UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GLÁUCIA PORTO DE FREITAS

ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FORTALEZA - CEARÁ

2019

GLÁUCIA PORTO DE FREITAS

ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais.

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Freitas, Glaucia Porto de.
Análise do fluxo de informações do comitê de prevenção da mortalidade infantil na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Glaucia Porto de Freitas. - 2019.
120 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Em Saúde da Família - Profissional, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof.ª Dra. Ana Patricia Pereira Morais.
1. Mortalidade infantil. 2. Atenção primária à saúde. 3. Comitê de profissionais. 4. Vigilância epidemiológica. I. Título.

GLÁUCIA PORTO DE FREITAS

ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 27 de novembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(Orientadora- UECE)

Profa. Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos
(1º membro- UNILAB)

Profa. Dra. Francisca Gomes Montesuma
(2º membro- UECE)

À minha mãezinha (*in memorian*), que em sua essência de fortaleza se faz presente no meu viver e na constante busca de evolução, dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos propósitos que tem em minha vida.

À minha mãe (*in memorian*) e ao meu pai, minhas inspirações, pelo amor, carinho, dedicação, apoio e pelo fato de sempre terem enfatizado a ideia de que a melhor herança que tinham a proporcionar aos seus filhos era a educação.

Aos meus irmãos queridos, Júnior e Marcelo, pela partilha da vida e carinho.

À Secretaria da Saúde do Estado do Ceará por compreender e valorizar a qualificação profissional e conceder liberação para participação neste curso de mestrado.

Aos profissionais da Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará em que trabalho e aos gestores, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde dos municípios da Região onde houve o estudo, que muito contribuíram para a consolidação desta pesquisa.

Aos meus colegas da 3ª turma do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UECE, em especial aos mais próximos, Camila, Viviane, Eduardo, Sigian, Elenice, Ianna e Cláudio, gratidão pela vivência, amizade, afetos, trocas de saberes e práticas, apoio mútuo, solidariedade e muita diversão, que certamente fizeram esta trajetória muito mais interessante, leve e prazerosa.

Ao corpo docente do mestrado, de um modo muito especial à professora Dra. Ana Patrícia Pereira Morais pela maestria e retidão na coordenação do Curso, pelo compromisso e generosidade em compartilhar sua sabedoria enquanto minha orientadora e por ter me oportunizado desfrutar da sua pronta atenção durante todo este caminhar. Ao professor Dr. José Maria Ximenes Guimarães que sobremaneira agregou com seus ensinamentos e condução do curso. Às professoras Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos e Dra. Francisca Gomes Montesuma pela disponibilidade, conhecimento compartilhado e pelas valiosas contribuições ao presente trabalho.

RESUMO

O número de óbitos infantis evitáveis é representativo e há casos em que as causas se repetem na Região de Saúde onde se realizou esta pesquisa. O objetivo deste estudo foi analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a partir do fluxo de informações geradas sobre Mortalidade Infantil na perspectiva de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em Região de Saúde do Estado do Ceará. Trata-se de estudo desenvolvido durante o Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, com abordagem qualitativa, realizado após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Participaram da pesquisa 9 gestores e 58 profissionais da Atenção Primária à Saúde. Os dados foram coletados em uma Região de Saúde do Estado do Ceará, de abril a junho de 2019, em três momentos: análise documental, observação de campo e campo empírico com gestores e profissionais, por meio de entrevista semiestruturada e técnica de grupo focal, respectivamente. Os resultados foram sistematizados em três categorias: Resgate histórico das atividades do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de uma Região de Saúde por meio de análise documental; Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a partir das percepções da Atenção Primária à Saúde; e Prevenção à Mortalidade Infantil com propostas de fluxogramas. Verificou-se que as atividades do Comitê Regional se limitam à qualificação das informações relativas aos óbitos; às análises de óbitos infantis, maternos e fetais; e à elaboração de relatórios e recomendações para a prevenção de óbitos. Os gestores da Atenção Primária à Saúde relataram saber da existência e da atuação do Comitê, além de receber as recomendações para prevenção de óbitos e adotá-las, contrapondo-se aos profissionais de saúde que desconhecem a existência e atribuições do Comitê e não têm acesso às recomendações e relatórios. Identificou-se que gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde realizam em suas práticas atividades de prevenção da mortalidade infantil. Gestores e profissionais propuseram fluxograma em que as informações produzidas pelo Comitê sejam encaminhadas aos profissionais da Atenção Primária à Saúde pelos gestores e o presente estudo propõe fluxograma em que os membros do Comitê desenvolvam ações de prevenção e promoção da saúde. Os achados deste estudo permitem concluir que há limitações na atuação dos membros do Comitê Regional e no alcance das informações que são produzidas por este colegiado. Neste contexto, os resultados impulsionam a refletir sobre ressignificar a atuação do Comitê em nova perspectiva de modo a levar mais impacto na redução da mortalidade infantil na Região. Sugere-se que este estudo

subsidie não só todas as Regiões de Saúde do Estado do Ceará como também quaisquer comitês de prevenção da mortalidade infantil para aprimoramento das suas práticas.

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Atenção primária à saúde. Comitê de profissionais. Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

The number of preventable child deaths is representative and there are cases where the causes are repeated in the Health Region where this research was conducted. The objective of this study was to analyze the performance of the Regional Committee for the Prevention of Maternal, Infant and Fetal Mortality from the flow of information generated on Infant Mortality from the perspective of managers and health professionals of Primary Health Care in the Health Region of the State of Ceará. This is a study developed during the Professional Master's Course in Family Health of the Northeast Family Health Training Network, with a qualitative approach, conducted after approval by the Research Ethics Committee. Nine managers and 58 Primary Health Care professionals participated in the research. Data were collected in a Health Region of the State of Ceará, from April to June 2019, in three moments: documentary analysis, field observation and empirical field with managers and professionals, through semi-structured interviews and focus group technique, respectively. The results were systematized in three categories: Historical rescue of the activities of the Regional Committee for the Prevention of Maternal, Child and Fetal Mortality in a Health Region through documentary analysis; Regional Committee for the Prevention of Maternal, Infant and Fetal Mortality, from the perceptions of Primary Health Care; and Prevention of Child Mortality with proposed flowcharts. It was found that the activities of the Regional Committee are limited to the qualification of information related to deaths; analysis of infant, maternal and fetal deaths; and reporting and recommendations for the prevention of deaths. The managers of Primary Health Care reported knowing about the existence and performance of the Committee, in addition to receiving recommendations for the prevention of deaths and adopting them, in contrast to health professionals who are unaware of the existence and attributions of the Committee and do not have access. recommendations and reports. It was found that managers and professionals of Primary Health Care perform in their practices activities to prevent child mortality. Managers and professionals have proposed a flowchart in which the information produced by the Committee is forwarded to Primary Health Care professionals by managers, and the present study proposes a flowchart in which the members of the Committee develop prevention and health promotion actions. The findings of this study allow us to conclude that there are limitations on the performance of the members of the Regional Committee and on the scope of the information that is produced by this board. In this context, the results lead us to reflect on reframing the Committee's role in a new perspective in order to have a greater impact on reducing child mortality in the Region. It is suggested that this study subsidize not only all

Health Regions of the State of Ceará, but also any committees to prevent child mortality to improve their practices.

Keywords: Infant mortality. Primary health care. Professionals committee. Epidemiological surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Roteiro de etapas de investigação, análise e prevenção de óbitos relacionados ao CRPMMIF da região de saúde em estudo, 2019..... 47

Figura 2 - Resumo dos principais problemas e conteúdo das recomendações no ano de 2017..... 53

Figura 3 - Representação de Fluxograma de informações sobre óbito infantil na Região de Saúde proposto pelos gestores..... 75

Figura 4 - Representação de Fluxograma de informações sobre óbito infantil na Região de Saúde proposto pelos profissionais de nível superior da APS..... 77

Figura 5 - Representação de Fluxograma de informações sobre óbito infantil na Região de Saúde proposto pelos ACS 78

Figura 6 - Representação de Proposta de Fluxograma de atuação do CRPMMIF na Região de Saúde da presente pesquisa..... 81

Quadro 1 - Quantidade de UBS, médicos e enfermeiros da APS e ACS por município da Região em estudo, 2019..... 34

Quadro 2 - Grupos, representações e quantidades de participantes do estudo..... 36

Quadro 3 - Quantidade e data de realização das reuniões do CRPMMIF da Região de Saúde em estudo, realizadas de 2008 a 2017..... 50

Quadro 4 - Número de óbitos por tipo analisados no CRPMMIF da Região de Saúde em estudo, de 2008 a 2017..... 51

Quadro 5 - Quantidade de Recomendações do CRPMMIF da Região de Saúde em estudo por nível de Atenção de 2008 a 2017..... 51

Quadro 6 - Quantidade de Recomendações do CRPMMIF da Região de Saúde em estudo para outras Instituições, de 2008 a 2017..... 52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará
CRPMMIF	Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
G	Gestores
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NS	Profissionais de Nível Superior Médico ou Enfermeiro
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SESA/CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 15

2 OBJETIVOS..... 21

2.1 Geral..... 21

2.2 Específicos..... 21

3 REFERENCIAL TEÓRICO..... 22

3.1 Mortalidade infantil e cenário epidemiológico na região de saúde..... 22

3.1.1 Mortalidade Infantil..... 22

3.1.2 Mortalidade fetal..... 24

3.2 Comitê de prevenção da mortalidade materna infantil e fetal..... 25

3.2.1 Evolução Histórica de Implementação do Comitê..... 25

3.2.2 Dinâmica das Atividades do Comitê Regional e Fluxograma das Informações. 27

3.3 Prevenção dos óbitos infantis evitáveis e a atenção primária à saúde..... 30

4 CAMINHO METODOLÓGICO..... 33

4.1 Tipo de estudo..... 33

4.2 Cenários e Contextos do Estudo..... 33

4.3 Participantes do estudo..... 34

4.4 Instrumento de coleta de dados..... 36

4.5 Coleta de dados 38

4.6 Análise de dados..... 41

4.7 Aspectos éticos..... 42

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 43

5.1 Caracterização dos participantes..... 43

5.2 Categorias temáticas..... 44

5.2.1 Resgate histórico das atividades do CRPMMIF de uma região de saúde: análise documental..... 45

5.2.2 Comitê regional de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal: as percepções da APS..... 55

***5.2.2.1 Gestão e Atenção da APS: saberes e vivências acerca do CRPMMIF*..... 55**

***5.2.2.2 Produção e fluxo de informações geradas pelo CRPMMIF na perspectiva da APS*..... 60**

5.2.2.3 Práticas de Prevenção da Mortalidade Infantil na APS: novas possibilidades de atuação do CRPMMIF..... 67
5.2.3 Prevenção à Mortalidade Infantil: propostas de fluxogramas..... 72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 84
REFERÊNCIAS..... 86
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES..... 93
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... 96
APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... 99
APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL..... 100
ANEXO A – PORTARIA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ DE Nº 148 DE 2008..... 101
ANEXO B - PORTARIA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ DE Nº 2.897 DE 2017..... 103
ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE..... 107
ANEXO D – REGIMENTO INTERNO DO CRPMMIF..... 111
ANEXO E – CARTAS DE ANUÊNCIA DOS MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO E 7ª CRES E TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO 7ª CRES..... 115

1 INTRODUÇÃO

O perfil de morbimortalidade é influenciado pelas condições de vida e pelo desenvolvimento dos territórios, sendo o resultado da interação entre diversos fatores interdependentes e por esse fato pode ser considerado um indicador com interpretação relativa, dependendo da sensibilidade e variabilidade (PEREIRA *et al.*, 2015).

As estruturas demográficas e econômicas de uma população, como taxas de fertilidade, mortalidade e migração, são determinadas pela relação entre o modelo de produção econômica e de reprodução humana (PRATA, 1992). A disposição e formação dos problemas de saúde, em seu contexto epidemiológico, são resultados das constantes transformações históricas, sociais e econômicas, vivenciadas pela sociedade brasileira (PEREIRA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, um importante evento estudado na Saúde Pública, a mortalidade infantil tem se configurado como um dos principais problemas de países pobres e se refere às mortes no primeiro ano de vida. Sua ocorrência pode sofrer interferência de fatores biológicos, socioculturais e de falhas nos serviços de saúde (MENDES, 2009; SILVA *et al.*, 2012).

Historicamente, pertinente há anos do contexto epidemiológico do Brasil relativo à mortalidade infantil, trabalhos evidenciam ser, à época, a explicação para o elevado nível de mortalidade na infância as mortes por diarreias, pneumonias e desnutrição, tríade de causas a que estudiosos chamaram de complexo diarreia-pneumonia-desnutrição, cenário estreitamente relacionado a problemas econômicos e dificuldade de acesso a determinados serviços do governo (SZWARCWALD *et al*.,1992 *apud* FRANÇA *et al.*, 2001).

Dessa forma, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é considerada a mais significativa da situação de saúde de uma população e representa o número de óbitos de menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos em um determinado território em ano específico. É um indicador que reflete, por trás dos resultados encontrados, a realidade local associada aos fatores socioeconômicos e a qualidade das políticas públicas e dos serviços, bem como o seu acesso (BRASIL, 2009).

Ainda sobre a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), é indicadora das condições de vida e de saúde de uma população porque expressa não somente causas biológicas, mas, principalmente, determinações de ordem socioeconômica e ambiental (VERMELHO *et al.*, 2009). Por meio desse indicador, pode-se avaliar as variações das populações da mortalidade infantil e as tendências; contribuir nas avaliações dos níveis de saúde e de desenvolvimento; fomentar o planejamento, gestão e avaliação de políticas, ações e serviços da assistência ao pré-natal, parto e saúde da criança (BRASIL, 2009).

Muito embora a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) tenha como referência o período compreendido entre o nascimento e o primeiro aniversário, os seus valores expressam, de um modo geral, as condições de vida e de atenção à saúde de toda uma população. Os valores relativos a esta taxa têm estreita relação com as condições de vida em um dado território, evidenciando-se na prática, já que, em populações com níveis elevados de desenvolvimento socioeconômico, essa taxa se apresenta em valores baixos (FINKELMAN, 2002).

O Brasil conseguiu alcançar a redução da mortalidade infantil, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) do ano 2000, que apontaram, aos países que os aderiram, uma proposta de redução da Taxa de Mortalidade Infantil em 2015 para 15,7 por mil nascidos vivos. No País, a evolução da Taxa de Mortalidade Infantil, diante deste propósito de redução, foi de 29,7 em 2000 para 12,42 em 2015, taxa menor que a meta prevista (BRASIL, 2019). Os novos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, anunciados em 2017, propõem acabar com as mortes evitáveis em recém-nascidos e reduzir a morte neonatal para menos de 12 para cada mil nascidos vivos em 2030 (BRASIL, 2018).

A avaliação de série histórica destacada em estudo de 1996 a 2011 quanto aos indicadores de mortalidade infantil no Ceará mostra claramente melhorias, principalmente no que se referem a óbitos neonatais tardios e pós-neonatais (LIMA *et al.*, 2014). No período de 2012 a 2015, considerando a evolução da redução da Taxa de Mortalidade Infantil, observa-se redução nos óbitos em menores de um ano no Ceará e na Região de Saúde, cenário do presente trabalho, seguindo a mesma evolução de decréscimo que o Brasil e o Nordeste (BRASIL, 2019).

O Estado do Ceará obteve destaque no País na luta contra a mortalidade infantil, recebendo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) o Prêmio Maurice Pate, devido às ações para a redução da desnutrição em crianças e redução da mortalidade infantil (SVITONE *et al.*, 2000).

Alguns trabalhos constatam possíveis explicações para a redução apresentada pelo Estado do Ceará na redução da mortalidade infantil (BEZERRA-FILHO *et al.*, 2007; DUARTE, 2007; LIMA *et al.*, 2014). Estudos apontam prováveis fatores contribuintes para a referida redução: maior acesso à educação, melhores condições de renda, acesso à água tratada, redução da taxa de fecundidade, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), as estratégias das políticas de saúde, campanhas de mídia em massa e o importante cuidado exercido pelas mães e rezadeiras da comunidade (BEZERRA-FILHO *et al.*, 2007; DUARTE, 2007; LIMA *et al.*, 2014; SOUSA; LEITE, 2008; NATIONS; FAJARDO, 2009).

Dentre as atividades desenvolvidas para a redução da mortalidade infantil, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde, tem priorizado o pleno funcionamento do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, além do fomento à implementação dos Comitês Regionais e Municipais. O Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal foi reestruturado em março de 2012 por meio da Portaria nº 2.123/2012 (SILVA *et al.*, 2017).

No Estado do Ceará, além de haver grande apoio ao Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, diante da proposta do governo do Estado no "Pacto Cearense Pela Redução da Mortalidade Materna e Humanização do Parto e Nascimento", firmado em 2007, visualizou-se a necessidade de implementação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna nas 21 Regiões de Saúde do Estado do Ceará, contemplando toda a divisão territorial do Estado em Regiões de Saúde, e tendo em vista experiências exitosas no exterior e em outros estados brasileiros (CEARÁ, 2007; CEARÁ, 2011).

Em 2001, foram implementados 100% dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna no âmbito das 21 Regiões de Saúde do Estado do Ceará, que posteriormente foram denominados Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEARÁ, 2007).

Os Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal são colegiados interinstitucionais, com composição multiprofissional de caráter eminentemente educativo, com atuação técnico-científica, não punitiva, ética e sigilosa. Os atributos gerais desses Comitês, sejam eles Nacional, Estadual, Regional ou Municipal, são: investigação e análise dos óbitos, proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências, qualificação da informação, divulgação/informação e mobilização/articulação (BRASIL, 2009).

Estudo realizado em Recife, em 2008, revela que são necessários avanços para a melhoria da qualidade estrutural e organizacional nos serviços ofertados, com a contratação de mais profissionais médicos e, além disso, sua formação e capacitação para que se ajustem às condutas adequadas às políticas nacionais da assistência à criança e para a prevenção dos óbitos evitáveis (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

Na mesma lógica, um estudo para descrever a evolução da mortalidade infantil em Minas Gerais, período de 1999 a 2011, concluiu que a redução da mortalidade infantil se deve a mudanças positivas no sistema de saúde e que ainda se configuram, no cenário epidemiológico, grandes percentuais de óbitos evitáveis, havendo o desafio de melhor avaliação da assistência pré-natal (LISBOA *et al.*, 2015).

No Ceará, avaliação econômica do Programa Saúde da Família (PSF) sobre a Taxa de Mortalidade Infantil, em 2010, demonstra que as ações e serviços ofertados pelas equipes de saúde da família foram efetivos nos resultados obtidos de diminuição das taxas de mortalidade infantil nos municípios do Ceará (CEARÁ, 2010).

Há evidências de que, dentre as principais causas de mortalidade infantil, ressaltam-se as relacionadas ao acesso, à utilização e à qualidade das ações e serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2015; FRANK *et al.*, 2016). Pesquisa quantitativa em um município paulista revela que as ações em saúde que visam a redução da mortalidade infantil na atenção básica são adequadas ao que recomendam as políticas de atenção à criança, mas que há fragilidades presumindo a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais proporcionando, aos mesmos, maior planejamento e adequações necessárias para a redução dos óbitos infantis (CARETI *et al.*, 2016).

A mortalidade infantil, dentre os indicadores de saúde pública, vem se destacando como importante instrumento na definição de prioridades para gestores no planejamento de serviços e ações em saúde pública, monitoramento e avaliação da qualidade da assistência prestada (FRIAS *et al.*, 2011).

A Região de Saúde do Estado do Ceará em que foi desenvolvido o presente estudo tem um Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CRPMMIF) que atua de modo sistemático, com reuniões ordinárias previstas e orientadas pelo seu Regimento Interno e seus membros corroboram no cumprimento dos atributos previstos para este organismo de controle social. As informações sobre os óbitos fluem desde o município de residência, investigando a história, o contexto socioeconômico e a trajetória pelos pontos de atenção, até o ato da reunião do Comitê Regional e, após a reunião, são elaborados relatórios de análises dos óbitos bem como as recomendações para cada nível de atenção ou equipamento de saúde para os quais sejam necessárias.

Em revisão integrativa de literatura, realizada em 2015, nas bases de dados PubMed, LILACS, CINAHL, BDEnf, SciELO, Scopus, utilizando dentre as palavras-chave, os termos mortalidade infantil e comitê de profissionais, autores encontraram como resultado que há comitês nos âmbitos internacional, nacional, nacional, estadual e municipal. Identificaram que os comitês atuam analisando óbitos e realizando atividades para o fortalecimento da assistência materno-infantil e concluíram que os comitês de prevenção ao óbito infantil e fetal realizam suas atribuições com a finalidade de reduzir taxas de mortalidade infantil e fetal (RUOFF *et al.*, 2017).

Conhecendo as condições maternas que contribuem para o óbito infantil, é de fundamental importância compreender os fatores de risco sociais característicos de cada região, o modo como eles se relacionam com a qualidade da assistência ofertada de modo a fomentar o monitoramento da mortalidade e a avaliação das ações e serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2014; GAIVA *et al.*, 2013).

É importante utilizar-se de dados epidemiológicos como contribuição para identificar e sanar as raízes causais dos gargalos da atenção à saúde. O trabalho dos comitês de prevenção do óbito infantil pode ter impacto direto na redução dos óbitos evitáveis (MANSANO *et al.*, 2004).

Artigo de estudo sobre a atuação dos comitês, com base no funcionamento do Comitê do Estado de São Paulo, demonstrou ser este colegiado uma ferramenta para além de uma estratégia de Vigilância Epidemiológica. Sua atuação política e de controle social tem consistido em fragilidades para a sua inserção e desenvolvimento de suas funções, além de apontar uma pequena autoridade institucional. O referido artigo aponta para a necessidade de um reposicionamento para o fortalecimento do comitê como ferramenta de investigação e de elaboração de recomendações de intervenções para a prevenção do óbito infantil (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

Em revisão integrativa, os estudos analisados, apontam como principais dificuldades encontradas pelos comitês, em todos os âmbitos, as relacionadas à qualidade das informações e ao apoio interinstitucional e multiprofissional. Em relação aos Comitês Regionais, as principais dificuldades são: baixa adesão às recomendações do comitê e falta de um sistema de monitoramento do processo de implementação das recomendações (RUOFF, 2016).

Diante deste contexto e considerando a relevância apresentada, justifica-se este trabalho por haver poucos retornos dos gestores, frente às recomendações do CRPMMIF, relatando à presidência do referido comitê as medidas adotadas para a prevenção de novos óbitos ou os direcionamentos na Atenção Primária à Saúde. Sabe-se que o número de óbito infantil evitável ainda é representativo e as causas, por vezes, repetem-se nos municípios da Região. Dentre os problemas elencados nas análises dos óbitos, há os relacionados à assistência pré-natal.

Atrelado a isso, a experiência enquanto presidente do CRPMMIF de uma Região de Saúde, ciente do estudo técnico-científico e valioso relatório de análise de óbitos e recomendações tangentes aos desafios para a prevenção dos óbitos infantis na Região, e ao considerar a vivência anterior ao referido cargo, enquanto profissional e Coordenadora da

Atenção Primária à Saúde, surgiram os seguintes questionamentos: qual e como ocorre o fluxo de informações geradas pelo CRPMMIF? Quais e como gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde incorporam em suas práticas ações sobre a redução e prevenção da mortalidade infantil?

Além disso, esta pesquisa se tornou oportuna tendo em vista o Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família que favorece qualificação aos discentes para que promovam impacto positivo nos serviços de saúde aos quais estão vinculados. Por meio desse curso de pós-graduação, deseja-se, com o aprendizado acadêmico, contribuir na melhoria dos serviços e ações oferecidos na Atenção Primária à Saúde (APS). Diante da recorrência das causas de óbitos infantis e dos questionamentos que impulsionaram esta pesquisa, considera-se que o curso fomenta trazer à tona o papel fundamental dos gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde como protagonistas na tomada de decisão e promoção de ações que visem à redução da mortalidade infantil com a melhoria dos serviços relacionados às causas de óbitos mais frequentes na Região de Saúde, de acordo com a análise do CRPMMIF.

A capacitação permanente e universal para os atores envolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde é uma ferramenta importante para o planejamento do sistema de saúde com a finalidade de reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil dos municípios e, consequentemente, da Região de Saúde. Conhecer a realidade socioeconômica e fragilidades referentes aos serviços ofertados na atenção à saúde da criança, assistência ao parto e pré-natal, são elementos essenciais para prevenir os óbitos infantis.

Sabe-se que a mortalidade infantil é multicausal, abrangendo inclusive causas relacionadas à descontinuidade nas Redes de Atenção à Saúde. Entretanto, considerando o objetivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família e a governabilidade dos gestores e trabalhadores da Região de Saúde, pretendeu-se ressaltar neste trabalho a atuação da Atenção Primária à Saúde enquanto redutora da mortalidade infantil.

Nesse contexto, justifica-se o presente estudo na perspectiva de, com o diagnóstico dos olhares dos profissionais e gestores municipais sobre a mortalidade infantil em uma Região de Saúde do Estado do Ceará, referir as potencialidades e fragilidades no fluxo de informações advindas do CRPMMIF, para proporcionar o fortalecimento das ações de prevenção da mortalidade infantil, bem como contribuir para a continuidade das ações desenvolvidas no CRPMMIF no âmbito da Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a partir do fluxo de informações geradas sobre Mortalidade Infantil na perspectiva de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em uma Região de Saúde do Estado do Ceará.

2.2 Específicos

- Descrever o processo de trabalho do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;
- Realizar levantamento das atividades executadas pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de 2008 a 2017;
- Desenhar o fluxo de informações e recomendações do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal sobre Mortalidade Infantil junto à Atenção Primária à Saúde;
- Discutir a percepção dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde sobre o fluxo de informações da Mortalidade Infantil de ocorrência na Região.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Mortalidade Infantil e Cenário Epidemiológico da Mortalidade Infantil na Região de Saúde

3.1.1 Mortalidade Infantil

A Mortalidade Infantil é um grande problema na Saúde Pública e sua redução é um grande desafio devido à complexidade dos fatores que interferem na sua ocorrência. Pode ser resultante das condições de vida das coletividades e da qualidade dos serviços de saúde disponíveis em um território (MATHIAS *et al.*, 2008; MENDES *et al.*, 2009).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é o indicador que estima o risco de óbito de uma população de nascidos vivos menores de 1 ano de idade. É o resultado do cálculo da proporção da quantidade de óbitos em relação ao número total de nascidos vivos, em um determinado local, em determinado tempo, multiplicado por 1.000 (COSTA *et al.*, 2002).

De acordo com os valores encontrados, a TMI pode ser classificada como alta a taxa maior que 50, média a TMI com valor variando de 20 a 49, e baixa o resultado menor que 20 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos (PEREIRA, 2000).

A TMI apresenta dois componentes: Neonatal (óbitos de 0 a 27 dias de vida), que se subdivide em Componente Neonatal Precoce (0 a 6 dias completos de vida) e Componente Neonatal Tardio (7 a 27 dias de vida); e Pós-Neonatal (óbitos de 28 dias a 1 ano de vida).

Os óbitos infantis, quanto à sua evitabilidade, podem ser classificados como evitáveis, provavelmente evitáveis, provavelmente inevitáveis e inconclusivos. Diante do objetivo de prevenir óbitos por causas similares no futuro, analisa-se a evitabilidade do óbito após a investigação do mesmo (BRASIL, 2009).

Analisando a mortalidade infantil por causas evitáveis na Região Centro do Estado de Minas Gerais entre 1999 e 2011, estudo descritivo concluiu que a mortalidade infantil diminuiu no período o que pode ser relacionado com a melhora da qualidade dos serviços de saúde, por exemplo, no que se refere à assistência pré-natal. Embora tenha sido feita esta constatação, a proporção de óbitos evitáveis permanece alta (LISBOA, 2014).

Na visão de profissionais, em estudo realizado em Londrina, a redução da mortalidade infantil se deveu ao fato de que houve mudanças para melhores condições de vida, e intervenções setoriais e extrasetoriais de políticas públicas. Além disso, os profissionais

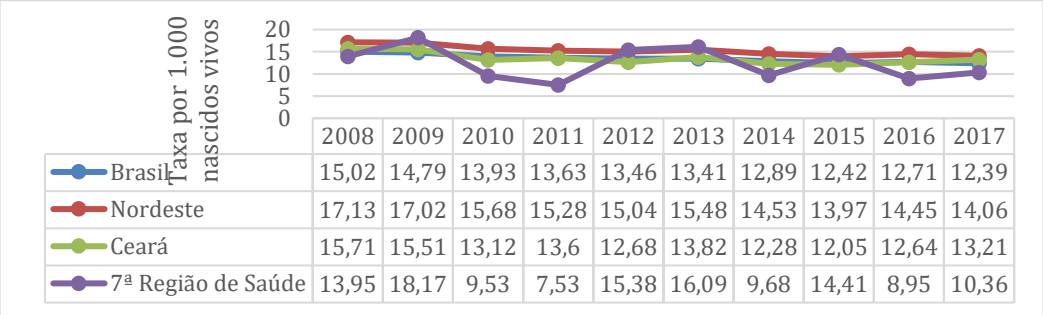
citaram que os desafios para reduzir a Mortalidade Materna são referentes à qualificação da assistência pré-natal, à redução da gravidez na adolescência, à melhoria da atenção ao recém-nascido prematuro, à prevenção da prematuridade, com destaque para o maior controle das técnicas de reprodução assistida e ao financiamento do SUS (PIZZO *et al*, 2014).

Para analisar o nível de Saúde e avaliar impactos de intervenções, investigações sobre Mortalidade Infantil são essenciais, fato que fundamenta ter no Brasil diversos estudos sobre esta temática (DUARTE, 2007).

De 2008 a 2017, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil apresentou tendência de queda, passando de 15,02/1000 nascidos vivos (NV) em 2008, para 12,39/1000 NV em 2017 (Gráfico 1), com uma redução de 17,50%. Essa mesma tendência foi observada no Nordeste, Ceará e na Região de Saúde estudada em percentuais diferentes. Pode-se visualizar no gráfico 1 que, embora os entes avaliados registrem taxas baixas de mortalidade, o Nordeste concentra as mais elevadas taxas, estando o Ceará com resultados inferiores à média nacional.

A Região de Saúde, por sua vez, apresentou oscilações importantes nos resultados das taxas, por seis anos, 2008, 2010, 2011, 2014, 2016 e 2017, apresentou resultados inferiores à média nacional, regional e estadual, porém nos demais anos em estudo, os resultados foram superiores a todos registrados na série histórica do gráfico 1.

Gráfico 1 – Taxas de mortalidade infantil, segundo Brasil, Nordeste, Ceará e Região de Saúde, 2008 a 2017



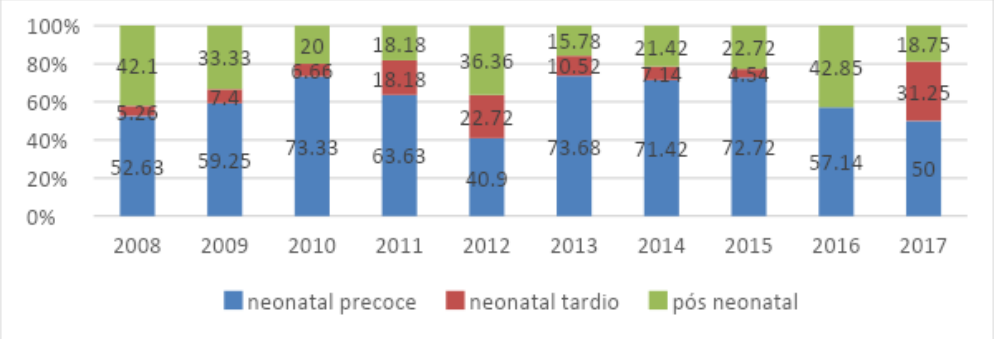
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brasil	15,02	14,79	13,93	13,63	13,46	13,41	12,89	12,42	12,71	12,39
Nordeste	17,13	17,02	15,68	15,28	15,04	15,48	14,53	13,97	14,45	14,06
Ceará	15,71	15,51	13,12	13,6	12,68	13,82	12,28	12,05	12,64	13,21
7ª Região de Saúde	13,95	18,17	9,53	7,53	15,38	16,09	9,68	14,41	8,95	10,36

Fonte: BRASIL, 2019.

A redução média anual da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) na Região de Saúde foi de 35,84% entre 2008 a 2017. A mortalidade neonatal precoce (0 a 27 dias de vida), em termos proporcionais, é o principal componente da mortalidade infantil na Região de Saúde, concentrando em média 60% dos óbitos em menores de 1 ano, porém com tendência de redução nos últimos anos. O componente neonatal tardio apresenta aumento relevante no período, especialmente no ano de 2017 quando atinge 31,25% dos óbitos infantis registrados no ano. Os

óbitos pós-neonatais apresentam comportamento oscilante na Região de Saúde, sendo os anos de 2008 (42,1%) e 2016 (42,85%) os que registraram maiores resultados percentuais, conforme indicado no gráfico 2 (BRASIL, 2019).

Gráfico 2 – Proporção de óbitos infantis por seus componentes, segundo a Região de Saúde em estudo, 2008 a 2017



Fonte: BRASIL, 2019.

A análise dos grupos de causas de óbitos em menores de um ano entre 2008 e 2017, na Região de Saúde em estudo, baseada nos capítulos da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) evidencia que as afecções perinatais (P00 a P96) se mantêm como a primeira causa (71%), seguida das anomalias congênitas (11%) e das doenças do aparelho respiratório (9%), as demais causas reunidas são responsáveis por 9% das mortes infantis (BRASIL, 2019).

Gráfico 3 - Proporção de óbitos infantis por causa original, na Região de Saúde em estudo, de 2008 a 2017

Fonte: BRASIL, 2019.

3.1.2 Mortalidade fetal

É válido evidenciar o indicador de mortalidade fetal, já que este óbito apresenta grande volume na Região de Saúde do estudo e por esse fato chama atenção. A mortalidade fetal reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação, ao parto, ao desenvolvimento fetal,

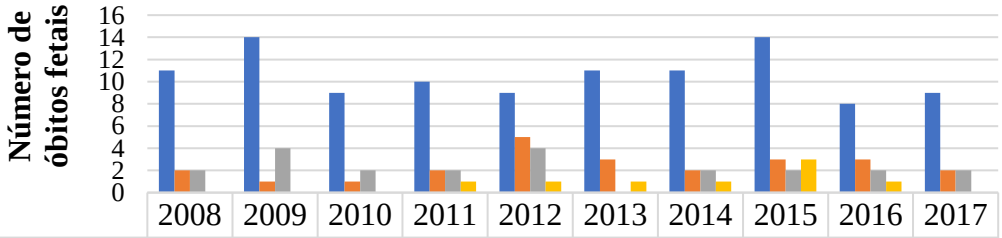
ao baixo peso, à prematuridade, às doenças congênitas, aos fatores genéricos, bem como às condições de acesso a serviços de saúde de maior complexidade e à qualidade da assistência pré-natal (CEARÁ, 2010).

Os dados de óbitos fetais estão ilustrados no gráfico 4 que contém os quantitativos dos quatro municípios da Região de Saúde. Para resguardar os preceitos éticos, foram denominados de Município A, Município B, Município C e Município D.

Analisando a mortalidade fetal na Região de Saúde no período 2008 a 2017, observa-se que todos os municípios registraram óbitos quase anualmente, excetuando-se o município D, que por três anos consecutivos (2008 a 2010) e no último ano avaliado não registrou óbito fetal. Refere-se ainda que o município C, no ano de 2013, também não registrou mortalidade fetal.

Anualmente, registra-se em média a ocorrência de 15 óbitos fetais entre residentes da Região de Saúde, território da presente pesquisa. O ano de 2015 concentrou o maior número de óbitos fetais da série histórica, com 22 óbitos, seguido dos anos de 2009 e 2012, ambos com 19 registros.

Gráfico 4 - Número de óbitos fetais por município de residência, Região de Saúde do Ceará em estudo, 2008 a 2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Município A	11	14	9	10	9	11	11	14	8	9
Município B	2	1	1	2	5	3	2	3	3	2
Município C	2	4	2	2	4	0	2	2	2	2
Município D	0	0	0	1	1	1	1	3	1	0

Fonte: BRASIL, 2019.

3.2 Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal

3.2.1 Evolução Histórica de Implementação do Comitê

Com o desafio na Saúde Pública de alcançar a redução da Mortalidade Materna, seguindo a tendência de iniciativas nos estados de São Paulo e Paraná, o estado do Ceará em

novembro de 1992 iniciou as atividades do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Ceará, que somente em 29 de julho de 1993 foi oficializado através do Decreto de nº 22.692 (CEARÁ, 2007; CEARÁ, 1993).

Entende-se que o início das atividades do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Ceará perdurou por pelo menos seis meses de modo extraoficial devido ter havido mais duas outras tentativas anteriores à de 1992, sem êxito na continuidade das ações. Além disso, havia uma despreocupação à época com os trâmites burocráticos frente ao desejo de realizar agenda consistente para melhorias na qualidade da atenção à mulher (SILVEIRA, 2002).

No período compreendido entre o término de 1992 e o início de 1994, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará intensificou as ações enfatizando a importância da qualidade das informações dos óbitos, no intuito de fortalecer a implantação e organização do Comitê Estadual e dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna no âmbito das Regiões de Saúde do Estado, que à época eram catorze (SILVEIRA, 2002).

No ano 2001, quando o Estado do Ceará estava dividido em 21 Regiões de Saúde, implementaram-se 21 Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, um comitê na capital e três hospitalares nas seguintes instituições: Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Geral César Cals.

Na Região de Saúde do presente estudo, o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna tem registrada ata de reunião do mês de julho de 2001, data do início de suas atividades (CEARÁ, 2001). O mesmo foi regulamentado apenas em 2008, através da Portaria de nº 148 de 15 de fevereiro de 2008 (Anexo 1), nomeando os membros componentes, e teve a sua composição renovada em 2017, através da Portaria de nº 2.897 de 16 de novembro de 2017 (Anexo 2), ambas publicadas no Diário Oficial do Estado do Ceará.

Em sua primeira composição oficial na Região em estudo, ano de 2008, o Comitê tinha 25 membros, distribuídos em titulares, suplentes e membro nato. Já em 2017, na sua recomposição atual, há 26 membros titulares e suplentes. Dentre os componentes do colegiado multiprofissional, há nutricionista, enfermeiro, médico obstetra, médico ginecologista, médico pediatra, assistente social, farmacêutico, coordenadores de Atenção Primária à Saúde, coordenadores municipais de Vigilância Epidemiológica, dentre outros, contemplando profissionais da Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, Secretarias Municipais de Saúde dos quatro municípios que compõem a Região de Saúde, equipamentos regionais e conselhos municipais de saúde.

A nomenclatura adotada no Estado, Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, foi posteriormente alterada para Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal, além da materna. Do mesmo modo, nas Regiões de Saúde foram incluídos os termos "Infantil e Fetal" na denominação dos Comitês Regionais.

Na Região de Saúde em estudo, todos os municípios possuem Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal formalizado. No município polo há uma Comissão de Prevenção no Hospital de Referência para a assistência materno-infantil e na Policlínica Regional, que é referência para o pré-natal de alto risco.

3.2.2 Dinâmica das Atividades do Comitê Regional e Fluxograma das Informações

Os Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, compostos por equipe multiprofissional, com atuação técnico-científica e educativa, com sigilo e ética, e sem intuito punitivo. Alguns atributos são comuns aos Comitês nacional, regionais e municipais: investigação, análise dos óbitos, proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências, qualificação da informação, divulgação/informação, mobilização/articulação (BRASIL, 2009).

A portaria vigente de nomeação dos membros do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CRPMMIF) da Região em estudo, emitida pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, com numeração 2.897 de 2017, estabelece em seu parágrafo 3º as seguintes finalidades e atribuições:

> I – Promover a interlocução entre as Vigilâncias Epidemiológicas das Secretarias Municipais de Saúde, instituições do poder público, instituições e sociedade civil organizada, de modo a congregar a os esforços para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal na região; II- Incentivar e apoiar a constituição e funcionamento de Comitê/Comissões de Vigilância nos municípios e Comissões Hospitalares para o estudo e análise dos óbitos ocorridos; [...] III- Monitorar o processo de investigação da vigilância dos municípios, analisar os casos de morte materna, infantil e fetal e elaborar relatórios trimestralmente; [...] IV- Avaliar periodicamente a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, organização dos serviços de saúde; as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, segundo a possibilidade de sua prevenção, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção. V- Elaborar e propor aos gestores e órgãos competentes as medidas de intervenção necessárias para a prevenção de óbitos

> evitáveis; motivar e assessorar os gestores para a realização das estratégias de redução da mortalidade e para a organização da rede de serviços. VI- Avaliar a efetividade das medidas de intervenção realizadas por meio do monitoramento sistemático das metas e indicadores de impacto para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal. VII – Estimular e sensibilizar os profissionais para o registro adequado das estatísticas vitais (declaração de óbitos, nascimentos e outros) que serão utilizadas nos sistemas de informação para o diagnóstico, o planejamento e a avaliação das ações, bem como, a correção das estatísticas oficiais, contribuindo para a qualificação das informações em saúde. VIII- Divulgar e dar visibilidade ao problema, por meio de ações educativas e sensibilizadoras, como: elaboração quadrimestral do Boletim Epidemiológico e desenvolvimento de ações de educação permanente. (CEARÁ, 2017, p. 2).

Para a realização das reuniões do CRPMMIF, são fundamentais as etapas de investigação prévias para uma boa atuação dessa instância de controle social. Configuram-se como um obstáculo a ser enfrentado as fragilidades nas informações das Declarações de Óbito, o que pode dificultar e limitar a análise dos óbitos. São necessárias intervenções na qualificação das informações para ser efetiva a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Nos municípios da Região, através da Atenção Primária à Saúde, ocorre a investigação dos óbitos Infantis, Fetais e Maternos. As investigações realizadas pelos municípios são fundamentadas pelas informações dos pontos de atenção por onde a mulher ou a criança percorreu, além das falas coletadas em entrevista com os parentes da mulher ou criança falecida, no momento da visita familiar realizada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Após a primeira etapa realizada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, elas repassam o relato da investigação para as Coordenações Municipais da Vigilância Epidemiológica. No caso dos municípios que não têm o Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CMPMMIF) atuante, a Coordenação Municipal da Vigilância Epidemiológica repassa à Coordenadoria Regional de Saúde o relato do caso com a investigação para que o óbito seja analisado pelo CRPMMIF. Já nos que têm o CMPMMIF formalizado e atuante, primeiramente o óbito é analisado no município para posteriormente ser encaminhado para a análise do Comitê Regional.

Durante as reuniões do CRPMMIF, para fins de organização e maior dinamicidade do encontro, para cada óbito é seguido um roteiro de etapas padronizado entre os membros do comitê na seguinte ordem: Identificação do Óbito (Relato do caso); Avaliação da causa básica da Declaração de Óbito; Análise da evitabilidade do óbito; Classificação do óbito; Análise das

3 Demoras; Identificação dos problemas relacionados ao óbito; Elaboração de recomendações aos órgãos e instituições competentes para ação.

A análise dos óbitos infantis e fetais é realizada utilizando o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que recomenda padrões de análise dos óbitos, consistindo em uma referência para o funcionamento dos Comitês municipais, regionais e estaduais, oferecendo subsídios e orientações para a vigilância dos óbitos.

Para a análise das mortes fetais e infantis, utilizam-se com frequência os seguintes instrumentos presentes no referido Manual: Classificação de Evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE); Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde proposta em 2007 por Malta *et al*; Classificação dos Óbitos Fetais e Infantis de Wigglesworth Expandida; e Quadro de possíveis problemas identificados no momento da assistência.

Após a reunião do CRPMMIF, todos os dados dos óbitos analisados são consolidados em um relatório, de acordo com modelo recomendado pelo Comitê Estadual, no qual tem quadros com informações referentes ao quantitativo de óbitos, município de residência do óbito, local de ocorrência do óbito, classificação da evitabilidade do óbito, recomendações elaboradas para as instâncias necessárias, dentre outras, e o mesmo é emitido para o Comitê Estadual.

Ao término das reuniões regionais, é feito um encaminhamento para emitir as recomendações elaboradas pelos membros às instituições necessárias. A presidência do CRPMMIF envia, através de ofício aos órgãos competentes, as recomendações específicas elaboradas com o relatório da reunião na íntegra anexo. No mesmo documento, solicita-se o retorno oficial ao CRPMMIF, relatando as intervenções realizadas frente às recomendações propostas.

Apesar de serem recomendações de cunho técnico-científico, baseadas em teorias e protocolos assistenciais, não há o *feedback* esperado das providências realizadas nos órgãos para os quais são emitidas. Os membros do CRPMMIF não têm conhecimento de como as informações do Relatório das reuniões e as recomendações são socializadas nos municípios, ou mesmo se são socializadas.

A fragmentação no fluxo das informações e o possível desconhecimento dos gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cenário e os desafios da mortalidade infantil na Região de Saúde podem comprometer a sua prevenção e redução.

3.3 Prevenção dos óbitos infantis evitáveis e a Atenção Primária à Saúde

No primeiro ano de vida, é de responsabilidade da equipe de saúde o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Os profissionais identificam critérios de risco de adoecer e de morrer no nascimento, tais como baixo peso, prematuridade, histórico de morte em menores de 5 anos na família, mãe na faixa etária de adolescente, baixa escolaridade da mãe. A partir da constatação dos critérios, associados a determinantes do contexto social em que a criança está inserida, são definidos os atendimentos médicos de prioridade (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

Em revisão integrativa da literatura, concluiu-se que os serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil são heterogêneos em relação à presença e ao cumprimento dos atributos essenciais na atenção à saúde da criança, sendo necessárias mudanças estruturais e na condução dos processos relacionados a este cuidado (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Para a redução da mortalidade infantil, há vários desafios, evidenciando-se a relevância dos índices de hospitalização de crianças por quadros clínicos considerados de possível prevenção, advindos de causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde; e as taxas de mortalidade no componente neonatal. Justifica-se o destaque nos indicadores relatados nas fragilidades no planejamento e oferta de serviços de saúde de pré-natal e de acompanhamento de crianças na Atenção Primária à Saúde (SILVA *et al.*, 2015).

Estudo realizado em município do interior paulista para identificar as ações realizadas na Atenção Primária à Saúde com o objetivo de redução da mortalidade infantil demonstra os seguintes resultados: a maioria dos participantes citou realizar ações de incentivo ao aleitamento materno; para 59,3% dos participantes dizem estar o esquema vacinal das crianças em dia; 72,2% dos médicos e enfermeiros referem que na primeira semana de vida a criança recebe pelo menos uma consulta. Quanto ao planejamento das ações de saúde, apenas 51,9% afirmam que a equipe de saúde tem participação nas reuniões para este fim (CARETI *et al.*, 2016).

Pesquisa com os municípios brasileiros para avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos indicadores de mortalidade infantil revela haver significância estatística que aponta a relação de causa e efeito negativa da ESF e a mortalidade infantil. Ao serem avaliados dois grupos de municípios, um com os municípios que dispunham da ESF e outro grupo com os municípios que nunca adotaram a ESF, verificou-se neste último grupo uma média de Taxa de Mortalidade Infantil maior em 10% (SOUSA; MELO, 2013).

Com o objetivo de analisar o impacto do Programa Saúde da Família (PSF) na mortalidade infantil, trabalho realizado nos municípios brasileiros no período de 1998 a 2013 apresenta como resultado o fato de que um maior número de famílias cadastradas no PSF contribui para a redução da mortalidade infantil. No caso dos municípios que aderiram ao PSF há mais tempo, apresentam maiores quedas na mortalidade infantil, em especial nos óbitos com causa básica relacionada à Atenção Primária à Saúde, ressaltando o importante papel das equipes de PSF nesse processo de prevenção e redução dos óbitos infantis (GOMES *et al.*, 2016).

Com a análise da Mortalidade Infantil e a ESF nos 26 estados brasileiros no período de 1998 a 2008, inferiu-se que há uma possível relação entre o aumento da cobertura da ESF à população e a redução das taxas de mortalidade infantil no País. Os achados estatísticos no Brasil foram: aumento de 857% no número de equipes de ESF; ampliação da população coberta pela ESF em 43%; e redução de 58% da Mortalidade Infantil no Brasil (CECCON *et al.*, 2014).

Estudo descritivo em Porto Alegre nos anos 2010 e 2014, mapeando a mortalidade infantil e descrevendo a distribuição geográfica dos serviços e recursos humanos de Atenção Primária, divulgou estar em um terço do Município a população assistida pelas equipes de saúde da família e que os territórios em que há elevada mortalidade infantil dispõem de médicos e enfermeiros em quantidades próximas das preconizadas (PAIZ *et al.*, 2018).

O Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) realizou estudo econômico, no Estado do Ceará, do Programa Saúde na Família (PSF) sobre a Taxa de Mortalidade Infantil concluindo que as ações de equipes de saúde da família foram efetivas no processo de redução da Mortalidade Infantil (CEARÁ, 2010).

A baixa qualidade das informações nas declarações de óbito dificulta a avaliação e análise dos óbitos infantis, o que contribui negativamente para o planejamento de intervenções racionais nos serviços para a prevenção e redução da Mortalidade Infantil. Identifica-se, nesse contexto, a necessidade de articular as equipes de profissionais de saúde da família e os gestores da saúde para a qualificação das informações, ampliando a corresponsabilização para identificar fragilidades no sistema de saúde e implementar mudanças positivas para a redução da mortalidade das crianças (BRASIL, 2009).

A promoção da saúde é uma estratégia que visa reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde dos indivíduos e comunidades e o desenvolvimento de ações de promoção na APS é apontado como importante para a reestruturação do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010; POTVIN; JONES, 2011). A APS é o cenário privilegiado para mobilizar a comunidade, propiciando aumento dos serviços ofertados, reorganização dos sistemas de saúde

e mudança de cultura organizacional (WEISS *et al*., 2016). Nesse contexto e tendo em vista a ocorrência de óbitos evitáveis, no âmbito da APS podem ser potencializadas ações para a promoção e prevenção dos óbitos infantis.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório e abordagem qualitativa. O estudo descritivo revela descrição de características ou propriedades, como também as relações entre essas características ou propriedades em determinado fenômeno. Este tipo de estudo tem a finalidade de analisar e descrever problemas de saúde ou situações a eles relacionadas conforme o tempo, lugar ou características específicas da amostra (GIL, 1991).

Buscou-se, adotando o trabalho qualitativo, investigar as ações do CRPMMIF da Região em estudo, temática pouco explorada cientificamente, considerando ser uma opção para ferramenta de gestão este tipo de estudo, podendo ser utilizado para aprimorar sistemas de saúde principalmente quando o pesquisador relata um caso raro ou de evolução incomum (MINAYO E SANCHES, 1993).

A pesquisa qualitativa geralmente não emprega instrumental estatístico para análise de dados, costuma ser direcionada e não tem como objetivo enumerar eventos e sim descrever e analisar dados obtidos através do contato direto e interativo do autor do trabalho com a situação em foco. Ao ser adotada uma abordagem qualitativa, o estudo visa a entender fenômenos de acordo com a perspectiva dos participantes da pesquisa, incluindo a interpretação do pesquisador frente aos dados coletados (MINAYO, 2008).

Este estudo trabalhou com gestores e profissionais de saúde da APS, o que proporcionou à pesquisadora interpretar suas práticas e vivências para a compreensão do tema estudado.

4.2 Cenários e Contextos do Estudo

O estudo foi realizado em uma Região de Saúde do Estado do Ceará, composta por quatro municípios, nos âmbitos das Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (CRES), Secretarias Municipais de Saúde e Unidades Básicas de Saúde (UBS), no ano de 2019.

O município de maior porte possui 22 equipes. Enquanto que os demais possuem 8, 7 e 3, somando em 2019, na referida Região de Saúde, 40 equipes de Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde, com um total, à época da execução do projeto do presente estudo, de 35 médicos, 50 enfermeiros e 213 agentes comunitários de saúde vinculados às UBS, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência junho

de 2019, conforme o Quadro 1 (BRASIL, 2019b). Cada município possui, dentre outros profissionais, em sua estrutura organizacional, um secretário municipal de saúde, um coordenador de APS e um coordenador da vigilância epidemiológica.

Quadro 1- Quantidade de UBS, médicos e enfermeiros da APS e ACS por município da Região em estudo, 2019

Município	UBS	ESF	Médico	Enfermeiro	ACS
Município A	20	22	21	25	135
Município B	7	7	7	9	22
Município C	8	8	8	9	36
Município D	3	3	3	7	20
Região de Saúde em estudo	**38**	**40**	**35**	**50**	**213**

Fonte: BRASIL, 2019b.

Nos municípios são realizadas as ações de pré-natal das gestantes de risco habitual, além da atenção à criança. Há ainda o equipamento de saúde regional Policlínica que é referência para o pré-natal das gestantes de alto risco. Para a assistência materna-infantil, há na região um Hospital de Referência no município polo que realiza os partos normais e cesáreos, de médio risco e de risco habitual. Partos de gestantes de alto risco são realizados em Fortaleza, já que na região e na macrorregião há o vazio assistencial para este tipo de serviço.

Na Região de Saúde do Estado do Ceará em que foi realizada a pesquisa há o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna que tem registrado o início de suas atividades no mês de junho de 2001, com a ata da reunião, embora tenha sido oficializado em 2008, com portaria de nomeação dos membros (CEARÁ, 2001; CEARÁ, 2008). Além do CRPMMIF, há 100% dos municípios com Comitê Municipal regulamentado e atuante, e Comissões de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no Hospital Polo de Referência para Assistência Regional Materno-Infantil e na Policlínica Regional, unidade que oferta o pré-natal de alto risco.

4.3 Participantes do Estudo

Realizou-se a pesquisa com secretários municipais de saúde, coordenadores da Atenção Primária à Saúde, coordenadores municipais da vigilância epidemiológica e profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Quanto aos profissionais de saúde, para dar viabilidade e exequibilidade à pesquisa, respeitando-se o quantitativo de oito a doze pessoas recomendado para realização de encontros de grupo focal, foram indicadas pela gestão municipal no máximo quatro equipes de cada município que compõe a Região de Saúde para terem a representação com participantes no presente estudo. A estratégia de grupo focal com mais de doze pessoas pode fragilizar os objetivos das discussões, tornando-as menos naturais e coesas (MALHOTRA, 2006).

Das equipes escolhidas pela gestão, participaram os profissionais da Atenção Primária à Saúde que acompanham as consultas cadastradas no SISPRENATALweb, médicos e enfermeiros, além de dois agentes comunitários de saúde (ACS) dentre os que compõem a mesma equipe.

Foram incluídos os profissionais que ocupavam os cargos de secretário municipal de saúde, coordenador de APS e coordenador de vigilância epidemiológica que tinham atuação na 7ª Região de Saúde de no mínimo doze meses. Os médicos, enfermeiros e ACS incluídos foram os que compunham as equipes das UBS na Atenção Primária à Saúde contempladas na indicação da gestão, para não prejudicar a organização dos serviços da saúde nos municípios. No caso dos agentes comunitários de saúde, os participantes foram selecionados pela gestão de acordo com a quantidade pré-estabelecida.

Além disso, para que os gestores e profissionais participassem da pesquisa, foi necessário terem acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme os APÊNDICES A e B. Após a leitura do TCLE, eles decidiram participar deste estudo. A apresentação, recolhimento e armazenamento do TCLE foram de responsabilidade da pesquisadora. Não houve recusa de nenhum convidado após leitura do TCLE e compreensão do objetivo de sua participação na pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa gestores e profissionais de saúde que, no período da realização das entrevistas, estavam afastados de suas atividades laborais, de férias, licença ou atestado. Critério adicional para exclusão foi a constatação de que a equipe indicada estava incompleta de médico ou enfermeiro, para reduzir os prejuízos no número da amostra utilizada.

Em síntese, e para melhor compreensão e referência no estudo, pode-se distribuir em grupos os participantes da pesquisa, de acordo com a representação e quantitativo ilustrado no quadro abaixo:

Quadro 2 - Grupos, representações e quantidades de participantes do estudo

Grupo	Representação	Quantidade de participantes
A	Gestores: secretários municipais de saúde, coordenadores da APS, coordenadores da Vigilância Epidemiológica;	9
B	Profissionais de Saúde de nível superior das UBS: médicos e enfermeiro;	23
C	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	35
Total da amostra		**67**

Fonte: Elaborado pela autora.

Estes profissionais foram convidados e orientados por meio da apresentação do projeto em visitas às secretarias municipais de saúde, no caso dos gestores, e em encontros previamente agendados com a gestão, em se tratando do convite aos profissionais. Eles foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e quanto à relevância de sua participação.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Houve, para fundamentar o presente estudo, três momentos em que foram adotadas diferentes estratégias para a obtenção dos dados da pesquisa: análise documental, observação com registro em diário de campo, entrevista semiestruturada e grupo focal.

No primeiro momento, a fase documental, foram explorados documentos, atas e relatórios na Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (CRES), onde são arquivados os documentos pertencentes ao CRPMMIF.

A depender do objetivo do estudo, a análise documental pode ser uma técnica complementar ou ser o principal instrumento para a realização da pesquisa (PIMENTEL, 2001). A adoção da análise documental, uma das técnicas qualitativas utilizadas na presente pesquisa, teve por objetivo compreender a complexidade e a dimensão das atividades realizadas pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal e as potencialidades diante dos encaminhamentos que resultam das reuniões deste colegiado. A partir da análise documental, foram agregados subsídios à pesquisadora para melhor compreensão do objeto de estudo e para a aplicação das técnicas de coleta dos dados descritivos.

No segundo momento, houve imersão no campo onde se realizou contato com os participantes em seus cenários de prática nos municípios, para que houvesse a oportunidade de aproximação da realidade estudada à pesquisadora, com a verificação das condições estruturais e da comunicação interna entre gestores e entre gestor e profissional de saúde.

As técnicas de entrevista semiestruturada e grupo focal foram aplicadas no terceiro momento. Com os gestores, Grupo A, foi utilizada entrevista semiestruturada, de acordo com APÊNDICE C. Os gestores foram abordados pela pesquisadora por meio de uma entrevista semiestruturada**,** elaborada por ela. A entrevista foi aplicada de modo individual em uma sala privativa.

A entrevista é uma técnica comumente utilizada e tem como objetivo ser roteiro auxiliar na coleta de dados, motivando o entrevistado (DYNIEWICZ, 2006). As perguntas da entrevista semiestruturada serviram de norte para a interação entre a pesquisadora e o participante. Foi escolhido este instrumento por ser mais flexível, proporcionando que o participante fique mais à vontade em se expressar e permitindo que no desenrolar da entrevista sejam lançadas perguntas elaboradas no momento de acordo com a situação ou fenômeno observado (MINAYO, 2008).

Este tipo de instrumento possibilitou, no momento da entrevista, interagir com os gestores de acordo com as reflexões das práticas e saberes dos mesmos, para atingir os resultados pretendidos com este estudo.

Quanto à estratégia escolhida para a coleta de dados com os grupos de profissionais de saúde, foi adotada a realização de encontros com abordagem da técnica de grupo focal. A técnica de grupo focal é uma opção para pesquisas qualitativas em que se realizam discussões informais, em pequenos grupos, de 8 a 12 participantes, para obtenção de informações pertinentes (MALHOTRAN, 2006). Alternativa empregada para perceber o conhecimento de grupos nos quais se pretende intervir (RAMIREZ; SHEPPERD, 1988). É uma técnica de execução rápida e de baixo custo. Sua nomenclatura se refere ao fato de haver discussões focadas em itens específicos e direcionados (CARLINI-COTRIM, 1996).

Por meio do grupo focal, podem-se obter excelentes resultados, tendo em vista ser uma estratégia em que há interação entre os participantes e o pesquisador, na qual fluem discussões previamente planejadas para a obtenção dos dados descritivos. Para o sucesso da técnica o pesquisador cuidadosamente deve promover um ambiente não-constrangedor e permissivo para que os participantes expressem suas percepções imbuídas de suas peculiaridades sobre a temática em estudo (WESTPHAL *et al.*, 1996). Desta forma, na presente

pesquisa, a pesquisadora organizou os encontros, preparando desde a colaboradora de apoio que facilitou o grupo, ao ambiente confortável para o desenvolvimento do estudo.

Foi adotado pela pesquisadora, na realização da técnica de grupo focal, um roteiro de discussão, antecipadamente elaborado por ela, conforme APÊNDICE D, com perguntas disparadoras para nortear a condução do encontro com os participantes e haver melhor aproveitamento do tempo.

Para o auxílio da transcrição de falas na íntegra, foi utilizado um aparelho gravador para o registro das discussões nos grupos focais com os profissionais e de toda a entrevista dos gestores, com vistas a armazenar as falas da pesquisadora e dos participantes. Este fato foi previamente esclarecido aos participantes. Neste processo de coleta, as gravações decorrentes das entrevistas foram gradativamente arquivadas em um computador do tipo *notebook* e em um *pen drive*, ambos da pesquisadora.

4.5 Coleta de Dados

Os participantes foram abordados e convidados pela pesquisadora, momento em que ela apresentou o projeto de pesquisa e os aspectos éticos necessários ao estudo. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2019.

A execução da coleta de dados foi composta de três momentos:

a) Realização de Análise Documental;

Esta etapa foi realizada de março a maio de 2019, na sede da Coordenadoria Regional de Saúde, local onde estão armazenados os documentos relativos ao CRPMMIF. Foram estudados relatórios, registros de atividades e livros-ata que retratam a execução de ações do Comitê desde o início de sua atuação informal, 2001, até se esgotarem os documentos disponíveis. Neste período, a pesquisadora se apropriou de informações que possibilitaram descrever o processo de trabalho do CRPMMIF e descrever o consolidado das atividades realizadas pelo comitê desde o ano de sua formalização, 2008, até o ano de 2017, com a intenção de dar mais robustez aos dados retratando série histórica de dez anos.

Definiu-se a série histórica de 2008 a 2017, em virtude de ser 2008 o primeiro ano em que foi formalizada a nomeação dos membros do CRPMMIF por meio de portaria da SESA/CE e ser 2017 o ano mais recente com banco de dados sobre mortalidade fechado e disponível no DATASUS, à época do desenvolvimento deste estudo.

Diante do fato de a pesquisadora do presente estudo estar coordenando a Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará na qual foi realizada a análise documental e, além disso, estar ocupando o cargo de presidente do CRPMMIF, ela se reuniu com os demais membros do comitê para compartilhar o projeto desta pesquisa, o qual foi aprovado por unanimidade e legitimou sua execução e acesso aos documentos necessários.

b) Observação com registro em diário de campo;

O segundo momento, um período de imersão da pesquisadora, consistiu em visitas aos municípios da região, durante o mês de maio de 2019, inserindo-se na rotina de trabalho dos profissionais pertencentes à amostra com o objetivo de observação. Nesta etapa, houve a busca da aproximação da realidade a ser estudada e dos diferentes sujeitos *in loco*, conhecimento das condições de estrutura física, observação das relações de trabalho e de comunicação entre gestores municipais e destes como os profissionais de saúde.

As informações identificadas neste período foram registradas em diário de campo de maneira cursiva, seguindo a ordem cronológica das observações e utilizando palavras-chaves para servir de subsídio na análise dos resultados encontrados.

c) Entrevista semiestruturada e encontros com grupo focal.

Para a terceira etapa da pesquisa, com o objetivo de contar com apoio técnico na logística e com o intuito de reduzir a inibição dos participantes, a pesquisadora fez treinamento prévio com duas profissionais apoiadoras, delimitando as suas atribuições no momento dos encontros de grupo focal e orientando quanto à aplicação dos instrumentos, caso fosse necessário este tipo de auxílio durante a coleta.

Além disso, para o melhor desempenho desta última etapa da pesquisa, foram realizados testes de aplicação das entrevistas semiestruturadas e roteiro de perguntas dos grupos focais como piloto com convidados gestores, profissionais de saúde e ACS que não seriam componentes da amostra do estudo, com o objetivo de aprimoramento dos instrumentos de coleta.

Quanto aos participantes da pesquisa, o convidado que concordou em participar, formalizou com a assinatura do TCLE. Os gestores, secretários municipais de saúde, coordenadores de Atenção Primária à Saúde e coordenadores da vigilância epidemiológica, participaram de entrevista semiestruturada, de modo individual, em uma sala reservada, onde o

entrevistador e o entrevistado interagiram seguindo um roteiro norteador e os participantes manifestaram suas perspectivas peculiares a cada cargo que ocupam.

Os encontros de grupo focal foram realizados em momentos diferenciados para o Grupo B, composto por médicos e enfermeiros, e para o C, composto pelos agentes comunitários de saúde, com o objetivo de alcançar dentro de um mesmo grupo a homogeneidade conceitual.

Os encontros foram realizados nos municípios de atuação dos participantes, com o intuito de que eles estivessem em local de melhor ambiência e que proporcionasse a eles mais conforto em aderirem à participação. Local de realização, data e horário foram previamente acordados com a gestão municipal.

Os encontros, adotando-se a técnica de grupo focal, foram realizados seguindo roteiro norteador elaborado pela pesquisadora e foram todos facilitados por profissional treinada para evitar que a pesquisadora, por estar no exercício do cargo de coordenadora regional de saúde do Estado, causasse inibição, constrangimento ou desconforto na participação dos profissionais. Foi estabelecido um tempo máximo de dez minutos para o desenvolvimento de cada bloco de discussão para que a profissional de apoio sinalizasse à facilitadora dos grupos o término do tempo, caso a discussão se prolongasse.

Tanto para os gestores quanto para os profissionais, o encerramento dos roteiros previa que os participantes sugerissem uma proposta de fluxograma de informações que sob sua ótica consideram ideal ou mais adequado sobre óbitos infantis. Houve a necessidade de, nas entrevistas semiestruturadas individuais e nos grupos focais, a facilitadora falar sobre um fluxo já existente em uma Região de Saúde, esclarecendo ser um fluxograma de um determinado comitê que existe no Estado do Ceará, sem declarar a qual Região de Saúde ele pertencia, para que houvesse mais tranquilidade dos participantes em tecer comentários e críticas ao modelo e na liberdade de propor mudanças ou aprimoramento.

Foram disponibilizados pincéis e cartolinas aos participantes para que ficassem à vontade para ilustrar suas propostas de fluxogramas. Após a elaboração dos desenhos, eles foram apresentados, para que houvesse a compreensão da ideia que estava proposta, falas que também foram gravadas.

Foram realizadas, ao total, nove entrevistas e seis encontros com grupo focal. As discussões se esgotaram em apenas uma entrevista para cada gestor e um encontro com grupo focal para cada grupo de profissionais, já que os objetivos da pesquisadora com as estratégias foram alcançados em um único contato.

4.6 Análise dos Dados

Para os dados qualitativos coletados com os participantes foi utilizado o método de Análise de Conteúdo Temática, com a finalidade de interpretar o fenômeno estudado nesta pesquisa. Este tipo de abordagem permite a interpretação profunda dos dados obtidos favorecendo a compreensão do evento em estudo (MINAYO, 2008). Neste estudo, a Análise de Conteúdo Temática foi capaz de responder aos objetivos do trabalho.

Podem-se apontar três fases fundamentais do método de Análise de Conteúdo Temática: pré-análise, exploração dos resultados e tratamento dos dados. Na primeira fase, a pré-análise, o pesquisador organiza o material que o auxiliará no estudo e compreensão do fenômeno escolhido para pesquisa e, além disso, é neste momento em que o estudioso delimita qual campo da pesquisa ele deve se dedicar. A exploração de resultados ou categorização, como também é conhecida esta fase, consiste em confrontar os dados reunidos anteriormente para servirem de base para o levantamento de hipóteses e para o surgimento de nuances de divergências possíveis nas ideias advindas do processo. A terceira fase é a etapa de análise propriamente dita, na tentativa de tornar válidos os resultados (MINAYO, 2008).

Para o tratamento dos dados, iniciou-se na fase da pré-análise com a organização dos dados coletados e leitura inicial do material impresso das transcrições na íntegra referentes às entrevistas com os gestores e às discussões em grupo focal com os profissionais de saúde, para dimensionar o conteúdo produzido. Em seguida, com o objetivo de cumprimento da segunda etapa ou exploração do material, foi realizada leitura minuciosa para o surgimento da categorização. Por fim, utilizou-se, no material impresso, atribuição de código por cores, gerando núcleos de sentido na comunicação, que, por meio de similaridades, agruparam-se a três categorias temáticas para a análise.

Com a finalidade de melhor organização e compreensão dos resultados, esclarecemos que nas falas citadas neste estudo serão inseridos os autores com o uso de siglas, preservando-se de modo ético os nomes dos participantes. Para os gestores será adotada a junção da letra G com números inteiros subscritos de modo crescente a partir do número 1 e sequência de acordo com a ordem em que aparecem no texto. No caso dos profissionais da APS, será utilizada para médicos e enfermeiros, ou seja, profissionais de nível superior, a sigla NS e para agentes comunitários de saúde, ACS, com a junção dos números subscritos com a mesma lógica descrita neste parágrafo para gestores.

4.7 Aspectos Éticos

Antes da execução desta pesquisa, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UECE), e aprovado pelo parecer de número 3.292.136 (Anexo 3). O presente estudo está inteiramente respaldado pela Resolução de nº 466/2012, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Conforme a mesma resolução, foram mantidas a confidencialidade e a privacidade, bem como não houve em momento algum a exposição da imagem dos participantes desta pesquisa (BRASIL, 2012).

Dando seguimento aos critérios éticos deste estudo, a pesquisadora ofereceu aos possíveis participantes o TCLE para sanassem todas as dúvidas referentes à pesquisa. Foi elaborado pela pesquisadora dois tipos de TCLE de modo a utilizar a comunicação adequada aos grupos: Apêndice A, para o Grupo A; e Apêndice B, para os Grupos B e C. Nestes termos, foram inseridas informações, como objetivos da pesquisa e a explanação dos riscos e benefícios aos quais poderiam estar expostos. Desse modo, o convidado para compor a amostra teve a liberdade de optar em participar ou não do estudo, com a assinatura do TCLE. Não houve desistência de nenhum convidado, mas, ainda assim, a pesquisadora ressaltou a todos que a assinatura no termo implica na participação livre e voluntária, e que seria possível ao participante a desistência a qualquer momento da pesquisa sem que houvesse nenhum prejuízo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentadas neste capítulo a análise dos resultados e a discussão da presente pesquisa obtidas por meio de levantamento documental, entrevista semiestruturada e encontros de grupo focal.

5.1 Caracterização dos participantes

Quanto ao perfil dos participantes do presente estudo, podemos discorrer a seguir sobre a caracterização encontrada para o grupo de gestores, profissionais de saúde de nível superior e agentes comunitários de saúde:

a) Gestores

Os gestores participantes da pesquisa tinham idade variando de 30 a 65 anos, com maior concentração na faixa etária de 45 a 54 anos. Dos nove gestores entrevistados, apenas um não possui curso de graduação, apesar de estar cursando, e dois não possuem curso de pós-graduação. A maioria é graduada em Enfermagem, seis participantes, e os demais com graduação em Serviço Social e Odontologia, apresentavam entre cinco a trinta anos de tempo de conclusão de curso. Há neste grupo gestores com especializações em Gestão de Sistema Local de Saúde; Urgência e Emergência; Gestão em Saúde; Saúde Pública; Saúde Pública com Ênfase em PSF; Enfermagem do Trabalho; Vigilância em Saúde; Vigilância Epidemiológica; Auditoria em Serviços de Saúde; Residência em Saúde da Família; Mestrado em Saúde Pública. Quanto ao tempo de atuação em cargo de gestão da saúde, o mesmo varia de 2,5 a 30 anos, e, considerando atuação no município atual, de 2,5 a 26 anos. Há três gestores que estão na primeira experiência de gestão e um na primeira experiência de gestor atuando no município em que está contratado atualmente.

b) Profissionais de saúde de nível superior

Dentre os vinte e três profissionais de nível superior que participaram da pesquisa, dez eram médicos e treze enfermeiros, com idade variando de 24 a 66 anos, prevalecendo maior quantidade no intervalo entre 25 a 34 anos. O tempo de término do curso de graduação para este grupo era de 2 meses a 38 anos. Apresentavam pós-graduação nove enfermeiros e dois

médicos, nos cursos de Saúde do Trabalho; Saúde Coletiva; Fisiologia do Exercício; Obstetrícia e Ginecologia; Enfermagem do Trabalho; Saúde da Família; Centro Cirúrgico; Pediatria; Unidade de Terapia Intensiva; Gestão em Saúde; Enfermagem Obstétrica. A atuação dos médicos e enfermeiros da amostra variava de 2 meses a 25 anos.

c) Agentes comunitários de saúde

O grupo de ACS foi composto por trinta e cinco participantes na presente pesquisa, com idade variando de 23 a 58 anos e intervalo de faixa etária mais representativo de 45 a 54 anos, com onze ACS. Quatro ACS declararam ter curso de graduação concluído. As graduações dos referidos profissionais são em Enfermagem, Serviço Social e Direito. Somente um ACS afirmou ter curso de pós-graduação, referindo ser especialista em Urgência e Emergência na Pediatria. Neste grupo de profissionais, o tempo mínimo de atuação na APS correspondia a 1 ano e 4 meses e o tempo máximo, 32 anos.

5.2 Categorias Temáticas

A técnica de análise aplicada pelo estudo permitiu que construíssemos e apresentássemos este capítulo com as categorias e suas subcategorias que constituem o corpus analítico do material gerado pelos participantes da pesquisa.

A primeira categoria surgiu dos núcleos de sentido identificados nos resultados referentes à análise documental, originando a categoria Resgate histórico das ações do CRPMMIF da 7ª Região: análise documental. Outras duas categorias foram originadas por meio dos núcleos de sentido que surgiram a partir dos resultados obtidos com os instrumentos de coleta e os roteiros norteadores utilizados na pesquisa: Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal: as percepções da APS; e Prevenção à Mortalidade Infantil: propostas de fluxogramas.

A sistematização da análise foi realizada por meio das categorias nesta ordem: categoria 1- Resgate histórico das atividades do CRPMMIF de uma Região de Saúde: análise documental; categoria 2- Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal: as percepções da APS; categoria 3- Prevenção à Mortalidade Infantil: propostas de fluxogramas.

Para melhor explanação da categoria Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal: as percepções da APS, elencaram-se três subcategorias

assim intituladas: Gestão e Atenção da APS: saberes e vivências acerca do CRPMMIF; Produção e fluxo de informações geradas pelo CRPMMIF na perspectiva da APS; e Práticas de Prevenção da Mortalidade Infantil na APS: novas possibilidades de atuação do CRPMMIF.

5.2.1 Resgate histórico das atividades do CRPMMIF de uma Região de Saúde: análise documental

O trabalho do CRPMMIF da Região em estudo iniciou, de acordo com registro em livro-ata, desde 2001, ano em que houve no estado do Ceará um grande trabalho de fortalecimento das ações com o objetivo de redução da mortalidade infantil e materna, adotando-se a criação dos comitês como estratégia de enfrentamento a esta problemática. À época, o Comitê ainda era intitulado Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, já que os óbitos fetais não eram priorizados para análise; e desde a sua conformação inicial havia membros representantes da CRES e de todos os municípios da Região. Somente em 2008 o CRPMMIF foi formalizado por meio de portaria.

Inicialmente, as atividades do CRPMMIF eram registradas somente por meio de atas das reuniões, relatando as discussões realizadas pelos membros acerca dos óbitos e os encaminhamentos de cada encontro. Até fevereiro de 2015, as atividades do Comitê eram sistematizadas em atas e enviadas ao nível central da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), e, a partir de março de 2015, o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal padronizou modelo de relatório a todos os comitês regionais para que se consolidassem as informações produzidas. A partir deste período, o CRPMMIF encaminha os referidos relatórios nos prazos solicitados ao Comitê do Estado.

Com o crescente número de óbitos fetais e a relevância de investigação dos mesmos, em grande parte resultantes de causas evitáveis, adotou-se, em 2016, outra nomenclatura aos comitês estadual e regionais, acrescentando a palavra “Fetal” e evidenciando este como mais um tipo de óbito prioritário a ser analisado.

Desde a sua formalização até mais de dez anos, o CRPMMIF funcionou sem ter um regimento interno estabelecido, muito embora sempre conduzisse os direcionamentos de suas atividades orientados pelo nível central da Secretaria da Saúde do Estado e baseados nas suas portarias de nomeação, onde constam determinadas as competências e atribuições, e, na mais recente, de 2017, em que há o funcionamento e a estruturação. Em 2018, foi elaborado o Regimento Interno do CRPMMIF da Região de Saúde em estudo (Anexo 4), adequando-se o

conteúdo estabelecido pela portaria de nomeação vigente e as necessidades e demandas do território de abrangência, o qual foi aprovado pelos membros do Comitê por unanimidade.

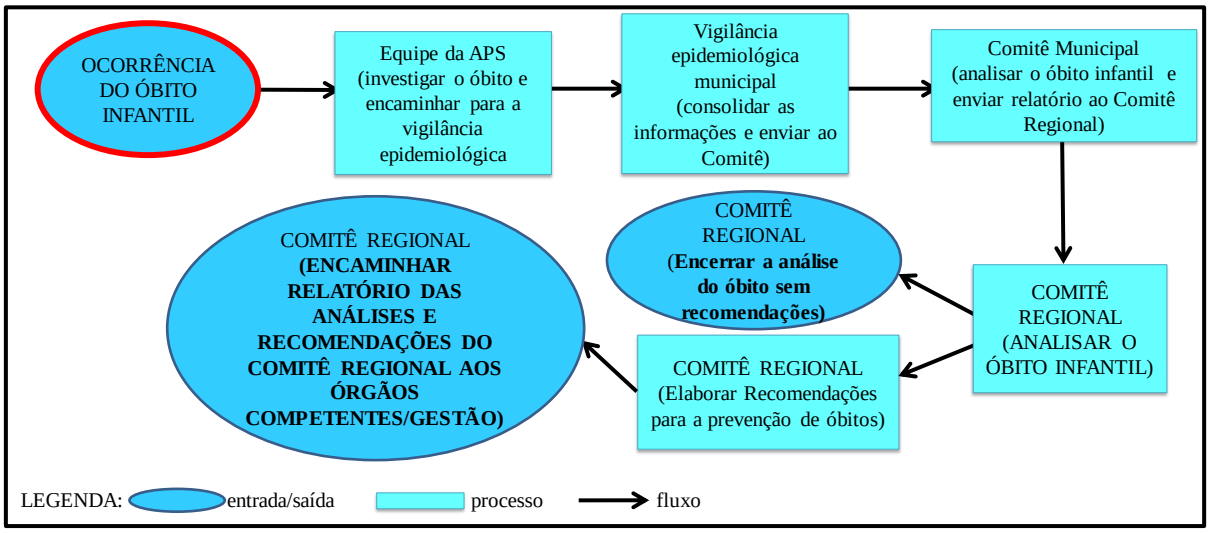
O CRPMMIF realiza seu trabalho com o apoio técnico e administrativo da CRES, e sua estrutura de composição segue o estabelecido nas portarias em termos de quantidades de membros e as representações sugeridas de órgãos e estabelecimentos. A presidência e a vice-presidência são inerentes, respectivamente, aos cargos de coordenador da CRES e assessor técnico da CRES, já a secretaria executiva é de livre nomeação do presidente do Comitê, de acordo com o estabelecido pelo seu Regimento Interno.

As reuniões obedecem a uma periodicidade trimestral, embora na portaria de nomeação vigente seja estabelecido que elas devam ser mensais. De acordo com levantamento documental e vivência enquanto membro do Comitê, a periodicidade das reuniões ordinárias do CRPMMIF desta Região segue organizada a cada três meses, tendo em vista a demanda de óbitos de apenas quatro municípios e a disponibilidade de agenda dos médicos especialistas, obstetra e pediatra, para dar apoio técnico na definição das análises, identificação dos problemas e elaboração de recomendações para prevenir óbitos. É estabelecido que, em caso de ocorrência de óbito materno, há a convocação dos membros para reunião extraordinária e discussão para a análise do óbito com a maior brevidade possível.

Com o objetivo de garantir o funcionamento do CRPMMIF e a qualidade das informações, adotou-se na Região de Saúde a estratégia de agendar as reuniões de acordo com a disponibilidade de data dos médicos especialistas, para adequação dos demais membros, o que tem garantido a presença da categoria profissional médico e a eficiência das reuniões no tocante à análise de óbito.

Não há um fluxograma formal estabelecido pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, nem na Região de Saúde, referente às etapas e processos relacionados à investigação, análise e prevenção dos óbitos infantis, que envolvem os comitês. De acordo com minha experiência no comitê regional e com o identificado nos registros documentais, compreende-se haver o seguimento de um roteiro de etapas ilustrado na figura a seguir:

Figura 1 - Roteiro de etapas de investigação, análise e prevenção de óbitos relacionados ao CRPMMIF da Região de Saúde em estudo, 2019.



Fonte: Ilustração de roteiro elaborada pela pesquisadora.

As atividades do CRPMMIF são disparadas com a ocorrência dos óbitos infantis, maternos e fetais. A investigação do óbito é feita pelos profissionais da APS e em seguida os dados são encaminhados para a coordenação da vigilância epidemiológica municipal, que encaminha para uma primeira análise do Comitê Municipal ou Comissão Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, caso exista de modo atuante no município. Em seguida, ou caso não haja na cidade o referido comitê atuante, as informações e documentos necessários são enviados ao CRPMMIF para a análise do óbito. Se for constatado que o óbito é evitável, são elaboradas recomendações de apoio às tomadas de decisão na prevenção de novos óbitos, para emissão aos gestores dos órgãos competentes.

De acordo com levantamento realizado e análise documental, em série histórica de dez anos, de 2008, ano de sua formalização, até 2017, o CRPMMIF tem sua atuação na Região em estudo limitada à análise de óbitos maternos, infantis e fetais e elaboração de recomendações para evitar novos óbitos. Não se identificou, no arsenal de documentos armazenados na CRES, registro de atividades como monitoramento do processo de investigação da vigilância dos municípios; acompanhamento periódico da incidência dos óbitos maternos, infantis e fetais nos municípios e avaliação dos indicadores de mortalidade; avaliação periódica da qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida. A falta de registro das referidas atividades nos leva a entender que o CRPMMIF não contempla o conjunto de finalidades e atribuições estabelecidas na portaria vigente de nomeação dos seus membros.

Por realizarem as análises, os membros do comitê regional contribuem para a qualificação das informações relativas aos óbitos, atividade recomendada pelo Ministério da Saúde e constatada no estudo dos documentos disponibilizados. Entretanto, por não ter sido identificado registro documental, o CRPMMIF não tem registros de contemplar o que é recomendado como atuação de seus membros, como por exemplo, divulgação/informação, mobilização/articulação, de acordo com o Manual de Investigação de Óbitos Infantis e Fetais do Ministério da Saúde.

As análises dos óbitos são realizadas por meio de reuniões com os membros do CRPMMIF, para as quais descrevemos os seguintes subtópicos:

a) Etapas prévias à reunião

Para a realização das reuniões do CRPMMIF, há a necessidade de organização pela equipe de apoio administrativo da CRES, a qual solicita aos responsáveis nos municípios as informações coletadas nas investigações dos óbitos realizadas pelas equipes de profissionais da Atenção Primária à Saúde; as análises elaboradas pelos comitês municipais, caso tenham ocorrido; bem como documentos de apoio necessários à análise do Comitê Regional, como prontuários, cartão da gestante, declaração de óbito, declaração de nascimento e relatórios de sistemas.

b) Mobilização para a presença dos membros nas reuniões

A presidência do Comitê emite convite aos membros, informando data, horário e local em que será realizada a reunião, assim como são utilizadas pela secretária executiva, para melhor articulação, ligações telefônicas e troca de mensagens em aplicativo de bate-papo para confirmar a presença dos componentes do colegiado.

c) Participantes das reuniões

As reuniões, contam com a *expertise* dos médicos especialistas e com a equipe multiprofissional representante dos municípios e do Estado. Além disso, há a participação de membros representantes dos conselhos municipais de saúde. Os membros atuam baseados nos relatos dos óbitos e na seguinte literatura disponível no Ministério da Saúde: Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

d) Desenvolvimento das reuniões

Com o objetivo de alcançar a conclusão das análises dos óbitos, o desenvolvimento das reuniões se dá por meio da execução de um roteiro de etapas acordado entre os membros para tornar os encontros mais dinâmicos e dar maior fluidez à condução das análises dos óbitos. Na sequência as etapas são as seguintes: Identificação do Óbito (Relato do caso); Avaliação da causa básica da Declaração de Óbito; Análise da evitabilidade do óbito; Classificação do óbito; Análise das Três Demoras; Identificação dos problemas relacionados ao óbito; Elaboração de recomendações aos órgãos e instituições competentes para ação.

e) Análise dos óbitos

Para a análise dos óbitos infantis e fetais, os membros adotam os padrões do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, consultando a Classificação de Evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE); a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde proposta em 2007 por Malta *et al.*; a Classificação dos Óbitos Fetais e Infantis de Wigglesworth Expandida; e o Quadro de possíveis problemas identificados no momento da assistência.

f) Encaminhamentos após análise

Ao término de cada reunião, são elaboradas recomendações aos órgãos competentes nos quais se enxerga maior parcela de responsabilidade em relação ao problema ou fragilidade encontrada, e são consolidados os dados para compor o Relatório Trimestral, de acordo com o modelo padrão estabelecido pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal, necessário de ser encaminhado trimestralmente para o comitê estadual.

Para formalizar o resultado da análise de cada óbito evitável, a presidência do Comitê Regional formaliza, por meio de ofício, para cada órgão competente, as recomendações elaboradas, anexando o relatório de análise de todos os óbitos da Região, para que os gestores e profissionais tenham o conhecimento amplo do contexto regional de ocorrência dos óbitos prioritários.

Diante da reincidência de óbitos evitáveis por problemas já identificados na Região, sugeriu-se em reunião do CRPMMIF que a presidente pactuasse em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) a necessidade de, em posse das recomendações do Comitê, os secretários municipais de saúde dessem uma devolutiva oficial quanto à adoção das recomendações e as estratégias desenvolvidas em seu município para a prevenção dos óbitos, diante do problema identificado. A pactuação foi realizada com a aprovação unânime do colegiado, no entanto não ocorreu a devolutiva de todos os gestores municipais.

A realização do levantamento das atividades desenvolvidas pelo CRPMMIF, no período de 2008 a 2017, evidenciou ser a análise dos óbitos maternos, infantis e fetais o foco da atuação dos seus membros. Neste contexto, para melhor visualização, elaboraram-se os quadros a seguir que ilustram, na série histórica pesquisada, a quantidade de reuniões realizadas por ano, quantidade de óbitos analisados por tipo de óbito por ano, número de recomendações por nível de atenção por município de 2008 a 2017 e recomendações para outras instituições de 2008 a 2017.

Quadro 3 - Quantidade e data de realização das reuniões do CRPMMIF da Região de Saúde em estudo, realizadas de 2008 a 2017.

ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Data de Realização	09/12	09/06	16/03	22/03	28/02	21/05	18/02	05/05	10/05	16/05
		06/07	18/05	17/05	29/03	08/10	13/05	10/02	13/07	12/09
		17/08	14/09	19/07	03/07	05/11	01/07	08/12	22/07	
		14/09	20/10	08/09	22/05		09/12	03/06	11/10	
		06/10		18/10	25/09				13/12	
		17/11		01/12	06/11					
		16/12			13/11					
					11/12					
Quantidade de Reuniões	**01**	**07**	**04**	**06**	**08**	**03**	**04**	**04**	**05**	**02**

Fonte: CEARÁ, 2019.

Conforme quadro acima, de 2008 a 2017 houve a realização de 44 reuniões do CRPMMIF com o objetivo principal de analisar os óbitos maternos e infantis da 7ª Região de Saúde, equivalente a uma média de 4,4 reuniões por ano.

Percebe-se que os três anos que mais se destacam em número de reuniões realizadas são 2009, 2011 e 2012, o que pode estar diretamente relacionado à quantidade de óbitos maternos ocorridos nestes anos, totalizando 4 óbitos maternos, conforme quadro 3, já que, na

ocorrência deste tipo de óbito, é convocada reunião de caráter extraordinário para dar mais celeridade à análise. Além disso, o ano com maior número de reuniões, 2009, foi o que apresentou maior número de óbitos infantis na região de saúde, 35, na série histórica estudada.

No quadro 4, percebe-se que há análise dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) no CRPMMIF, já que nos anos de 2008 e 2009 este tipo de óbito era adotado como prioritário para análise na Região, enquanto que os óbitos fetais só passaram a ser incluídos como prioridade para a análise a partir de 2016, ano em que se constatam registros da análise deles no CRPMMIF.

Pode-se observar que a maioria das análises do comitê é referente aos óbitos infantis, o que é proporcional aos óbitos de maior ocorrência. Na série histórica estudada, o total de óbitos analisados foi: 21 óbitos MIF; 18 óbitos maternos; 231 óbitos infantis e 24 óbitos fetais. Neste período, o comitê alcançou 100% de análise dos óbitos maternos e infantis ocorridos na Região de Saúde.

Quadro 4 – Número de óbitos por tipo analisados no CRPMMIF da Região de Saúde em estudo de 2008 a 2017

Óbitos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MIF	04	17	0	0	0	0	0	0	0	0
Materno	0	04	01	04	04	0	01	03	01	0
Infantil	20	36	29	21	26	25	19	21	20	14
Fetal	0	0	0	0	0	0	0	0	11	13
Total	**24**	**57**	**30**	**25**	**30**	**25**	**20**	**24**	**32**	**27**

Fonte: CEARÁ, 2019.

Quadro 5 - Quantidade de Recomendações do CRPPMMIF da Região de Saúde em estudo por nível de Atenção de 2008 a 2017

Secretarias Municipais de Saúde	Níveis de Atenção			Total Geral
	Atenção Primária	Atenção Secundária	Outros	
Aracati	122	80	3	**205**
Beberibe	20	0	0	**20**
Fortim	30	0	0	**30**
Icapuí	32	2	2	**36**
Itaiçaba	16	1	0	**17**
Fortaleza	0	0	23	**23**
Total	220	83	32	**331**

Fonte: CEARÁ, 2019.

Quadro 6 - Quantidade de Recomendações do CRPMMIF da Região de Saúde em estudo para outras Instituições de 2008 a 2017

Instituições	Quantidade de Recomendações
Hospital Geral Dr. César Cals	04
Hospital Geral de Fortaleza	01
Hospital Infantil Albert Sabin	01
Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	01
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará	11
Serviço de Verificação de Óbito	05
7ª CRES/Aracati	04
Prefeitura de Icapuí	02
Centro de Referência Especializado em Assistência Social/Aracati	01
Centro de Referência de Assistência Social/Aracati	02
TOTAL	**32**

Fonte: CEARÁ, 2019.

As recomendações aos órgãos competentes ao término de cada análise de óbito são elaboradas pelos membros do comitê e encaminhadas aos gestores das instituições envolvidas com a assistência materna-infantil. Nos anos estudados, 2008 a 2017, identificam-se no quadro 5 recomendações num total de 331 destinadas às secretarias municipais de saúde dos municípios que fizeram ou fazem parte da Região e Fortaleza. Importante ressaltar que a maior parte das recomendações foi encaminhada aos municípios que compõem a Região de Saúde, destacando-se o município de maior porte, município polo e que realiza a maioria dos partos regionais, com a quantidade de 225.

Além disso, do total de recomendações do período encaminhadas aos municípios, 220 foram relacionadas à APS, correspondendo a 95,24% do total. Embora o município de Beberibe não pertença mais à Região de Saúde do Estado em que houve o desenvolvimento deste estudo, ele recebeu no período 20 recomendações do CRPMMIF, fato justificável devido o município ter pertencido à referida Região até o ano de 2012. Para a secretaria municipal de saúde de Fortaleza, onde há os serviços de referência para os partos de alto risco, foram encaminhadas 23 recomendações. O quadro 6 demonstra outras instituições envolvidas com a assistência materna-infantil para as quais foram emitidas recomendações.

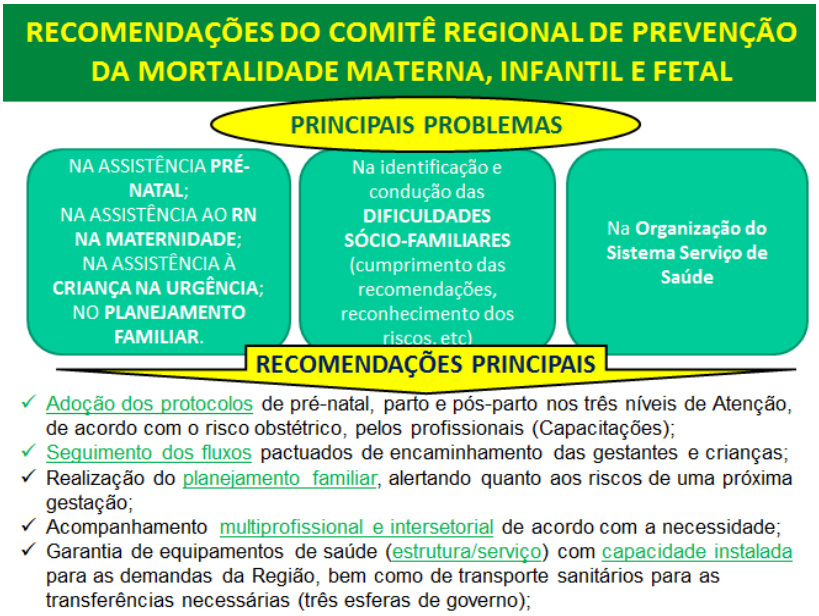
Importante refletir sobre o fato de que as 331 recomendações elaboradas são referentes, em sua quase totalidade, à ocorrência de óbitos evitáveis, exceto no caso de óbitos inevitáveis em que na análise também é identificada a necessidade de recomendações ou alertas a serem realizados no planejamento familiar e ou em um próximo pré-natal com a gestante.

Para compreender o conteúdo das recomendações, bem como as causas evitáveis dos óbitos, fez-se um recorte de tempo na série histórica de 2008 a 2017, estudando-se o último ano da série histórica, 2017, para identificar as recomendações e os principais problemas que deram origem às mesmas.

Diante da análise documental, considerando-se os grupos de classificação dos problemas, do quadro de possíveis problemas identificados no momento da assistência do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, constatou-se que, no ano de 2017, as recomendações elaboradas têm sua origem nos principais problemas a seguir: na assistência pré-natal; na assistência ao recém-nascido na maternidade; na assistência à criança na urgência; no planejamento familiar; na identificação e condução das dificuldades sócio-familiares; e na organização do sistema serviço de saúde.

Em 2017, destacam-se no conteúdo das recomendações elaboradas pelo CRPMMIF aos órgãos competentes as seguintes ações: adotar os protocolos assistenciais de pré-natal, parto e pós-parto; seguir adequadamente os fluxos pactuados de encaminhamento das gestantes e crianças; realizar o planejamento familiar, alertando quanto a possíveis riscos; acompanhar com equipe multiprofissional e intersetorial de acordo com a necessidade; e garantir equipamentos de saúde com capacidade instalada para a demanda do território. Pode-se resumir a essência das recomendações do Comitê diante dos óbitos analisados, no ano de 2017, de acordo com os relatórios, como ilustrado na figura abaixo:

Figura 2 - Resumo dos principais problemas e conteúdo das recomendações do CRPMMIF da Região de Saúde em estudo, no ano de 2017



Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora.

O CRPMMIF, como estratégia de fortalecimento das ações de redução da mortalidade, tem favorecido a qualificação das informações relativas aos óbitos infantis, fetais e maternos e empenhado-se na prevenção de novos óbitos na Região de Saúde. Apesar da gama de atribuições desempenhadas pelos membros do CRPMMIF, observam-se, na série histórica estudada, limitações das atividades do comitê regional, que tem atuado, de um modo geral, na análise dos óbitos infantis, fetais e maternos e na elaboração de recomendações para a prevenção deste tipo de mortalidade.

Com a presente pesquisa, com recorte temporal do ano de 2017, identificou-se que há problemas de diversas origens que geram óbitos evitáveis, desde problemas estruturais e de assistência dos serviços de saúde a problemas relacionados às condições socioeconômicas da família, os quais fundamentam a elaboração de recomendações relacionadas aos três níveis de atenção à saúde.

Observou-se, pelo registro documental das atividades, que todo o trabalho realizado pelos membros do comitê é originado da ocorrência do óbito, sem ter sido identificada nenhuma atividade realizada independentemente de haver a morte infantil, materna ou fetal. Percebeu-se a ausência de registro de atividades educativas e de fortalecimento das ações de promoção da saúde e de prevenção nos territórios junto à gestão ou com profissionais de saúde envolvidos nos setores e serviços da assistência materno-infantil ou intersetoriais para a redução da mortalidade infantil.

As ações de promoção da saúde são estratégias com o objetivo de redução das vulnerabilidades e de riscos à saúde dos cidadãos e coletividades. A promoção da saúde no âmbito da APS é importante para a reestruturação do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010; POTVIN; JONES, 2011).

Nesse contexto, as limitações de atuação dos membros do CRPMMIF identificadas nos levam a refletir sobre o desenvolvimento do trabalho CRPMMIF com o planejamento de novas ações e estratégias. Compreende-se que, potencializando-se as atividades do Comitê em parceria com um cenário privilegiado como a APS, a efetividade e impacto na redução de óbitos infantis podem ser mais amplos.

5.2.2 Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal: as percepções da APS

O Comitê é uma importante ferramenta para que sejam efetivadas as medidas de prevenção de óbitos evitáveis (MANSANO, 2004). Compreendendo este fato e considerando que o referido comitê da Região em estudo está atuante, foi fundamental enxergar o seu conhecimento pelos gestores e profissionais de saúde, bem como a abrangência e avaliação das recomendações à APS que são disparadas pelos membros do comitê.

Para compreender as percepções acerca do fluxo de informações da mortalidade infantil na APS, é necessário descrever o que os gestores municipais e profissionais de saúde conhecem sobre o CRPMMIF. O Comitê é uma ferramenta essencial ao fluxo de retorno com as informações qualificadas da análise e classificação dos óbitos, bem como com a elaboração de recomendações, podendo ter impacto na redução de óbitos evitáveis (BRASIL, 2009; MANSANO, 2004).

Serão descritas nesta categoria o conhecimento e vivências relacionadas ao CRPMMIF, sua atuação, quais informações são geradas pelo Comitê, acesso às informações, avaliação do conteúdo das recomendações e sua adoção nos municípios, de acordo com as percepções dos gestores e profissionais da APS. Além disso, iremos discorrer sobre as ações de prevenção à mortalidade infantil já desenvolvidas na APS, independente do apoio técnico que o Comitê desempenha, identificadas nesta pesquisa, por meio das entrevistas semiestruturadas aos gestores e dos encontros de grupo focal com os profissionais de saúde da APS.

5.2.2.1 Gestão e Atenção da APS: saberes e vivências acerca do CRPMMIF

O grupo dos gestores referiu saber da existência do CRPMMIF e saber pelo menos um dos objetivos de sua atuação. Podem-se verificar estes fatos nas seguintes falas:

> O comitê assim, ele subsidia a gente, a gestão, na tomada de decisão, [...] partindo, assim, de que, a gente não vai procurar erro, não vai caçar bruxa, pelo que eu entendo né, vai é, procurar, o que a gente não se alertou, o que foi que não deu certo, pra que a gente possa corrigir [...] (G_1).

> Eu acho que é um colegiado essencial né? Pra que possa fazer um levantamento, que eu acho que o objetivo de um comitê ações aos municípios pra prevenção, né? classificações de evitáveis, né? Então desse é possibilitar assim, eu acho importante, porém eu tenho algumas dúvidas da efetividade realmente desse comitê [...] (G_2).

Na conversa com os profissionais de saúde, os médicos e enfermeiros de um modo geral afirmaram saber ou achar que existe o CRPMMIF; e os ACS afirmaram achar que existe ou não saber da existência.

> Eu acho que não, não tenho conhecimento. (ACS_1).
>
> Se existe, não tenho conhecimento não. (ACS_2)
>
> [...] a gente sabe que existe, mas não chega até a gente. (NS_1).

Quando a facilitadora dos encontros com grupo focal questionou sobre o que seria o CRPMMIF, alguns profissionais demonstraram desconhecimento, outros revelaram propriedade em saber do que se tratava o comitê:

> Não foi passado pra nós não como ACS. Até pra mim, né? Eu tô falando por mim, achei até interessante quando você falou, comitê Regional, né? Não passaram ainda pros ACS o que realmente é esse comitê [...] (ACS_3).
>
> [...] o comitê ele é um grupo de profissionais, né? Que representam cada município [...] estudar a situação que provocou aquela morte, as causas, o que poderia ter sido feito pra prevenir e dali a gente arranjava algumas formas de prevenção, de aconselhamento, de tá prevenindo óbitos futuros. (NS_2).
>
> Eu acho que é uma reunião, né? De profissionais que lidam com a saúde, de profissionais diferentes, [...], para discutir, tanto as mortes que ocorrem, e as causas e traçar estratégias pra combatê-las, diminuir o número de mortes que aconteçam por aquela causa. (NS_3).

Para os que relataram não conhecer, foi instigado que eles dissessem o que imaginavam ser a atuação de um comitê com esta nomenclatura de Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Houve falas com os seguintes conteúdos, por exemplo:

> Eu acredito [...] que engloba toda a região[...] lança a proposta, ações em busca de alguma melhoria, se está acontecendo, assim, é a minha percepção. Se está acontecendo uma determinada agravante de mortalidade materna infantil, então ele tem que ir até aquele local, é, trazer, investigar o que está acontecendo pra poder diminuir essa mortalidade [...]. (ACS_4).
>
> Eu acho que assim, eles fazem um levantamento, pra poder, é, passar pros municípios, é, tipo assim, dá um exemplo, “olha, nesse canto, fizeram isso, isso e isso e diminuiu a mortalidade infantil, materno-infantil e fetal, tantos por cento, então vamos ver se esse trabalho que a gente fez nesse município dá certo nesse outro, eu acho que seja mais ou menos isso. (ACS_5).
>
> Eu acho que o comitê é isso: é analisar os dados e através desses dados reformular prevenções, entendeu? Pra que não aconteça mais o óbito. (ACS_6).
>
> [...] mas se existe esse comitê, eu acho que é pra ter o levantamento, os dados dos casos, da quantidade e até pra fazer ações também pra que não aconteça, eu acredito né. (ACS_7).

Observa-se que os conceitos sobre o que é o CRPMMIF, emitidos nas falas dos gestores e dos profissionais, representaram, em sua maioria, o que de fato é o conceito deste colegiado. O Comitê é composto por diversos profissionais atuando para o fortalecimento da investigação, qualificação da informação, análise dos óbitos, elaboração de recomendações para a prevenção de óbitos evitáveis e divulgação das informações elaboradas pelos membros (BRASIL, 2009).

Foi possível perceber que, mesmo quem não tinha conhecimento sobre este grupo de profissionais, sugeriu conceitos e atividades por eles desenvolvidas pertinentes à realidade. Entretanto, perceberam-se na maioria das falas dos profissionais da APS suposições sobre o que é o CRPMMIF, demonstrando não terem clareza ou certeza do que seja este colegiado e sua função no contexto da saúde pública.

De forma análoga ao encontrado nesta pesquisa, estudo ecológico em Minas Gerais, por meio de questionário aplicado a um membro dos Comitês Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal ou aos profissionais responsáveis pela investigação dos óbitos, encontrou como resultado que em geral há um desconhecimento das atribuições do comitê e, de acordo com as respostas, a percepção está mais ligada ao cumprimento de metas de investigação estabelecidas pelo Governo do Estado do que a atividades de prevenção de óbitos evitáveis. O referido estudo em 33 municípios mineiros remete à necessidade de sensibilização dos profissionais para compreensão do real papel do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (DUTRA *et al.*, 2015).

No que diz respeito à importância da atuação do comitê, foram tecidas algumas falas bem positivas, a serem destacadas a seguir:

> A minha percepção é que ele, primeiro ele permitiu a criação do comitê de mortalidade no município, uma vez que os profissionais se sentem mais empoderados para reproduzir o modelo dentro do município. [...] o que é que discutido no Regional, empodera os trabalhadores do município pra que eles façam as ações junto das unidades básicas de saúde. Talvez se o Regional não tivesse instituído, o comitê municipal não tivesse tanta força, assim, de operar, então ele funciona como uma mola propulsora da discussão da mortalidade materna e infantil. (G_3).

> Eu vejo a importância do comitê em vários aspectos, primeiro, melhoria da qualificação da informação do SIM, investigação de 100% dos óbitos de toda a nossa região, você vendo analisar Estado do Ceará, se você pegar, investigações de óbitos, MIF, infantil e fetal, eles não atingem 40 a 50%, onde que na nossa região devido o comitê, ele foi que fortaleceu, pra trás, se você for analisar, todos os óbitos não eram analisados mesmo, 100% não. (G_4).

Constataram-se ponderações a respeito de algumas limitações da atuação do CRPMMIF que partiram somente do grupo dos gestores:

> Eu acho importantíssimo, né, porque ele se efetiva né quando vêm as recomendações pros municípios [...], mas eu não sei até que ponto ele vai realmente se efetivar, por exemplo, dentro de uma unidade hospitalar, dentro dos municípios, se os municípios seguem à risca as recomendações, né? Se dentro desse comitê existe um estudo de levantamento dos impactos que foram levantados, né? (G_2).

Esta percepção das fragilidades do Comitê do G_2 foi constatada em estudo realizado a respeito do funcionamento do Comitê do Estado de São Paulo, em que se observaram pequena autoridade institucional e limitadas atuações políticas e de controle social relacionadas ao desenvolvimento de suas ações. Pesquisa com a análise da implementação de comitês de estudo de morte materna, no estado de São Paulo, sugere necessidade de fortalecimento do comitê como ferramenta de investigação e de elaboração de recomendações para a redução da Mortalidade Infantil (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

Na região em estudo, embora o CRPMMIF fomente as ações de investigação nos municípios, realize as análises dos óbitos e elabore recomendações aos órgãos de gestão, não se tem retorno de todos os órgãos a respeito das medidas adotadas. Identificamos no cenário do território desse estudo a recorrência de causas e fragilidades que, se corrigidas, poderiam evitar muitos óbitos. Estes fatos sugerem a necessidade de haver nova pactuação entre os gestores para alinhar quanto à importância deste retorno, à exemplo do que já foi realizado anteriormente nos espaços de reuniões de CIR.

Assim como foram apontadas limitações de atuação do CRPMMIF da Região em estudo que são relacionadas a vários fatores, estudo realizado no estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar a implantação dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil, identificou em grupos focais com membros dos comitês regionais e municipais as dificuldades nos processos de trabalho dos comitês. Os principais fatos que dificultam a atuação dos comitês são: falta de estrutura administrativa e material; ações não contempladas nas instâncias de planejamento; falta de respaldo dos níveis superiores de hierarquia; atividades conduzidas por iniciativas isoladas; ausência de coordenação, apoio e articulação de ações para reduzir a Mortalidade Infantil no estado (VENÂNCIO; PAIVA, 2010).

O G_2, apesar de reconhecer a importância do Comitê, questiona a efetividade do colegiado, indagando-se quanto à existência no Comitê de um estudo dos impactos no território acerca de ações disparadas pelas recomendações elaboradas pelos membros. O que é apontado na fala desse gestor foi demonstrado igualmente em estudo de revisão integrativa realizado em 2015 que identificou, como principais dificuldades dos comitês regionais, a baixa adesão às recomendações e a falta de um sistema de monitoramento do que está sendo ou não

implementado de acordo com o que sugerido nas recomendações elaboradas pelos membros dos comitês (RUOFF, 2016).

Claramente nos é instigado refletir sobre o modo de atuação enquanto membro do comitê, de modo que se realize um planejamento, envolvendo e corresponsabilizando os gestores para que o dedicado estudo técnico empregado nas análises dos óbitos de apoio à gestão seja mais oportuno e o fluxo das informações não fique truncado e não reduza o grande potencial do resultado das análises para impacto positivo nos territórios.

Na mesma lógica o G_5 se refere ao alcance das recomendações elaboradas pelo estudo técnico dos membros do comitê, ao passo em que demonstra sua insatisfação, enquanto membro atual do comitê, em estar de modo recorrente analisando óbitos evitáveis devido aos mesmos problemas outrora identificados:

> Assim, a gente sabe que é de suma importância, o comitê regional, principalmente né pra questão de monitoramento, dos óbitos evitáveis, dos inevitáveis, só que, ao mesmo tempo que ele tem essa importância né, muito grande, a gente sente também, é, que, ele fica um pouco amarrado a algumas situações [...], daqui a pouco a gente tá analisando um óbito que aconteceu da mesma forma, então qual a resolutividade daquilo, né? [...] Às vezes eu tenho a sensação de nadar, nadar, e morrer na praia. (G_5).

A limitação do cumprimento das recomendações remetidas aos órgãos competentes tem provavelmente relação com o fato de as iniciativas de prevenção da mortalidade serem conduzidas pelos membros do comitê sem ter este colegiado apoio em outras instâncias para o cumprimento das recomendações elaboradas com o objetivo de redução da mortalidade infantil ou para que as mesmas subsidiem planejamentos. Este fato provavelmente justifica a ocorrência de óbitos infantis que, mediante análise do CRPMMIF, são evitáveis e originados de causas recorrentes na região de saúde.

Em contexto similar de atuação dos comitês, estudo em São Paulo concluiu que o papel dos comitês regionais e municipais na redução da mortalidade infantil pode ser comprometido por, além de infraestrutura insuficiente, problemas técnico-operacionais e políticos (VENÂNCIO; PAIVA, 2010).

Sugestões para a melhoria do desempenho do CRPMMIF surgiram durante as entrevistas:

> [...] o que talvez a gente precisa ainda melhorar seria o que? Ocorrência de mais reuniões, por devido o grande volume de óbitos que está ocorrendo [...] a gente está um pouco atrasado com a análise desses óbitos no comitê, [...], seria simplesmente, é, a oportunidade melhor das análises [...]. (G_4).

A contribuição do gestor municipal, G_4, em indicar a necessidade de maior frequência das reuniões do CRPMMIF é pertinente, devido ao atraso de análises dos óbitos, como o próprio referiu em sua fala. Além disso, o necessário aumento do número de reuniões se alinha ao fato, constatado no histórico das atividades do CRPMMIF, de que há limitação de atuação na atividade de análise de óbitos, o que permite supor que não existem reuniões de planejamento ou com o objetivo de atendimento às outras atribuições dos membros do comitê.

Apesar da compreensão da fundamentada sugestão do gestor, sabe-se que, quanto ao atraso das análises e o necessário aumento da frequência das reuniões, requer amadurecimento de uma estratégia que contemple o atual contexto de dificuldades de implementação dos comitês regionais do estado do Ceará, tendo em vista a dificuldade de ter nestes eventos a presença imprescindível dos profissionais médicos para o sucesso das análises. Este fato é constatado em estudo no estado do Ceará, analisando a implantação e operacionalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que apresenta como resultado de suas entrevistas a membros dos comitês municipal, regional e estadual a dificuldade em envolver o profissional médico no processo (ARAÚJO, 2012).

Diante do cenário da Região em estudo, ainda é percebida a dificuldade de realizar reuniões mais frequentes conciliando com a agenda dos médicos obstetra e pediatra, o que não viabilizaria análises tão precisas quanto com o olhar destes especialistas. Esse fato é o grande gargalo que há em outras Regiões de Saúde cearenses que impede por completo a atuação dos comitês regionais no que se refere à realização de análises de óbitos.

5.2.2.2 Produção e fluxo de informações geradas pelo CRPMMIF na perspectiva da APS

O acesso às informações geradas pelos comitês de prevenção da mortalidade é importante para gestores e profissionais de saúde, como por exemplo a análise detalhada dos óbitos infantis e fetais (FERNANDES *et al.*, 2013).

Nesse contexto da relevância das informações geradas pelos comitês, verificamos nos encontros de grupo focal e entrevistas como tem acontecido o acesso às análises dos óbitos. Considerando serem as informações geradas pelo CRPMMIF os relatórios das reuniões, contendo as análises dos óbitos e as recomendações aos órgãos competentes, apenas dois participantes do grupo dos gestores referiram nunca terem tido acesso às recomendações emitidas pelo CRPMMIF, os demais afirmaram sempre ter recebido.

> Sim, a todas! A gente sempre recebe via e-mail, às vezes, aqui acolá vem por ofício né, em físico, mas a maioria das vezes a gente sempre recebe por e-mail. (G_5).
>
> [...] eu sempre tenho acesso, porque sempre, eu recebo né o relatório, que é o relatório final que vocês encaminham para os gestores. (G_4).

Já o grupo dos profissionais de saúde afirmou não ter recebido nenhuma informação gerada pelo CRPMMIF, a exemplo do que fala o ACS_8.

> Eu nunca vi ser repassado, assim, pra gente ou pra população, eu acho que, falta esse repasse de informações até pra população, em geral, não só pra um pequeno grupo específico de profissionais da saúde, né? Eu acho que deixa muito a desejar. (ACS_8).
>
> É, na verdade esse *feedback* tá deficiente, não chega, não tem um retorno. (NS_4).

Mesmo com a referência do grupo de profissionais de saúde indicando não ter acesso às recomendações do CRPMMIF, a maior parte dos gestores apontou, nas entrevistas, realizar o repasse das recomendações aos profissionais da APS por meio de reuniões:

> [os enfermeiros] Têm [acesso às recomendações], através do comitê municipal. (G_3).
>
> Os enfermeiros [têm acesso às recomendações], alguns médicos, os mais antigos, [...] a gente tem aquela equipe que já participava do comitê, mas quando o óbito ocorre em uma determinada área, a equipe daquela área é convidada a participar daquela reunião, pra analisar junto com o comitê municipal aquele óbito. (G_5).
>
> [as recomendações] chegam [aos profissionais da APS] porque a gente passa por reunião [...] (G_2).

Os gestores tiveram a oportunidade de relatar quais as estratégias que comumente adotam para viabilizar o fluxo de informações do CRPMMIF para os profissionais da APS:

> [...] nas reuniões mensais, as reuniões das UBS, [...], diante das recomendações que passadas, são discutidas, a coordenação da AB discute essa problemática nas reuniões de planejamento da UBS, porque pra vê o que aconteceu principalmente na UBS onde possivelmente aconteça as situações. (G_2).
>
> A principal [estratégia] é o Comitê Municipal de mortalidade, [...] e a grande estratégia é propiciar a participação do município dentro do Comitê [regional], uma vez que a gente tem dificuldade de carro, mas isso é algo priorizado, pra gente tá entendendo o que tá funcionando, a gente tá conseguindo fazer com que as unidades básicas de saúde tenham em mente as preocupações sobre estratégias de redução de mortalidade. (G_3).
>
> A gente sempre utiliza das reuniões de equipe, que a gente sempre faz, [...] principalmente quando é naquela equipe, a gente já reforça: “olha pessoal, aconteceu esse óbito aqui, a gente analisou no comitê municipal, foi assim, lá no comitê regional foi assim, as recomendações são essas, então vamos fazer, vamos impedir que novos óbitos aconteçam” e repassam pras outras também [...] (G_5).

Houve também gestor que afirmou não estar adotando estratégia tendo em vista as recomendações emitidas ao município pelo comitê regional não estarem sendo repassadas aos profissionais da APS. Outro, já afirmou não ter recebido recomendações do CRPMMIF em seu período de atuação na gestão, projetou o que faria caso recebesse alguma recomendação dessa natureza:

> A estratégia seria reunião. Eu chamaria todos os profissionais pra saber o que estava acontecendo e o que a gente poderia fazer pra melhorar pra que aquilo não acontecesse mais (G_6).

Para os profissionais de saúde, houve a unanimidade no desconhecimento das informações geradas pelo CRPMMIF:

> Nada, eu não sei de nada. (NS_5).

Neste contexto, questionou-se aos profissionais de saúde o que poderiam supor que é produzido de informações pelos membros do Comitê. Dessa forma, surgiram algumas suposições:

> Eu tenho mais ou menos a ideia de que pode ser assim, tipo uma investigação, a gente ter um trabalho melhor pra que tenha um combate, pra que não chegue nesse momento de mortalidade infantil. (ACS_9).

> [...] o objetivo dele é receber as informações do acontecido, porque aconteceu e possa ser até que seja também, bole a estratégia de evitar que isso venha acontecer novamente. (ACS_{10}).

> Basicamente uma estatística né? [...], o colher dados e estabelecer o que pode ser feito, as causas e o que pode ser feito para ser evitado. (NS_6).

> Vê se os nossos hospitais, na parte secundária e terciária, se tá funcionando, a questão do fluxo. Acho que no geral seria gerar indicadores pra definir as fragilidades né? (NS_7).

Os profissionais de saúde citaram o que possivelmente pode estar dificultando o acesso deles às informações geradas pelo CRPMMIF:

> Por exemplo, no meu posto teve um óbito fetal e não teve nenhum *feedback* pra gente [...] nenhuma reunião pra dizer: olha, a fragilidade foi em tal local por isso, isso e isso, devido tal coisa, pode melhorar isso, isso e isso. A gente [...] tem interesse em saber o que foi a causa, mas no sentido até mais amplo, não existe *feedback* em relação a várias coisas porque não existe reunião dos médicos com a secretaria. (NS_8).

> [...] pronto, a informação não chega até a mim, né? A pergunta, o que dificulta? Eu nunca pedi, mas também nunca chegou, né? Não sei se é isso que tá dificultando chegar até a mim, mas também nunca chegou, né? Talvez seja, não sei qual é a ordem aí do fluxo, né? (NS_9).

> O que dificulta, é justamente esses dados serem negativos, né? Esses dados serem negativos e acabar, é..., denegrindo a imagem do município ou da regional, da região, assim. Eu acho o que dificulta é isso, que deveria ser facilitador, né? (ACS_6).

Observou-se que, na opinião dos profissionais, os fatores que dificultam o acesso às informações geradas pelo comitê são principalmente: a ausência de retorno da gestão quanto às informações geradas pelo CRPMMIF; desconhecimento da existência dos comitês municipais e regional; falta de iniciativa do profissional em busca das informações das análises; resistência em divulgar dados negativos referentes às falhas que conduziram ao óbito.

Houve acréscimo de sugestões acerca da importância do retorno das informações aos profissionais da APS, bem como de ampliar a dimensão da abrangência do conhecimento:

> Porque eu acho importante assim, a recomendação é pra um grupo, né? De uma equipe, mas que seja apresentado para todos, porque o que é recomendado pra você, fica em alerta, pra se a gente não fez aquela ação, uma atenção maior pra aquela situação, a gente passa a ter. Eu sinto falta dessa parte, sabe? Dessas recomendações. Não sei se chega pra quem realmente. (NS_{10}).

> [...] o conhecimento compartilhado faz a gente crescer bem mais do que guardar o conhecimento pro... pra um determinado grupo, podendo disseminar pra toda comunidade pra poder ajudar, seria bem melhor. (NS_{11}).

As ponderações das falas acima dos profissionais de saúde NS_{10} e NS_{11} vão ao encontro do que é evidenciado em pesquisa que revela ter evidências de que as ações em saúde que visam à redução dos óbitos infantis na APS apresentam fragilidades, mesmo estando adequadas ao que recomendam as políticas de atenção à saúde. É necessário o aumento do conhecimento dos profissionais de saúde para que planejem suas ações da maneira mais adequada à redução da Mortalidade Infantil (CARETI *et al.*, 2016).

Considerando a conclusão de análise de óbito pelo CRPMMIF que configure a identificação de falhas na gestão municipal em relação às condutas de pré-natal, a disseminação das informações com o grupo de profissionais que compõem a APS possivelmente surtiria efeitos positivos no território, na prevenção dos óbitos infantis evitáveis. As causas relacionadas ao acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde estão entre as principais elencadas na mortalidade infantil (SILVA *et al.*, 2015; FRANK *et al.*, 2016). Ressalta-se a colocação do profissional para que as recomendações, embora direcionadas a um grupo ou a uma equipe que porventura tenha apresentado falha de conduta, devem ser compartilhadas para alertar as demais.

Acrescenta-se à referência acima saber que os índices de hospitalização de crianças por causas sensíveis à APS com quadros de possíveis prevenções e as taxas de mortalidade no componente neonatal precoce fazem parte dos indicadores de relevância que se configuram desafios para a redução da Mortalidade Infantil. A estes indicadores atribuem-se fragilidades nos processos de planejamento e oferta de serviços de pré-natal na APS (SILVA *et al.*, 2015). Assim sendo, reforça-se a necessidade de repasse e conhecimento das informações acerca da ocorrência dos óbitos para realização de planejamento estratégico e redução dos riscos para a prevenção de novos óbitos decorrentes de falhas de conduta na APS.

Dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, 100% afirmaram nunca terem tido acesso às informações geradas pelo CRPMMIF. Questiona-se esse resultado de constatação de que as informações geradas pelo CRPMMIF não alcançam os profissionais da APS, diante do fato de os gestores participantes desta pesquisa terem afirmado o repasse delas à APS. Estudo realizado em município do interior de São Paulo mostra que apenas 51,9% afirmam que a equipe de saúde tem participação nas reuniões para planejamento de ações de saúde de um modo geral (CARETI *et al.*, 2016). O fato de não estar havendo sistematicamente as reuniões com os profissionais da APS pode ter contribuído para a quebra do fluxo de retorno das informações.

Além disso, nos remete a buscar estratégias que mobilizem os gestores a seguir um fluxo de informações de retorno aos profissionais da APS para que o produto das análises dos óbitos seja oportuno para melhoria da atenção à saúde e consequente redução da Mortalidade Infantil por falhas na APS.

Relacionado à avaliação do conteúdo das recomendações e quanto à adoção delas nos municípios, apenas foi possível ao grupo de gestores falar, já que foram os únicos que apontaram ter acesso às recomendações elaboradas pelo Comitê. Apenas um gestor afirmou não estar sendo adotado o que é recomendado pelo CRPMMIF; outro não soube opinar, justifica-se pela falta de acesso às recomendações; outra disse nunca ter recebido recomendações, mas caso recebesse certamente adotaria em seu município, por confiar no colegiado regional; e os demais disseram sempre adotar 100% das recomendações.

> Aqui no nosso município elas são atendidas, as recomendações são atendidas. (G_4).
>
> Com certeza adotaria [as recomendações], eu confio demais. (G_6).
>
> Adotado o que? As recomendações? A gente não tem adotado! (G_7).

> [...], o comitê municipal senta comigo, discute comigo [sobre as recomendações do comitê regional], inclusive, o que é que nós vamos implantar no município e o que é que nós não vamos implantar no município. (G_3).

No presente estudo, os gestores entrevistados afirmam que já tiveram a oportunidade de receber e adotar as recomendações encaminhadas pelo CRPMMIF. Este resultado contraria o que apresentam estudos quanto às limitações na atuação dos comitês, em se tratando da adoção pelos gestores municipais.

Em revisão integrativa, realizada em 2015, observou-se dentre as principais dificuldades dos comitês regionais a baixa adesão às recomendações emitidas aos órgãos competentes (RUOFF, 2016). Na presente pesquisa, é marcante o fato de os gestores municipais da região em estudo afirmarem adotar as recomendações que recebem do CRPMMIF. A adoção das recomendações de que aqui tratamos são no âmbito dos municípios da Região de Saúde, o que pode ser uma explicação para termos um resultado positivo em relação à postura dos gestores em adotá-las. De modo diferente, observamos na prática enquanto membro do comitê que muitas vezes não é o que ocorre nos outros níveis de atenção à saúde, secundário e terciário.

Entretanto, é muito fundamentada a decisão dos gestores da região estudada em adotar as recomendações, visto que há pesquisas demonstrando ser o indicador de Mortalidade Infantil destaque para que a gestão defina prioridades em planejamentos das ações e serviços de saúde (FRIAS *et al.*, 2011). Além disso, o trabalho realizado pelos comitês de prevenção do óbito infantil pode ter impacto direto na redução da mortalidade infantil (MANSANO *et al.*, 2004).

Em relação ao conteúdo das recomendações houve discordância de opiniões:

> Até hoje as recomendações foram absolutamente pertinentes, foram oriundas a processos de trabalho, né, não são recomendações meramente burocráticas ou fora da nossa realidade e, é, o que ele me ajuda é porque ele não é só um ato de gestão do secretário, é uma cadeia de comando da política de saúde pública, então ele reforça o meu poder de gestor, quando vem de mais de uma instância essas recomendações. (G_3).

> [...] as recomendações elas são muito boas, elas são, é assim, é específica, é o ideal, [...] as recomendações elas vão realmente ao fundo, ao certo, a recomendação ela é correta, ela é feita da melhor maneira possível só que alguns cumprem e outros não. (G_5).

> As recomendações têm uma relevância muito importante na gestão, apesar de ter algumas recomendações que não dependem só do gestor como a gente já visualizou, UTI neonatal, quando envolve a questão da infraestrutura, pediatra 24 horas, que a gente vem pedindo, que não vem, que falta financeiro pra que a gente melhore. (G_4).

O G_2, na fala a seguir, apontou uma grande fragilidade, afirmando considerar o conteúdo das recomendações superficial, embora enalteça em sua fala o grande potencial que a equipe multiprofissional do CRPMMIF tem para qualificar ainda mais as recomendações encaminhadas aos órgãos competentes, conforme citação a seguir:

> Eu avalio muito superficial, eu acho que as recomendações precisam ser mais descritivas. Por exemplo, é, "intensificar as consultas de pré-natal", é muito vago, né? E, assim, o comitê poderia estabelecer umas recomendações mais detalhadas, sugerindo possibilidades, entendeu? Dando dicas até, claro, isso aqui a gente pode discutir a nível municipal, mas um comitê intersetorial tem vários profissionais, um médico que é especialista em ginecologia, obstetrícia, então pode de repente surgir algumas recomendações bem elaboradas específicas que eu acredito que vá colaborar pra mais ainda com o processo. (G_2).

Conforme referido pelo G_2, o que ocorre na Região de Saúde é que, diante da grande demanda de necessidade de análise de óbitos, as recomendações do CRPMMI têm conteúdo resumido que dá um direcionamento das atividades a serem desenvolvidas no município ou em outro setor, ficando a critério deles elaborar as estratégias que mais se adequem ao seu real contexto de recursos e peculiaridades do território.

As ações desempenhadas pelo CRPMMIF da Região de Saúde estudada são basicamente a análise dos óbitos infantis, maternos e fetais e elaboração de recomendações para a prevenção de novos óbitos mediante os problemas relacionados à mortalidade. As reuniões não têm acontecido de modo frequente nos últimos anos, o que pode estar tornando o conteúdo das recomendações muito sucinto.

Os resultados aqui apresentados sugerem como desafios para melhor apoiar os gestores da Região de saúde no planejamento das ações e tomadas de decisão para a redução da Mortalidade Infantil: repensar o conteúdo das recomendações remetidas aos gestores e potencializá-las com a incorporação de outras atribuições aos membros do comitê.

Os gestores apontam ter acesso às informações geradas pelo CRPMMIF, como relatórios e recomendações. Embora haja, nas falas deles, críticas em relação ao conteúdo das recomendações elaboradas à APS para a prevenção dos óbitos evitáveis, eles afirmam adotá-las traçando estratégias internas com seus profissionais para a redução da Mortalidade Infantil.

Apesar de os gestores apontarem estratégias para facilitar o acesso às informações geradas pelo CRPMMIF aos profissionais da APS, constatou-se que as recomendações não chegam aos profissionais da APS, nem mesmo o repasse sobre as fragilidades que geraram o óbito materno, fetal ou infantil relacionados às famílias de sua área de abrangência para a melhor compreensão dos acontecimentos e prevenção de novos óbitos.

A constatação do truncamento do repasse das informações oriundas das análises do comitê indica a necessidade de reorganizar as etapas de processo que se sucedem após o encaminhamento de relatórios e recomendações aos órgãos competentes, especialmente os óbitos relacionados às fragilidades na APS, inserindo a participação efetiva do CRPMMIF.

A estratégia de incluir os profissionais de saúde nas reuniões de análises dos óbitos pode ser uma alternativa para a garantia de acesso às informações e resultados de análises de óbitos. Corroborando com essa ideia, estudo descritivo exploratório na 15ª Regional de Saúde do Paraná, conclui que as análises dos óbitos devem ser realizadas com maior proximidade dos profissionais de saúde, no intuito de melhorar a qualidade das análises, visto que a equipe conhece melhor a gestante (MATHIAS, 2008).

5.2.2.3 Práticas de Prevenção da Mortalidade Infantil na APS: novas possibilidades de atuação do CRPMMIF

Há a possível relação entre a cobertura de equipes da ESF com a redução dos percentuais de mortalidade infantil. Em análise da mortalidade infantil e a ESF nos 26 estados brasileiros no período de 1998 a 2008, obteve-se a possível associação entre a redução das taxas de mortalidade infantil e o aumento da cobertura pelas equipes de ESF (CECCON, 2014). Da mesma forma, estudo no Ceará, realizado pelo IPECE, demonstrou em 2010 que as ações e serviços que as equipes de saúde da família realizam foram efetivos na redução das taxas de Mortalidade Infantil (CEARÁ, 2010).

De um modo geral, os gestores e profissionais da APS que participaram deste estudo reconhecem o diferencial que suas atividades fazem na prevenção da Mortalidade Infantil. Embora os profissionais de saúde e parte dos gestores tenham apontado não terem acesso às recomendações de medidas de prevenção do óbito infantil disparadas pelo CRPMMIF, verificou-se que os participantes da pesquisa, exceto um gestor, visualizam em suas práticas atividades desenvolvidas no cargo de gestão ou na sua categoria profissional na APS que contribuem para a redução da Mortalidade Infantil, independente do apoio técnico do comitê.

Nas discussões nos encontros com os profissionais da APS, foram listadas atividades de prevenção da Mortalidade Infantil. Nas entrevistas individuais, apenas um gestor não identifica na sua prática diária atividade promotora da redução da Mortalidade Infantil, os demais relataram ações relacionadas à prevenção do óbito.

O grupo de gestores elencou como ações inseridas na sua atuação para a redução da Mortalidade Infantil a oferta de infraestrutura adequada das unidades de saúde, garantia de um

pré-natal de qualidade, realização da investigação do óbito infantil, oferta de profissionais de saúde capacitados, garantia de exames laboratoriais à gestante, atenção e orientação quanto à estratificação de risco e à vinculação das gestantes, sensibilização das gestantes e puérperas com estratégias novas, realização de grupos de gestantes, garantia de no mínimo sete consultas de pré-natal, oferta de equipe multiprofissional e contribuição com a elaboração do relatório dos óbitos infantis e encaminhamento deles para a enfermeira da UBS.

As falas a seguir demonstram de um modo geral a percepção dos gestores:

> A gente tem algumas estratégias, né? Por exemplo, a gente garante no mínimo as sete consultas, né? A gente preconiza que elas realmente aconteçam, né? A gente efetiva a busca ativa das gestante pra que a gente possa iniciar o pré-natal da forma mais rápida e eficiente possível, garantir todos os exames preconizados [...]. Além dessas ações, a gente tem os grupos das gestantes de forma intersetorial, que é feito com enfermeiros da saúde e assistentes sociais do CRAS, né? Tem o pessoal do NASF fazendo o atendimento compartilhado né, além do pré-natal com a enfermeira e o médico, os profissionais do NASF também fazem a consulta de pré-natal, [...] que a gente acredita que vá amenizar e reduzir uma série de situações. (G_2).
>
> [...] focar na boa qualidade do pré-natal, garantir os exames laboratoriais para as gestantes, e, é, ficar atento à estratificação de risco delas para garantir o vínculo adequado aonde ela vai fazer o parto. (G_3).
>
> [...] quando a gente identifica que já ocorreu o primeiro óbito fetal, quando essa gestante que já tem aquela recomendação, esses mesmos relatórios que eu faço, eu encaminho e vai pra dentro do prontuário, com as recomendações, [...], porque aquele relatoriozinho que eu apresento lá eu anexo e dou pra enfermeira da área colocar dentro do prontuário, quando, nem que venha médico novo, que as enfermeiras são as mesmas, elas já têm real situação de todo o caso da gestação anterior. (G_4).

O grupo de profissionais de nível superior elencou como atividades de prevenção do óbito infantil nas suas práticas na APS: puericultura; pré-natal; diagnóstico do contexto socioeconômico; busca ativa de gestantes e crianças; planejamento das ações com base nas vulnerabilidades; visitas domiciliares de pós-parto e de puerpério; imunização; incentivo ao aleitamento materno; orientações para as mães sobre os primeiros cuidados, higiene dos alimentos, autocuidado da família; e planejamento familiar.

A relevância do contexto social e do planejamento das ações baseado nas vulnerabilidades foi citada pelas categorias profissionais médico e enfermeiro em dois dos três grupos de profissionais de nível superior que participaram da estratégia de grupo focal, notadamente nos relatos:

> Bem, as minhas ações, eu baseio as minhas ações nos pontos de vulnerabilidade que eu percebo, né? Das famílias, como pobreza, difícil acesso ao hospital, à unidade básica, questão de alimentação, questão de conhecimento próprio, né? Às vezes a

> pessoa não se alimenta bem porque não tem conhecimento do que é uma boa alimentação, também percebo muito isso e me baseio basicamente nisso [...] (NS_6).

> O próprio pré-natal em si, porque fazendo o acompanhamento desde o início, precoce já, e já marcando as próprias consultas delas, vendo a situação também da família, inclusa, porque é..., mortalidade infantil também envolve vários fatores também que são relacionados à dinâmica familiar que entra também a consulta de puericultura. (NS_{11}).

O planejamento das atividades que define os atendimentos médicos de prioridades considera alguns critérios e determinantes do contexto social em que a criança está inserida (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013). Sabendo-se que as condições da mãe contribuem para a mortalidade infantil, para fomentar a qualidade da assistência ofertada de modo a apoiar o monitoramento da mortalidade e a avaliação das ações e serviços de saúde, é importante compreender os fatores de riscos sociais do território (FERREIRA *et al.*, 2014; GAIVA *et al.*, 2013).

Além do relato das principais ações desenvolvidas, que na percepção deles reduzem a Mortalidade Infantil, foi citado por um profissional médico ser necessária boa relação entre a comunidade e a equipe, como um pilar da prevenção aos óbitos:

> É importante que haja, antes de tudo, uma boa relação entre a comunidade e a unidade, porque se não houver essa troca, essa confiabilidade da população, saber que pode contar com aquela equipe, tanto é difícil ir pra acompanhar um bom desenvolvimento e agravos, como é complicado procurar, se houver. Então acho que ter uma boa relação entre a equipe de saúde e a comunidade. Ela tá inserida realmente naquele contexto é importante pra prevenção, porque é ali que tá reunido a fonte de informação, de educação em saúde. Então acho que isso é um fator, um pilar dessa prevenção. (NS_{12}).

Os ACS citaram exemplos de atividades de prevenção ao óbito infantil que estão presentes em suas rotinas de trabalho: a busca ativa de gestantes e crianças; planejamento familiar; captação da gestante para o início do pré-natal; observação dos movimentos fetais; cuidados com gravidez na adolescência; alerta quanto ao uso do cigarro na gestação; orientações sobre o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento na UBS; palestras e outras atividades coletivas; abordagem em palestras de temas como alimentação, consumo de bebida alcoólica e desnutrição; visita domiciliar; prevenção e orientação quanto às diarreias; entrega de soro; marcação de consultas; repasse de informações das famílias às enfermeiras; vigília dos primeiros exames; marcação e avaliação da puericultura; conscientização quanto à importância do pré-natal; incentivo ao aleitamento materno; orientações e ensinamento sobre a pega correta da mama; realização da avaliação antropométrica e verificação da evolução de peso; orientação sobre a imunização; identificação de sinais de possível depressão;

acompanhamento da gestante até parir; e verificação do cotidiano da mãe, alimentação, qualidade de vida, convivência familiar.

Interessante perceber a dimensão do vínculo desenvolvido pelos ACS quando nas falas relacionadas às atuações que colaboram para a prevenção é referido o fato de haver o acompanhamento da gestante no momento do parto e no período do pós-parto com o retorno da puérpera à comunidade:

> [...] eu acompanhei mais de 500 partos [...], de eu acompanhar a gestante, deu ficar com ela lá pra parir, eu só sair de lá depois [...] de tanto a gente acompanhar a gestante, ela cria uma confiança na gente, elas faz questão de eu acompanhar elas pro hospital. Aí tem muitas que diz: "quando eu for ganhar neném, quero tu do meu lado". (ACS_{11}).

> [...] no meu conhecimento eu acho muito importante quando ela chega da maternidade e as nossas visitas nos primeiros dias, [...], sempre que a minha chega elas vêm do hospital muito tensa, vêm carente, assim... precisa eu praticamente passo meio dia lá com elas, porque a questão da mamada, minha filha, é muito difícil pra elas, [...] (ACS_{12}).

Outro fato que chamou atenção foi a sensibilidade de um ACS em apontar a observação do que é realizado na convivência da puérpera, dentro do seu contexto familiar, para identificação de sinais de possíveis problemas com a saúde mental:

> [...] a gente tem que analisar o cotidiano da mãe, né? Da puérpera, é, alimentação, né? A qualidade de vida que ela tem, né? A convivência familiar, então a gente tem que analisar tudo isso também, porque muitas vezes a puérpera, ela tá ali e com uma... desenvolvendo uma depressão pós-parto e, muitas vezes, as pessoas da família não têm essa visão de poder perceber o que tá acontecendo e nós, como ACS, nós já temos uma visão mais ampliada, [...] (ACS_{13}).

Importante visualizar as perspectivas dos participantes da pesquisa para compreender melhor a realidade do território. Em conclusão de estudo em Londrina, Paraná, acerca da percepção de profissionais gestores sobre mortalidade infantil, autores afirmam que entender a percepção dos gestores e profissionais quanto aos desafios e dificuldades, possibilita contribuição no planejamento de ações adequadas para melhorar a saúde das crianças menores de 1 ano e para reduzir a Mortalidade Infantil (PIZZO *et al.*, 2014).

Interpretando-se na presente pesquisa o conteúdo dos relatos feitos pelos profissionais da ESF e gestores da APS sobre suas condutas assistenciais, é tendencioso constatar que a atuação dos mesmos corrobora para a redução da Mortalidade Infantil, já que facilmente elencaram várias atividades de prevenção. Somam-se a esse fato, evidências como, por exemplo, em pesquisa realizada em municípios brasileiros para avaliar o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos indicadores de mortalidade infantil que revela existir

significância estatística que aponta a relação de causa e efeito negativa da ESF e a Mortalidade Infantil (SOUSA; MELO, 2013).

Embora tenha sido quase unânime a opinião dos participantes da pesquisa em identificarem atividades de prevenção do óbito infantil em suas práticas, reflete-se sobre a qualidade e quantidade das ações e serviços prestados na Região de Saúde em estudo, visto que há a ocorrência de óbitos evitáveis originados por fragilidades na APS. Fundamentando esta necessária reflexão, estudo realizado em Recife, em 2008, mostrou ser necessário avançar na qualidade organizacional e da estrutura dos serviços de saúde ofertados por meio de contratação de mais profissionais e capacitação dos mesmos para se ajustarem às condutas adequadas e tenha como objetivo a prevenção de óbitos evitáveis (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

Existem evidências de que as causas relacionadas ao acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde estão entre as principais que originam a mortalidade infantil (SILVA *et al.*, 2015; FRANK *et al.*, 2016).

Nesse contexto, vale ponderar no território do presente estudo a necessidade de que sejam revistas as pactuações de programações de ações e serviços de saúde para a assistência materno-infantil, capacidades instaladas estrutural e de recursos humanos, bem como a qualidade das condutas dos profissionais e adoção dos fluxos e protocolos assistenciais.

Os resultados encontrados na presente pesquisa apontam para uma nova perspectiva de atuação dos membros do CRPMMIF da região de saúde estudada, ampliando a necessária abrangência das atividades dos membros do comitê, considerando a gama de atribuições que lhes é conferida pela portaria vigente e a concentração atual de suas ações ser a análise dos óbitos infantis, fetais e maternos. Os membros do comitê não devem ter como evento disparador de suas atividades unicamente o óbito.

Dentre as atribuições, a avaliação periódica da “qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, organização dos serviços de saúde” pode ser enfatizada neste cenário em que os gestores e profissionais da APS revelam de um modo geral realizar atividades que contribuem para prevenção de óbitos infantis (CEARÁ, 2017). O papel do comitê pode ficar mais amplo e de maior impacto ao realizar este tipo de avaliação, já que de acordo com o que aponta estudo em Minas Gerais, período de 1999 a 2011, avaliar a assistência pré-natal é um desafio diante de grandes percentuais de óbitos evitáveis. O mesmo estudo conclui que a redução da Mortalidade Infantil é devida a positivas mudanças no sistema de saúde (LISBOA *et al.*, 2015). O produto das avaliações dos comitês tem grande potencial para subsidiar os gestores nas necessárias tomadas de decisão e mudanças nas ações e serviços de saúde.

Outra atuação prevista ao comitê e necessária neste contexto, partindo-se do constatado de que no território do estudo há o desenvolvimento na APS de atividade pelos gestores e profissionais de saúde no intuito de reduzir a mortalidade infantil, é “divulgar e dar visibilidade ao problema, por meio de ações educativas e sensibilizadoras, como: elaboração quadrimestral do Boletim Epidemiológico e desenvolvimento de ações de educação permanente” (CEARÁ, 2017, p. 2). Por meio da avaliação da assistência materno-infantil, haveria subsídios para realizar o desenvolvimento de capacitações, treinamentos, aprendizados no contexto do cenário de prática dos gestores e profissionais, fortalecendo a prática dos mesmos e utilizando dessas práticas como ferramentas potencializadoras do papel do comitê de contribuir com a redução da Mortalidade Infantil.

Visualizar medidas de prevenção da Mortalidade Infantil já desempenhadas por gestores e profissionais da APS é uma oportunidade de ressignificar a atuação do CRPMMIF e aumentar o seu potencial de impacto no território na redução de óbitos evitáveis por causas relacionadas ao nível primário de atenção à saúde.

5.2.3 Prevenção à Mortalidade Infantil: propostas de fluxogramas.

Diante dos estudos técnicos e científicos realizados pelos membros do CRPMMIF na oportunidade das análises dos óbitos e dos encaminhamentos das recomendações aos gestores, importante perceber o caminho que as informações sobre mortalidade infantil percorrem na Região e os desenhos propostos para que a informação seja mais bem utilizada repercutindo em impacto positivo no território (BRASIL, 2009). Traçamos nesta parte do trabalho, os possíveis fluxogramas das informações sobre Mortalidade Infantil tendo como referência prévia o roteiro de etapas que hoje está vigente na Região e os fluxos propostos pelos gestores e pelos profissionais da APS.

Antes da realização desta pesquisa, o desenho do roteiro de etapas do fluxo de informações sobre Mortalidade Infantil de ocorrência na Região de Saúde em estudo conhecido pela pesquisadora era composto pelas etapas ilustradas na figura 1, não havendo um fluxograma destas informações formalizado na Região e sendo desconhecido o percurso das informações após chegarem aos órgãos competentes nos três níveis de atenção à saúde. Por meio da pesquisa, pôde-se, além de identificar o alcance atual das informações do CRPMMIF, verificar as sugestões de fluxogramas dos gestores e trabalhadores da APS.

Questionou-se aos gestores e trabalhadores, em caso de recomendações encaminhadas às gestões das secretarias municipais de saúde por falhas no município, qual

proposta de fluxograma que eles sugeririam como mais próxima do ideal para a efetividade da prevenção da Mortalidade Infantil. A atividade revelou a predominância dos desenhos expostos a seguir na figura 3.

Apenas uma gestora apontou exatamente o mesmo fluxo apresentado no momento da entrevista como o que ela considera ideal. Os demais gestores identificaram como etapa seguinte ao encaminhamento das recomendações aos órgãos competentes, a devolutiva para os profissionais da APS, embora nem todos adotem em sua rotina essa prática. Vamos observar, no decorrer dos resultados desta categoria, a mesma compreensão por parte dos profissionais de saúde, o que corrobora com as evidências de pesquisa qualitativa em município paulista que aponta que há fragilidades referentes às ações na atenção básica visando à redução da mortalidade infantil e para alcançar este objetivo é necessário aumentar o conhecimento dos profissionais da APS para que os mesmos se organizem de acordo com as necessidades no intuito de reduzir a Mortalidade Infantil (CARETI *et al.*, 2016).

Nas palavras de um gestor, secretário de saúde, foi apontada a seguinte explicação para sua proposta de fluxo:

> Os comitês eles são responsáveis pela análise da questão e pela proposta, retorna isso à secretaria de saúde, tanto comitê municipal como o comitê regional. A secretaria de saúde, ela retorna isso pra unidade básica de saúde e para epidemiologia, a partir do que foi analisado, que foi proposto e o que é analisado e o que é proposto, eles saem como uma resolução para análise assistencial da rede. Porque nem sempre a questão é só pré-natal, eu posso ter, no nosso caso, os grandes óbitos são óbitos perinatais e tal, então, nem sempre eles estão envoltos na qualidade do pré-natal, tão na qualidade da assistência, no tempo resposta, no encaminhamento dessa parturiente para o parto de risco, é... fora do habitual. Então, assim, tem a possibilidade da rede tá sendo beneficiada com possíveis erros que aconteceram pra que esse óbito fosse colocado. Então, com isso, você teria a própria unidade de vínculo saber se foi algo específico do trabalho dela ou se é algo sistemático que apenas foi feito uma sintomatologia nessa unidade básica de saúde. (G_3).

Seguindo esta mesma linha, mas de modo complementar, uma gestora apontou, para facilitar as análises no CRPMMIF e o fluxo das informações em tempo hábil, ser ideal que cada município, além da investigação, fizesse as análises nos comitês ou comissões municipais para facilitar nas análises do colegiado regional:

> [...] o próprio município fazia a sua análise, o ideal era que todo município tivesse uma comissão municipal pra análise dos seus óbitos, porque às vezes quando a gente leva direto pro comitê regional, existe algumas particularidades que só aquela equipe que participou, né? Que conhece o caso poderia dizer, né? [...] (G_5).

Uma das gestoras, quando questionada se o fluxo apresentado encerraria no encaminhamento das recomendações aos gestores, identificou a necessidade de serem montadas

estratégias com as equipes de APS, no entanto, diferente dos demais gestores que focaram em correções de condutas assistenciais de pré-natal, apresentou foco prioritário no olhar para a mulher que sofreu a perda do filho, como se pode observar na seguinte fala:

> [...] a gente vai fazer o acompanhamento dessa gestante [após o encaminhamento das informações à gestão municipal], porque geralmente ela fica com algum transtorno psicológico, tem que acompanhar a família, tem o acompanhamento dentro da estratégia mensal [...]. Porque essa gestante, que deixou de ser gestante, essa mulher que perdeu esse bebê, ela fica sendo acompanhada, ela fica altamente fragilizada, na estratégia geralmente elas são acompanhadas. (G_4).

Duas gestoras, G_7 e G_5, seguiram a lógica da maioria do grupo A em descrever a etapa de devolutiva aos profissionais da APS, mas afirmaram não realizar de forma sistemática, justificando pelo acúmulo de funções no município em que atuam:

> [...] Outra coisa, é, assim, é como eu posso dizer, a gente superlotada [...] aí é todo mundo muito atarefado, unidade atarefada, o gestor atarefado, porque a gente pra se juntar fica difícil, a gente fica esperando um e outro, uma das dificuldades também é essa. (G_7).

> [...] o problema que a gente identifica, também, que eu digo por mim, é a sobrecarga do profissional. Pronto, se eu fosse, se eu trabalhasse só com a coordenação da atenção primária, eu teria muito mais tempo pra dar maior visibilidade ao comitê regional, as suas recomendações e passar isso adiante. Só que a gente é assoberbada de outras funções [...] e aí passa despercebido [...] (G_5).

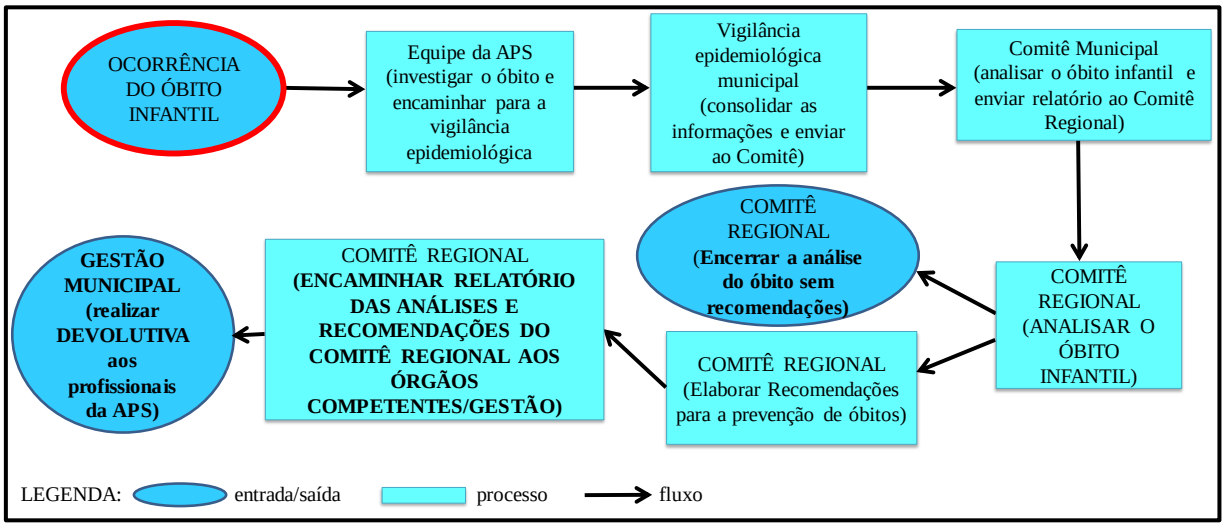
Ciente da quebra do fluxo das informações geradas pelo CRPMMIF no momento em que chegam as recomendações na secretaria municipal de saúde, uma gestora indicou a necessidade de adoção de fluxo interno:

> [...] mas às vezes eu recebo e fica comigo, infelizmente. Que também seja encaminhado pra coordenação municipal e aí eu como coordenadora teria que criar o meu fluxo de encaminhar pras equipes de saúde da família, aquelas recomendações e que elas passassem, eu acho muito importante, pros agentes de saúde tomarem ciência dessas recomendações, [...] (G_5).

De um modo geral, as estratégias apontadas pelos gestores para melhorar o fluxo e a prevenção dos óbitos infantis foram reuniões e estudo de caso com as coordenações da APS e da vigilância epidemiológica e com os profissionais da APS, garantindo o conhecimento abrangente das informações pós-análise dos comitês e as tomadas de decisão.

O desenho que resume e ilustra as mais frequentes etapas descritas nas propostas dos gestores a partir da identificação do óbito está representado na figura 3:

Figura 3 – Representação de Fluxograma de informações sobre óbito infantil na Região de Saúde proposto pelos gestores



Fonte: Elaborada pela autora.

O grupo B, composto pelos profissionais de saúde, deu origem a propostas de fluxos de informações que seguiram raciocínio similar nos encontros realizados com médicos e enfermeiros e com os ACS, com pequenas mudanças que podem ser observadas nas figuras 4 e 5, que representam resumidamente as etapas que mais se repetiram nos modelos de fluxos propostos pelos referidos profissionais.

Considerou-se importante, embora façam parte do mesmo grupo composto por profissionais de saúde, distinguir as propostas de fluxogramas predominantes para os profissionais médicos e enfermeiros e para os ACS, devido terem manifestado visões bem peculiares.

Houve o predomínio, no grupo B, da inclusão da etapa de devolutiva aos profissionais de saúde da APS para ser disparada a partir da chegada das recomendações ao secretário municipal de saúde. Um dos profissionais elogiou o fluxograma apresentado, mas ressaltou a importância de complementá-lo:

> O que foi percebido, na verdade, é que esse fluxograma ele tá muito bom, só o que tá faltando nele? É a contra resposta para as UBS, tá entendendo? Que é feito todo o preenchimento das papeladas, a busca, como aconteceu esse óbito, mas nós não temos essa contra resposta, o que se passa no comitê municipal, como é que é, como é que é regido o comitê regional, esses dados vão para onde, o que é que nós enquanto servidores do PSF podemos tá melhorando pra que aquilo ali não esteja acontecendo. A própria atenção primária tem função de gestão de todos os cuidados e com a falta das contra referências, não só nessa situação, como várias outras, a gente perde esse papel de gerir o que tá acontecendo, a gente fica perdido. Aconteceu, faz a

> investigação e não volta pra gente, que era pra ser onde era pra tá ajustando como é um princípio do SUS. (NS_{13})

O modelo que representa a proposta dos médicos e enfermeiros aponta a necessidade de acrescentar ao fluxo apresentado a devolutiva das análises do comitê municipal aos profissionais da APS, sem que esta esteja condicionada às análises realizadas pelo CRPMMIF da Região. Pode-se perceber esta perspectiva nas seguintes falas:

> Começa com a ocorrência do óbito infantil, aí a partir do óbito infantil, já vai fazer investigação do óbito pela APS. Na APS eu acho que já começa identificar quadros evitáveis e a própria APS já vê o que pode intervir no local e já manda pra vigilância epidemiológica, mas a APS já fazendo parte do seu papel de já identificar quais foram os erros que possam ter acontecido. Daí da epidemiológica vai para o comitê municipal, o comitê municipal vai fazer os relatórios e esses relatórios seriam repassados de volta já pra APS [...]. A APS teria dois momentos de voltar, seria quando fosse o resultado do [comitê do] município e depois do regional [...] (NS_{14}).
>
> [...] primeiro tem a identificação do óbito né, e, após isso vai ocorrer a investigação do óbito pela equipe de saúde que será encaminhado à coordenação epidemiológica e daí levará ao comitê municipal né pra análise do óbito. Depois dessa análise, a gente acha que deveria, o comitê municipal se reunir com a equipe que ocorreu o óbito, né? E daí, depois, o comitê municipal levaria pro comitê regional, pra elaboração do relatório e recomendações, né. (NS_{15}).
>
> [...] De repente teve falha, aí detectando isso, numa reunião, do comitê do município junto com a unidade básica, então a gente pode fazer essa, se necessário, e tá fazendo ações para melhorar e evitar esses óbitos. (NS_{4}).

A inserção deste novo percurso em que deve seguir a informação, do comitê municipal para a APS, deve-se à justificativa sinalizada por eles de que a atuação dos profissionais no município deve ser a mais rápida possível para o reparo de possíveis falhas, com o objetivo da efetividade do fluxo em tempo hábil para a prevenção de novos óbitos por causas evitáveis, notadamente identificável na seguinte opinião:

> [...] Por isso aquela volta do comitê municipal de volta para a coordenação, antes de pensar em ir pro regional. [...] Então assim, acho que a principal diferença [na proposta] que a gente tentou fazer foi essa, acelerar o processo, dentro do município a gente ter um feedback do relatório. [...] Mais interessante é o *feedback* que ele vai dá, [...], esse caminho todo que ele percorre, daqui que a gente consiga esse relatório aqui. Aí então, se foi avaliado pelo comitê municipal e já voltar, eu acho que não dura muito tempo não. (NS_{16}).

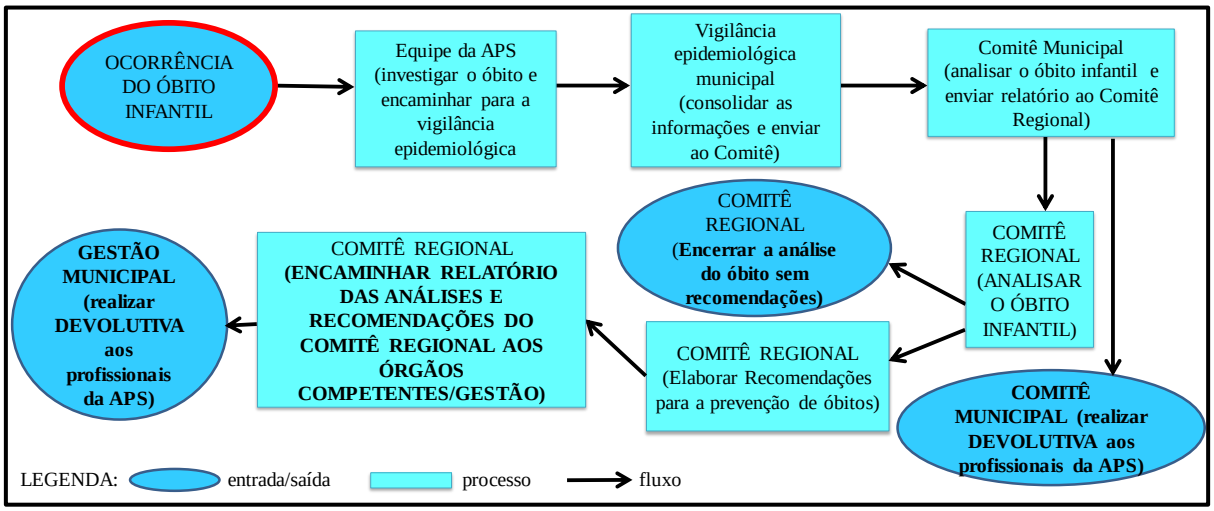
Não houve consenso entre os profissionais médicos e enfermeiros em relação à estratégia de abordagem em reuniões para dar as devolutivas, se de modo individual à equipe da ESF responsável pela área de residência do óbito ou se para toda a APS, compartilhando as informações, o que se percebe claramente nos seguintes trechos:

> [...] Assim, mas aí a reunião [para as devolutivas das análises] só com aquela APS pra vê o que foi, o que pode ter sido melhorado, até o pelo fato de tirar o constrangimento né, às vezes fica todas as unidades de saúde e você falando só com aquela outra, entendeu? (NS_{16}).
>
> E ainda é que fossem com todas as equipes, não especificamente com a equipe que teve aquele óbito investigado. [...] A gente viu que fragilidade do município, pode ser a fragilidade que eu encontro na minha unidade e que a gente possa intervir antes que ocorra o óbito né? (NS_{10}).

No modelo de proposta que mais representa os produtos de fluxos elaborados pelos ACS, ilustrado na Figura 5, foi interessante perceber a mesma sequência que predominou no Grupo A, dos gestores, embora sob uma nova perspectiva do lugar de profissional de saúde da APS. Dois trechos de falas de ACS explicaram claramente a proposta de fluxo da maneira a seguir:

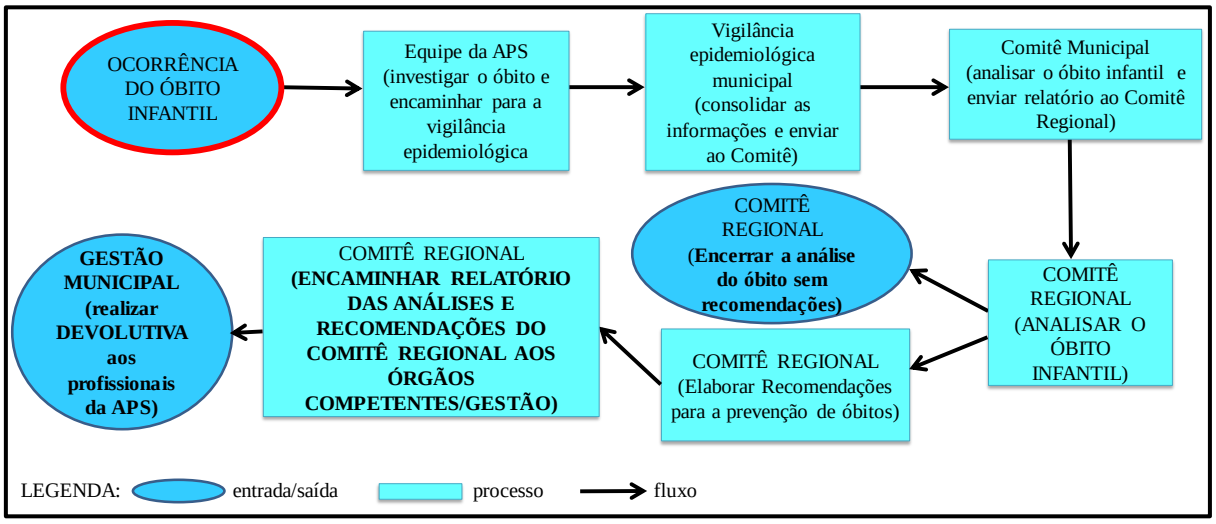
> Ocorre o óbito, aí tem a investigação, a investigação vem primeiro pra equipe, no caso vai primeiro pro agente de saúde, pro PSF da gente, lá vai se investigar, depois os dados vão pra secretaria de saúde, pra coordenação principal e de lá vai pra uma análise Regional, né? Aí dessa Regional que é encaminhada, eles fazem um relatório. Agora daí, eu não sei se o relatório volta pro município. No nosso caso, a sugestão da gente, seria, que ele voltasse para o município e que em cima disso, surgissem orientações, capacitações com os profissionais para não ocorrer mais esse óbito. (ACS_{14}).
>
> [...]depois da análise do óbito pelo comitê regional, o relatório, é, de recomendações para prevenção, quando chegar depois do relatório, o retorno pro PSF, pra nossa investigação, né? O retorno das informações e dados, pra que isso, depois disso, a gente também, como a gente vê, não é procurar o culpado, mas saber onde é que a gente errou, se foi no pré-natal, se foi falta de informações pra paciente né, a gente pensou isso. (ACS_{15}).

Figura 4 – Representação de Fluxograma de informações sobre óbito infantil na Região de Saúde proposto pelos profissionais de nível superior da APS



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 5 – Representação de Fluxograma de informações sobre óbito infantil na Região de Saúde proposto pelos ACS



Fonte: Elaborada pela autora.

Dois olhares chamaram atenção na proposta de continuação do fluxo, embora não tenha sido prevalente nos modelos, um que elencou como importante, além da devolutiva aos profissionais da APS, ocorrer o acompanhamento do que foi implementado para mudanças na realidade; e outro que completou o fluxo, indicando ser importante o repasse das informações à família. Podem-se ilustrar as duas situações respectivamente nas falas abaixo:

> Eu mudaria só, implementar um processo de efetivação das estratégias, né? Que tipo, a parte final, que seria passar pros órgãos competentes, no caso as coordenações, né? E a partir daí ter relacionado aos processos de efetivação das estratégias junto com toda a rede em si, né? [...] porque não adianta a gente ter eficiência e eficácia no processo e não ter uma efetivação, um acompanhamento que foi implementado, se funcionou. (ACS_{16}).

> [...] Aí essa mulher engravida de novo, né? [...] aí não me passaram nada do que aconteceu do óbito da criança. Não me passaram nada! Aí eu tô acompanhando de novo essa mulher, né? Aí eu fico assim, só encaminho pra consulta de pré-natal, mas nem ela, acho que nem ela sabe a informação. Eu acho que até o próprio paciente ele deveria saber o porquê aconteceu, né? (ACS_{17}).

Mais evidente do que na fala do ACS_{17}, a importância do repasse da informação à família ficou clara em um desenho elaborado por um agente comunitário de saúde em que ele inclui no desenho do fluxograma uma etapa com o texto “Deverá chegar até a Unidade Básica de Saúde e a unidade leve até à equipe de saúde ACS, com o intuito de chegar até a família”.

A fala do ACS_{16} em que refere à necessidade de acompanhamento do que foi implementado e das estratégias adotadas perante as recomendações do CRPMMIF contemplou o que aponta a literatura, que em revisão integrativa, evidenciou serem as principais

dificuldades dos Comitês Regionais: a baixa adesão às recomendações e a inexistência de um sistema de monitoramento do processo de implementação das recomendações (RUOFF, 2016).

De fato, já era instigada a necessidade de avaliação da efetividade das recomendações elaboradas pelo Comitê, desde o projeto da presente pesquisa em que constavam os questionamentos frente à recorrência de óbitos infantis evitáveis na Região de Saúde. Os resultados e as percepções dos participantes ratificam a necessidade de implementar estratégias de monitoramento sistemáticas para que seja verificada a adoção das recomendações elaboradas pelo CRPMMIF e os impactos no território.

Outro fato curioso foi uma das equipes de ACS ter nomeado o fluxo de "Fluxo de Prevenção da Mortalidade Infantil", embora tenha sido direcionado pela facilitadora dos grupos que os participantes elaborassem uma proposta de "fluxo de informações sobre Mortalidade Infantil". Observou-se ainda que os ACS participantes da pesquisa que atuam em um dos municípios da Região apenas replicaram o modelo de fluxograma apresentado antes do início da atividade, sem sugerir alteração dos fluxos para a melhoria das ações de prevenção do óbito infantil.

Importante ressaltar que houve na fala de um dos profissionais de saúde de nível superior, no momento da explicação do fluxograma proposto, que, para que ocorram as mudanças, é necessário que o gestor, além de apontar as fragilidades, fomente as atividades para as mudanças necessárias:

> E auxiliar, né? Porque o gestor não só aponta, ele deve auxiliar aquela equipe naquela falha da equipe pra que não ocorra. Se ele não expõe, se ele não dá o *feedback*, aí realmente não vai mudar. (NS_{17}).

Com a presente pesquisa realizada e com o conhecimento da realidade na Região de Saúde em estudo, o desenho de fluxograma de atuação do CRPMMIF que vamos propor no presente estudo revela uma estrutura que consideramos mais próxima da adequada, trazendo à tona uma nova perspectiva de atuação do CRPMMIF, considerando que o óbito infantil não seja o evento disparador do desenvolvimento das atividades do comitê conforme identificamos ser o atual contexto.

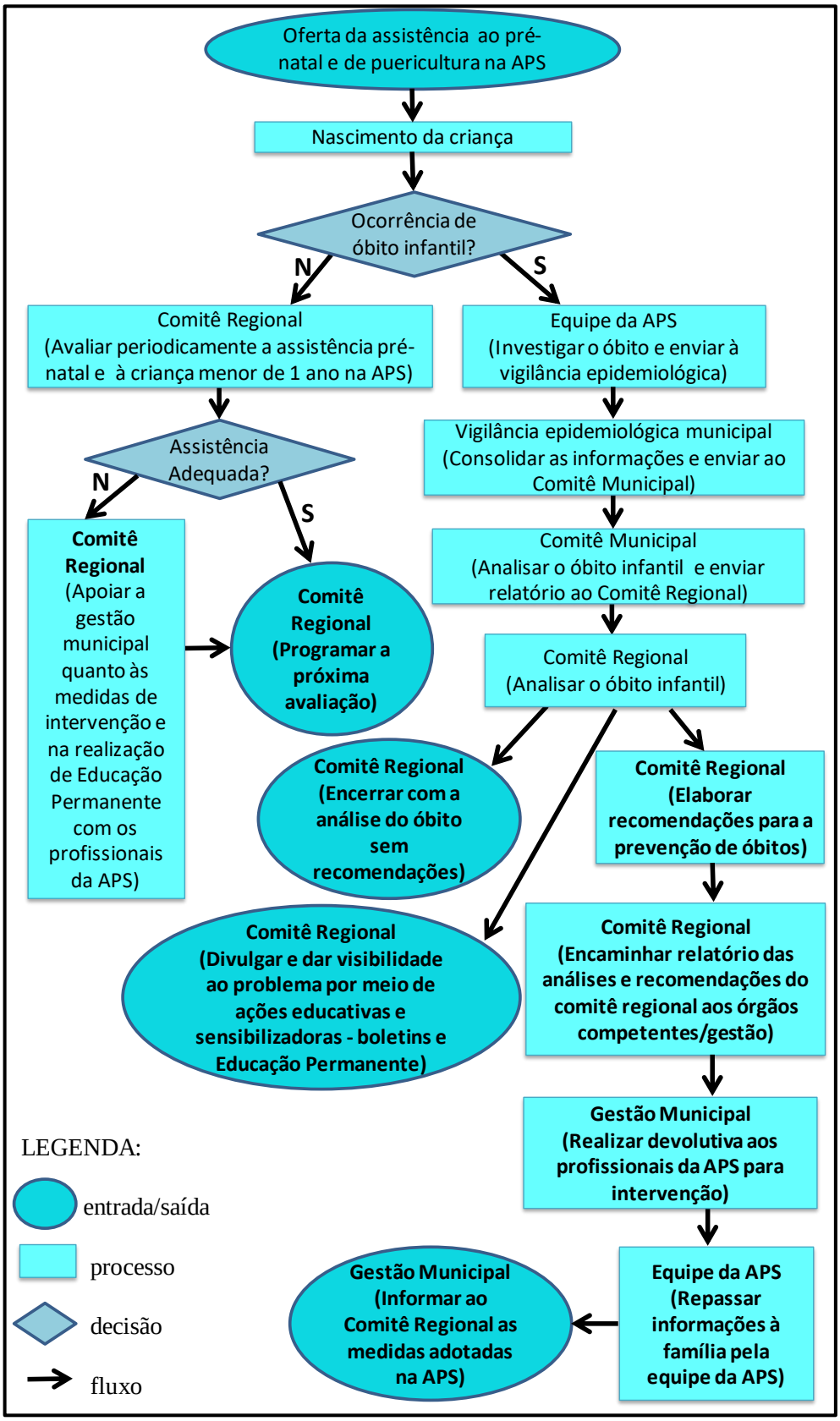
Portanto, diante das propostas de fluxograma apresentadas, e considerando o contexto de atuação dos comitês municipais e regional, propomos neste estudo um modelo de fluxograma, adequando-se às necessidades mais apontadas pelos gestores e profissionais da APS, visando a viabilidade para a eficiência da informação e a prevenção dos óbitos infantis por causas evitáveis na APS, como ilustrado na figura 6.

Elencou-se como disparador para o fluxo relacionado à APS, a assistência ao pré-natal e puerpério, colocando evidente a necessidade de atuação do CRPMMIF como um potencializador das medidas de prevenção ao óbito e não somente em evitar futuros óbitos mediante recomendações do resultado de estudo de óbito ocorrido. O comitê assume a função de intervir em possíveis falhas ou fragilidades antes mesmo de acontecer a mortalidade. Ilustra-se, portanto, na proposta de fluxograma deste trabalho, os processos a serem disparados em caso de óbito infantil ou não.

Em caso de haver o óbito, após as etapas de análise do óbito pelo comitê regional e encaminhamento das recomendações e relatórios aos gestores dos órgãos competentes, fez-se uma adequação às propostas de fluxograma dos participantes e foi incluída, independentemente de ter sido óbito causado por falhas nos processos de trabalho da APS, uma etapa de retorno das informações aos profissionais da APS, seguindo a mesma lógica proposta pelos grupos na pesquisa.

Propomos que sejam incluídas, para o repasse das informações, todas as equipes da APS, como forma de promover o conhecimento; e, caso as causas dos óbitos tenham relação com a atuação deles, os membros do comitê devem proporcionar subsídios para a tomada de decisão da gestão municipal e mudança da realidade na prevenção de novos óbitos infantis.

Figura 6 - Representação de Proposta de Fluxograma de atuação do CRPMMIF na Região de Saúde da presente pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora.

Pondera-se que dentro do modelo que representa as propostas dos profissionais de saúde de nível superior, Figura 4, houve a sinalização da necessidade de retorno das informações da Mortalidade Infantil em tempo hábil para que sejam elaboradas estratégias de mudança nas práticas e prevenir novos óbitos com mais agilidade. Os referidos profissionais desenharam modelos com a inserção de uma etapa de retorno do fluxo de informações já a partir das análises dos Comitês ou Comissões Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para agirem de forma mais rápida.

Nesse contexto, compreende-se que a sugestão acima tornaria o acesso às informações mais rápido, mas é importante considerar que o conteúdo das informações não seria tão completo e fundamentado quanto quando as mesmas retornam do CRPMMIF, por ter este comitê estudiosos da área e especialistas como obstetra e pediatra que qualificam melhor as informações para apoiar a gestão de maneira mais assertiva.

Ressalta-se que estudos analisados em revisão integrativa apontavam como principais dificuldades encontradas pelos comitês em todos os âmbitos as relacionadas à qualidade das informações e ao apoio interinstitucional e multiprofissional (RUOFF, 2016). Esta realidade coincide com a interpretação observada nos Comitês ou Comissões Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da Região em estudo.

Neste contexto, na Figura 6, de proposta deste estudo, não se incluiu a etapa de retorno direto das informações dos comitês municipais para a gestão ou APS. Entretanto, a valiosa contribuição emitida pelos profissionais de saúde da necessidade de redução do tempo de retorno será utilizada para melhor organizar a periodicidade das análises pelo CRPMMIF na atual composição e nas orientações aos gestores da Região de Saúde quanto a este repasse.

De forma contínua à etapa de devolutiva aos profissionais da APS, embora não tenha aparecido como etapa predominante nas propostas ilustradas pelos profissionais e gestores, o fluxo neste desenho deve alcançar a família, para melhor entendimento e compreensão do ocorrido, considerando que o cuidado deve ser centrado nos cidadãos e que eles devem ser protagonistas e promotores de sua própria saúde.

Tendo conhecimento das informações, as equipes de profissionais podem esclarecer as causas de um determinado óbito à família e trabalhar o empoderamento, ferramenta educativa utilizada para desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento para pacientes tomarem decisões e responsabilidades sobre sua saúde (FESTE; ANDERSON, 1995 e WAGNER, 1998; *apud* TADDEO *et al.*, 2012). Esta estratégia, com a efetivação da

continuidade do fluxo, pode proporcionar o fortalecimento da prevenção de novos óbitos infantis.

Como um importante passo para o monitoramento da implementação das ações de prevenção propostas pelo CRPMMIF, sugerimos no desenho de fluxo do estudo, incluir mais uma etapa, em que os gestores deem uma devolutiva ao comitê sobre quais recomendações foram adotadas e as estratégias utilizadas em seu município perante o recebimento das propostas elaboradas pelos membros do CRPMMIF.

Outro fluxo de ação, em caso de óbito infantil, que se apontou na proposta de fluxograma do presente estudo foi a divulgação de informações pelo comitê regional para dar visibilidade ao problema que contribuiu ou ocasionou o óbito por meio de atividades educativas e ações de sensibilização aos gestores e profissionais de saúde, com a adoção de estratégias como boletins epidemiológicos e educação permanente.

Mesmo em caso de não haver a ocorrência do óbito infantil, inclui-se atividade prevista aos membros do CRPMMIF na proposta de fluxograma do estudo: avaliação periódica da assistência pré-natal e à criança menor de 1 ano na APS. Essa ação proposta deve ser adotada de modo sistemático pelos membros do comitê, independente do fato de em um determinado município, em um dado período, tenha ou não ocorrido óbito infantil. Em caso de a assistência não estar adequada, o comitê, de acordo com a proposta, prestará apoio à gestão para apontar as necessárias medidas de intervenção e na realização de Educação Permanente com os profissionais da APS.

O estudo tem a perspectiva de apontar esta proposta de fluxograma, aumentando o elenco de atividades dos membros do CRPMMIF, envolvendo gestores e profissionais de saúde da APS e a comunidade, de modo a contribuir com maior impacto para evitar óbitos infantis. Entendemos que esta proposta de novo fluxo de atuação do comitê na perspectiva da promoção e prevenção da Mortalidade Infantil, coerente com o conceito ampliado de saúde integral, deve ser incorporada às práticas do CRPMMIF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da Região de Saúde em estudo está regulamentado e atuante desde 2008. No que se refere às suas atividades de prevenção à Mortalidade Infantil, atua principalmente na qualificação das informações referentes aos óbitos, na análise dos óbitos e na elaboração de relatórios e recomendações para evitar novos óbitos.

Há lacunas identificadas no desenvolvimento de ações para reduzir óbitos infantis referentes à ausência de atividades que são atribuídas aos membros do comitê, como monitoramento do processo de investigação das vigilâncias municipais, acompanhamento periódico da incidência de óbitos nos municípios e avaliação dos indicadores de mortalidade, avaliação da qualidade da assistência à saúde no pré-natal, parto, pós-parto e às crianças menores de um ano. Além disso, há dificuldades no acesso às informações geradas pelos membros do comitê, constatação presente nas falas dos profissionais da APS.

Percebeu-se, na Região em estudo, que o CRPMMIF é conhecido pelos gestores, embora não seja pela maioria dos profissionais; assim como as recomendações elaboradas pelo Comitê são acessíveis aos gestores ao passo que, de acordo com os profissionais, elas não chegam à APS. Gestores e profissionais da APS reconhecem a importância de ter acesso às informações e aos materiais produzidos pelo CRPMMIF, para conhecerem as causas e fragilidades que levaram à ocorrência dos óbitos e para favorecer a integralidade do cuidado.

A grande potencialidade dos territórios que enxergamos nesta pesquisa foi o fato de haver, nas rotinas de trabalho dos gestores e profissionais de saúde, o desempenho de atividades de prevenção da Mortalidade Infantil, independente do apoio técnico do comitê. Importante enxergar que a gestão e os trabalhadores da APS são peças fundamentais para a consolidação de medidas de prevenção de óbitos infantis e promoção da saúde. Uma nova perspectiva de atuação pode ser visualizada para os membros do CRPMMIF, com a parceria destes atores na APS.

O fluxo das atividades do CRPMMIF, bem como as informações e medidas de prevenção do óbito que são elaboradas por este colegiado, somente são desenvolvidos quando há a ocorrência do óbito. É inquietante perceber que um colegiado fundamental para evitar óbitos infantis como o CRPMMIF tenha atividades disparadas somente pela ocorrência do óbito e que, mesmo as ações realizadas a partir deste evento, por vezes não alcançam o seu real objetivo.

Percebe-se, neste contexto, claramente a necessidade de reflexão sobre a atuação dos membros do CRPMMIF e de reorganização dos fluxos de informações geradas por este colegiado na Região. Além disso, é imprescindível melhor articulação com os parceiros para o fortalecimento das ações e impacto na redução da mortalidade infantil, com a essência de atividades preventivas e de promoção da saúde, abolindo a limitação de retificar uma falha existente que outrora resultou em um óbito.

O fato de qualificar as informações referentes aos óbitos por meio das análises e de elaborar recomendações para a prevenção de novos óbitos não são decisivos em evitar a mortalidade infantil, requerendo ações mais incisivas para além dos momentos de reuniões dos membros do comitê, sob uma nova perspectiva, aproximando-se dos municípios e órgãos competentes com estratégias para a mudança necessária.

Este estudo se limita pela escassa literatura disponível que trata da temática relativa à atuação dos comitês de prevenção da mortalidade, o que dificulta ampliar as comparações das fragilidades encontradas no comitê do território em que houve a pesquisa para outros contextos ou cenários distintos.

Sugere-se que as evidências identificadas neste estudo subsidiem não somente os comitês regionais de prevenção da mortalidade do estado do Ceará, mas também demais comitês desta natureza em todas as instâncias, para o aprimoramento de suas práticas e maior impacto na redução da mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. B. **Análise da implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no estado do Ceará.** 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

BEZERRA, J. G.; KERR, L. R. S.; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 7, p. 135-142, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/03.pdf. Acesso em: 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES)**. 2019b. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 07 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. 2019a. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal.** 2. ed. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf?exitBundle=1. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.** 3. ed. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Site das Nações Unidas.** 2018. Disponível em: https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/. Acesso em: 02 jul. 2018.

CARETI, C. M.; FURTADO, M. C. C.; BARRETO, J. C.; VICENTE, J. B.; LIMA, P. R. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Ver. Rene,** v. 17, n. 1, p. 67-75, 2016. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2607. Acesso em: 10 jul. 2018.

CARLINI, C. B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n3/5075.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Decreto nº 22.691 de 29 de julho de 1993. Institui o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna, executado pelo Comitê Estadual e os 14 Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna. **Diário Oficial do Estado do Ceará,** Fortaleza, 1993.
CEARÁ. Secretaria de Saúde. 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado. Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no âmbito da 7ª Região de Saúde. **Ata da 1ª Reunião do Comitê**: Livro de Atas. Fortaleza, 2001.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado. Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no âmbito da 7ª Região de Saúde. **Acervo de Documentos do Comitê**. Fortaleza, 2019.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Manual de orientação dos comitês de prevenção à mortalidade materna**. Fortaleza, 2007.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Portaria n° 148 de 15 de fevereiro de 2008. Constitui Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna no Âmbito da 7ª Microrregião de Saúde – Aracati com o disposto no Art. 3º do Decreto nº 28.774, de 21 de junho de 2017 e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará,** Fortaleza, 2008.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Portaria n° 2897 de 16 de novembro de 2017. Dispõe sobre a estrutura e representação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no Âmbito da Coordenadoria Regional de Saúde de Aracati/Ceará e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará,** Fortaleza, 2017.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Protocolo clínico para assistência obstétrica**. Fortaleza, 2011.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Uma avaliação econômica do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará.** Texto para discussão nº 86. 2010. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2014/02/TD_86.pdf. Acesso em: 03 jul. 2018.

CECCON, R. F.; BUENO, A. L. M.; HESLER, L. Z.; KIRSTEN, K. S.; PORTES, V. M.; VIECILI, P. R. N. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998−2008. **Cad. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 177-183, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00177.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L.; VERMELHO, L. L. Indicadores de Saúde In**:** Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 33-55.

DAMASCENO, S. S.; NÓBREGA, V. M.; COUTINHO, S. E. D.; REICHERT, A. P. S.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2018.

DUARTE, C. M. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700002. Acesso em: 11 jun. 2018.

DUTRA, I. R.; ANDRADE, G. N.; REZENDE, E. M.; GAZZINELLI, A. Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 597-604, 2015. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/1026. Acesso em: 20 set. 2019.

FERNANDES, C. A.; VIEIRA, V. C. L.; SCOCHI, M. S. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15ª regional de saúde Paraná. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, p. 752-759, 2013. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16537/pdf_88. Acesso em: 12 fev. 2019.

FERREIRA, A. I. G.; SOARES, V.; NITSCHKE, R. G.; THOLL, A. D.; MUNOZ, M. A. G. C.; MICHELIN, S. R. O quotidiano de gestantes: a enfermagem promovendo o ser saudável. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 987-994, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00987.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf. Acesso em: 04 abr. 2018.

FRANÇA, E. *et al*. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarréia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 6, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jan. 2019.

FRANK, B. R. B.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S.; GUIMARÃES A. T. B.; CALDEIRA, S. Avaliação da implementação da rede mãe paranaense em três regionais de saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.109, n.40, p.163-74, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000200163&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019.

FRIAS, P. G.; SZWARCWALD, C. L., LIRA, P. I. C. Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 4, p. 463-70, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400013. Acesso em: 10 jan. 2019.

GAIVA, M. A. M.; BITTENCOURT, R. M.; FUJIMORI, E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 91-97, 2013. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40003. Acesso em: 12 fev. 2019.

GOMES, B. S. M.; BASTOS, S. Q. A.; MORAIS, A. M. P. Impacto do PSF na mortalidade infantil nos municípios brasileiros (1993/2012). IN: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 153., 2016. [S.l.]. **Anais...** [S.l.:s.n.], Disponível em: https://ideas.repec.org/p/anp/en2015/217.html. Acesso em: 04 jul. 2018.

LIMA *et al*. Análise da mortalidade infantil no Ceará: Evolução de 1996 a 2011. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 16, n. 3, p. 58-65, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/10151. Acesso em: 16 jul. 2018.

LISBOA *et al*. Mortalidade infantil evitável na região Centro de Minas Gerais, Brasil. Dissertação. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 24, n. 4, p. 711-720, 2015.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing:** uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. Disponível em: https://proflam.files.wordpress.com/2011/05/resumo-livro-malhotra.pdf. Acesso em: 13 fev. 2019.

MANSANO, N. H.; MAZZA, V. A.; SOARES, V. M. N.; ARALDI, M. A. R.; CABRAL, V. L. R. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 329-332, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100051&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUNÇÃO, N. A.; SILVA, G. F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 3, p. 445-453, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a04.pdf. Acesso em: 18 jul. 2018.

MENDES, S. J. D. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. **BEPA, Bol. epidemiol. paul.,** São Paulo, v. 6, n. 69, set. 2009

MINAYO, M. C. Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239- 248, 1993. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

NATIONS, M.; FAJARDO, A. P. **Corte a mortalha:** o cálculo humano da morte infantil no Ceará. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600023. Acesso em: 18 ago. 2018.

PAIZ, J. C.; BIGOLIN, M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. Mortalidade infantil e serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre (RS), Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade,** v. 2, 2018. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/182861/001075034.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jul. 2018.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015. Disponível em: http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322/387. Acesso em: 04 abr. 2018.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf. Acesso em: 15 jul. 2018.

PIZZO, L. G. P.; ANDRADE, S. M.; SILVA, A. M. R.; MELCHIOR, R.; GONZÁLEZ, A. D. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde Soc.,** São Paulo, v. 23, n. 3, p. 908-918, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300908&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2018.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200008. Acesso em: 03 abr. 2018.

POTVIN, L.; JONES, C. M. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for pulic health. **Canadian Journal of Public Health**, v. 102, n. 4, p. 244-248, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51633617_Twenty-five_Years_After_the_Ottawa_Charter_The_Critical_Role_of_Health_Promotion_for_Public_Health. Acesso em: 18 jul. 2018.

RAMIREZ, A. G.; SHEPPERD, J. The use of focus group in health research. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 1, p. 81-90, 1988.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA A. A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 183-189, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2003000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2019.

RUOFF, A. B. **Comitê de prevenção de óbito infantil e fetal:** perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos. 2016. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/175912. Acesso em: 18 jan. 2019.

RUOFF, A. B.; ANDRADE, S. R.; SCHMITT, M. D. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm**., v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100505&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019.

SILVA, A. L. *et al*. Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal estratégia para melhoria dos resultados da Rede materno-infantil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: COMPARTILHANDO SABERES E PRÁTICAS COM INTERLOCUÇÃO NA APS, 2., 2017. Fortaleza, **Anais**... Fortaleza: Universidade

Estadual do Ceará, 2017. Disponível em: http://uece.br/eventos/sirasaude/anais/trabalhos.html. Acesso em: 01 jul. 2018.

SILVA, R. M. M.; SILVA-SOBRINHO, R. A.; NEVES E. T.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 4, p. 1217-1224, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000401217&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 13 jul. 2018.

SILVA, V. L. S. *et al.* Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 265-274, 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200009. Acesso em: 20 jul. 2018.

SILVEIRA, D. M. I. **Mortalidade materna:** realidade que se faz conhecer lentamente. 2002. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6948. Acesso em: 10 jan. 2019.

SOUSA, M. L. B.; MELO, C. A. V. Impacto da Política de Atenção Básica à Saúde na Taxa de Mortalidade Infantil nos Municípios Brasileiros. **Revista Política Hoje**, v. 22, n. 1, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicahoje/article/view/3780. Acesso em: 12 jul. 2018.

SOUSA, T. R. V.; LEITE, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, p. 796-804, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500003&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jul. 2018.

SVITONE, E. C.; GARFIELD, R.; VASCONCELOS, M. I.; CRAVEIRO, V. A. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 7, p. 293-301, 2000. Disponível em: https://scielosp.org/article/rpsp/2000.v7n5/293-301/en/. Acesso em: 12 jul. 2018.

SZWARCWALD, C. L. *et al*. Tendências da mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 1, p. 35-50, 1992.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; Gomes, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019.
VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Rev. Saúde Pública,** v. 47, n. 2, p. 379-389, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000200379&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 jul. 2018.

VENÂNCIO, S. I.; PAIVA, R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3,

p. 369-375, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300010. Acesso em: 16 ago. 2018.

VERMELHO, L. L.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 31-82.

WEISS, D.; LILLEFJELL, M.; MAGNUS, E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs: a scoping review at the local community level. BMC Public Health, v. 9, p. 18–20, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751684/. Acesso em: 14 jul. 2018.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15464/v120n6p472.pdf?sequence=1. Acesso em: 18 ago. 2018.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS GESTORES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada**: ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** que tem como pesquisadora responsável a nutricionista Gláucia Porto de Freitas da Costa, orientada por Dra. Ana Patrícia Pereira Morais e que segue as recomendações da Resolução de nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CRPMMIF) a partir do o fluxo de informações geradas sobre Mortalidade Infantil na perspectiva de gestores e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde em uma Região de Saúde do Estado do Ceará.

Caso decida aceitar o convite, você, gestor, será submetido a uma entrevista semiestruturada, que abordará temas relacionados à Mortalidade Infantil e ao fluxo das informações do CRPMMIF. A entrevista será aplicada de forma individual, em uma sala privativa, em um dia a ser combinado antecipadamente com os participantes da pesquisa. Será utilizado o recurso de áudio (MP4), para gravar as falas e posteriormente serem transcritas. As informações frutos das entrevistas serão armazenadas em um computador de tipo notebook e pen drive da autora da pesquisa. A análise será feita através de análise de conteúdo, onde serão discutidos os dados colhidos a fim de responder a problemática do estudo e atingir os objetivos.

Existem alguns **riscos** aos quais você estará exposto(a) de ordem física e de ordem emocional. Por envolver assunto relacionado às suas próprias atuações poderá haver mal estar e constrangimento em responder as perguntas. Além disso, o participante poderá ter a sensação de estar sendo julgado pela pesquisadora. Estes riscos podem ser minimizados deixando o participante o mais confortável possível, realizando a entrevista em local reservado, garantindo seus direitos e, sobretudo, reforçando ao mesmo a seriedade e aspectos éticos do estudo.

Os **benefícios** para você serão de forma geral favorecer a possibilidade de que sejam socializados pela gestão os relatórios e recomendações emitidos pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal, ampliando suas ferramentas de atuação na prevenção dos referidos óbitos na Atenção Primária à Saúde ou em outros níveis de atenção nos quais estejam inseridos. Garanto que os dados obtidos a partir de sua participação na pesquisa não serão utilizados para outros fins além dos previstos neste termo.

Caso você tenha algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite ao pesquisador. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Você ficará com uma via deste Termo, que deverá ser rubricada e assinada em cada página, toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente à responsável pela pesquisa a nutricionista Gláucia Porto de Freitas da Costa, através do telefone (88) 99913-4816 ou em seu endereço profissional, na 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, Sala da Coordenação, Rua Vila Isaura, nº 1, Aracati-Ce, e para a orientadora da pesquisa Ana Patrícia Pereira Morais, na Universidade Estadual do Ceará, Mundo Verde, Sala da Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Avenida Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ce, Fone (85) 3292-7413. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP- UECE), no endereço Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP 60.714.903, Fone/Fax (85) 3101-9600.

Consentimento Livre e Esclarecido

Estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de minha participação. Foram-me garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou de minha família. Caso minha participação na pesquisa implique em algum gasto, serei ressarcido e caso sofra algum dano, serei indenizado. Autorizo assim a publicação dos dados desta pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Aracati/CE, ____/____/____

Participante da pesquisa ou responsável legal:

_____

Assinatura do Participante de Pesquisa

Pesquisador responsável:

_____

Gláucia Porto de Freitas da Costa

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UECE)

Endereço: Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP 60.714.903, Fone/Fax (85) 3101-9600

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada**: ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** que tem como pesquisadora responsável a nutricionista Gláucia Porto de Freitas da Costa, orientada por Dra. Ana Patrícia Pereira Morais e que segue as recomendações da Resolução de nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a partir do o fluxo de informações geradas sobre Mortalidade Infantil na perspectiva de gestores e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde em uma Região de Saúde do Estado do Ceará.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido a encontro com adoção da estratégia de grupo focal, que abordará temas relacionados à Mortalidade Infantil e ao fluxo das informações do CRPMMIF. A participação nos referidos encontros será agendada previamente. Será utilizado o recurso de áudio (MP4), para gravar as falas e posteriormente serem transcritas. As informações frutos dos encontros em grupo serão armazenadas em um computador de tipo notebook e pen drive da autora da pesquisa. A análise será feita através de análise de conteúdo, onde serão discutidos os dados colhidos a fim de responder a problemática do estudo e atingir os objetivos.

Existem alguns **riscos** aos quais você estará exposto(a) de ordem física e de ordem emocional. Por envolver assunto relacionado às suas próprias atuações, poderá haver mal estar e constrangimento em responder as perguntas. Além disso, por se tratar da atuação da Coordenadoria Regional de Saúde e da gestão municipal da saúde, poderá haver, devido à hierarquia e vínculo empregatício, inibição da participação no grupo focal. O participante pode ter a sensação de estar sendo julgado pela pesquisadora. Estes riscos podem ser minimizados deixando o participante o mais confortável possível, conduzindo o grupo focal num ambiente

permissivo, garantindo seus direitos e, sobretudo, reforçando ao mesmo a seriedade e aspectos éticos do estudo.

Os **benefícios** para você serão de forma geral favorecer a possibilidade de que sejam socializados pela gestão os relatórios e recomendações emitidos pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal, ampliando suas ferramentas de atuação na prevenção dos referidos óbitos na Atenção Primária à Saúde ou em outros níveis de atenção nos quais estejam inseridos. Garanto que os dados obtidos a partir de sua participação na pesquisa não serão utilizados para outros fins além dos previstos neste termo.

Caso você tenha algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite ao pesquisador. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Você ficará com uma via deste Termo, que deverá ser rubricada e assinada em cada página, toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente à responsável pela pesquisa a nutricionista Gláucia Porto de Freitas da Costa, através do telefone (88) 99913-4816 ou em seu endereço profissional, na 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, Sala da Coordenação, Rua Vila Isaura, nº 1, Aracati-Ce, e para a orientadora da pesquisa Ana Patrícia Pereira Morais, na Universidade Estadual do Ceará, Mundo Verde, Sala da Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Avenida Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ce, Fone (85) 3292-7413. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP- UECE), no endereço Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP 60.714.903, Fone/Fax (85) 3101-9600.

Consentimento Livre e Esclarecido

Estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de minha participação. Foram-me garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou de minha família. Caso minha participação na pesquisa implique em algum gasto, serei ressarcido e caso sofra algum dano, serei indenizado. Autorizo assim a publicação dos dados desta pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Aracati/CE, ____/____/____

Participante da pesquisa ou responsável legal:

_____

Assinatura do Participante de Pesquisa

Pesquisador responsável:

_____

Gláucia Porto de Freitas da Costa

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UECE)

Endereço: Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP 60.714.903, Fone/Fax (85) 3101-9600

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTORES

INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (Gestores)
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Idade:
Quanto tempo desde o término do seu curso de graduação:
Possui algum curso de pós-graduação? Qual?
Atua há quanto tempo na gestão?
Atua há quanto tempo na gestão municipal?
Atua há quanto tempo como Secretário de Saúde e Coordenador da Atenção Primária à Saúde/Vigilância Epidemiológica na 7ª Região de Saúde do Estado do Ceará?
PERGUNTAS NORTEADORAS DO OBJETO DE ESTUDO
1. Qual a sua percepção sobre o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CRPMMIF)? Como você avalia a importância desta entidade?
2. Você tem acesso às recomendações encaminhadas pelo CRPMMIF? O que é feito após recebê-las?
3. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde têm acesso às recomendações do CRPMMIF? Quais são as estratégias comumente adotadas, que visualizou em sua prática na gestão, para viabilizar o fluxo das informações aos profissionais?
4. Como você avalia as recomendações do CRPMMIF e a adoção em seu município das medidas recomendadas?
5. Na sua prática, independente do apoio técnico do CRPMMIF, você identifica ações de prevenção da mortalidade infantil? Descreva-as.
6.Você tem sugestões para o fluxo das informações do CRPMMIF?

APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ROTEIRO DE DISCUSSÃO PARA ENCONTRO COM TÉCNICA DE GRUPO FOCAL (Médicos, Enfermeiros da APS e Agentes Comunitários de Saúde)
Rodada de Apresentação
Idade:
Quanto tempo desde o término do seu curso de graduação:
Possui algum curso de pós-graduação? Qual?
Atua há quanto tempo na ESF?
Atua há quanto tempo na ESF do município atual?
Já atuou na ESF de algum outro município da 7ª Região de Saúde do Estado do Ceará?
PERGUNTAS NORTEADORAS DO OBJETO DE ESTUDO
1. Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CRPMMIF): O que você sabe sobre o Comitê? (O que a entidade faz? Existe na Região? Qual a função?)
2. Fluxo de informações do CRPMMIF: O que você sabe sobre as informações que são produzidas pelo Comitê e como as informações chegam até a entidade? (Você recebe informações das análises e/ou recomendações? Chegam a você?)
3. Precisa ser assim? O que facilita e dificulta a comunicação do Comitê com as equipes da Atenção Básica? Seria possível apontar caminhos para melhorar o Fluxo de informações do CRPMMIF?
4. Recomendações do CRPMMIF: Como você avalia as recomendações do CRPMMIF, a adoção em seu município das medidas recomendadas e o que você faz para ter acesso às mesmas?
5. Prevenção ao Óbito Infantil? Na sua prática, independente do apoio técnico do CRPMMIF, você identifica ações de prevenção da mortalidade infantil? Descreva-as.
6. Sugestões: Você tem sugestões para o fluxo das informações do CRPMMIF?

ANEXO A – PORTARIA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ DE Nº 148 DE 2008.

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PORTARIA Nº 148 /2008

CONSTITUI COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO ÂMBITO DA 7ª MICRORREGIÃO DE SAÚDE – ARACATI, EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO INCISO II, ART. 3º DO DECRETO Nº 28.774, DE 21 DE JUNHO DE 2007 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, inciso III, da Constituição Estadual e art. 17, da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e inciso XIV, art. 82, da Lei nº 13.875, de 07 de fevereiro de 2007,

CONSIDERANDO o disposto no art. 3º. do Decreto nº 28.774, de 21 de junho de 2007, para que sejam executadas as ações públicas de saúde voltadas para a prevenção da mortalidade materna no âmbito do Estado do Ceará,

RESOLVE:

Art. 1º - Constituir Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna no âmbito da 7ª Microrregião de Saúde – ARACATI, que será vinculado ao Comitê Estadual, conforme dispõe o inciso II, art. 3º do Decreto nº 28.774, de 21 de junho de 2007.

Art. 2º - O Comitê Regional da 7ª Microrregião de Saúde – ARACATI será composto pelos seguintes membros:

NOME	REPRESENTANTE	FUNÇÃO
ÂNGELA MARIA CARDOSO GURGEL	7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	PRESIDENTE
JUSSARA SANTOS VIEIRA	ASSISTENTE TÉCNICA	VICE-PRESIDENTE
LUCIANE BARRETO ARAÚJO	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	TITULAR
FRANCISCA CÉLIA DA SILVA BATISTA	AUXILIAR DO ASSISTENTE FINANCEIRO	SUPLENTE
ARTHUR FERREIRA UCHÔA	MÉDICO GINECO-OBSTETRA	TITULAR
ARACY OLIVEIRA CÂNDIDO	MÉDICA GINECO-OBSTETRA	SUPLENTE
AMANDA DE SOUZA BATISTA	ENFERMEIRA	TITULAR
TELLIANE MARIA DE ANDRADE CASTRO	ENFERMEIRA	SUPLENTE
ENILDA GAMAS PESSOA ARAÚJO	PROGRAMA DE AGENTES DE SAÚDE	TITULAR
MARIA MARTA ANDRADE DE SOUZA OLIVEIRA	ATENÇÃO BÁSICA	SUPLENTE
MARGARIDA ANÍSIA DE SOUZA OLIVEIRA	SAÚDE DA MULHER	TITULAR
SOLANGE REGINA DOS SANTOS SILVA	OUVIDORIA	SUPLENTE
PAULO BARBOSA DE ALMEIDA FILHO	DEFENSORIA PÚBLICA	MEMBRO NATO
FRANCISCO DE ASSIS NUNES DA COSTA	PEDIATRIA	TITULAR
HILDETE LEITE RIBEIRO	PEDIATRIA	SUPLENTE
MARIA LEÔNIDAS FALCÃO	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	TITULAR
ANA ALICE FERNANDES FALCÃO	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	SUPLENTE
KIRLEY MARIA BARROS BARROSO	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	TITULAR
CARMEM BEZERRA SANTOS	ENFERMEIRA	SUPLENTE

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

CARMEM LÚCIA DA SILVA SALES	ENFERMEIRA DO PSF	TITULAR
IRISMAR KARLA SARMENTO DE PAIVA	ENFERMEIRA DO PSF	SUPLENTE
ROSANE SILVA DE AMORIM	ENFERMEIRA PSF	TITULAR
MARIA CLOSILDA REBOUÇAS	MOBILIZAÇÃO SOCIAL	SUPLENTE
ROGÉRIA LÚCIA LEITÃO FREITAS	AÇÃO SOCIAL	TITULAR
GENILSE OLIVEIRA MONTEIRO PEREIRA	ENFERMEIRA SMS	SUPLENTE

Art. 3º - As competências do Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna são as definidas no Decreto nº 28.774, de 21 de junho de 2007.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, aos 15 de fevereiro de 2008.

João Ananias Vasconcelos Neto
SECRETÁRIO DA SAÚDE

ANEXO B – PORTARIA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ DE Nº 2.897 DE 2017.

DOC. 2007688

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PORTARIA Nº 2017/2897

DISPÕE SOBRE A ESTRUTURA E REPRESENTAÇÃO DO COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL NO ÂMBITO DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DE ARACATI /CEARÁ E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E GESTOR ESTADUAL DO SISTEMA DE SAÚDE-SUS/CE, no uso da atribuição legal que lhe confere o art.93, inciso III, da Constituição Estadual, o art.17, inciso XI da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 82, inciso XIV da Lei nº 13.875, de 07 de fevereiro de 2007,

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar as ações preventivas ligadas à redução da mortalidade materna, infantil e fetal com repercussão nos aspectos relacionados à assistência pré-natal, ao parto, ao aborto, ao puerpério e ao primeiro ano de vida, bem como de redefinir a estrutura e representação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;

CONSIDERANDO a Lei Orgânica de Saúde 8080/90 (Artigo 7º, Elem. VII), que destaca como um dos seus princípios "a utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática", e, ainda como forma de analisar a situação da população.

CONSIDERANDO o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS): erradicar as mortes evitáveis de recém-nascidos até 2030, bem como a mortalidade materna, únicas metas do setor saúde dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) que foram mantidas;

CONSIDERANDO o "Plano de Ação para Todos os Recém-nascidos" desenvolvido pelo UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para fornecer um roteiro claro sobre como erradicar as mortes neonatais evitáveis e natimortos com padrões de cuidados de qualidade e medição de nascimentos e mortes;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 1119/2008 que regulamenta a vigilância epidemiológica da morte materna, estabelece fluxos e prazos para agilizar a disponibilidade de informações pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, e ainda, define que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória.

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 72/2010 que estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO que a vigilância da mortalidade materna, infantil e fetal é uma ação estratégica para dar visibilidade ao problema, melhorar o registro dos óbitos, aprofundar o conhecimento das causas dos óbitos, identificarem os fatores de risco e propor medidas de prevenção de novos óbitos evitáveis e melhoria da qualidade da assistência à saúde;

RESOLVE:

Art.1º Redefinir, no âmbito da 7ª Região de Saúde - Aracati, a estrutura e representação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;

Art. 2º - O Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é interinstitucional e multiprofissional, tendo caráter informativo, ético, técnico, educativo e de assessoria com o objetivo de obter informações sobre mortes maternas, infantis e fetais,

suas causas e fatores determinantes e condicionantes propor medidas de prevenção e intervenção para reduzi-las e possibilitar o acompanhamento e a avaliação permanente da assistência à saúde da mulher e da criança no Estado.

Art.3º FINALIDADES E ATRIBUIÇÕES

I – Promover a interlocução entre as Vigilâncias Epidemiológicas das Secretarias Municipais de Saúde, instituições do poder público, instituições e sociedade civil organizada, de modo a congregar os esforços para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal na região.

II- Incentivar e apoiar a constituição e funcionamento de Comitês/Comissões de Vigilância nos municípios e Comissões Hospitalares para o estudo e análise dos óbitos ocorridos.

Parágrafo 1º: O município com população menor que 80.000 habitantes e/ou não tem comitê municipal (funcionamento facultativo) encaminha a investigação dos óbitos para o Comitê Regional analisar, determinar a causa básica, verificar sua evitabilidade e propor medidas de controle e prevenção.

Parágrafo 2º: O município com população igual ou superior a 80.000 habitantes, que possuem Comitê Municipal analisa os óbitos investigados, determinando a causa básica, verificando sua evitabilidade e propõe medidas de controle/prevenção. Encaminha as informações ao Comitê Regional periodicamente.

III - Monitorar o processo de investigação da vigilância dos municípios, analisar os casos de morte materna, infantil e fetal e elaborar relatórios trimestralmente;

Parágrafo 3º: Acompanhar periodicamente a incidência dos óbitos maternos, infantis e fetais nos municípios e avaliar os indicadores de mortalidade materna, infantil, perinatal, neonatal, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal;

IV – Avaliar periodicamente a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, organização dos serviços de saúde; as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, segundo a possibilidade de sua prevenção, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção.

V – Elaborar e propor aos gestores e órgãos competentes as medidas de intervenção necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis; motivar e assessorar os gestores para a realização das estratégias de redução da mortalidade e para a organização da rede de serviços.

VI – Avaliar a efetividade das medidas de intervenção realizadas por meio do monitoramento sistemático das metas e indicadores de impacto para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

VII – Estimular e sensibilizar os profissionais para o registro adequado das estatísticas vitais (declaração de óbitos, nascimentos e outros) que serão utilizadas nos sistemas de informação para o diagnóstico, o planejamento e a avaliação das ações, bem como, a correção das estatísticas oficiais, contribuindo para a qualificação das informações em saúde.

VIII - Divulgar e dar visibilidade ao problema, por meio de ações educativas e sensibilizadoras, como: elaboração quadrimestral do Boletim Epidemiológico e desenvolvimento de ações de educação permanente.

Art.4º FUNCIONAMENTO

I - O Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CRPMMIF) contará com apoio administrativo e técnico da Coordenadoria Regional de Saúde e do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

II - O (CRPMMIF) contará com o Presidente e Vice-Presidente elegidos pelos membros do Comitê e nomeados pelo Secretário Estadual de Saúde.

III- O Comitê Regional contará com um Secretário Executivo para o apoio técnico e administrativo e Assessor Técnico para apoio científico, sendo os mesmos nomeados pelo Secretário Estadual de Saúde.

Art.5º O Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal 7ª CRES – Aracati será composto:

NOME	CATEGORIA PROFISSIONAL	INSTITUIÇÃO REPRESENTADA	TITULAR OU SUPLENTE
Gláucia Porto de Freitas da Costa	Nutricionista	7ª CRES	Presidente
Jussara Santos Vieira	Enfermeira	7ª CRES	Vice-Presidnete
Mere Benedita do Nascimento	Assistente Social	7ª CRES	Titular
Maria do Socorro Alves da Costa	Letras	7ª CRES	Suplente
Valéria Paula Forte	Enfermeira	7ª CRES	Titular
Adriana Sales Cassiano	Farmacêutica	7ª CRES	Suplente
Margarida Anísia de Sousa Oliveira	Administradora	7ª CRES	Titular
Solange Regina dos Santos Silva	Letras	7ª CRES	Suplente
Arthur Ferreira Uchôa	Médico	Hospital Santa Luiza de Marilac	Titular
Aracy de Oliveira Cândido	Médica	Hospital Santa Luiza de Marilac	Suplente
Larissa Nogueira Fontenelle Costa Lima	Médica	Hospital Santa Luiza de Marilac	Titular
Francisco de Assis Nunes da Costa	Médico	Hospital Santa Luiza de Marilac	Suplente
Margarida Maria Cavalcante Viana	Enfermeira	Hospital Santa Luiza de Marilac	Titular
Telliane Maria de Andrade Castro	Enfermeira	Hospital Santa Luiza de Marilac	Suplente
Maria Madeleide da Silva	Enfermeira	SMS/Icapuí	Titular
Brena Jéssica da Silva Damasceno	Enfermeira	SMS/Icapuí	Suplente
Edvânia Silva Oliveira Costa	Assistente Social	SMS/Itaiçaba	Titular

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Genilse Oliveira Monteiro Pereira	Enfermeira	SMS/Itaiçaba	Suplente
Vladia Suyanne Lima dos Anjos	Enfermeira	Policlínica Dr.José Hamilton Saraiva Barbosa	Titular
Hingrid Braga	Assistente Social	Policlínica Dr.José Hamilton Saraiva Barbosa	Suplente
Rafael Lima Falcão	Administrador	Conselho Municipal de Saúde	Titular
Samile de Andrade Lima	Médica	Conselho Municipal de Saúde	Suplente
Maria Leônidas Falcão	Enfermeira	SMS Aracati	Titular
Fabianne Ferreira Costa Róseo	Enfermeira	SMS Aracati	Suplente
Dione Costa Holanda	Enfermeira	Programa Saúde da Família-Fortim	Titular
Carmem Lúcia Silva Sales	Enfermeira	SMS/Fortim	Suplente

Art. 6ª As reuniões do Comitê Regional ocorrerão mensalmente.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado, revogando-se as disposições em contrário.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, aos 16 de novembro de 2017.

Henrique Jorge Javi de Sousa
SECRETÁRIO DA SAÚDE

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Gláucia Porto de Freitas da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08075219.2.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.292.136

Apresentação do Projeto:

O Projeto de pesquisa "ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", versa sobre a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a partir do fluxo de informações geradas sobre Mortalidade Infantil na perspectiva de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde(APS) numa Região de Saúde do Estado do Ceará.Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório e abordagem qualitativa. O projeto traz em sua introdução a descrição do problema de conformidade com a literatura estudada, e a pesquisadora descreve sua aproximação com o tema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a partir do fluxo de informações geradas sobre Mortalidade Infantil na perspectiva de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em Região de Saúde do Estado do Ceará.

Objetivos Secundários:

• Descrever o processo de trabalho do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;

• Realizar levantamento das atividades realizadas pelo Comitê Regional de Prevenção da

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9908 **E-mail:** cep@uece.br

Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de 2008 a 2017;

• Desenhar o fluxo de informações e recomendações do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal sobre Mortalidade Infantil junto à Atenção Primária à Saúde;

• Discutir a percepção dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde sobre o fluxo de informações da Mortalidade Infantil de ocorrência na Região

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A autora afirma que a pesquisa trará risco de ordem física e de ordem emocional. Por envolver assunto relacionado às suas próprias atuações, no caso dos secretários municipais de saúde, coordenadores de Atenção Primária à Saúde e coordenadores de Vigilância Epidemiológica, poderá haver mal estar e constrangimento em responder as perguntas. E em relação aos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, por se tratar da atuação da Coordenadoria Regional de Saúde e da gestão municipal da saúde, poderá haver, devido à hierarquia e vínculo empregatício, inibição da participação no grupo focal. Além disso, o participante poder ter a sensação de estar sendo julgado pela pesquisadora. Estes riscos podem ser minimizados deixando o participante o mais confortável possível, realizando a entrevista em local reservado e conduzindo o grupo focal num ambiente permissivo, garantindo seus direitos e, sobretudo, reforçando ao mesmo a seriedade e aspectos éticos do estudo.

Benefícios:

Afirma ainda que a pesquisa trará benefícios , favorecendo a possibilidade de que sejam melhor compreendidos e socializados pela gestão os relatórios e recomendações emitidos pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal, ampliando suas ferramentas de atuação na prevenção dos referidos óbitos na Atenção Primária à Saúde ou em outros níveis de atenção nos quais estejam inseridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância científica e social, na medida em que com o diagnóstico dos olhares dos profissionais e gestores municipais sobre a Mortalidade Infantil, referir as potencialidades e fragilidades no fluxo de informações advindas do CRPMMIF, e proporcionar o fortalecimento das ações de prevenção da mortalidade infantil, bem como contribuir pra a continuidade das ações desenvolvidas no CRPMMIF no âmbito da Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Continuação do Parecer: 3.292.136

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

• Folha de Rosto devidamente assinada e carimbada pela Diretora do CCS;

• TCLE escrito em linguagem acessível apresentando os possíveis riscos e benefícios;

• Apresenta Termo de Anuência dos municípios, devidamente assinado;

• Apresenta Termo de Anuência e de Fiel Depositário devidamente assinado e carimbado pela Coordenadoria Regional de Saúde;

• O orçamento está presente no projeto e será de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Recomendações:

• Atualizar cronograma da pesquisa e enviar relatório final ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado!!!

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1283121.pdf	20/04/2019 17:14:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE FIEL DEPOSITARIO CRES.pdf	20/04/2019 17:09:48	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTA_DE_ANUENCIA_CRES.pdf	20/04/2019 17:09:29	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ANALISE_DO_FLUXO_DE_INFORMACOES_DO_COMITE_DE_PREVENCAO_DA_MORTALIDADE_INFANTIL_NA_ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUD	20/04/2019 17:07:15	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
Cronograma	Cronograma_do_Projeto_Reajustado.pdf	20/04/2019 16:34:42	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	13/02/2019 03:58:56	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_Anuencia_Aracati.pdf	13/02/2019 03:35:07	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9800 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Continuação do Parecer: 3.292.138

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_Anuencia_Itaicaba.pdf	13/02/2019 03:31:20	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_Anuencia_Icapui.pdf	13/02/2019 03:32:59	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_Anuencia_Fortim.pdf	13/02/2019 03:28:42	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_Profissionais_de_Saude.pdf	13/02/2019 03:28:11	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_Gestores.pdf	13/02/2019 03:22:07	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada_Glaucia_Porto.pdf	13/02/2019 02:59:50	Gláucia Porto de Freitas da Costa	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 29 de Abril de 2019

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9800 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

ANEXO D – REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL NO ÂMBITO DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE

COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL NO ÂMBITO DA 7ª CRES/ARACATI

REGIMENTO INTERNO

Título I – Da Caracterização e dos Objetivos

Art.1º- A Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará constitui o Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da 7ª Regional de Saúde de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2º – O CRPMMIF – 7ª CRES é um Comitê interinstitucional, com o objetivo de monitorar a ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais, identificar e discutir as circunstâncias e os determinantes da mortalidade e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

Título II – Das Finalidades

Art. 3º – São finalidades do CRPMMIF – 7ª CRES:

- Envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade materna, infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;
- Divulgar a necessidade de instalação dos Comitês Regionais/Municipais de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, bem como as comissões hospitalares de investigação de Óbitos Materno, Infantil e Fetal;
- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;
- Monitorar a situação e distribuição dos óbitos maternos, infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;
- Conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência;
- Avaliar a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança pelos serviços de saúde;
- Identificar os óbitos maternos, infantis e fetais evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;
- Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança;
- Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na área de atuação dos serviços;
- Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis;
- Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as

devidas medidas;

- Elaborar relatório analítico trimestral e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

Título III – Da Composição

Art.4º – Serão membros natos: representante(s) da(s) equipe(s) de vigilância de óbitos regional/municipal, representantes de instituições governamentais participantes: 7ª CRES, Secretarias Municipais de Saúde, Policlínica do Consórcio Público de Saúde da microrregião de Aracati (CPSMAR).

Art. 5º– Serão membros indicados: representantes de instituições não governamentais e técnicos de reconhecida atuação no campo: Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac (HSLM) e Conselho Municipal de Saúde.

Art. 6º – Serão membros convidados: profissionais de saúde, discentes e docentes da área da saúde.
Parágrafo único: Os membros convidados terão direito à voz, porém não a voto.

Art. 7º– A Presidência do Comitê Regional será exercida por um Presidente e por um Vice-Presidente, com mandato de quatro anos.

Parágrafo único. O Presidente deverá ser o coordenador da 7ª CRES, enquanto que o Vice-Presidente, será escolhido entre seus pares, poderá ser oriundo do quadro de outra instituição, pública ou filantrópica, de assistência à saúde, de educação e pesquisa, de organização não governamental ou de associação.

Art. 8º– O secretário executivo do comitê será indicado pelo presidente.

Título IV – Do Funcionamento

Art. 8º – O CRPMMIF – 7ª CRES receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância em Saúde.

Art.9º – O CRPMMIF – 7ª CRES reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada três meses, e extraordinariamente quando da ocorrência de óbito materno da Região e quantas vezes forem necessárias, por convocação de seu Presidente.

Art. 10 – As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de desempate.

Art. 11 – A atuação do O CRPMMIF – 7ª CRES se dará conforme o seguinte fluxo:

Título V – Da Competência

Art. 12 – Ao presidente compete:

I - Representar o Comitê Regional em sessões públicas ou eventos, quando convidado;
II - Convocar e coordenar as reuniões do Comitê Regional;

III - Encaminhar propostas à apreciação e votação pelo Comitê Regional;
IV – Homologar, assinar e encaminhar os processos, documentos, correspondências, analisados pelo comitê regional;
V - Participar das reuniões do Comitê Estadual, quando convocado ou convidado;
VI - Dar ciência à Coordenação do Comitê Estadual sobre o que for homologado, assinado e encaminhado sobre a Vigilância Epidemiológica dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal no contexto da Região de Saúde;
VII - Coordenar a composição e produção do Relatório Trimestral sobre o contexto regional de saúde;
VIII - Coordenar a elaboração do Plano Anual de trabalho do Comitê Regional;
IX - Coordenar as visitas educativas nos Municípios, quando deliberadas pelo Comitê Regional;
X – Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
XI - Indicar substituto temporário, em casos excepcionais.

Art. 13 – Ao vice-presidente compete:

I - auxiliar o Presidente nas suas funções;
II - auxiliar na redação e produção do Relatório Trimestral do Comitê;
III - substituir o Presidente em impedimentos temporários;
IV - participar das visitas educativas nos Municípios, juntamente com o Presidente do Comitê Regional;
V - cumprir e fazer cumprir este Regimento;
VI - outras que lhe forem delegadas pelo Presidente.

Art. 14 – Ao secretário executivo compete:

I - enviar aos membros titular e suplente a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê;
II - redigir a ata e o Relatório Trimestral referente a cada reunião realizada;
III - manter cadastro atualizado de todos os membros do Comitê Regional;
IV - providenciar o envio de correspondências relativas às atividades do Comitê Regional, quando definido pelo Presidente;
V - comunicar ao Presidente todas as solicitações e/ou correspondências recebidas em nome do Comitê Regional;
VI - organizar o arquivo relacionado a documentos do Comitê Regional, mantendo os documentos sistematizados de modo a garantir o sigilo, e somente permitir acesso a eles com autorização escrita do presidente do Comitê Regional;
VII - atender às atividades de secretaria do Comitê, definidas pelo Presidente;
VIII - Conhecer, cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 15 – Aos membros do Comitê compete:

I - cumprir e fazer cumprir este Regimento;
II - realizar as atividades definidas pelo Comitê Regional;
III - difundir as Resoluções do Comitê junto às instituições que representam;
IV - auxiliar na redação e produção do Relatório Trimestral do Comitê;
V - participar de visitas educativas nos Municípios, quando deliberadas pelo Comitê;
VII - participar das reuniões do Comitê, e contribuir para o cumprimento de sua finalidade e agenda.

Título VI – Das Disposições Gerais

Art. 16 – Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.
Art. 17 – Este Regimento entrará em vigor após sua publicação.

Aracati, 23 de janeiro de 2018.

Gláucia Porto de Freitas da Costa
Presidente do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal
no Âmbito da 7ª CRES

ANEXO E – CARTAS DE ANUÊNCIA DOS PREFEITOS DOS MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE

PREFEITURA DO
ARACATI
AS PESSOAS EM PRIMEIRO LUGAR

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** que será realizada pela mestranda **Gláucia Porto de Freitas da Costa**, no período de março a maio de 2019, coordenada pela Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Pereira Morais, concordo em autorizar a realização de entrevista e reuniões de grupo focal com o Secretário Municipal de Saúde, coordenador municipal da Atenção Primária, coordenador municipal da Vigilância Epidemiológica, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução CNS n.º 466/2012.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Aracati, 7 de fevereiro de 2019.

Bismarck Costa Lima Pinheiro Maia
Prefeito do Município de Aracati - CE

GOVERNO MUNICIPAL DE
FORTIM
UMA NOVA HISTÓRIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** que será realizada pela mestranda **Gláucia Porto de Freitas da Costa**, no período de março a maio de 2019, coordenada pela Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Pereira Morais, concordo em autorizar a realização de entrevista e reuniões de grupo focal com o Secretário Municipal de Saúde, coordenador municipal da Atenção Primária, coordenador municipal da Vigilância Epidemiológica, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução CNS n.º 466/2012.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Fortim, 7 de fevereiro de 2019.

Naselmo de Sousa Ferreira

Naselmo de Sousa Ferreira
Prefeito do Município de Fortim - CE

Governo Municipal do Fortim
Vila da Paz, Bloco D – Centro – Fortim-CE – CEP.: 62.815-000
prefeitura@fortim.ce.gov.br Fone: (88) 3413.1053

Prefeitura de
Icapuí
Quem ama cuida

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** que será realizada pela mestranda **Gláucia Porto de Freitas da Costa**, no período de março a maio de 2019, coordenada pela Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Pereira Morais, concordo em autorizar a realização de entrevista e reuniões de grupo focal com o Secretário Municipal de Saúde, coordenador municipal da Atenção Primária, coordenador municipal da Vigilância Epidemiológica, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução CNS n.º 466/2012.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Icapuí, 7 de fevereiro de 2019.

Raimundo Lacerda Filho
Prefeito do Município de Icapuí - CE

Prefeitura Municipal de Icapuí
Av. 22 de Janeiro, nº 5183, Centro – ICAPUÍ-CE – CEP.: 62.810-000
CNPJ: 10.393.593/0001-57 Fone: (88) 3432-1337 e-mail: prefeituradeicapui@gmail.com

GOVERNO MUNICIPAL DE ITAIÇABA
Compromisso e Respeito com o Povo

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** que será realizada pela mestranda **Gláucia Porto de Freitas da Costa**, no período de março a maio de 2019, coordenada pela Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Pereira Morais, concordo em autorizar a realização de entrevista e reuniões de grupo focal com o Secretário Municipal de Saúde, coordenador municipal da Atenção Primária, coordenador municipal da Vigilância Epidemiológica, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução CNS n.º 466/2012.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Itaiçaba, 7 de fevereiro de 2019.

José Erenarco da Silva
Prefeito do Município de Itaiçaba - CE

Prefeitura Municipal de Itaiçaba
Av. Coronel João Correia, 298 – Centro – ITAIÇABA-CE – CEP.: 62.820-000
CNPJ: 07.403.769/0001-08 – CGF: 06.920.231-1 – Fones: (88) 3410.1505 / 3410.1213

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** que será realizada pela mestranda **Gláucia Porto de Freitas da Costa**, coordenada pela Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Pereira Morais, concordo em autorizar a realização da análise documental das atas das reuniões, relatórios, histórico de atividades e recomendações elaborados pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da 7ª Região de Saúde, que estão arquivados na 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (7ª CRES/Aracati), durante os meses de abril a junho de 2019, no horário de expediente da 7ª CRES/Aracati.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução CNS n.º 466/2012.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Aracati, 03 de abril de 2019.

Jussara Santos Vieira
Assessora Técnica 7ª CRES/Aracati
Matrícula: 49580118

Jussara Santos Vieira
Assessora Técnica da 7ª CRES/Aracati
Vice-Presidente do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da 7ª CRES/Aracati

7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DE ARACATI
Vila Isaura, nº 01 Farias Brito – Aracati CEP: 62800-000 CNPJ: 07.954.571/0001-04
FAX:/Geral: (88) 3446-2595 Ouvidoria: (88) 3446-2597 CRESUS/MR: (88) 3446-2598
e-mail: aracati@saude.ce.gov.br

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Jussara Santos Vieira, assessora técnica, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará/Aracati (7ª CRES/Aracati), situada em Aracati-Ceará, declaro que a pesquisadora Gláucia Porto de Freitas da Costa está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, cujo objetivo geral é analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a partir do o fluxo de informações geradas sobre Mortalidade Infantil na perspectiva de gestores e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde em Região de Saúde do Estado do Ceará. Adicionalmente, esse projeto pretende realizar, na 7ª CRES/Aracati, análise documental de relatórios, atas das reuniões, recomendações elaboradas pelos membros e histórico das atividades do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da 7ª Região de Saúde, durante os meses de abril a junho de 2019, no horário de expediente da 7ª CRES/Aracati.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
3. Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Aracati, 03 de abril de 2019.

Jussara Santos Vieira

Jussara Santos Vieira
Assessora Técnica 7ª CRES/Aracati
Matrícula: 49580118

Jussara Santos Vieira
Assessora Técnica da 7ª CRES/Aracati
Vice-Presidente do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da 7ª CRES/Aracati

7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DE ARACATI
Vila Isaura, nº 01 Farias Brito – Aracati CEP: 62800-000 CNPJ: 07.954.571/0001-04
FAX:/Geral: (88) 3446-2595 Ouvidoria: (88) 3446-2597 CRESUS/MR: (88) 3446-2598
e-mail: aracati@saude.ce.gov.br