sup>4</sup>. A ocorrência de um evento prevenível ou evitável é um sinal de alarme, que aponta para o fato de que a qualidade do cuidado precisa ser

melhorada. São usados para elucidar tal problemática, levantando os nós críticos existentes na assistência e no funcionamento dos serviços<sup>22</sup>.

Apesar da extensa produção científica sobre o tema no mundo, no Brasil essa produção ainda é limitada, carece de sistematização conceitual e demanda revisão das listas de causas de mortes evitáveis<sup>23</sup>.

Em 1976, autores classificaram a mortalidade infantil, o óbito por infecções intestinais, a pneumonia em menores de quatro anos, dentre outras causas, como causas de morte evitáveis ou evento sentinela, por apresentarem possibilidade de intervenção, pela existência de tecnologia apropriada, independentemente do fato dos procedimentos não estarem disponíveis para a maioria da população neste momento<sup>20</sup> (Quadro 1).

**Quadro 1** - Lista de doenças/eventos evitáveis relacionadas à criança.

Condições de saúde evitáveis	CID-9	Nós críticos da assistência
Outras doenças infecciosas por salmonela como veículo de contaminação a comida	003	Prevenção
Difteria	032	Prevenção/tratamento
Tétano	037	Prevenção
Catapora	050	Prevenção
Rubéola	056	Prevenção
Febre Amarela	060	Prevenção
Leucemia mielóide	205	Prevenção – exposição à radiação
Avitaminoses ou outras deficiências nutricionais	260-269	Prevenção/tratamento (não associada a neoplasias ou má absorção)
Anemias	280-284	Tratamento
Meningite bacteriana (Haemophilus influenzae tipo B, pneumococcus, streptococcus grupo A, Staphylococcus aureus)	320	Tratamento
Doenças cardiopulmonares	426	Prevenção
Infecções Respiratórias, Influenza, Pneumonia, Bronquite	460-466	Tratamento
Mortalidade infantil (todas as causas)	760-778	Prevenção

Fonte: Rutstein et al, 1976.

Um grupo de trabalho organizado pelo Ministério da Saúde<sup>23</sup> realizou um estudo de revisão da literatura referente à base conceitual e empírica das listas de causas de morte evitáveis, publicadas entre 1975 e 2004, e propôs uma lista de mortes evitáveis, segundo grupo etário: (1) menores de cinco anos e (2) e para pessoas com cinco ou mais anos de idade. Aqui serão descritas as causas evitáveis para menores de cinco anos, objeto de estudo deste trabalho (Quadro 2).

**Quadro 2** - Lista de causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos por intervenções no âmbito do Sistema Unido de Saúde do Brasil.

**1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção**

- Tuberculose/ Tétano neonatal
- Outros tipos de tétano/ Difteria
- Coqueluche/ Poliomielite aguda

- Sarampo/ Rubéola
  - Hepatite B / Caxumba
  - Meningite por Haemophilus/ Rubéola congênita
  - Hepatite viral congênita
- 1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido**
- 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação**
- Sífilis congênita
  - Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana
  - Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido
  - Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido
  - Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal
  - Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte
  - Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido
  - Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização
- 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto**
- Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido
  - Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer
  - Traumatismo de parto
  - Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer
  - Aspiração neonatal
- 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido**
- Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal
  - Infecções específicas do período perinatal
  - Hemorragia neonatal
  - Outras icterícias perinatais
  - Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido
  - Transtornos hematológicos do recém-nascido
  - Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido
  - Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido
  - Desconforto respiratório do recém-nascido
  - Outros transtornos originados no período perinatal
- 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento**
- Meningite
  - Infecções agudas das vias aéreas superiores
  - Pneumonia
  - Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores
  - Edema de laringe
  - Doenças crônicas das vias aéreas inferiores
  - Doenças pulmonares devidas a agentes externos
  - Anemias nutricionais
  - Outras doenças causadas por clamídias / Outras doenças bacterianas
  - Hipotireoidismo congênito / Diabetes mellitus
  - Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria e deficiência congênita de lactase
  - Desidratação
  - Epilepsia / Síndrome de Down
  - Infecção do trato urinário
  - Febre reumática e doença cardíaca reumática
- 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde**
- Doenças infecciosas intestinais
  - Algumas doenças bacterianas zoonóticas
  - Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais
  - Rickettsioses
  - Raiva
  - Doenças devidas a protozoários / Helmintíases
  - Outras doenças infecciosas
  - Deficiências nutricionais
  - Acidentes de transportes
  - Envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas
  - Intoxicação acidental por outras substâncias
  - Quedas acidentais
  - Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas
  - Exposição às forças da natureza

- Afogamento e submersão acidentais
  - Outros riscos acidentais à respiração
  - Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente
  - Agressões
  - Eventos cuja intenção é indeterminada
  - Exposição a forças mecânicas inanimadas
  - Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos
  - Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem
  - menção de acidentes ao tempo do procedimento
  - Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica
- 2. Causas de morte mal-definidas**
- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte
  - **3. Demais causas (não claramente evitáveis):** As demais causas de morte

Fonte: MALTA et al, 2007.

Estes pesquisadores ainda classificaram as causas de morte reduzíveis segundo grau de evitabilidade sendo: eventos evitáveis em sua totalidade, como aqueles que denunciam o precário desempenho dos serviços de saúde, e eventos parcialmente evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde. Segundo a complexidade da atenção à saúde, tais eventos também foram enquadrados nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Segundo classificação<sup>24</sup>, as mortes poderiam ser evitadas por meio de vacinas ou tratamento preventivo, diagnóstico e tratamento médico precoces, melhorias das condições de saneamento ambiental e ações mistas. Para que isto aconteça, também é de fundamental importância o conhecimento dos eventos vitais de uma população, a fim de planejar e executar ações de saúde que visem combater a morbimortalidade e melhorar as condições de vida<sup>25</sup>.

A mobilização de profissionais e serviços de saúde neste processo de investigação da mortalidade em crianças constitui iniciativa importante para a redução deste fato e possíveis intervenções mais eficazes, pois identifica a relação do óbito com os fatores de risco e com os diversos aspectos da assistência à saúde. Desta forma, permite-se o confronto entre as atividades normatizadas e as efetivamente executadas, explicitando os pontos de estrangulamento assistenciais, além de revelar problemas no acesso, que contribuem para o processo de fragilização da criança<sup>26</sup>.

Além do conceito de óbito evitáveis, a avaliação dos sistemas e programas de atenção primária, no contexto de populações, inclui dois aspectos indispensáveis: a adequação da prestação de serviços de atenção primária e a avaliação dos resultados deste nível de atenção. Os atributos da atenção primária que podem ser avaliados são: atenção no primeiro contato, caracterizada pelo acesso às unidades, experiências dos usuários em relação ao acesso e o uso real da necessidade da atenção básica; longitudinalidade, definida por uma relação mútua entre usuário e profissional de saúde, regularidade do uso do serviço e extensão da relação; integralidade, relacionada com a variedade das atividades proposta pelo sistema, desempenho das ações de saúde, reconhecimento dos problemas da população e taxas de encaminhamentos; coordenação de atenção, por meio de

mecanismos para continuidade, reconhecimento de informações de consultas prévias e encaminhamentos<sup>27</sup>.

Esta autora, ainda, descreveu aspectos adicionais que podem ser investigados, tais como: a consideração do serviço de saúde e o contexto familiar, o conhecimento dos problemas de saúde dos membros da comunidade e das necessidades especiais das subpopulações, a realização de aconselhamentos e orientações aos usuários, a adequação dos registros em prontuários, a comunicação profissional-paciente e a qualidade clínica da atenção.

É possível que um traçador, a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto de condições ou patologias, possa interferir na qualidade da atenção à saúde de maneira geral, no que diz respeito à resolutividade, uso adequado de exames, oportunidade de ações, acesso à medicação e a outros níveis do sistema, etc. Ou seja, uma condição traçadora pode ser usada como parâmetro para avaliação e caracteriza-se por ser freqüente, ter técnicas de atenção bem estabelecidas, de ampla aceitação e efetividade comprovada<sup>28</sup>. Exemplos: hipertensão arterial, otite média em crianças, infecção urinária em mulheres, diarreia na infância.

Se uma unidade de saúde oferta um tratamento inadequado a uma patologia com ações programáticas pré-definidas por meio de protocolos de assistência, esta condição traçadora permite questionar como estão, então, outras ações atribuíveis ao nível primário de atenção.

Para se analisar o funcionamento do sistema de saúde, especificamente, a acessibilidade e fluxos de atendimento a partir das ações pré-definidas, autores<sup>29</sup> optaram por descrever Trajetórias Assistenciais e Itinerários Terapêuticos que expressam uma produção em saúde de forma sistêmica, de processos dinâmicos, inter-relacionados, centradas no campo das necessidades.

A avaliação do fluxo pressupõe um nível de acompanhamento ou de responsabilização do cuidador para com este usuário. Possibilita mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, permitindo avaliar as tecnologias utilizadas na assistência ao usuário (regulação, negação de acesso, fluxos, uso de clínicas especializadas, vigilância a saúde, etc.). O ideal é percorrer sem dificuldades este sistema, garantindo a segurança do usuário e a qualidade da assistência<sup>30</sup>.

## **Considerações finais**

A avaliação no campo da saúde requer uma análise complexa de alguma situação que precisa ser minuciosamente discutida, sendo assim, é vista por muitos profissionais como um desafio. A complexidade da avaliação se correlaciona com a subjetividade a ela inerente, na medida em que o juízo de valor depende da visão de mundo de quem a executa.

Além disso, a avaliação é estigmatizada por representar a identificação de falhas, portanto o objetivo deste trabalho é demonstrar que a avaliação é apenas um degrau para que se atinja a excelência do cuidado, contudo, outros aspectos também são importantes como a estrutura, a autoavaliação, a iniciativa e o desejo de mudar. Buscando relações com a enfermagem, a

prática avaliadora fundamenta as ações intervencionistas no conceito do cuidado enquanto ciência da enfermagem.

Espera-se que este estudo contribua para o aprendizado dos profissionais de saúde que desejam instituir a avaliação na rotina de trabalho ou em suas pesquisas.

## Referências

1. Carvalho D, Novaes HM. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(supl.):S220-30.
2. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1):80-91.
3. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(2):229-40.
4. Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Administração em Saúde*. 2001; 3(12):21-8.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações; 2008. [Citado 2009 Out 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
6. Araujo BF, Bozzetti MC. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. *J Pediatría*. 2000; 76(3):200-06.
7. Caldeira AP, França E, Goulart EMA. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *J Pediatría*. 2001; 77(6):461-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília; 2004.
9. Gil AC. Como delinear uma pesquisa bibliográfica? In: \_\_\_\_\_. Como elaborar projetos de pesquisa; 2002.
10. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas; 1997.
11. Donabedian A. The seven pillar of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990; 114(11):1115-8.
12. Castiel LD. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1986; 2(2):184-90.
13. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *ORB. Quality Review Bulletin*. 1992; 18(11):356-60.
14. Rattner D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12(supl.):21-32.
15. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro; 2005.
16. Scochi MJ, Oliveira MLF, Nishiyama P, Gonçalves MB, Marcon SS, organizadores. Estudo de linha de base em 20 municípios da Região Sul na implantação do Proesf: avaliando a atenção básica. Maringá: [s.n.]; 2007.

17. Hartz ZMA, Champagne F, Conrandiopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro; 1997.
18. Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18(supl.):S139-51.
19. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Cienc Saúde Coletiva. 2007; 12(3):765-76.
20. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. New Engl Journ Medicine. 1976; 294(11):582-8.
21. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde; 1995. Texto de apoio para Projeto GERUS. [Citado 2009 Out 19]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.
22. Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. Rev Saúde Pública. 1996; 30(4):310-8.
23. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Neto OLM, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidem Serv Saúde. 2007; 16(4):233-44.
24. Silva MGC. Técnicas para definir prioridades em saúde: análise através da mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza, em 1981-1983. [Tese]. [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1990.
25. Barreto ICH, Pontes LK, Correia L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. Rev Panamericana Salud Pública. 2000; 7(5):303-12.
26. Frias PG. Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida. [dissertação] [Recife]: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
27. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.
28. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality-the case for tracers. New Engl Journ Medicine. 1973; 28(4):189-94.
29. Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2008.
30. Malta DC, Merhy EE. A avaliação do projeto de vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rev Mineira Enferm. 2004; 8(4):259-67.

---

**Endereço para correspondência**

Rua João XXIII, nº 600 – Jardim Dom Bosco –  
Londrina/PR.  
CEP 86060-370

Recebido em 03/01/2011

Aprovado em 16/01/2013