



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

HELÂNIA DO PRADO CRUZ

**COMITÊS DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA EM FORTALEZA E REGIÃO
METROPOLITANA: TRAJETÓRIAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

FORTALEZA

2014

HELÂNIA DO PRADO CRUZ

**COMITÊS DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA EM FORTALEZA E REGIÃO
METROPOLITANA: TRAJETÓRIAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Coordenação do Curso de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia e
Controle dos Agravos Não Transmissíveis.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa
Carvalho

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Fraxe
Pessoa

**FORTALEZA
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

C96c

Cruz, Helânia do Prado.

Comitês de prevenção de morte materna em Fortaleza e região metropolitana : trajetórias, desafios e perspectivas / Helânia do Prado Cruz. – 2014.

95 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Epidemiologia e Controle dos Agravos Não Transmissíveis.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.

Coorientação: Profa. Dra. Sarah Maria Fraxe Pessoa.

1. Comitê de Profissionais. 2. Morte Materna. 3. Vigilância Epidemiológica. I. Título.

CDD 618.79

HELÂNIA DO PRADO CRUZ

**COMITÊS DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA EM FORTALEZA E REGIÃO
METROPOLITANA: TRAJETÓRIAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**


Dissertação submetida à Coordenação do Mestrado em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ___ / ___ / ___

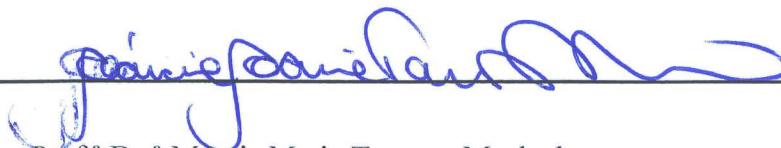
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Fraxe Pessoa
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof.^a Dr.^a Marcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof. Dr. Helvécio Neves Feitosa
Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus

A minha querida mãe, Mardete (*in memoriam*),
minha maior incentivadora.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre comigo, iluminado meu caminho e minhas escolhas.

Aos meus pais, Mardete e Luís (*in memoriam*), pelo dom da vida.

A meu companheiro, Guilherme, que não poupou esforços para que esse sonho se concretizasse. Pelo enorme incentivo e apoio, por vibrar a cada uma de minhas pequenas conquistas. Por todo o amor que une nossa família.

A minha filha amada, Maria Emília, por ser tudo que tenho de mais precioso na vida e por compreender, mesmo ainda tão pequena, minhas ausências e as horas dedicadas ao mestrado.

Ao Professor Herlânio, meu orientador, por ter apostado e confiado em mim. Admiro-o por impulsionar seus alunos a expandir seus horizontes. Muito obrigada pela dedicada orientação e imensuráveis ensinamentos.

A Professora Sarah, por ter sido uma segunda orientadora durante boa parte do andamento deste trabalho. Pela disposição em me ajudar. Muito obrigada pelas leituras meticolosas e inúmeras contribuições.

A Professora Márcia e ao Professor Helvécio, por aceitarem participar da banca examinadora e pelas valiosas contribuições.

A minha sogra, Francisca, por toda ajuda durante este percurso. Por me incentivar a ir sempre além.

A CAPES, pelo apoio financeiro, única forma de poder me dedicar exclusivamente ao mestrado.

Aos profissionais membros dos comitês, por aceitarem participar da pesquisa, contribuindo com valiosas informações.

A secretaria do mestrado, pelo apoio administrativo.

Aos amigos que fiz durante o mestrado, especialmente a amiga Regina, que me deu força e apoio nos momentos difíceis.

RESUMO

Objetivou-se descrever o processo de funcionamento dos Comitês de Prevenção de Morte Materna em Fortaleza, Caucaia e Maracanaú. Este é um estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi composta por 19 profissionais, representantes de oito comitês. Os dados quantitativos foram tabulados no programa Excel. Foi realizada a triangulação de métodos com a aplicação de três técnicas para a coleta de dados: levantamento de informações sobre a existência e o funcionamento dos comitês, observação e aplicação do questionário estruturado. As entrevistas foram realizadas de março a setembro de 2013. Os dados quantitativos foram apresentados em tabelas com frequências relativa e absoluta. Para a compreensão das falas utilizou-se a análise de conteúdo, de Bardin. Participaram do estudo doze (63,1%) enfermeiros, quatro médicos (21%), um fisioterapeuta (5,3%), uma assistente social (5,3%) e um técnico de Enfermagem (5,3%). A faixa etária dos entrevistados foi de 41 a 59 anos (52,6%). Houve predominância do sexo feminino (84,2%) Foram estudados quatro (50%) comitês hospitalares – em Fortaleza, dois municipais (25%) – Fortaleza e Maracanaú, um regional (12,5%) – Caucaia e um estadual (12,5%) - Ceará. A data de constituição e o início das atividades variaram dos anos de 1992 a 2010, com tempo de atuação médio de 11 anos. A quantidade de profissionais por comitê variou de quatro a 31, com média de 16. Dois comitês não souberam informar a formação dos seus profissionais em quantidade. Nenhum dos profissionais se dedica exclusivamente ao comitê, bem como, não recebe remuneração para tal atividade. Nenhum comitê possui estrutura física exclusiva para realização das atividades. A importância do funcionamento dos comitês foi pautada principalmente na dimensão técnica, que envolve as ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelos participantes dos comitês. As principais dificuldades relatadas foram relacionadas aos aspectos estruturais, organizacionais e operacionais. Foi possível evidenciar que, embora a composição dos comitês seja multiprofissional, a participação de algumas entidades como Ministério Público, sociedades científicas, conselhos de saúde e movimento de mulheres negras e/ou índias ainda é pouco significativa, necessitando de maiores incentivos das instâncias governamentais. A experiência dos comitês reflete importantes avanços relacionados ao próprio funcionamento, à operacionalização da vigilância dos óbitos e ao papel institucional e político que cada um desempenha em âmbito local e regional. Para concretização de comitês atuantes e/ou ideais, faz-se necessário que a implementação destes

seja amplamente incentivada pelo Poder Público, viabilizando condições necessárias ao pleno funcionamento nos hospitais, municípios e estados.

Palavras-chave: Comitê de profissionais. Morte materna. Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

We aimed at characterizing the implementation and operation of the Maternal Death Prevention Committees in Ceará. This is a descriptive study, with a qualitative approach, carried in Fortaleza, Caucaia and Maracanaú. The sample consisted of 19 professionals, representing eight committees. There was methodological triangulation by applying three techniques for data collection: gathering information on the committees' existence and operation, observing the application of a questionnaire and a semi-structured interview with closed, open and multiple choice questions. The interviews were carried from March to September, 2013 and were about one-hour long. The quantitative data were presented in tables with relative and absolute frequency. For speech comprehension, content analysis of Bardin was used. Twelve nurses (63,1%), four physicists (21%), a physical therapist (5,3%), a social worker (5,3%) and a nursing technician (5,3%) took part in the study. They were aged 41 to 59 years old (52,6%). There was predominance of females (84,2%). There were four hospital committees (50%) – in Fortaleza, two districtal – Fortaleza and Maracanaú, a regional one (12,5%) – Caucaia and one state unit (12,5%). Constitution date and the activities start up vary from 1992 to 2010, with average 11 years operating time. Professionals per committee ratio ranged from 4 to 31, with an average 16 members. Two committees did not inform their professionals' educational background. The professionals are neither exclusively dedicated to the committee, nor paid for such activity. They do not possess physical structure exclusively dedicated either. The importance of the committees' operation was mainly ruled in the technical dimension, which involves health watching measures developed by the committee members. The main difficulties reported were related to structural, organizational and operational aspects. We could evidence that, though committees are multi-professional consisting, participation in entities such as the Public Prosecutor's Office, scientific communities, Health Councils and Black and/or Indian women's movements is still irrelevant, needing more incentive from governmental authorities. The committees' experience shows important advances related to its own operation, to the operationalization of deaths watching and to the institutional and political role every one has in local and regional scope. For achieving active and/or ideal committees, it is necessary that their implementation be widely incentivized by Public Authorities, generating the necessary conditions for full operation in the hospitals, cities and states.

Key-words: Professional committee. Maternal death. Epidemiological surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Espaços utilizados pelos Comitês de Prevenção de Morte Materna para o desempenho das atividades. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.....	42
Quadro 1 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo das entrevistas. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comitês de Prevenção de Morte Materna, segundo procedência e município. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.....	40
Tabela 2 – Periodicidade das reuniões dos Comitês de Prevenção de Morte Materna. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.....	43
Tabela 3 – Total de óbitos maternos dos comitês hospitalares no início das atividades e no último ano. Fortaleza, Brasil, 2013.....	44
Tabela 4 – Perfil sócio-profissional dos participantes da pesquisa. Comitês de Prevenção de Morte Materna. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEPMM – Comitê Estadual de Prevenção de Morte Materna
CPMM – Comitês de Prevenção de Morte Materna
CRES – Coordenadoria Regional de Saúde
COPROM – Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde
DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DO – Declaração de Óbito
GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HGCC – Hospital Geral Dr.César Cals
HGF – Hospital Geral de Fortaleza
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MCMM – Manual de Comitês de Mortalidade Materna
MEAC – Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
MIF – Mulher em Idade Fértil
MM – Mortalidade ou Morte Materna
MS – Ministério da Saúde
NHE – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NV – Nascidos Vivos
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
PLC – Projeto de Lei da Câmara
PSF – Programa de Saúde da Família
RMM – Razão de Morte Materna
RN – Recém-nascido
SESA – Secretaria da Saúde do Estado (Ceará)
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VE – Vigilância Epidemiológica

LISTA DE SÍMBOLOS

[...]	Indica supressão do texto original, gerado pela fala
%	Porcentagem
Palavra em <i>itálico</i>	Indica palavra e/ou expressão em outro idioma
Negrito	Palavra com forte destaque no texto
“ ”	Indica reprodução literal da frase pelo autor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 A saúde da mulher: percurso das políticas públicas.....	21
2.2 Mortalidade materna como indicador de saúde.....	25
2.3 Mortalidade materna no Brasil.....	27
2.4 Mortalidade materna no Ceará.....	29
2.5 A vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e MIF.....	30
2.6 Comitês de Prevenção de Morte Materna.....	31
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo geral.....	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 Delineamento do estudo.....	35
4.2 Campo de investigação.....	35
4.3 Sujeitos do estudo.....	36
4.4 Etapa de campo.....	36
4.5 Análise e apresentação dos dados.....	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	40
5.1 Identificação e caracterização dos comitês.....	40
5.2 Informações relacionadas ao funcionamento dos comitês.....	42
5.3 Caracterização dos entrevistados.....	45
5.4 Análise das falas.....	47
5.4.1 Temática central 1 – Vigilância em saúde: ferramenta importante para os comitês.....	48
5.4.1.1 Processamento dos dados coletados da vigilância dos óbitos.....	48
5.4.1.2 Função educativa e informativa.....	50
5.4.1.3 Atribuição da responsabilização dos óbitos.....	51
5.4.1.4 Participação da comunidade.....	52
5.4.2 Temática central 2 – Aspectos organizacionais e estruturais dos comitês.....	53
5.4.2.1 Estruturação dos comitês.....	53
5.4.2.2 Recursos humanos.....	54

5.4.2.3 Aspectos operacionais.....	57
5.4.3 Temática central 3 – Avanços percebidos pelos membros dos comitês.....	59
5.4.3.1 Estruturação e organização dos comitês.....	59
5.4.3.2 Processos de trabalho.....	60
5.4.3.3 Reconhecimento intra e interinstitucional.....	61
5.4.4 Temática central 4 – Perspectivas e papel dos comitês.....	62
5.4.4.1 Aperfeiçoamento das ações profissionais e institucionais.....	63
5.4.4.2 Função educativa e divulgadora.....	65
5.4.4.3 Função de controle social.....	66
6 CONCLUSÕES.....	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	76
Apêndice A – Instrumento de coleta das informações.....	77
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	83
Apêndice C – Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa.....	84
ANEXO A – Ficha de Investigação Epidemiológica do Óbito de MIF e Materno.....	91

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a saúde da mulher, nos seus diversos aspectos, foi alvo de esquecimento e descuido por parte das autoridades governamentais de vários países, principalmente dos menos desenvolvidos. Até três décadas atrás, a saúde sexual e reprodutiva da mulher não apresentava relevante preocupação no campo da saúde pública no plano mundial (CECATTI, 1992) e atualmente, mesmo com todos os avanços tecnológicos e científicos acrescidos à área da saúde, ainda se vivencia um cenário em que a mulher enfrenta um conjunto de dificuldades no que diz respeito à oferta de serviços que atendam a esta parcela da população ao longo do seu ciclo vital, de forma integral (REIS; PEPE; CAETANO 2011; SOUZA, 2011).

Gestação, parto e puerpério são considerados processos naturais, inerentes e próprios na vida de qualquer mulher (SILVEIRA, 2002; CHEDID, 2007), porém, como todo processo fisiológico, o ciclo gravídico-puerperal ocasiona mudanças físicas, hormonais e psicológicas no corpo da mãe que, quando não são bem acompanhadas e manejadas, podem resultar em complicações e em alguns casos, desfechos mais desfavoráveis, como a morte (BRASIL, 2007a). Camargo (2003) reflete que a mortalidade materna envolve múltiplos fatores – culturais, profissionais e institucionais.

Para Carreno (2012), a morte de mulheres decorrente de complicações na gravidez, parto e puerpério integra o campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e foi descrita por Tanaka (2001, p. 03) como um “desperdício de vidas em uma realidade que não se altera”, pois, para a autora, “são mulheres saudáveis, no auge de suas vidas reprodutivas, com potenciais de vida a serem vividos e que foram perdidos abruptamente com a morte prematura de causa, quase sempre, evitável”.

Esta característica de evitabilidade é considerada consenso também entre outros autores, ao acentuarem que, de 95 a 99% desses óbitos maternos poderiam ter sido evitados caso tivesse havido interferência oportuna e adequada, com um acompanhamento dessas mulheres desde o pré-natal até o puerpério (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003; ARAÚJO; SOUZA, 2004; ALENCAR JÚNIOR, 2006; BONCIANI, 2006; SOUZA, 2011; CARRENO, 2012). Alencar Junior (2006) refere que, na teoria, esse monitoramento da gestante, posteriormente puérpera, é de fato, uma das maneiras de se identificar precocemente os sinais

e fatores de risco para a morbidade e mortalidade materna, podendo-se, desta forma, serem instituídas as devidas intervenções em tempo hábil.

Desta forma, os profissionais de saúde, têm papel fundamental na obtenção de resultados satisfatórios neste processo, uma vez que prevenir a morbidade e a mortalidade materna é um desafio que extrapola os campos da saúde pública e dos programas populacionais (CECATTI, 2005). Seguindo esta linha de compreensão, esse autor acredita que “apenas as melhorias da atenção profissional e institucional ao parto, independentemente das condições das mulheres, é capaz de reduzir significativamente a ocorrência de morbidade materna grave e de mortes maternas.” (CECATTI, 2005, p. 09).

Assim, após anos e anos ceifando vidas de mães que poderiam não ter morrido por ocasião da maternidade, a morte materna começa a ser inserida num âmbito de inquietude mundial, quando passa a ser tratada como importante problema de saúde pública no início do século XX. Nesse período observa-se que houve uma diminuição desses óbitos em continentes como Europa e países como os Estados Unidos (BONCIANI, 2006).

Passadas algumas décadas, percebe-se que a redução nas taxas de mortalidade materna não foi semelhante nas diversas partes do mundo. Pelo contrário, verifica-se uma disparidade enorme quando comparamos alguns países da América, como Estados Unidos e Canadá, que conseguiram reduzir seus números para uma média de nove óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto que o Haiti, a Bolívia e o Peru atingem quase 200 óbitos (OMS/OPAS, 2011).

Tal realidade nos faz refletir que as Américas apresentam uma das maiores disparidades em mortalidade materna do mundo (OMS/OPAS, 2011), e retrata um “importante indicador de saúde, integrando aspectos sociais, de gênero e de acesso a serviços de saúde, assim como a qualidade do atendimento e a resolutividade de problemas da população.” (CARRENO, 2012, p 17).

Em um estudo realizado na América Latina pela Organização Pan-Americana de Saúde, entre o período de 1962 e 1964, intitulado “Investigação Interamericana de Mortalidade de Adultos”, foi constatado, além das altas taxas de mortalidade materna, haver uma grande desigualdade entre as taxas das regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas (BONCIANI, 2006), o que nos leva a concordar com Soares, Azevedo e Watanabe (2008) que, ao analisarem esses óbitos em distintos contextos geográficos, consideram a oferta e

garantia de acesso às práticas assistenciais de saúde uma forma de se promover a maternidade provavelmente mais segura.

Com efeito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tenta mensurar a razão de mortalidade materna (RMM), medida por meio do total de mortes maternas pelo total de nascidos-vivos em um determinado período, em todo o Mundo, no sentido de nortear ações de saúde e de políticas públicas efetivas que colaborem para a redução do problema. Esta mensuração, entretanto, é considerada difícil de ser realizada pela falta de confiabilidade na magnitude dos dados e uma das causas desta dificuldade é o sub-registro dos óbitos (BONCIANI, 2006).

No concernente à subenumeração dos óbitos e à imprecisão dos registros, Guanabara (2010, p. 19) disserta que “é um viés enfrentado na avaliação de saúde oferecida a essas mulheres que morrem diariamente em diferentes regiões do mundo,” pois, segundo o autor, “não é possível precisar a razão da mortalidade materna nos cinco continentes em razão das dificuldades regionais de cada um destes, no que diz respeito à notificação dos óbitos.” Embora exista dificuldade em avaliar a RMM no Brasil, Calderon, Cecatti e Veja (2006) atentam que os dados oficiais do país revelam a má qualidade dos serviços durante a gestação, parto e puerpério.

No Brasil, as primeiras estatísticas confiáveis ficaram disponíveis em 1980, com a introdução e utilização do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (ARAÚJO; SOUZA, 2004). Assim, ao analisar a tendência da RMM no País, os dados revelam que houve queda de 52% dos anos de 1990 a 2010, quando a RMM passou de 141 para 68 óbitos por 100 mil nascidos.

No primeiro semestre de 2011, o País notificou 705 óbitos por causas obstétricas ao Ministério da Saúde (LAZARI, 2012). Com a posse destes dados, mesmo considerando a falta de investigação epidemiológica oportuna de todos os casos e, conseqüentemente, a subnotificação e a falha nos registros enfrentada pelos sistemas de informação, constata-se que o Brasil mostra uma tendência decrescente em seus índices de mortalidade materna, mas os números ainda estão longe de serem considerados como aceitáveis pela OMS, que considera uma RMM de 20 óbitos por 100 mil nascidos-vivos como parâmetro razoável (WHO, 2010).

Ao analisar o período de 1998 a 2013, foram confirmadas 1.892 mortes maternas no Ceará por causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias, sendo 1.724 por causas obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da razão da mortalidade materna (RMM), no período de 78,9 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado **alto** segundo parâmetros da OMS (CEARÁ, 2014).

Segundo esses dados, no período estudado as razões de mortalidade materna apresentaram-se com uma tendência decrescente como nos anos de 1998 (93,7) a 2000 (74,6) estacionando em 2001 (73,7) crescendo em 2002 (87,2), voltando a subir em 2004 (88,6) e 2005 (88,5) caindo em 2006 (66,7) estacionando de 2007 (71,7), a 2010 (79,2) caindo em 2011 (67,8), subindo em 2012 (90,9), atingindo um pequeno decréscimo em 2013 (88,6) (CEARÁ, 2014).

Apesar de uma relativa diminuição, resultado da implementação de várias políticas públicas de saúde pelo Estado e pelos municípios, é notório que a situação do Ceará enseja ainda grande preocupação, pois apresenta uma RMM quase quatro vezes superior ao preconizado pela OMS.

No ano de 2010, foram notificados 114 óbitos maternos no Ceará. Destes, apenas 62 foram declarados como óbitos maternos (CEARÁ, 2011). Este fato aponta para “uma confusão que se faz no preenchimento da DO, onde a cadeia de eventos que leva ao acontecimento fatídico, a morte, não é elaborada corretamente.” (GUANABARA, 2010, p. 20). Além da correta codificação e digitação, o adequado preenchimento da DO está muito relacionado com os dados oficiais, além de que é pela DO que o processo de investigação da causa materna de morte se inicia (BONCIANI, 2006) e o sub-registro dessas mortes é um dos fatores que dificulta o real monitoramento do nível e tendência da MM em nosso Estado, e nos leva a compreender que discutir a MM no panorama cearense requer, antes de tudo, buscar formas e mecanismos de enfrentamento da problemática regional, que está permeada por contextos políticos, econômicos, sociais, culturais e ideológicos.

Apesar da não confiabilidade nos dados, sabe-se que o Ceará expressa elevado número de óbitos maternos, representando um grande desafio para os gestores, profissionais de saúde, para a sociedade civil e também para as próprias gestantes e suas famílias, no sentido de manterem suas vidas e a de seus bebês; e é nesse contexto, de agregação de

esforços, que percebemos o quanto o Estado se empenha para mudar a realidade que se configura de forma trágica no que diz respeito à saúde materna das mulheres cearenses.

Então, na perspectiva de amenizar tal circunstância, tanto no contexto nacional, quanto no âmbito regional e local, surgiram os Comitês de Prevenção de Morte Materna, com o objetivo principal de investigar, conhecer as causas e estabelecer ações para melhorar os registros e diminuir a morbimortalidade materna.

A prevenção à MM iniciou-se legalmente no Ceará em 1993, por meio do Decreto N° 22.641 de 19 de julho de 1993 que criou o Comitê Estadual e 14 Comitês Regionais de Prevenção a Mortalidade Materna, tornando possíveis o monitoramento e o fortalecimento das ações. Como resultado imediato do trabalho desses comitês, Silveira (2002) destaca o aumento em 50% do total de óbitos maternos registrados.

Em 1997 foi estabelecido o Plano de Redução da Mortalidade Materna no Ceará, tendo sido implantado o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna nas 14 regionais de saúde que cobriam os 184 municípios (CEARÁ, 2009) e, a partir de 1998, o Estado iniciou as investigações de óbitos de mulheres em idade fértil (SILVEIRA, 2002).

No ano de 2001, o Estado passou a ter 21 regionais de saúde com 21 comitês funcionando. No final de 2006, os comitês regionais encontravam-se desarticulados e apenas os comitês das regionais de Quixadá, Sobral e Tianguá funcionavam dentro dos padrões estabelecidos, sendo reconstituídos os comitês das regionais de Crato, Crateús, Itapipoca e Juazeiro do Norte (CEARÁ, 2009).

O Decreto N° 27.774, de 21 de junho de 2007, renovou e reestruturou o Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, com a participação da sociedade científica e dos hospitais de referência em assistência obstétrica e perinatal, totalizando 47 membros. Nesse mesmo período, também foi criada, pela Portaria N° 1.306-A, a Comissão Técnica de Assessoria do Comitê para subsidiar o comitê nas análises sobre evitabilidade dos óbitos (CEARÁ, 2009). No período de 2007 a 2008 foram reimplantados os 21 Comitês Regionais de Prevenção à Mortalidade Materna e 94 comitês municipais foram criados, já alcançando 51% dos municípios.

Soares e Martins (2006, p. 454) destacam que “esses comitês tem como principal objetivo mobilizar parceiros para a redução da mortalidade materna, além de identificar e analisar os óbitos maternos, classificá-los em evitáveis ou inevitáveis e, principalmente,

propor quais as medidas de prevenção.” Embora a criação dos comitês tenha representado um avanço para a saúde materna, a sua atuação, entretanto, levanta muitas questões que podem ser repensadas para melhor delinear os seus limites e contornos (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

Assim, concordamos com a ideia de que pesquisas sobre a mortalidade materna precisam ser incentivadas (GUANABARA, 2010), principalmente em regiões que apresentam alta RMM como o Ceará que, ante a magnitude do problema, demonstra entraves e dificuldades na implementação de ações que, de fato, contribuam significativamente para a diminuição da mortalidade materna. Em relação aos estudos que envolvam os Comitês de Morte Materna no Brasil, a literatura mostra que estes se desenvolvem mais nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente, os Estados de Paraná e São Paulo, os quais foram os pioneiros na implantação desses comitês.

No Ceará, poucas pesquisas sobre mortalidade materna são realizadas e, ainda, nenhum estudo foi feito buscando caracterizar o processo de implementação e funcionamento dos CPMM. Por concordarmos com a ideia de que os comitês são parceiros fundamentais na luta pela diminuição da mortalidade materna, pela redução das morbidades, melhoria do acesso aos serviços de saúde e pela qualidade e fidedignidade dos dados gerados aos sistemas de informações, nos propomos a compreender o papel desempenhado pelos CPMM no Ceará por meio das reflexões teórico-práticas feitas pelos profissionais que os compõem. Levantamos assim, os seguintes questionamentos: Como se deu o processo de implementação dos CPMM no Ceará? Qual a composição profissional desses comitês? Como se desenvolve o processo de trabalho? Quais os principais desafios e dificuldades no que concerne à atuação dos comitês? Quais os avanços e perspectivas no sentido de se constituir comitês atuantes e desta forma, contribuir para a redução da morbimortalidade materna no Ceará?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A saúde da mulher: percurso das políticas públicas

A trajetória das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil é fruto de um conjunto de mudanças ocorridas no País nas últimas décadas, resultantes das lutas dos movimentos feministas que, juntamente com profissionais da saúde do movimento sanitário, tiveram o compromisso e a preocupação de pensar a saúde como um direito de todos e garantir à mulher uma assistência integral (BUSTORFF, 2010). Santos Neto e colaboradores (2008, p. 110) ressaltam que,

O Movimento Feminista brasileiro contribuiu significativamente na construção do novo modelo político, uma vez que se organizava em torno de denúncias acerca das desigualdades sociais e de gênero e essas reivindicações culminaram nas primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil.

As transformações que o País continua vivenciando são também marcadas pela transição demográfica, momento em que há um envelhecimento constante da população, o que reflete, sobretudo, nas políticas públicas destinadas à população, principalmente às mulheres, uma vez que, segundo o último censo demográfico realizado no Brasil, esta parcela da população aumentou, atingindo, em 2010, uma razão de 96 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010). Nesse panorama de mudanças, observam-se algumas características marcantes deste processo, como a inserção maciça da mulher no mercado de trabalho e a diminuição no padrão de fecundidade das mulheres brasileiras, ou seja, uma redução no número de filhos por mulher, tanto no contexto nacional quanto regional, que continuou sendo alterado dos anos de 2000 a 2010.

A tendência observada até então era de rejuvenescimento, isto é, maior concentração dos níveis de fecundidade nas idades mais jovens. Em 2010, ocorreu uma mudança, e os grupos de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade, que concentravam 18,8% e 29,3% da fecundidade total em 2000, respectivamente, passaram a concentrar 17,7% e 27,0% em 2010. Para os grupos etários acima de 30 anos, observa-se aumento de participação, de 27,6% em 2000 para 31,3% em 2010 (IBGE, 2010). O Ceará, inserido neste âmbito, apresentava uma taxa de fecundidade em 1991 de 3,5 partos por mulher (SILVEIRA, 2002)

que continuou caindo e, segundo o Censo do IBGE, em 2010, essa taxa diminuiu para 2,01 (IBGE, 2010).

Assim, as políticas nacionais e estaduais voltadas à saúde da mulher tiveram que acompanhar, mesmo que tardiamente, as diversas mudanças ocorridas ao longo dos anos. Outrora, essas políticas eram pautadas apenas na gestação e parto, sendo limitadas, conforme considera Bustorff (2010, p. 28) “[...] focadas apenas na dimensão procriativa, o que se traduzia em cuidados voltados, exclusivamente, ao ciclo gravídico-puerperal mediante os programas de assistência materno-infantil.”

Estes programas foram elaborados de 1930 a 1970 e moldados na conjuntura cultural e social da época, que restringia a mulher aos papéis de mãe e doméstica, responsável pela educação, criação e saúde dos filhos e outros membros da família (BRASIL, 2007a). Esta realidade limitada acerca dos papéis da mulher persistiu até os anos 1970, com a crise e democratização no setor saúde, quando, a partir de então, este quadro mudou, resultando na proposta da reforma sanitária dos anos 1980, quando as políticas nacionais de saúde da mulher são questionadas pelo, até então, modelo vigente (BUSTORFF, 2010; SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Dissertando sobre o assunto, Bustorff (2010, p. 31) expressa que,

No contexto de críticas ao sistema adotado nesta época, o movimento de mulheres, com forte atuação no campo da saúde, contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e as relações privadas. Tratava-se de levantar discussões que revelavam as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, além da sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e criação de filhos.

Surge, então, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, criado pelo Ministério da Saúde, considerado por Santos Neto *et al.* (2008, p. 110) como “uma das maiores conquistas do movimento feminista, sendo um programa inédito até então, não voltado apenas ao binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher em sua totalidade”. Em 1985 iniciaram-se as atividades de execução do programa e coordenação entre todos os setores envolvidos.

De fato, o PAISM representou um divisor de águas na agenda de políticas públicas de saúde da mulher do Brasil, visto que englobava um conjunto de ações baseadas

nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência, da equidade de gênero e em propostas de ações educativas inovadoras (LE MOS, 2011), “onde as mulheres passam a ser vistas além do ciclo gravídico-puerperal e a sociedade passa a reconhecer os direitos de meninas e adolescentes” (BUSTORFF, 2010, p. 38).

Mesmo, porém, com todos os pontos positivos que o novo programa demonstrava, sua efetivação não teve o êxito esperado em todos os estados e municípios do País:

O PAISM não teve suas bases conceituais transformadas em prática no nosso país, devido as grandes diferenças regionais, além das enormes dificuldades enfrentadas pelo sistema público de saúde, que também foram muito influenciadas por fatores políticos, econômicos e sociais. Apesar da sua não efetivação a nível nacional, as experiências demonstram que o maior sucesso deste programa nos diversos locais do Brasil, esteve sempre ligado ao efetivo controle social, sério compromisso político e participação ativa das mulheres. (SILVEIRA, 2002, p. 47).

Entendemos, então, que o final da década de 1980 no País foi marcado pelo início de profundas e importantes transformações no contexto das políticas públicas direcionadas à saúde da mulher e nesse panorama nacional, uma das estratégias relevantes do PAISM foi a implantação dos Comitês de Prevenção de Morte Materna, em 1987, tendo como função primordial fazer a análise de todos os óbitos maternos e propor medidas de intervenção, além do acompanhamento e avaliação constante das políticas de atenção à saúde da mulher (CARRENO, 2012).

Após o PAISM, várias portarias, estatutos, normas etc. foram aprovados e instituídos no sentido de garantir à mulher cada vez mais direitos e condições de saúde melhores.

Em 1990, a aprovação do estatuto da criança e do adolescente também previa tanto a atenção à gestante quanto ao recém-nascido no sistema público de saúde. Pretendia assegurar à gestante, através do SUS, o atendimento antes e após o parto, proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno, aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade e manter alojamento conjunto possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (SANTOS NETO *et al*, 2008, p. 111).

Outros programas criados foram: o PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, implantado inicialmente no Ceará, e em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), colocando-se como modelo capaz de viabilizar, no âmbito da atenção básica, a qualidade necessária em saúde, em que se destaca a saúde reprodutiva e sexual (MANDÚ; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

No ano de 2000, o Governo brasileiro criou o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), com o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País e tendo como estratégia fazer com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido (RN) fosse de qualidade e humanizada (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Quatro anos mais tarde, o PAISM tornou-se Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres. No mesmo ano, ainda com a necessidade de se reduzir os indicadores de mortalidade materna, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.172 (BRASIL, 2004), que definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como atribuição dos municípios e estados (CARRENO, 2012).

Passadas quase três décadas, é possível refletir na ideia de que muitos foram os esforços e avanços do Governo brasileiro em relação às políticas de saúde da mulher, mas há que se questionar se tais políticas tem alcançado, de fato, seus objetivos e logrado melhorar os indicadores de saúde materna. Nos dias atuais, mas ainda com objetivos antigos, de reduzir os péssimos indicadores de saúde materna, o mais novo programa adotado pelo país foi a Rede Cegonha em 2011. A Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, descreve que

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis [...] e tem como objetivo fomentar a implantação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha representa uma nova perspectiva de mudanças e melhorias na realidade atual de políticas de saúde da mulher.

2.2 Mortalidade materna como indicador de saúde

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2008, p. 13), “os indicadores são medidas-síntese que contem informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde” e “devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde”.

A mortalidade materna é considerada como um bom indicador de saúde da população feminina e, de certa forma, da população em geral (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; TOGNINI et *al.*, 2011), pois retrata a qualidade da atenção dispensada à saúde da mulher (OPAS, 2008), o que a caracteriza, também, como um bom indicador de disparidade e iniquidade entre homens e mulheres (LAURENTI, 2001; NOGUEIRA, 2010; WHO, 2011).

É definida como,

A morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, causada por qualquer fato relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (OPAS, 2008, p. 120).

Existe ainda outra definição, mortalidade materna tardia, aquela que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, seja por causa de morte obstétrica direta ou indireta (BRASIL, 2007a), mas, embora essas mortes maternas tardias não sejam consideradas para o cálculo da razão de mortalidade materna, nem para finalidade de notificação internacional, seu registro é útil para fins analíticos nacionais (OMS/OPAS, 2011).

Em alguns países com situação econômica desfavorável, como Cuba e Costa Rica, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser também um indicador da decisão política, no sentido de garantir a saúde a esta parcela da população (BRASIL, 2007b).

Um ponto importante a se destacar é a problematização da nomenclatura utilizada para o indicador de mortalidade materna, pois várias denominações são dadas - razão, coeficiente, taxa - o que, de uma certa forma, gera confusão. À luz da literatura, tendo como referencial o Ministério da Saúde, a razão de mortalidade materna é chamada de “taxa” ou

“coeficiente”; e entretanto, ela só poderia ser assim chamada se o seu denominador fosse o número total de gestantes. Sabendo-se que este dado se torna difícil de obter, utiliza-se o número de nascidos, para fins de cálculo mais próximos, o que torna o termo razão mais indicado (CARRENO, 2012). A OMS usa a expressão razão de morte materna quando se refere ao indicador de morte materna, utilizando no denominador o número de nascidos e atualmente o Brasil segue a nomenclatura “razão” (BRASIL, 2007a). Nosso estudo adotará a nomenclatura “razão”.

O conhecimento da RMM, principalmente nos países menos desenvolvidos, não é fácil, visto que “geralmente, existe grande sub-registro de óbitos ou, mesmo não havendo sub-registro, os médicos não informam corretamente as causas maternas nos atestados de óbito” (LAURENTI, 2001, p. 01) e, por esta e outras razões, sua mensuração, poucas vezes, traduz a realidade de sua magnitude (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000). A declaração de óbito é “o documento padrão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender aos princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde.” (BRASIL, 2007a, p. 08).

Para o indicador de morte materna, é importante destacar o fato de que, além de a causa básica de morte ser definida como morte materna, é necessário que os médicos preencham adequadamente os campos 43 e 44 da Declaração de Óbito (DO), referentes ao óbito de mulheres que estavam grávidas. Além do preenchimento adequado das DO por parte dos médicos, outra questão relacionada ao sub-registro dessas mortes, mas que é pouco citada nos estudos, é a digitação ou codificação incorreta das DO. Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2008, p. 353), em um artigo de revisão, citam que “é preciso ter em mente que mesmo os atestados adequadamente preenchidos podem vir a ser codificados erradamente e, dessa maneira, não ser selecionada a causa básica que o médico declarou”. Portanto, dizem os autores, “não é unicamente uma questão do preenchimento pelo médico, mas, também, é preciso ter bons codificadores”.

Por tal razão, com o objetivo de se ter informações mais precisas sobre dados tanto quantitativos e qualitativos, como de tendência dessas mortes, no sentido de nortear as políticas de saúde, o Brasil adota, igualmente a outros países desenvolvidos, que possuem bons registros, a utilização de um fator de correção para mensurar a RMM. Cabe salientar que

este fator de correção acresce em 40% a RMM calculada para determinada região e foi inserido com base em estudos realizados na década de 1990 em várias capitais brasileiras, pelo Ministério da Saúde, juntamente com o pesquisador responsável, Dr. Ruy Laurenti.

Desde então, ainda não foram realizadas pesquisas para atualizar este fator de correção, razão por que ainda se aplica este fator de 40%. Em uma de suas pesquisas Laurenti; Mello-Jorge; Gotlieb (2000, p. 28) relatam que,

Na cidade de São Paulo, por exemplo, enquanto as taxas oficiais evidenciavam valores de 43 a 46 óbitos por cem mil nascidos vivos, os dados após a pesquisa deixavam claro que a mortalidade materna correspondia a aproximadamente o dobro, conduzindo a um fator de correção praticamente igual a 2,0.”

De fato, com a implantação dos sistemas de informação e a gratuidade dos registros civis de nascimento e óbito, observa-se que houve um avanço no País no referente à diminuição dos sub-registros das mortes maternas (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB 2000), mas ainda é preciso um esforço conjunto no sentido de se melhorar ainda mais a qualidade e fidedignidade dos dados.

2.3 Mortalidade materna no Brasil

Anualmente, cerca de 1.800 brasileiras morrem antes, durante ou poucos dias após o parto. Em 2009, foram 1.872 óbitos maternos declarados, segundo o DATASUS, o que significa 65 mortes para cada 100 mil bebês nascidos (MARTINS, 2012). Dessas mortes, é consenso entre vários estudos epidemiológicos a ideia de que as mulheres com menor renda, menor escolaridade e acesso limitado a serviços de saúde são as mais acometidas (MARTINS, 2006).

Em razão dos dados que o Ministério da Saúde expressa sobre a mortalidade materna no Brasil é importante entender que houve diminuição expressiva na RMM do País, de 1990 para o ano de 2000. O desafio é que, na última década, segundo os dados revelados em 2011 pelo MS, o País estagnou na redução da MM (SOUZA, 2011). Este fato é uma preocupação que evidencia muitas reflexões, uma vez que, nos últimos anos o País já exprime, do ponto de vista tecnológico, “intervenções preventivas ou terapêuticas efetivas para a redução da mortalidade materna”. (SOUZA, 2011, p. 274). Cook (1997) refletindo a problemática da mortalidade materna pela ótica dos direitos humanos, afirma que essas

mortes evitáveis devem ser pontuadas como o resultado de injustiças sociais que as mulheres sofrem devido a seu status social.

Além disso, praticamente todas as mulheres (99%) passam por pelo menos uma consulta de pré-natal e 90% delas passam por pelo menos quatro consultas. Um total de 98% dos partos ocorrem em instituições de saúde e cerca de 90% deles são assistidos por médicos e outros profissionais da saúde, razões suficientes, atribuídas por Souza (2011), para colaborar significativamente com uma redução na RMM do País.

Entendendo a maternidade como um direito social (REIS, PEPE, CAETANO, 2011), temos o respaldo da Constituição brasileira, que a define em seu artigo 6º e enumera como “direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a **proteção à maternidade** e à infância, a assistência aos desamparados”. Sendo assim, a mortalidade materna é considerada como uma das mais graves violações dos direitos humanos (BRASIL, 2007b). Em 1994, o Governo brasileiro declarou a redução da mortalidade materna como prioridade no que diz respeito à saúde pública (BERQUÓ; CUNHA, 2000).

Anos depois, o Brasil, juntamente com 180 países, assumiu o compromisso mundial de reduzir a mortalidade materna até 2015 em $\frac{3}{4}$. Este compromisso faz parte dos objetivos incluídos na Meta de Desenvolvimento do Milênio para o ano de 2015. Do total de países que assinaram este acordo, apenas nove conseguirão alcançar a meta proposta (o Brasil não conseguirá), configurando que a redução da mortalidade materna em todo o Mundo se torna um grande desafio para os governos.

Ao analisar a relevância da mortalidade materna como importante problema de saúde pública e a quantidade de artigos produzidos no Brasil sobre o tema, Morse *et al.* (2011), em uma revisão de literatura, descrevem que existe um descompasso e que a maior parte das publicações se concentra na região Sudeste e são de natureza descritiva, com identificação das causas básicas. Nessa revisão, a região Nordeste apontou as mais altas razões de MM.

As publicações nacionais mostram que, a partir do ano 2000, houve um aumento de pesquisas sobre *near miss* materno, que quer dizer “quase perda materna”. Esses estudos se tornam mais frequentes, pois buscam investigar mulheres que passaram por graves complicações durante a gravidez, parto e/ou puerpério, mas que, por diversos fatores, não

evoluíram para óbito. Segundo Souza *et al.* (2006), estudar sobre *near miss* materno é de grande interesse para temas de morbimortalidade materna, pois se trata de um grupo de mulheres mais frequente e com melhores informações do que as mortes maternas.

Mesmo com poucas pesquisas e com todas as dificuldades para se medir a mortalidade materna, é possível refletir que a MM no País revela questões de desigualdades sociais, econômicas, de gênero e principalmente de acesso aos serviços de saúde, sendo assim, é viável concordar com Carvalho (2006) quando considera que a RMM é o mais adequado parâmetro para orientar a criação de políticas públicas de saúde que visem melhorar a assistência prestada às gestantes.

2.4 Mortalidade materna no Ceará

A mortalidade materna no Ceará é um tema que carece de pesquisas científicas. A maior parte dos estudos publicados foi realizada na capital, Fortaleza, em hospitais e maternidades-escola. Entre estes, destaca-se uma pesquisa feita na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) por Carvalho (2006), que buscou traçar o perfil das mortes maternas ocorridas de 2000 a 2003. Nesse estudo, o autor identificou uma alta RMM no período (acima de 80), em que as causas obstétricas diretas responderam pelas principais causas dos óbitos, tendo eclâmpsia como a principal responsável. Os óbitos maternos sucederam principalmente na faixa etária de 20 a 24 anos e ocorreram, em sua maioria, em ambiente hospitalar.

Outra pesquisa, publicada por Herculano e colaboradores (2012), também tendo como campo de pesquisa uma maternidade referência para assistência obstétrica no Ceará, localizada em Fortaleza, objetivou analisar os óbitos maternos ocorridos de 2000 a 2008. Percebeu-se, nesse estudo, baixa qualidade dos registros de investigação dos óbitos, o que não permitiu um conhecimento fidedigno do contexto social que as mulheres que foram a óbito se encontravam. Predominaram também os óbitos por causas obstétricas diretas, sendo as diversas formas clínicas da síndrome hipertensiva gestacional os principais fatores determinantes, e o período em que mais houve óbito foi representado pelo puerpério, tendo havido associação entre as mortes ocorridas neste período com síndrome hipertensiva e infecção (HERCULANO *et al.*, 2012).

As principais causas dos óbitos maternos no Ceará, de 2010 a 2013, foram as obstétricas diretas (CEARÁ, 2014), que são “aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas” (BRASIL, 2009, p. 52), como a doença hipertensiva específica da gravidez, hemorragia (ante e pós-parto), infecção puerperal, aborto, embolia obstétrica, complicações anestésicas, complicação venosa gravídica e outras (CEARÁ, 2014)

2.5 A vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e em MIF

A vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e em MIF inicia-se com a notificação dos óbitos. Essa notificação é o registro da ocorrência dos óbitos com a inclusão dos dados da Declaração do Óbito (DO) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com oportuna transferência destes às secretarias de saúde e ao MS (simultaneamente) em um prazo máximo de 30 dias.

A investigação epidemiológica é um dos métodos utilizados para análise da ocorrência de óbitos maternos, que deve ser realizada após o conhecimento do caso, utilizando-se as fichas de investigação (em anexo), e deve ser realizada em um prazo de até 120 dias, decorridos da notificação (CEARÁ, 2012). “Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes e suas possíveis causas.” (BRASIL, 2009, p. 15).

O Ceará, em consonância com os 184 municípios pactuou nos últimos anos algumas metas para seus indicadores, e no caso da investigação epidemiológica dos óbitos de MIF foram pactuadas para 2009, 2010 e 2011 as metas para serem investigados 90%, 50% e 60% dos casos, respectivamente. Em 2009, o Estado conseguiu investigar 76,6% dos óbitos, não alcançando a meta proposta de 90%. Provavelmente por esta razão, em 2010, a meta foi reduzida para 50% e o Estado investigou 91,3% dos óbitos. Em 2011, a meta era investigar 60% dos casos e o Ceará conseguiu investigar 81,3% dos óbitos em MIF (CEARÁ, 2012).

É importante destacar o fato de que, a investigação epidemiológica dos óbitos (maternos e de MIF) é uma prática que requer competências e habilidades específicas por

parte dos profissionais de saúde para que seja feita a contento e no prazo determinado. Trata-se, na verdade, de três investigações paralelas: a hospitalar, a domiciliar e a ambulatorial, cada uma com sua ficha específica padronizada pelo MS. Segundo o Manual de Normas Técnicas para Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno no Ceará, lançado em 2010,

Para a investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, recomenda-se como responsável a equipe da Atenção Básica (da área de atuação de abrangência do local de residência da família, como parte integrante da sua atuação); para a investigação hospitalar, os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou outra estrutura designada pelo gestor local. (CEARÁ, 2010, p. 14).

Realizadas as investigações, as três fichas investigativas são compiladas em uma denominada de ficha-síntese, que é, na verdade, um resumo das três investigações. Esta ficha-síntese é a que deve ser cadastrada no sistema de informações. As investigações são importantes porque contribuem para a identificação do número real de óbitos maternos (BRASIL, 2009), além de identificar os casos de óbitos em MIF que não foram classificadas como mortes maternas, colaborando para diminuir as subnotificações dos casos.

O MS recomenda ainda que:

Após o término da investigação, a equipe de vigilância de óbitos deve fazer o resumo do caso e promover reunião do Comitê de Morte Materna para análise ampla e detalhada de cada caso, conclusão sobre a evitabilidade do óbito e definição de medidas para evitar novos óbitos. (BRASIL, 2009, p.14).

2.6 Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna

As primeiras experiências sobre Comitês de Prevenção de Morte Materna que a literatura registra datam de 1931, quando foram criados os primeiros comitês na Filadélfia e um ano depois em Nova Iorque, ambos nos Estados Unidos (BRASIL, 2007a). Embora estes tenham sido os primeiros comitês do Mundo a trabalharem com a investigação e a prevenção das mortes maternas, a experiência dos comitês no Reino Unido, a partir de 1952, é bastante referida por meio de seus resultados positivos no desenvolvimento de medidas eficazes para a prevenção dos óbitos maternos.

O trabalho dos comitês em Cuba, na América Latina, é também bastante referido na literatura, visto ser referência de que é possível reduzir a razão de morte materna, quando há interesse por parte de todos os setores da sociedade envolvidos neste processo. Estes

comitês foram criados em 1987, e tinham a responsabilidade de analisar todos os óbitos maternos no referido País. O que chama atenção são os prazos estipulados para que as comissões cubanas notifiquem e investiguem todos os óbitos maternos: as notificações têm prazo de 24 horas e as investigações de no máximo 15 dias (BRASIL, 2007a).

O desafio da criação dos comitês em outros países da América Latina deu-se com a Conferência de Nairóbi/Quênia, em 1987, quando a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso firmado pelos países em desenvolvimento. Desde então, especificamente em 1995, quase todos os países da América Latina e do Caribe registravam, com diferentes graus de desenvolvimento, a criação e o funcionamento de Comitês de Prevenção de Morte Materna (BRASIL, 2007a).

No Brasil, a implantação dos comitês foi uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde após implantado o PAISM em 1983 (BRASIL 2007a), tendo os pioneiros e mais bem-sucedidos comitês implementados no Paraná e em São Paulo, no começo dos anos 1990 (SILVEIRA, 2002; VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011), ambos considerados bem atuantes até os dias atuais.

Segundo o Ministério da Saúde, os comitês são “organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência.” (BRASIL, 2007a, p. 20).

O Ministério da Saúde enfatiza que os municípios e instituições de saúde têm autonomia para organizar seus comitês, mas o que comumente acontece no Brasil é a criação dos comitês municipais e hospitalares com base nos Comitês Estaduais de Morte Materna (BRASIL, 2009). A organização dos comitês hospitalares é considerada

Imprescindível no sentido de representarem um espaço para discussão entre os profissionais de saúde e gestores do hospital, viabilizando, por meio da reflexão e da análise crítica dos óbitos ocorridos no estabelecimento de saúde, a identificação das responsabilidades e de medidas para evitar novos óbitos. Esses comitês podem contribuir, sobremaneira, para o levantamento de dados nas instituições hospitalares. Vale ressaltar que esta organização é requisito para funcionamento de maternidades que fazem parte do Programa de Gestação de Alto Risco e de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. (BRASIL, 2009, p.23).

Na verdade, a criação e o funcionamento dos CPMM, até 2007, exceto os hospitalares, conforme já explicado, não era uma obrigatoriedade para os estados, municípios e regionais de saúde, e sim uma estratégia muito recomendada pelas autoridades

governamentais, ante a situação alarmante de mortes maternas no Brasil. Em 2007 foi criado um Projeto de Lei da Câmara, determinando que fossem constituídos, mediante leis estaduais, distritais e municipais, Comitês de Estudos e Prevenção à Mortalidade Materna em todos os Estados, Municípios com população maior que 80.000 habitantes e no Distrito Federal.

Em 2011, o Plenário do Senado aprovou o substitutivo ao projeto de Lei da Câmara (PLC) 100/07, que determina a criação de Comitês de Estudos e de Prevenção da Mortalidade Materna no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a função de investigar e identificar as causas da morte de mulheres em idade fértil, além de apurar as responsabilidades técnicas ou administrativas por esses óbitos (AGÊNCIA SENADO, 2011).

O modelo de trabalho dos primeiros comitês criados no Brasil, especificamente do Paraná, serviu de orientação para que o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Ceará fosse instalado e depois oficializado por meio do Decreto de Nº 22.691, de 29 de julho de 1993 (SILVEIRA, 2002).

A implantação do Comitê Estadual no Ceará se deu de forma lenta e gradual (SILVEIRA, 2002) e envolveu várias instituições, conforme recomendação do Ministério da Saúde, como secretarias de saúde, universidades, conselhos regionais de Medicina e Enfermagem, conselho cearense dos direitos da mulher, representações de várias organizações não governamentais e do Ministério Público, dentre outros (SILVEIRA, 2002).

Em 2012, por meio da Portaria 2123/2012, o Comitê Estadual foi renovado, no que diz respeito à composição de seus membros e atribuições.

Passados quase 20 anos da criação do Comitê Estadual, muitos avanços ocorreram e muitos desafios foram e são enfrentados para que, hoje, o Ceará conte com um comitê estadual, vários comitês municipais, hospitalares e regionais, implantados e funcionando, todos com o mesmo objetivo final de melhorar os indicadores de saúde materna do Estado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o processo de funcionamento dos Comitês de Prevenção de Morte Materna em Fortaleza, Caucaia e Maracanaú.

3.2 Objetivos específicos

Identificar a composição profissional dos Comitês de Prevenção de Morte Materna.

Identificar os desafios e dificuldades vivenciados pelos membros dos Comitês.

Descrever quais os avanços e perspectivas são percebidos pelos membros em relação a atuação dos Comitês de Mortalidade Materna.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Efetuamos estudo descritivo com abordagem quantitativa e aprofundamento do fenômeno a partir das perspectivas dos conselheiros. Entendendo que “ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada” (MINAYO; SANCHES, p. 240, 1993) optamos por trabalhar as duas abordagens uma vez que elas “podem e devem ser utilizadas em tais circunstâncias, como complementares”, conforme descrevem os autores acima citados. Serapione (2000) coloca ainda que são duas abordagens com particularidades diferentes, no entanto, ambas seguem o mesmo método científico.

Do ponto de vista quantitativo, pretende-se atuar em níveis da realidade, onde buscamos os dados e indicadores dos CPMM em Fortaleza e região metropolitana pela necessidade de caracterização da amostra. A escolha pela abordagem qualitativa ocorreu em razão da necessidade de aprofundarmos questões de experiências, vivências e opiniões (MINAYO, 2012) dos profissionais que representam os comitês. Serapioni (2000) ensina que, as pesquisas qualitativas centralizam-se nas particularidades e especificidades de determinados grupos sociais estudados e devem ser utilizadas quando o objeto de estudo não é bem conhecido, por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo dos significados.

4.2 Campo de investigação

Este estudo foi realizado no ambiente natural onde os profissionais exercem as atividades dos comitês. Foram escolhidos os Municípios de Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, pelo fato de registrarem um ou mais óbitos maternos nos últimos anos e pela possibilidade de nosso deslocamento para realizar as entrevistas. Em 2013, das 117 mortes maternas ocorridas no Ceará, 42 foram em Fortaleza e três em Caucaia. Além disso, outro critério para a escolha dos municípios foi a existência e o funcionamento dos comitês. Fortaleza, por ser a capital do Estado, concentra um número maior de comitês (comitês hospitalares, comitê estadual e

municipal) em relação aos outros municípios, além de possuir um maior quantitativo de maternidades e instituições para gestantes de alto risco e receber grande demanda dessas pacientes.

4.3 Sujeitos do estudo

A população foi composta pelos membros dos CPMM dos três municípios. Foram entrevistados um ou mais membros de cada comitê, com o objetivo de alcançar informações suficientes para a reconstituição dos significados que os informantes dão ao evento estudado (MINAYO, 1996).

Realizamos um levantamento junto à SESA e às CRES para a identificação da totalidade de comitês dos três municípios, dos atuais membros responsáveis e seus respectivos contatos. Foram considerados como comitês implantados aqueles que, por ocasião da pesquisa, declararam sua existência e o desenvolvimento das atividades de investigação e/ou análise dos óbitos maternos. Para o Município de Fortaleza participaram os CPMM estadual, municipal e hospitalares. Os comitês hospitalares fazem parte da rede pública terciária de saúde do Estado (HGF, HGCC, MEAC) e secundária do município (Gonzaguinha de Messejana). Os três primeiros são maternidades de referência que fazem parte do Programa de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde.

Em Caucaia foi entrevistado o Comitê Regional (2ª CRES) e em Maracanaú, o Comitê Municipal.

Optamos por incluir na investigação os profissionais de variadas categorias e funções dentro dos comitês que aceitaram responder ao estudo, visto que as representações sociais construídas por parte de cada um deles são diferentes.

4.4 A etapa de campo

O trabalho de campo constitui uma etapa fundamental nas pesquisas qualitativas, pois é o momento em que o pesquisador interage com os sujeitos pesquisados (MINAYO, 2012). Os métodos e técnicas utilizados nesta pesquisa foram a observação, a entrevista e a análise documental.

A observação, como parte integrante do trabalho de campo, antecedeu a fase de entrevistas e se deu em cinco encontros marcados previamente com os membros dos comitês, dos quais participamos, como ouvinte, das reuniões para discussão de alguns casos de mortes maternas. Os encontros foram importantes, pois permitiram apreender atitudes, gestos e olhares que acompanham os discursos dos sujeitos.

Para a primeira aproximação com os participantes da pesquisa, realizamos contato via telefone, com o(a) coordenador(a) de cada comitê, com o objetivo de explicar a pesquisa e obter autorização para contatar, logo depois, os demais membros. Fizemos pessoalmente todas as ligações, utilizando sempre o mesmo roteiro de abordagem. Naquela ocasião, cada CPMM foi convidado a participar da pesquisa e foram feitas as devidas apresentações sobre o estudo, explicando os objetivos, relevância, justificativa e dada a oportunidade aos coordenadores para esclarecerem quaisquer dúvidas sobre a investigação. Após confirmação de interesse em participar, foram agendados dia, local e horário para encontro, de acordo com nossa disponibilidade e dos sujeitos do estudo. Todas as entrevistas foram por nós previamente agendadas.

No momento do segundo contato, realizado pessoalmente com cada participante da pesquisa, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), que foi lido e assinado por parte de cada entrevistado.

Para a parte quantitativa da pesquisa, foi utilizado um questionário estruturado, contendo 46 perguntas, que foram divididas em três partes. A primeira parte refere-se a dados relacionados aos entrevistados, com o objetivo de traçar o perfil dos membros dos comitês. A segunda parte é referente aos dados de identificação e caracterização do comitê: procedência, classificação, data da constituição, data do início das atividades, quantidade de profissionais, quantidade de profissionais exclusivos, instituição ou órgão que os profissionais representam e estrutura física. O terceiro bloco de perguntas refere-se a informações sobre o funcionamento do comitê: informações sobre a periodicidade das reuniões, regimento, investigação e análise dos óbitos, recursos utilizados para as investigações, elaboração de relatórios, capacitações, financiamento e divulgação dos dados. As variáveis utilizadas foram baseadas no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MCMM), elaborado pelo Ministério da Saúde em sua terceira e última edição, no ano de 2007, que normatiza todas as questões referentes a composição, funcionamento e objetivos dos CPMM.

A parte qualitativa (aprofundamento do fenômeno) do estudo foi baseada em quatro perguntas norteadoras descritas abaixo.

Pergunta norteadora 1 (Q47): “Como você analisa a importância do funcionamento do CPMM para a redução da morbimortalidade materna”?

Pergunta norteadora 2 (Q48): “Na sua opinião, quais os principais desafios e dificuldades do CPMM”?

Pergunta norteadora 3 (Q49): “Quais os avanços do seu comitê”?

Pergunta norteadora 4 (Q50): “E como você planejará perspectivas para um comitê atuante ou ideal”?

Para realização desta última parte do estudo, todas as entrevistas foram gravadas (em gravador tipo digital) após concedidas as devidas autorizações de cada participante.

As entrevistas foram realizadas de março a agosto de 2013 e ocorreram no local de trabalho dos profissionais. Duraram em média doze minutos. Nem sempre os profissionais estavam disponíveis e na maior parte das vezes tivemos que esperar o término das atividades para dar início às entrevistas, situação já esperada por nós, que foi facilmente contornada.

Ao final, foram entrevistados 19 profissionais de oito comitês. Os questionários foram codificados em E1, E2, E3 e assim sucessivamente, com o intuito de resguardar o anonimato dos participantes da pesquisa.

Para complementação dos dados, usamos documentos que foram concedidos pelos próprios comitês, como atas das reuniões, relatórios e boletins informativos.

4.5 Análise e Apresentação dos Dados

Os dados quantitativos foram digitados no programa Excel e são mostrados em quadros, tabelas e gráfico, com frequências absolutas e relativas.

Todas as transcrições foram feitas por nós, na íntegra, logo após realização de cada entrevista. Para o tratamento das informações, realizamos um estudo minucioso dos discursos gravados durante as entrevistas, baseado no referencial teórico da técnica de análise de conteúdo, de Bardin (2011). Esta técnica é considerada refinada, pois exige tempo e dedicação do pesquisador para reinterpretar as mensagens e atingir a compreensão de seus significados. Como ensina Minayo (2000) é o método mais comumente utilizado no

tratamento de dados de pesquisas qualitativas e ela orienta que é de fato muito importante valorizar os contextos sociais e históricos dos quais emergiram os produtos.

Efetuamos a leitura recorrente das entrevistas, grifando e pontuando as ideias que mais se repetiam e que emergiam dos objetivos propostos pelo estudo. Esta etapa possibilitou a constituição das unidades de sentido, categorizando e resumindo os recortes das falas em categorias e subcategorias que emergiram.

As categorias e subcategorias foram organizadas e discutidas com suporte na literatura revisada para a pesquisa.

4.6 Aspectos éticos

Este trabalho obedeceu às exigências éticas e científicas de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde na Resolução 466/2012. Foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa: da MEAC (Parecer nº 197.294, favorável, em 15/02/2013); do HGF (Parecer favorável, em 10/04/2013); do HGCC (Parecer nº 262.877, favorável, em 03/05/2013) e do Sistema Municipal de Saúde Escola do Município de Fortaleza (nº processo: 0503154801763/2013, favorável, em 10/04/2013). Além disso, a pesquisa foi autorizada pelo Hospital Gonzaguinha de Messejana e pela SESA, por meio de carta de anuência assinada pelos referidos gestores das instituições citadas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado conforme exigência da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos e o roteiro de entrevista está presente no Apêndice II.

Os entrevistados foram orientados também no sentido de que suas identidades não seriam divulgadas e que suas informações são totalmente sigilosas, sendo somente usadas para este estudo.

Os resultados obtidos serão apresentados à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, bem como enviados a todos os comitês que participaram da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Identificação e caracterização dos comitês

O levantamento realizado na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e nas secretarias municipais de saúde indicou a existência e o funcionamento de oito comitês, sendo um (12,5%) comitê estadual, um (12,5%) comitê regional, 2 (25%) municipais e quatro (50%) hospitalares. Destes, seis comitês são em Fortaleza, um em Caucaia e um em Maracanaú, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Comitês de Prevenção de Morte Materna, segundo procedência e município. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.

Município	Procedência				Total	
	Estadual	Regional	Municipal	Hospitalar	N	%
Fortaleza	01	-	01	04	06	75
Caucaia	-	01	-	-	01	12,5
Maracanaú	-	-	01	-	01	12,5
Total	01	01	02	04	08	100

Fortaleza concentra maior de número de comitês por ser a capital do Estado e possuir maior número de maternidades e instituições que recebem gestantes de alto risco. As instituições hospitalares tiveram grande contribuição neste estudo, constituindo 50% dos comitês entrevistados, o que representa a totalidade de comitês hospitalares existentes em Fortaleza. Todos os comitês pertencem a hospitais da rede pública de saúde do Estado. Dentre estes, estão os comitês dos três principais hospitais/maternidades de referência para gestação de alto risco da capital cearense e o outro pertence à um hospital secundário da rede municipal. A organização de comitês hospitalares é requisito para funcionamento de maternidades que fazem parte do Programa de Gestação de Alto Risco e de Humanização do Pré-natal e nascimento, do Ministério da Saúde (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO; 2013).

Os outros comitês que participaram da pesquisa foram o Comitê Estadual do Ceará que desenvolve atividades em Fortaleza e foi o primeiro a ser instituído no Estado - o Comitê Municipal de Fortaleza, o Comitê Regional de Caucaia e o Municipal de Maracanaú.

O Comitê de Caucaia é regional, ou seja, é composto por profissionais dos dez municípios pertencentes à 2ª CRES e o de Maracanaú é municipal, constituído pelos profissionais de saúde ligados à Secretaria Municipal de Maracanaú.

De acordo com a classificação, os comitês foram divididos em: cinco (62,5%) exclusivamente maternos e três (37,5%) marterno-infantil-fetal.

A data da constituição e o início das atividades variaram dos anos de 1992 (comitê estadual) a 2010 (comitê regional de Caucaia), com tempo de atuação médio de 11 anos (variando de três a 21 anos). Exceto o comitê da regional de Caucaia, que tem a data de sua implantação bastante recente, as datas de criação e de início das atividades se assemelham ao período em que outros comitês foram criados no País (SOARES; MARTINS, 2006).

A quantidade de profissionais por comitê variou de quatro a 31, com média de 16 profissionais. Dois comitês não souberam informar a formação dos seus profissionais em quantidade. Esta variação no número de componentes pode ser explicado devido ao fato de que alguns comitês possuem, além do componente materno, os componentes fetal e infantil, e por isso, possuem um número maior de profissionais. Além disso, o comitê estadual, por reunir várias entidades, apresenta um número bem maior de membros em sua composição.

Nenhum dos profissionais se dedica exclusivamente ao comitê. Este fato é uma característica comum aos comitês do País.

Todos os comitês são formados por, pelo menos, médico(a)s e enfermeiras, mas quatro possuem outras categorias profissionais - fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e técnico de Enfermagem.

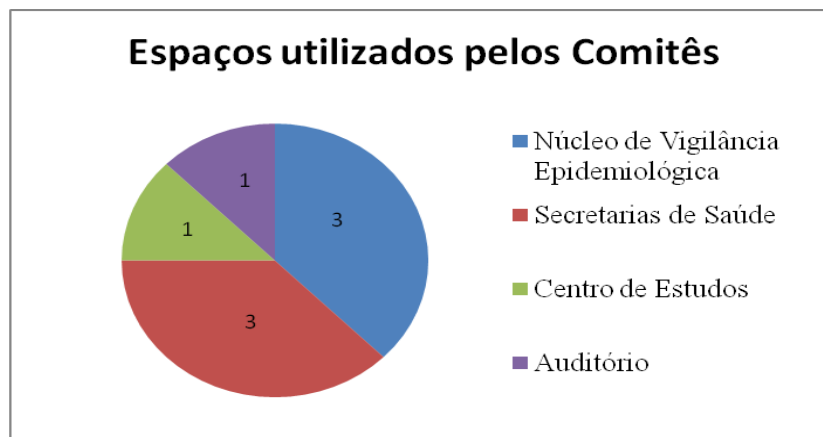
Os quatro comitês hospitalares são compostos por profissionais da vigilância epidemiológica e da área da obstetrícia de cada hospital. Um deles referiu a participação de profissionais da Universidade no comitê. Os outros comitês (estadual, regional e municipal) informaram a participação das seguintes instituições e/ou órgãos: secretaria de saúde (quatro comitês), CRM (dois), COREN (dois), sociedades científicas (dois), movimento de mulheres (três), movimento de mulheres negras e/ou índias (zero), universidades (um), conselhos de saúde (três), Ministério Público (um), direitos de defesa da mulher (um). Somente um dos

comitês apresenta representantes de todas as entidades citadas, exceto a participação do movimento de mulheres negras e/ou índias, que não foi mencionada por nenhum.

A pouca participação de algumas entidades nos comitês nos faz refletir acerca da capacidade de atuação e do papel político desempenhado por eles. O Ministério Público, participante de apenas um dos comitês entrevistados, é um dos parceiros fundamentais no sentido de planejar e desenvolver ações judiciais e extrajudiciais para o enfrentamento da problemática da mortalidade materna (CARVALHO, 2006).

Em relação à estrutura, nenhum comitê possui estrutura física exclusiva para a realização das atividades. Todos utilizam outros espaços, conforme, gráfico 1.

Gráfico 1. Espaços utilizados pelos Comitês de Prevenção de Morte Materna para o desempenho das atividades. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.



5.2 Informações relacionadas ao funcionamento dos comitês

A formalização dos comitês por meio de documentos institucionais oficiais foi relatada por cinco (62,5%) comitês, dois (25%) comitês não possuem regimento próprio e um (12,5%) referiu que o regimento estava em fase de constituição.

A periodicidade das reuniões é bimensal, em três (37,5%) comitês e quinzenal em três (37,%) comitês, mensal em um (12,5%). Um dos comitês referiu não ter data fixa para se reunir (Tabela 2).

Tabela 2. Periodicidade das reuniões dos Comitês de Prevenção de Morte Materna. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.

	Periodicidade das reuniões							
	Bimensal		Mensal		Quinzenal		Sem data fixa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comitês	03	37,5	01	12,5	03	37,5	01	12,5

Quatro (50%) comitês informaram algum período sem funcionamento. Esse período variou de sete meses a cinco anos. O principal motivo referido para a paralisação das atividades foi “equipe desarticulada”.

Os profissionais de seis (75%) comitês referiram receber algum tipo de capacitação sobre a problemática da mortalidade materna. Em geral, essas capacitações são realizadas pelas secretarias municipais de saúde e pela SESA. A capacitação mais citada foi o Curso de Vigilância dos Óbitos e Atuação em Comitês, realizado a distância, ofertado pela Fiocruz, em 2013. Outras capacitações recebidas foram os Fóruns da Rede Cegonha e treinamentos informais. Dois (25%) comitês responderam não ter recebido nenhuma capacitação até o momento. Dos comitês que receberam, metade (50%) informou que as capacitações não têm periodicidade fixa para acontecer.

Nenhum profissional recebe remuneração para atuar nos comitês.

Somente um comitê referiu receber algum tipo de financiamento para realização das ações.

Sobre a investigação epidemiológica dos óbitos, um comitê não realiza (o Comitê Estadual), pois a investigação é realizada pelos comitês municipais e hospitalares. Entre os sete comitês que investigam o óbito: seis (85,7%) realizam investigação dos óbitos maternos e dos óbitos de mulheres em idade fértil e um (14,3%) somente de óbitos maternos.

Em relação aos recursos utilizados para investigação dos óbitos, todos os sete comitês que realizam as investigações sempre utilizam informações contidas na Declaração de Óbito. Informações de prontuários médicos hospitalares: seis (85,7%) utilizam sempre e um (14,3%) utiliza frequentemente. Informações de prontuários médicos ambulatoriais: três (42,9%) utilizam sempre, um (14,2%) utiliza frequentemente e três (42,9%) nunca utilizam.

Informações dos profissionais que atenderam à paciente: três (42,9%) sempre, três frequentemente e um (14,2%) nunca utiliza. Informações de familiares: três (42,9%) sempre, dois (28,5%) raramente, um (14,3%) frequentemente e um (14,3%) nunca utiliza.

É importante ressaltar que a investigação realizada pelos comitês hospitalares é feita somente no ambiente hospitalar, os dados que irão completar a investigação de cada caso, que são os indicadores ambulatoriais e familiares, são encaminhadas para os comitês municipais completarem.

Todos os comitês realizam a classificação quanto à evitabilidade dos óbitos, no entanto, quando indagados sobre a quantidade de óbitos evitáveis, não evitáveis e não classificados, no ano de início das atividades, seis (75%) comitês não souberam responder e dois (25%) comitês responderam.

Para o último ano, cinco (62,5%) comitês responderam não saber informar a quantidade de óbitos classificados quanto à evitabilidade, dois responderam o total de óbitos em números absolutos e um respondeu em percentual.

Os sistemas de informações oficiais utilizados são: o SIM, por todos os oito (100%) comitês, o SINASC, por seis (75%) comitês e o SIAB, usado por um (12,5%) comitê. Foram citados outros sistemas de informações utilizados como apoio para a realização das investigações: GAL, SIA-SUS, SINAN.

Em relação ao cálculo da razão de morte materna, os comitês hospitalares não o realizam, pois este cálculo deve ser feito no plano de municípios com total de 100 mil nascidos. Foi perguntado, no entanto, o número total de óbitos maternos no início das atividades e no último ano. No início das atividades, apenas um comitê hospitalar respondeu a quantidade de óbitos maternos ocorridos e para o último ano, referente a 2012, todos responderam, conforme a tabela abaixo.

Tabela 3. Total de óbitos maternos dos comitês hospitalares, no início das atividades e no último ano. Fortaleza, Brasil, 2013.

Comitês	Início	Último ano
Comitê A	Não respondeu	17
Comitê B	Não respondeu	15
Comitê C	Não respondeu	07
Comitê X	03	01

O Comitê Regional de Caucaia registrou nove óbitos maternos no início das atividades e 13 óbitos maternos no último ano. Um comitê municipal respondeu não ter ocorrido nenhum óbito materno no início das atividades e, para o último ano, a RMM calculada foi de 46,9/100.000NV; o outro comitê municipal referiu não saber a RMM no início das atividades e no último ano o resultado foi 64,1/100.000NV. Para o Comitê Estadual, os dados foram os seguintes - no início das atividades: 93,7 e para o último ano - 91 óbitos maternos por 100.000 nascidos.

Todos os comitês entrevistados elaboram relatórios de suas atividades e divulgam seus dados e informações, quatro (50%) com periodicidade anual, um (12,5%) semestral, um (12,5%) quadrimestral, um (12,5%) bimestral e um (12,5%) mensal. O meio para divulgação dos seus relatórios são as reuniões ou rodas da gestão para cinco dos comitês, dois deles fazem relatórios escritos e o Comitê Estadual divulga boletins informativos no site oficial da SESA.

Quando perguntados sobre a discussão dos casos com os membros do comitê, todos responderam realizar. Seis deles (75%) efetuam discussões de casos com outros profissionais não membros dos comitês.

No que concerne à realização de capacitações ou outros eventos sobre a problemática da mortalidade materna, sete (87,5%) comitês responderam realizar. Quatro (50%) comitês elaboram material didático com propostas de intervenção para a redução da morte materna. Todos os comitês referiram realizar a mobilização de parceiros com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.

Os membros dos comitês hospitalares e municipais e regional participam de outros comitês nos planos municipal, regional e/ou estadual.

5.3 Caracterização dos entrevistados

Participaram do estudo 19 profissionais, com faixa etária predominante de 41 a 59 anos (52,6%), evidenciando que os comitês são formados por profissionais com mais tempo de experiência. Este achado corrobora com um estudo realizado em um Comitê Municipal de Morte Materna e Infantil em Minas Gerais, em que metade dos participantes tinham acima de dez anos de formação.

Houve predominância do sexo feminino (84,2%). Em relação à profissão, obtivemos a participação de 12 enfermeiro(a)s (63, 1%), 04 médico(a)s (21%), um

fisioterapeuta (5,3%), um assistente social (5,3%) e um técnico de Enfermagem (5,3%). As funções desempenhadas pelos profissionais nos comitês são: seis coordenadores (31,5%), seis representantes da vigilância epidemiológica (31,5%), cinco membros participantes (26,4%), um vice-coordenador (5,3%) e um secretário(a) (5,3%). O tempo de atuação no comitê foi de zero-cinco anos (73,7%) e seis-dez (26,3%). Todos os participantes da pesquisa responderam que o tempo dedicado aos comitês depende da demanda das atividades.

Tabela 4. Perfil sócio-profissional dos participantes da pesquisa. CPMM, Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.

Variáveis	Participantes	
	N=19	%
Faixa etária		
18-40 anos	05	26,3
41-59 anos	10	52,6
>=60 anos	04	21,1
Sexo		
Masculino	03	15,8
Feminino	16	84,2
Profissão		
Enfermeiro(a)	12	63,1
Médico(a)	04	21,0
Fisioterapeuta	01	5,3
Assistente Social	01	5,3
Técnico de Enfermagem	01	5,3
Função no Comitê		
Coordenador(a)	06	31,5
Vice-coordenador(a)	01	5,3
Vigilância epidemiológica	06	31,5
Membro participante	05	26,4
Secretário(a)	01	5,3
Tempo de atuação de comitê		
0-5 anos	14	73,7
6-10 anos	05	26,3
>10 anos	0	0
Tempo dedicado ao comitê		
Depende da demanda	19	100

5.4 Análise das falas

Exibimos na sequência a análise de conteúdo das falas que emergiram das entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa. As entrevistas resultaram em quatro temáticas centrais e 13 subcategorias.

O quadro seguinte contém as categorias e subcategorias que buscaram responder aos objetivos do estudo.

Quadro 1. Temáticas centrais e subcategorias da análise de conteúdo das entrevistas. Fortaleza, Caucaia e Maracanaú, Brasil, 2013.

TEMÁTICAS CENTRAIS	SUBCATEGORIAS
1.A Vigilância em Saúde: ferramenta importante dos comitês	Processamento dos dados coletados da vigilância dos óbitos
	Função educativa e informativa
	Atribuição da responsabilização dos óbitos
	Participação da comunidade
2.Aspectos organizacionais e estruturais dos comitês	Estruturação dos comitês
	Recursos humanos
	Aspectos operacionais
3.Avanços percebidos pelos membros dos comitês	Estruturação e organização
	Processos de trabalho
	Reconhecimento intra e interinstitucional
4.Perspectivas e papel dos comitês	Aperfeiçoamento das ações profissionais e institucionais
	Função educativa e divulgadora
	Função controle social

5.4.1 TEMÁTICA CENTRAL 1 – Vigilância em Saúde: ferramenta importante para os comitês

A importância do funcionamento dos comitês foi pautada, principalmente, na dimensão técnica, que envolve as ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelos profissionais participantes dos comitês. Dentro desta categoria, os profissionais identificaram, predominantemente, como funções dos comitês, a investigativa, a educativa/informativa e de controle social.

A operacionalização da vigilância dos óbitos foi dividida, conforme as falas dos profissionais, para um melhor entendimento de cada etapa.

5.4.1.1 Processamento dos dados coletados da vigilância dos óbitos

As ações dos comitês, segundo seus membros, estão voltadas principalmente para a vigilância epidemiológica dos óbitos. Esta vigilância inicia-se com a busca das informações sobre os óbitos maternos em âmbito hospitalar, ambulatorial e familiar. A análise e interpretação de cada óbito é feita logo após as investigações e tem como objetivo identificar as causas das mortes e seus determinantes, resultando na classificação da evitabilidade, ou seja, tem o objetivo de caracterizar os óbitos como evitáveis ou não. Os membros dos comitês classificam esta fase da vigilância como parte relevante do processo de trabalho:

Bom, a importância do nosso comitê ela se dá na medida em que a gente, dentro da investigação, aponta causas de mortes pra serem melhoradas [...] (E1).

[...] O comitê é uma ferramenta extremamente importante onde vários profissionais se reúnem pra investigar esse óbito [...] e a partir dessa investigação [...] chegar à conclusão que esse óbito foi evitável ou não (E3).

É de uma importância fundamental porque primeiro nós temos a oportunidade de analisar toda a mortalidade materna e suas causuísticas, suas principais causas [...] (E12).

Em um estudo realizado com os comitês de mortalidade infantil no Ceará, Araújo (2012) identificou o fato de que a vigilância do óbito infantil foi considerada a atribuição mais

importante, segundo os participantes da pesquisa, para a contribuição de medidas de prevenção.

O objetivo principal da vigilância é traçar o perfil epidemiológico dos óbitos e identificar os seus principais determinantes, por meio do caminho percorrido pelas gestantes nos diferentes níveis de assistência, desde a gravidez até o parto e pós-parto. Desta maneira, os comitês têm a possibilidade de “entender o atendimento” e avaliar a qualidade da assistência e as condições de acesso das mulheres aos serviços de saúde, mostrando de certa forma, as condições de vida das mulheres (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013). Permite também identificar possíveis problemas ocorridos nos variados níveis de assistência, além de corrigir a causa básica de morte, dependendo das evidências obtidas na investigação e análise da DO (ORLANDI, 2008), gerando mais credibilidade ao sistema de informação sobre mortalidade.

Investigar e analisar as causas de mortes maternas, principalmente aquelas que poderiam ter sido evitadas, é uma atribuição que compete aos comitês municipais e hospitalares (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013) e, geralmente, estas atividades são realizadas em parceria com a equipe de vigilância epidemiológica do hospital e dos municípios e com as equipes de saúde da família dos municípios.

Rodrigues e Siqueira (2003, p.185) referem que “conceber os comitês como uma estratégia de vigilância epidemiológica significa assinalar a dimensão técnica de sua atuação no contexto dos processos de trabalho pertinentes ao sistema de informação em saúde”. Esta dimensão foi constatada pelos profissionais entrevistados, uma vez que eles têm a concepção da importância da vigilância também para a qualificação dos dados e melhoria dos sistemas de informações, conforme este relato:

[...] dentro dessa investigação a gente está melhorando os números, a qualidade dessa informação para o Ministério [...] (E1)

Esta atribuição, de acompanhar a correção dos dados vitais pelos setores competentes das secretarias de saúde dos municípios, é considerada de enorme relevância pelo Ministério da Saúde, pois amplia a cobertura dos sistemas de informação e torna as análises mais próximas da realidade (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Ressaltamos, contudo, que a coleta de informações sobre os óbitos ocorridos, sua organização e sistematização, é condição relevante para o trabalho dos comitês. É preciso, no entanto, ter a compreensão de que a importância dos comitês vai muito além da função de vigilância epidemiológica e este reconhecimento foi citado em apenas um depoimento, onde se percebe uma reflexão mais crítica sobre a prática do trabalho, conforme a fala abaixo:

[...] A grande busca da gente é sair da formalidade de que o comitê não seja simplesmente um registrador do óbito pra finalidades legais. A ideia do grupo que está compondo o comitê é que a gente consiga identificar a criticidade das pacientes a partir do ambiente em que elas estão inseridas [...] e que a gente consiga ter uma intervenção antes do estabelecimento da morte. (E13).

Este relato ressalta que os comitês devem atentar para aquelas mulheres que estão em condições de *near miss* materno, como denomina a literatura, que são aquelas mulheres em quadro de complicações severas em obstetrícia (SOUZA *et al.*, 2006) e trabalhar na perspectiva de identificar as causas das morbidades e, sobretudo, evitar o óbito. Essas mulheres, às quais se pode atribuir o conceito *near miss*, são de grande interesse para o estudo da morbimortalidade materna, uma vez que constituem um grupo muito mais frequente e com melhor fonte de informação, pois estão vivas, que os casos de morte materna por si (SOUSA *et al.*, 2006).

CECATTI (2005) enfoca que o estudo dos casos de *near miss* tem sido utilizado para avaliar a qualidade da assistência obstétrica e auxilia na compreensão dos casos de morte materna.

Pudemos perceber pelos relatos, no entanto, que estudar os casos de *near miss* materno está longe de ser uma realidade da prática dos comitês entrevistados, pois requer, além de outros quesitos, profissionais exclusivos e tempo suficiente, dois grandes entraves relacionados ao funcionamento dos comitês, conforme veremos posteriormente.

5.4.1.2 Função educativa e informativa

A recomendação de medidas em saúde para a prevenção de outras mortes é ressaltada pelos profissionais, não apenas como uma função do comitê de elaborá-las, mas de colocá-las em prática:

[...] pesquisar falhas pra que a gente possa evitar que aconteça novamente (E5).

[...] a gente têm informações importantes pra que o comitê analise e veja o que seria possível evitar dentro de uma morte materna (E6).

Então o grande objetivo do comitê de mortalidade materna é não só o diagnóstico da morte, mas da prevenção da morte que é possível prevenir [...] (E13).

Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade materna (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013) é uma das atribuições dos comitês, bem como mobilizar parceiros e articular com os gestores responsáveis, objetivando garantir a execução das medidas apontadas.

As recomendações devem ser elaboradas de forma institucionalizada e continuada (ARAÚJO, 2012), daí a importância da participação de vários agentes e perspectivas, conforme citado pelos entrevistados como a relevância no enfoque do trabalho interdisciplinar:

[...] você vê todo um contexto social, biopsicossocial, que é assim que a gente tem que ver o ser humano, analisar o contexto todo do paciente (E7).

Trabalhar com uma equipe multiprofissional foi ato reforçado como elemento importante na prática dos membros que atuam nos comitês, pois para eles facilita o entendimento do contexto biopsicossocial em que essas mulheres estão inseridas, contribuindo sobretudo para a estabelecer medidas preventivas, que permeiam todo o contexto de vida das mulheres.

Reis, Pepe e Caetano (2011, p. 1142) consideram “a mortalidade materna um fenômeno social complexo que requer uma multiplicidade de visões”.

5.4.1.3 Atribuição da responsabilização dos óbitos

Assumir ou apontar responsáveis em nível pessoal, profissional, institucional para os óbitos maternos faz parte das atribuições dos comitês, no entanto, percebemos nas falas, uma certa intenção de não atribuir as causas dos óbitos maternos à área de atuação de seus serviços:

[...] É um problema intra ou interinstitucional? E aí quando a gente vai ver a gente percebe que por a gente ser um hospital terciário o problema chega aqui no limite (E9).

Então uma coisa que a gente tem que rever ao longo do nosso comitê [...] porque “está” aumentando a mortalidade do serviço e nós estamos pegando esses óbitos [...] (E13).

[...] não buscar culpados [...] (E15).

Nesses relatos, os discursos revelam um incômodo dos profissionais em realizarem este tipo de juízo, tanto no plano institucional, quanto profissional.

Observa-se uma preocupação dos serviços em desvincular-se da responsabilidade dos óbitos, em vez de tentar constituir um processo crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na área de atuação dos serviços (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

5.4.1.4 Participação da comunidade

A função de controle social foi mencionada, embora por poucos profissionais, como um dos objetivos dos comitês. A participação da família das pacientes que foram a óbito nas discussões e reuniões dos comitês e a articulação com a comunidade, foi ressaltada nas seguintes falas:

[...] deve funcionar internamente mas ele (o comitê) tem que ter sempre o olhar pro externo e que as primeiras pessoas que devem ter acesso ao que a gente pesquisou são as pessoas que compõem a rede de afetos daquela pessoas que faleceu (E13).

O comitê pra mim é como se fosse um órgão de controle social [...] (E16).

O compromisso de os comitês fornecerem um *feed-back* para a comunidade e para a família ainda é pouco percebido e realizado pelos membros dos comitês. Nesses recortes, identificamos o fato de que os profissionais compreendem a relação necessária entre a família, a comunidade e os comitês, o que certamente deveria propiciar um debate mais aprofundado, preenchendo as lacunas referentes à falta de informações que muitas vezes perduram mesmo após as investigações. Acreditamos, no entanto, que por se tratar de uma temática complexa, como é a morte materna, esta prática ainda está longe da realidade dos comitês representados por esses entrevistados.

A participação das mulheres em conselhos de saúde e comitês de morte materna foi citada, por Mandú, Antiquera e Lanza (2009), como necessidade de avaliação das ações de saúde.

Em resumo, podemos identificar o fato de que a importância atribuída aos comitês por seus membros privilegia as funções de vigilância epidemiológica: investigação e análise dos óbitos, função educativa: elaboração e operacionalização de medidas de prevenção, função de controle social: participação da família e da comunidade nos comitês.

5.4.2 TEMÁTICA CENTRAL 2 – Aspectos organizacionais e estruturais dos comitês

Buscando identificar as dificuldades e desafios enfrentados pelos membros dos comitês, no que diz respeito ao processo de trabalho, consideramos as deficiências organizacionais e estruturais como sendo os principais pontos abordados. Os significados identificados por meio dos discursos nos remete à trajetória profissional de cada comitê, marcada por distintas experiências e contextos institucional, social e político.

5.4.2.1 Estruturação dos comitês

Entre os fatores considerados como dificuldades pelos profissionais, o fato de se constituir como comitê foi citado por um profissional:

A primeira dificuldade da gente era se constituir como comitê, porque eu acho que já está superado, ser formalmente reconhecido como comitê (E13).

Este trecho refere-se ao relato de um comitê que estava sem desenvolver suas atividades por pelo menos dois anos e estava passando por uma reestruturação e, conforme a fala acima, este problema já foi superado.

Os comitês devem se organizar de maneira autônoma e independente, mas, para isso, é necessário que haja a sensibilização dos gestores, profissionais, instituições de saúde e sociedade civil (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

5.4.2.2 Recursos humanos

O principal desafio mencionado foi em relação aos recursos humanos, pelo fato de os profissionais não serem exclusivos para o trabalho dos comitês e, por esta razão, dedicarem pouco tempo para o desempenho das atividades:

[...] a maior dificuldade é por a gente não ser exclusivo do comitê, a gente têm outras funções em que a gente tenta dentro do possível também está dentro do comitê [...] (E1).

Esse é o principal desafio, é a gente realmente conseguir completar essas informações num tempo rápido, mais rápido possível, porque é recomendação nacional [...] (E2).

O nosso desafio maior é investigar esse óbito no tempo adequado [...] porque a gente trabalha fazendo muitas coisas [...] (E3).

[...] que a gente possa analisar em tempo preciso essas investigações que chegam no comitê (E6).

O tempo também, que a gente tem um tempo de análise, de reunião do comitê muito curto porque é dentro do nosso horário de trabalho [...] (E9).

Santos, Silva e Lima (2009), estudando um Comitê de Prevenção de Morte Materna em Minas Gerais apontaram esta mesma dificuldade relacionada ao desenvolvimento das atividades próprias do comitê: insuficiência de recursos humanos somada à falta de incentivo financeiro, resultando em pouco tempo para as atividades destinadas ao comitê.

Nenhum dos comitês entrevistados possui profissionais exclusivos e sim o que podemos denominar de profissionais voluntários. A formação e organização de cada um se deu à medida que funcionários de variados setores - Epidemiologia, Enfermagem, Corpo Médico, Serviço Social, secretarias de saúde, dentre outros - se dispuseram a participar como membros, dedicando parte de seu tempo durante a jornada de trabalho para as reuniões e desenvolvimento das atividades.

Esse tempo é considerado por eles próprios como insuficiente, pois eles possuem prazos para encaminhar as análises e recomendações às instituições pertinentes. A coleta de dados, a análise do óbito e a conclusão do óbito investigado devem ocorrer no prazo máximo de 120 dias, a contar da data da ocorrência do óbito (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Além disso, eles possuem, na maioria das vezes, outros vínculos empregatícios e, por não serem funcionários exclusivos dos comitês, eles não possuem uma carga horária determinada e fixa. Os encontros dependem da demanda para a investigação e análise dos óbitos ocorridos.

[...] o desafio está aí, em analisar todos (os óbitos) em tempo hábil, encaminhar todas essas análises com todas as recomendações pras suas instituições (E18).

Outro desafio mencionado disse respeito à sensibilização e mobilização dos profissionais para participarem do comitê, tanto os profissionais da área da Obstetrícia, quanto de outras áreas, e por ser difícil conciliar os horários de trabalho dos membros:

[...] o principal desafio: primeiro é mobilizar o pessoal pra participar da reunião [...] têm muitos profissionais que não dão a devida importância, a gente percebe isso aí também [...] (E16).

Primeiro acho que é juntar todos os membros na mesma reunião, é a disponibilidade de horários, de tempo [...] (E14).

[...] um dos desafios que a gente tem é fazer com que profissionais de outras áreas participem [...] (E9).

[...] é a dificuldade de se estabelecer um diálogo com o corpo clínico do hospital [...] (E13).

A reprodução desses discursos revela o grande entrave que é manter um comitê estruturado, funcionando e atuante. Rodrigues e Siqueira (2003) referem que as dificuldades debilitam a capacidade operacional dos comitês. Pudemos notar, no entanto, que, mesmo com as dificuldades apontadas, os membros dos comitês se articulam de maneira tal a contribuir para a redução da mortalidade materna.

Levando-se em conta a importância do enfoque multidisciplinar, com a representação de variadas instituições e conselhos de saúde envolvidos com a problemática da mortalidade materna, conforme recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), dois profissionais se referiram à participação dos médicos como agente dificultador das atividades do comitê:

[...] os principais desafios que eu vejo é os profissionais, a sensibilização mais por parte dos médicos, de “estarem” sensibilizados, [...] a importância desse comitê se reunir pra investigar e avaliar a causa do óbito se era evitável ou não [...] (E15).

É difícil a gente contar com o trabalho dos médicos obstetras, médicos obstetras geralmente dão plantões, então para ele virem participar de uma reunião do comitê ele tem que faltar um plantão e se ele não tem obrigação contratual pra fazer isso, se ele não é profissionalizado nesse sistema, ele vem se for uma pessoa muito comprometida [...] (E17).

Em sua dissertação, Araújo (2012) identificou a mesma dificuldade de engajamento dos médicos nos comitês de prevenção da mortalidade infantil.

Esta dificuldade perpassa todos os níveis de comitê - hospitalar, municipal, regional e estadual - mas acreditamos que os comitês municipais sejam os mais afetados por este problema, pois na realidade nem sempre os municípios possuem médicos obstetras no quadro de profissionais. Soares e Martins (2006) destacam que os comitês devem contar com o parecer de vários médicos pois a diversidade de opiniões diminui a subjetividade e reforça as decisões.

A participação destes profissionais para a realização das análises é condição fundamental para a classificação da evitabilidade e fechamento dos casos. Soares e Martins (2006) ressaltam a importância do parecer dos obstetras na classificação da evitabilidade dos óbitos.

Quando os municípios não dispõem destes profissionais em condições de realizar a avaliação dos diagnósticos, no entanto, as fichas de investigação dos óbitos devem ser encaminhadas no plano regional e estadual, para garantir a análise da evitabilidade dos óbitos e a definição de medidas preventivas (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Diferente do exposto há pouco, um dos comitês afirmou não ter dificuldades relacionadas aos recursos humanos, pois, segundo os profissionais entrevistados, o comitê possui toda a estrutura pra funcionar, com uma equipe bem articulada, compromissada e responsável:

Em termos de pessoal não tem muita dificuldade não porque as pessoas do comitê são muito compromissadas (E8).

Dentro do comitê eu não vejo dificuldade não (E7).

[...] aqui não tem muito problema não porque nós estamos ligados a um setor da estatística do hospital, que tem ambiente físico adequado, uma equipe adequada [...] nós temos todo o aparato necessário ao funcionamento, então funciona de forma regular (E12).

Para Santos, Silva e Lima (2009), o empenho e a dedicação dos membros dos comitês são facilitadores e garantem a manutenção, o funcionamento e a continuidade dos comitês.

É interessante destacar o fato de que os membros deste comitê compartilham da mesma percepção e que as dificuldades apontadas por eles estão mais relacionadas à garantia de redução da morte materna do que o desenvolvimento das atividades rotineiras do comitê:

Então o desafio é arranjar maneiras, estratégias pra conseguir reduzir essa mortalidade [...] (E8).

A experiência deste comitê confronta a dos demais, uma vez que alguns entraves relativos ao funcionamento já foram superados, mostrando amadurecimento advindo da trajetória institucional e profissional de seus membros.

5.4.2.3 Aspectos operacionais

Outra dificuldade evidenciada nos discursos disse respeito à operacionalização da vigilância e análise dos óbitos, decorrentes da falta ou incompletude dos dados dos prontuários, declarações de óbito e outros registros de informações.

A principal dificuldade é a coleta de dados porque muitas vezes, a grande maioria dessas pacientes nossas que vão à óbito, [...] os familiares esquecem de trazer o cartão da gestante e esquecem de trazer exames [...] (E5).

Eu acho que o principal é a falta de dados (E11).

[...] o que nós temos dificuldade às vezes é no material que nos chega, mas que não é culpa do comitê, é o material que cai na nossa mão feito de maneira incompleta ou errada, que são os prontuários, a declaração de óbito [...] (E12).

[...] a nossa principal dificuldade é realmente entender o atendimento, existem falhas no preenchimento dos prontuários, ausência de documentos, a grande maioria das pacientes que são encaminhadas pra este hospital são encaminhadas com pouquíssimas informações, então ninguém sabe exatamente o que foi feito com elas nas unidades em que elas estiveram anteriormente [...] (E2).

Fazer uma leitura crítica dos óbitos não é um trabalho simples pois, envolve dados referentes às investigações hospitalar, ambulatorial e domiciliar e torna-se mais complexa quando não há informações suficientes para completar cada caso. Orlandi (2008) aponta que

as informações coletadas pelas equipes dos comitês devem ser cuidadosamente estudadas, levando-se em conta o rigor ético.

Ramos (2010) concorda com a idéia de que os prontuários hospitalares precisam ser mais bem escritos e que a ausência ou deficiência de informações em todo o processo investigativo não confere segurança aos profissionais dos comitês para realizar o trabalho.

Ainda com respeito à investigação, um dos entrevistados relacionou a dificuldade de realizar a visita ao domicílio da mulher que foi a óbito para completar a investigação domiciliar com a área de risco em que ela residia:

[...] muitas investigações a gente não pode fazer porque a área em que a gestante morava é uma área de risco e a gente não tem acesso porque não deixam a gente entrar [...] (E4).

Além deste percalço, a equipe responsável por efetuar a investigação domiciliar deve atentar para o aspecto social e as repercussões que a perda da mãe causa à família (SANTOS *et al*, 2009), dificultando ou mudando o foco da investigação.

Outro aspecto discutido foi a culpa pelos episódios de morte materna, em que os comitês são relacionados à função de policiamento:

A outra dificuldade é que as pessoas relacionam o comitê de mortalidade como estrutura de policiamento, então é uma instância que é antipatizada porque as pessoas acham que ali vai haver um posicionamento acerca de suas ações e que a culpa é de erros e culpabilidade [...] (E13).

Este fato nos faz refletir sobre o papel que os comitês desempenham em cada âmbito institucional e destaca a importância de uma atuação não punitiva e coercitiva, mas sim, constituída em parcerias.

O último aspecto operacional que visualizamos nas entrevistas foi a dificuldade de debater os casos de morte materna com as várias instâncias de saúde:

[...] essa questão da volta das informações, é um desafio muito grande (E3).

[...] encaminhar todas essas análises com todas as recomendações pras suas instituições (E18).

A participação de várias instituições na composição dos comitês é de fundamental relevância também para que as discussões dos óbitos e a tomada de decisão sobre as medidas preventivas sejam compartilhadas de maneira mais rápida e eficiente.

Diante das dificuldades e desafios apontados pelos profissionais que vivenciam na prática a experiência dos comitês, corroboramos com Barbastefano e Vargens (2009) no que diz respeito à falha do Estado em garantir o pleno funcionamento dos Comitês de Prevenção de Morte Materna.

5.4.3 TEMÁTICA CENTRAL 3 – Avanços percebidos pelos membros dos comitês

No período de quase de 20 anos de funcionamento, desde a criação do primeiro comitê, grandes avanços foram registrados, relacionados ao próprio funcionamento, à operacionalização da vigilância dos óbitos e ao papel institucional e político que cada um desempenha. Uma análise das ações que resultaram nos avanços obtidos até agora indica os caminhos pelos quais os comitês devem seguir para continuar superando os desafios e contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade materna.

5.4.3.1 Estruturação e organização dos comitês

O fato de o comitê ser um serviço estruturado, organizado, com frequência nas reuniões e integração entre os membros da equipe, foi ressaltado como ponto positivo:

Hoje a gente pode dizer que tem um serviço estruturado dentro da maternidade, é um comitê que tem credibilidade [...] (E1).

[...] a gente tem feito reuniões com muita frequência [...] (E5).

Já melhorou muito assim [...] quando a gente vai pra reunião o pessoal que “tá” lá encarregado de organizar a reunião já providenciou tudo [...] (E11).

[...] nós não permitimos a falta de nenhum dos integrantes, então “tá” todo mundo incorporado [...] (E12).

A estruturação e organização dos comitês em cada âmbito institucional é um avanço importante, uma vez que muitos municípios do Ceará ainda não conseguiram estruturar e manter seus comitês atuantes.

5.4.3.2 Processos de trabalho

A realização das investigações de forma completa, com as discussões dos casos, análise e proposição de medidas preventivas foram consideradas também um avanço em alguns comitês:

[...] a gente já conseguiu analisar todos os óbitos que ocorreram nos anos de 2012 e 2013 [...] (E6).

Bom, eu acho que as pessoas estão muito esforçadas em está investigando esses óbitos [...] (E14).

Os avanços do comitê é que nós estamos conseguindo avaliar os casos e encaminhar as fragilidades (E17).

A parceria e o compromisso dos profissionais que compõem os comitês propiciam bons resultados para uma boa atuação destes. O avanço nas investigações contribuem para a elucidação dos óbitos maternos, para a análise da evitabilidade dos óbitos e identificação das inconformidades. Este trabalho é facilitado quando se tem uma equipe articulada e quando existe respeito entre as opiniões de cada categoria profissional, conforme o seguinte relato:

[...] realizar um trabalho multiprofissional é algo muito complicado, mas eu acho que isso também é um avanço, há um respeito da opinião de todos os profissionais durante as reuniões [...] (E9).

Outro ponto interessante observado como avanço pelos profissionais foi a melhoria da qualidade dos dados e das informações:

A gente tá com um projeto chamado Qualisim, ele visa a melhoria do preenchimento da declaração de óbito, mas a gente vê que ele transcende isso aí porque quando o profissional percebe que tem uma equipe que “tá” estudando aquela anotações, “tá” dando importância, ele já passa a ter uma amplitude de toda aquela assistência [...] (E16).

[...] a gente tá num avanço, ampliando nosso banco de dados com outras informações, pra que nossas informações possam ser dadas de forma verdadeira e rápida [...] (E3).

Este projeto, chamado Qualisim, citado por um dos entrevistados, é uma iniciativa da própria instituição da qual o comitê faz parte, juntamente com os membros do comitê, e visa a corrigir as inadequações do preenchimento das declarações de óbito pelo profissional

que a preencheu. Este projeto é inovador e é entendido não como forma de apontar defeitos e erros no preenchimento das DO, mas como uma capacitação em serviço que busca a excelência da qualidade dos dados.

Melhorar a qualidade das informações permite conclusões mais concretas acerca da realidade dos serviços prestados às mulheres e contribui também para a tomada de decisões mais direcionadas, ensejando maior credibilidade aos comitês.

Outro avanço que surgiu em decorrência do trabalho dos comitês foi a maior conscientização na forma como as pessoas vêem a mortalidade materna e a vigilância dos óbitos. Foi ressaltada maior sensibilização por parte de outros profissionais não envolvidos diretamente com os comitês:

Bom, os avanços é que a gente está conseguindo as poucos fazer com que as pessoas tenham consciência da importância da vigilância do óbito [...] (E4).

[...] a gente sente que essa consciência do óbito materno pelo menos aqui no nosso hospital ela tem crescido, tem sido menos banalizada [...] (E2).

A experiência dos comitês favorece mudanças importantes no modo como as pessoas, dentre estas profissionais de saúde e sociedade civil, encaram a problemática da mortalidade materna, por meio do estabelecimento de uma cultura de não banalização a essas mortes. Estas mudanças envolveram também os gestores hospitalares e municipais, conforme citamos na subcategoria seguinte.

5.4.3.3 Reconhecimento intra e interinstitucional

Os entrevistados referem maior sensibilização dos gestores em participar das reuniões dos comitês, atribuindo à este fato, o incentivo propiciado pela Rede Cegonha:

[...] nós estamos percebendo e sentindo que existe uma visão atualmente nessa gestão municipal, estadual, uma nova percepção, um novo incentivo trazido até pela rede cegonha da importância do óbito materno [...] (E2).

[...] essas nossas reuniões a gente procura ter a participação dos grupos gestores e da direção da maternidade [...] (E5).

Venâncio e Paiva (2010), estudando a operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil em São Paulo, evidenciaram a importância de uma gestão

participativa e atuante como meio de resolver entraves técnicos e políticos que envolvem os comitês.

Um dos comitês, por citar que não possui ainda este reconhecimento institucional, destaca como avanço a própria existência do comitê:

[...] então eu acho que o principal avanço é simplesmente existir, existir pra mim como comitê já é um avanço e ter a possibilidade de sair da estrutura de formalidade é um avanço muito maior (E3)

O reconhecimento institucional é de enorme importância para respaldar as ações e recomendações feitas pelos profissionais dos comitês, e uma das formas legais de reconhecimento é a nomeação de cada membro, por meio de documentos institucionais oficiais. Outro avanço citado pelos membros foi a participação dos comitês em outros níveis de atenção:

[...] a gente ter esse trânsito em outros níveis de atenção para que a gente possa contribuir com a análise desse óbito [...] se a gente ficar restrito apenas na nossa unidade nós não vamos ter a noção da magnitude desse óbito [...] (E3).

Esta interação dos níveis de atenção é importante pois permite que os comitês hospitalares participem das análises e discussões dos casos na contextura municipal e regional e os comitês municipais tenham essa participação nos planos regional e estadual.

5.4.4 TEMÁTICA CENTRAL 4 – Perspectivas e papel dos comitês

Analisando os depoimentos, visualizamos o fato de que as perspectivas dos membros que compõem os comitês, para concretização de comitês atuantes e/ou ideais, perpassam o contexto histórico de cada um e retratam praticamente todos os tópicos que foram abordados nesta dissertação no que concerne à importância dos comitês, dificuldades e desafios e principais avanços alcançados.

Os significados desvelam em que condições os membros dos comitês esperam vivenciar a prática e foram divididos, para um melhor entendimento, em: aperfeiçoamento das ações profissionais e institucionais - além de perspectivas funcionais dos comitês – as quais destacamos as funções de controle social, função educativa e punitiva e técnico-científica.

5.4.4.1 Aperfeiçoamento das ações profissionais e institucionais

Na opinião dos conselheiros, deveria existir uma carreira profissional exclusiva para o desempenho das atividades próprias dos comitês:

Um comitê atuante ou ideal é aquele comitê que os participantes tivessem como obrigação principal cuidar dos problemas do comitê, seja por remuneração ou por opção [...] (E17).

Uma das opções seria ter pessoas exclusivas, você ter uma atividade exclusiva para o comitê [...] (E18).

Esta exclusividade de profissionais implica a obrigatoriedade de implementação e manutenção dos comitês como entidade permanente de apoio à prevenção da morte materna.

A disponibilidade de tempo para o desempenho das atividades, bem como a contabilização deste tempo dedicado na carga horária dos profissionais, também foi outro aspecto considerado como importante para o bom funcionamento dos comitês:

Eu acho que o comitê teria que ter uma disponibilidade de mais tempo [...] (E6).

[...] disponibilidade também pro comitê, todo mundo têm suas funções então todo mundo tem que se dedicar [...] (E14).

[...] essa reunião podia ser inserida na nossa carga horária [...] (E11).

Além de profissionais exclusivos e tempo para o comitê, os participantes da pesquisa referiram-se ao trabalho multiprofissional e em parceria como aspectos fundamentais para que os comitês sejam atuantes:

[...] um comitê que funciona com várias categorias [...] um comitê de multiprofissionais (E12).

[...] parceria entre os membros, todo membro é importante sendo de qualquer classe da área da saúde [...] (E14).

A visão múltipla é condição relevante para o estudo da morbimortalidade materna, uma vez que o tema envolve várias dimensões, daí a necessidade de articular os diversos conhecimentos.

No âmbito das ações direcionadas às instituições às quais os comitês estão vinculados (hospitais e secretarias de saúde municipal e estadual), o propósito deve ser

garantir condições para que os comitês funcionem e atuem com autonomia. Nesse aspecto, a oficialização dos comitês e o reconhecimento dos gestores surgiram como necessidades para o funcionamento adequado de cada comitê:

[...] eu acho que os comitês têm que ser realmente estruturados de forma legal [...] (E3).

[...] que o corpo clínico do hospital reconheça o comitê como uma instância necessária [...] (E13).

Esta forma legal, a que se reporta o entrevistado acima, refere-se à oficialização dos comitês por meio de documentos institucionais oficiais. No estudo de Araújo (2012), a dificuldade de formalizar os CPMI surgiu como fator dificultador para sua operacionalização. Oficializar a existência dos comitês por meio de documentos específicos é, além de um dever das instituições, uma forma de reconhecimento dos gestores envolvidos no processo. A cobrança pela operacionalização dos comitês é destacada com um ponto fundamental para o bom funcionamento deles (ORLANDI, 2008).

Outro ponto destacado para a possibilidade de comitês atuantes foi o acesso às informações para concretização das investigações:

[...] que os membros do comitê eles possam ter acesso às informações, porque às vezes, em determinados níveis (de assistência), as pessoas têm dificuldades de investigar porque falta uma autorização pra você pegar um prontuário [...] (E3).

Esta dependência dos gestores hospitalares em colaborar com a disponibilidade dos dados para a investigação dos óbitos pode ser ocasionada pela fragilidade dos comitês, por não possuírem autoridade institucional (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

A garantia de estrutura física adequada para o funcionamento dos comitês é considerada como elemento básico por um dos participantes:

Bem, então com todo esse material básico que seria primeiro uma instalação física adequada com toda ferramenta que precisa [...] (E12).

Considerando que nenhum dos comitês que participaram da pesquisa possuem ambiente físico exclusivo, este é um aspecto estrutural que deve ser mais bem estudado pelos gestores para garantir que os profissionais possam desempenhar suas ações nos comitês.

Outro aspecto expresso pelos profissionais refere-se a periodicidade menos espaçada das reuniões, como forma de garantir as análises e discussões de todos os casos:

Eu acho que precisaria de reuniões mais frequentes pra não ficar assim muitos prontuários pra uma reunião só [...] (E11).

[...] que tenham um dia fixo pra fazer sua reunião [...] (E12).

Ah, pro comitê atuante, frequência nos encontros [...] (E14).

Como os profissionais não são exclusivos para o trabalho nos comitês, eles se reúnem conforme a demanda de investigação e análise dos óbitos ocorridos, ou seja, para alguns comitês, não existe periodicidade de encontros.

O último bloco de subcategorias refere-se a várias perspectivas que surgiram como necessidade dos comitês alcançarem seus objetivos funcionais, ressaltando a importância do reconhecimento dos papéis que os comitês devem desempenhar.

5.4.4.2 Função educativa e divulgadora

A necessidade de realizar as discussões dos casos com os membros dos comitês e com os profissionais que não fazem parte da composição dos comitês, mas que estão, direta ou indiretamente, envolvidos no processo de assistência às mulheres, foi reconhecido como ponto fundamental para a prática dos comitês:

Então eu acredito que em termos de futuro aqui pra nossa instituição seria debater mais, ampliar esse fórum de discussões. [...] (E2).

[...] Uma outra coisa é esse diálogo com outras áreas, que eu acho que outras áreas poderiam ter essa mobilização [...] (E9).

[...] discutir mais a evitabilidade institucional [...] (E10).

Essas discussões devem ser incentivadas também nos hospitais e municípios que não possuem comitês, bem como na atenção primária, onde a gestante realizou o acompanhamento pré-natal.

A divulgação das informações também foi citada como uma das ações a serem realizadas por comitês atuantes. Essa divulgação deve privilegiar desde os estudantes, profissionais em programas de residência das maternidades até as autoridades governamentais:

Bem, futuramente aqui pra nós é, eu acredito que é principalmente essa conscientização desses estudantes que trabalham conosco, os residentes, os internos, eu acho que precisa a gente “tá” conversando mais sobre os casos porque a gente aprende com os erros [...] (E2).

[...] a minha perspectiva de futuro é que as informações que são colhidas aqui possam fazer uma diferença no futuro, mas uma diferença de melhorar, reduzir essa mortalidade em cima de tudo isso que “tá” sendo investigado [...] (E7).

[...] e que todo esse material que a gente prepara seja encaminhado para as instâncias superiores, senão não tem nenhum valor [...] (E12).

A função educativa e informativa é considerada uma das mais importantes funções dos comitês (SOARES; MARTINS, 2006). Para Mauad (2003) muitos comitês têm se transformado em espaços legítimos de discussão. Além disso, as informações coletadas nos comitês têm sido referência para vários estudos sobre a mortalidade materna (GADELHA *et al.*, 2006).

5.4.4.3 Função de controle social

Os membros dos comitês entendem a importância da articulação dos comitês com as autoridades institucionais como forma de garantir e cobrar a melhoria na qualidade da assistência prestada às mulheres:

Assim, o meu desejo seria que além desses comitês hospitalares, que os comitês estaduais e municipais eles realmente cobrassem a melhoria, a qualidade da assistência dessas mulheres na tentativa de reduzir esses óbitos de forma mais rígida [...] (E1).

[...] ir atrás de recomendar, ir atrás de ver o que poderia melhorar pra não acontecer esse óbito [...] (E16).

Os comitês, segundo alguns autores como Mauad *et al.* (2003) tem a possibilidade de denunciar as reais condições de assistência à saúde que têm sido oferecidas às mulheres em nosso país.

Outro aspecto importante discutido pelos membros foi o compromisso dos comitês em devolver as informações para a família das mulheres que foram a óbito:

[...] que a gente possa até dar uma resposta pra família de como foi que aconteceu esse óbito, que ele poderia ter sido evitado ou não, aí você consegue confortar mais a família nessa questão [...] (E3).

[...] outra coisa também que eu acho interessante é como a gente dá o retorno dessas informações para os usuários, como é que está sendo o nosso compromisso com essa população [...] (E9).

A interlocução dos comitês com entidades que garantam a execução das recomendações feitas, bem como com a família das mulheres que foram a óbito, é ainda um objetivo a ser alcançado por todos os comitês que participaram desta pesquisa.

6 CONCLUSÕES

O estudo ensaiou constituir um pouco do processo de implementação e funcionamento dos Comitês de Prevenção de Morte Materna em Fortaleza, Caucaia e Maracanaú.

Os comitês são compostos por pelo menos médico(a)s e enfermeiro(a)s, mas possuem outras categorias de profissionais - fisioterapeuta, assistente social e técnico de Enfermagem, com faixa etária de 41 a 59 anos (52,6%) e predominância do sexo feminino (84,2%). Esses profissionais desempenham funções de – coordenador(a)s, vice-coordenador, secretária, representantes da vigilância epidemiológica e da área de obstetrícia.

Foi possível evidenciar o fato de que, embora a composição dos comitês seja multiprofissional, a participação de algumas entidades como Ministério Público, sociedades científicas, conselhos de saúde e movimento de mulheres negras e/ou índias, ainda é pouco significativa, necessitando de maiores incentivos das instâncias governamentais e dos próprios membros dos comitês.

A implementação e o funcionamento dos comitês passaram por avanços e retrocessos, o que mostra certa fragilidade.

Os comitês realizam a investigação e análise detalhadas dos óbitos maternos, o que caracteriza a função investigativa como uma das principais funções desempenhadas pelos comitês.

Observamos dificuldades de operacionalização desde a vigilância dos óbitos à carência de recursos estruturais, financeiros, materiais, recursos humanos e falta de apoio administrativo, o que compromete as ações e os resultados, bem como produz incertezas sobre o real papel que os comitês devem desempenhar.

As informações revelam que, apesar de funcionarem com grandes dificuldades internas, os comitês passaram por significativos avanços no que diz respeito ao funcionamento, o que indica reconhecimento institucional, maior compromisso dos profissionais envolvidos e maior conscientização das pessoas sobre a problemática da mortalidade materna.

As perspectivas para que os comitês sejam atuantes apontam para a necessidade de se institucionalizar a carreira dos conselheiros, diminuindo, desta forma, a rotatividade dos

profissionais que se dedicam aos comitês e contribuindo para um empoderamento de cada comitê. É importante que exista um diálogo entre os comitês e os diferentes níveis de atenção, favorecendo a intersetorialidade.

É necessário que o Poder Público invista na implementação de novos comitês e na garantia de funcionamento dos comitês existentes, por meio de recursos financeiros, institucionais e políticos, como forma de garantir as ações e as recomendações de cada comitê. O ideal seria a formação de comitês profissionais com respaldo das autoridades e infraestrutura adequada.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA SENADO. Correio do Estado. Aprovados comitês do SUS para reduzir mortalidade materna. 2011. Disponível em: <<http://www.correiodoestado.com.br>>. Acesso em: 05 de Dez. 2012.
- ALENCAR JÚNIOR, Carlos Augusto. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Fortaleza, v. 28, n. 07, p. 1 -3, 2006. Editorial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/01.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.
- ARAÚJO, Luciana Barreto. Análise da implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no estado do Ceará. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.
- ARAÚJO, Maria José Oliveira de; SOUZA, João Paulo Dias de. Mortalidade Materna no Brasil. *In*: CONFERÊNCIA SOBRE MORTALIDADE MATERNA NO NORDESTE, Salvador, 2004. **Mesa-redonda**. Salvador: Pestana Bahia Hotel, 2004. p. 17–30.
- BARBASTEFANO, Patrícia Santos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. Brasília, **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 278-282, mar-abril 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BERQUÓ, Elza Salvatori; CUNHA, Estela Maria G. P. da. **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979 to 1995)**. 1. ed. Campinas: Unicamp, 2000. 412 p.
- BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- BONCIANI, Rosa Dalva Faustinone. **Mortalidade materna: uma análise da utilização de listas de causas presumíveis**. 2006. 50 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 104 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Enfrentamento à violência contra a mulher: balanço de ações 2006-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 61 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasil, 24 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BUSTORFF, Leila Alcina Correia Vaz. **O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção a saúde da mulher: revisão integrativa da literatura**. 2010. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEJA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-5, 2006.

CAMARGO, Heráclito D'abadia. **Mortalidade materna: aspectos práticos da atuação do Ministério Público**. 2003. 31 f. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2003.

CARRENO, Ioná. **Mortalidade materna no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008**. 2012. 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CARVALHO, Arnaldo Afonso Alves de. **Perfil da mortalidade materna no Ceará com ênfase nos óbitos ocorridos na maternidade Escola Assis Chateaubriand – UFC: 2000-2003**. 200. 135 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Mortalidade materna: análise da situação no Ceará de 1997-2007**. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2009. 50 p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual de normas técnicas para vigilância epidemiológica do óbito materno, infantil, fetal e com causa mal definida**. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2010. 138 p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Mortalidade Materna**. Informe Epidemiológico. Fortaleza: Secretaria da Saúde, out. 2011. 07 p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Mortalidade Materna**. Informe Epidemiológico. Fortaleza: Secretaria da Saúde, nov. 2012. 16 p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Mortalidade Materna**. Informe Epidemiológico. Fortaleza: Secretaria da Saúde, abr. 2014. 33 p.

CECATTI, José Guilherme. **Análise da mortalidade materna no município de Campinas, no período de 1985 a 1991**. 1992. 138 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1992.

CECATTI, José Guilherme. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2005.

CHEDID, Grace Reiter. **Estudo da Mortalidade materna no município de Dourados Mato Grosso do Sul de 2002 a 2005**. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado do Programa Minter) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

COOK, Rebecca J. A dimensão dos direitos humanos na mortalidade materna. In: Consulta Técnica sobre Questões da Maternidade Segura: Dez Anos de Lições e Progressos, Colombo, Sri Lanka, 18-23 de outubro de 1997.

GADELHA *et al.* Mortalidade materna do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. **Revista da AMRIGS**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 2, p.135-138, abr./jun. 2006.

GUANABARA, Everardo de Macedo. **Perfil epidemiológico da mortalidade materna em hospital terciário no Ceará – 2004 a 2008**. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

HERCULANO, Marta Maria Soares *et al.* Óbitos Maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03/03/2014.

LAZARI, Mariana. Maternidade: duas mulheres morrem de parto por semana no Ceará. **O Povo**, Fortaleza, 09 abr. 2012. Fortaleza, p.4. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/04/09/noticiasjornalfortaleza,2817096/104-mulheres-morreram-de-parto-em-2011-no-ceara.shtml> Acesso em: maio 2014.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 23, n. 5, p. 349-356, 2008.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 23-30, jan./mar. 2000.

LAURENTI, Ruy. Medindo a mortalidade materna. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_mort_matern.pdf>. Acesso em: out. 2012.

LEMOS, Adriana. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, Minas Gerais, v.1, n. 2, p. 220-227, abr./jun. 2011.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; ANTIQUEIRA, Valdete Marques Arnaut; LANZA, Renata Agnes Cadó. Mortalidade materna: implicações para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278 – 284, abr./jun. 2009.

MARTINS, Alaerte. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov., 2006.

MARTINS, Alaerte. **A morte materna invisível das mulheres negras**. 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/alaerte-martins-a-morte-materna-invisivel-das-mulheres-negras.html>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

MAUAD, Neuza Marina *et al.* A visita domiciliar: instrumento de diagnóstico da morte materna em Juiz de Fora. **Revista A. P. S.**, v. 6, n. 1, p. 30-37, jan./jun. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012.

MORSE, Márcia Lait *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 623 – 638, abr. 2011.

NOGUEIRA, Lilian Donizete Pimenta. **Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto-SP**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

OPAS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

OMS/OPAS. **Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave**. Washington, 2011.

ORLANDI, Márcia Helena Freire. Comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil no Paraná: estratégia de sucesso na vigilância da saúde de mulheres e crianças. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 1, p. 007-008, Jan/Mar 2008.

RAMOS, Evelyn Liber. **Contribuição dos comitês de prevenção da mortalidade infantil para identificação da causa básica dos óbitos**. 2010. 16 f. Qualittas Instituto de Pós-Graduação. Curitiba, 2010.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais; CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: um longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1159, 2011.

RODRIGUES, Ana Verônica; SIQUEIRA, Arnaldo A. Franco de. 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**, v.19, n. 1, p. 183-189. 2003.

SANTOS, Clenilda Aparecida dos; SILVA, Tatiane da; LIMA, Eneida Coimbra. Trajetória de um comitê de mortalidade materna. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga-MG, v. 2, n. 2, nov./dez. 2009.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos *et al.* Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 187-192, 2000.

SILVEIRA, Dirlene Mafalda Ildefonso da. **Mortalidade materna: realidade que se faz conhecer lentamente**. 2002. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; MARTINS, Alaerte Leandro. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 453-460, out./dez. 2006.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; AZEVEDO, Elbens M. Minorelli de; WATANABE, Terezinha L. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2418-2426, out. 2008.

SOUZA, João Paulo *et al.* Revisão Sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 255-264, fev. 2006.

SOUZA, João Paulo. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 273-279, 2011.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Rede Feminista de Saúde, Dossiê Mortalidade Materna, 2001.

TOGNINI, Silvana *et al.* Perfil da mortalidade materna na Região do Grande ABC de 1997 a 2005. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57 n. 4, p. 409-414, 2011.

VENÂNCIO, Sônia Isoyama; PAIVA, Rui de. 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, jul./set., 2010.

VIANA, Rosane da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON, Iracema M. P. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 1, p. 141-152, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008**. Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. Geneva, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta das informações – Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna

Nº _____

DATA: ___/___/___

Entrevistadora:

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO ENTREVISTADO	
<p>Q1. Idade: _____</p> <p>Q2. Sexo: 1. ()M 2. ()F</p> <p>Q3. Profissão: _____</p> <p>Q4. Função no comitê: _____</p> <p>Q5. Tempo de atuação no comitê: _____</p> <p>Q6. Tempo dedicado ao comitê: _____</p>	
INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO COMITÊ	
<p>Q7. Procedência</p> <p>1 () Estadual _____ 2 () Regional _____</p> <p>3 () Municipal _____ 4 () Hospitalar _____</p>	
<p>Q8. Classificação</p> <p>1 () Materno 2 () Materno-infantil</p>	<p>Q9. Data da constituição:</p> <p>___/___/___</p> <p>Se não souber a data exata responder pelo menos o ano.</p>
<p>Q10. Data do início das atividades</p> <p>___/___/___</p> <p>Se não souber a data exata responder pelo menos o ano.</p>	<p>Q11. Quantidade de profissionais</p> <p>_____</p>
<p>Q12. Quantidade de profissionais exclusivos ao comitê</p> <p>_____</p>	<p>Q13. Formação dos profissionais (em quantidade):</p> <p>1 () Médico (a)</p> <p>2 () Enfermeiro (a)</p> <p>3 () Aux. Enfermagem</p> <p>4 () Dentista</p>

	5 () Psicólogo 6 () Fisioterapeuta 7 () Terapeuta Ocupacional 8 () Farmacêutico 9 () Nutricionista 10 () Outras, especifique: _____
<p>Q14. Qual a instituição ou órgão que os profissionais representam?</p> 1 () Secretaria da Saúde 2 () Conselho Regional de Medicina 3 () Conselho Regional de Enfermagem 4 () Sociedades científicas (ginecologia, obstetrícia, pediatria, enfermagem obstétrica, entre outras) 5 () Movimento de mulheres 6 () Movimento de mulheres negras e/ou índias 7 () Universidades 8 () Conselhos de saúde 9 () Ministério Público 10 () Secretarias, coordenadorias ou conselhos de defesa dos direitos da mulher	
<p>Q15. Possui estrutura física exclusiva para o desenvolvimento de suas atividades? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>Q16. Se não, aonde acontece as reuniões? _____</p>	
INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO FUNCIONAMENTO DO COMITÊ	
<p>Q 17. O comitê possui um regimento interno próprio? 1 () Sim 2 () Não</p>	
<p>Q18. Periodicidade das reuniões</p> 1 () Semanal 2 () Quinzenal 3 () Mensal 4 () A cada dois meses 5 () Sem data fixa	<p>Q19. Realiza a investigação epidemiológica dos:</p> 1 () Óbitos de Mulher em idade Fértil (MIF) 2 () Óbitos Maternos 3 () Não realiza 4 () Não sabe <p>Se realiza a investigação dos óbitos, responder a Q.20, se não realiza, pular para a Q.21 e se não sabe, pular para a Q.22</p>

Q20. Recursos utilizados para realização da investigação dos óbitos de MIF e/ou maternos:				
1. Declaração de óbito <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> não sabe	2. Prontuários Hospitalares <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> não sabe	3. Prontuários Ambulatoriais <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> não sabe	4. Profissionais que atenderam a paciente na gravidez, parto e/ou puerpério <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> não sabe	5. Familiares da paciente <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> não sabe
Q21. Quem realiza a investigação dos óbitos MIF e/ou Maternos? <hr/> <hr/> <hr/>		Q22. Realiza a análise dos óbitos MIF e/ou maternos com classificação quanto à evitabilidade? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sabe		
Q23. Quais os sistemas de informações oficiais utilizados? 1() SIM 2() SINASC 3() SIAB 4() Outros, especifique: _____				
Q24. Realiza divulgação de relatórios às instituições e/ou órgãos oficiais com informações dos indicadores? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe Se sim, responda as questões Q.25 e Q.26 , se não, pule para a questão Q.27		Q25. Qual a periodicidade da divulgação dos relatórios? 1() Anual 2() Semestral 3() Bimestral 4() Mensal 5() Outra: _____		

	6() Não se aplica
Q26. Qual o meio de divulgação dos relatórios?	
<hr/>	
Q27. O Comitê realiza discussão dos casos clínicos com os membros do comitê? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe	Q28. O Comitê realiza discussão dos casos clínicos com outros profissionais que não são membros do comitê? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
Q29. O comitê realiza seminários ou outros eventos sobre a problemática da mortalidade materna? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe	Q30. O comitê elabora material didático com propostas de intervenção para a redução dos óbitos maternos? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
Q31. O comitê realiza a mobilização de parceiros com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe	Q32. Qual a frequência (em %) aproximada dos dados abaixo no início das atividades do comitê? 1 Óbitos evitáveis_____ % 2 Óbitos não evitáveis_____ % 3 Óbitos não classificados_____ % 4 () Não sabe
Q33. Qual a frequência (em %) aproximada dos dados abaixo no último ano das atividades do comitê? 1 Óbitos evitáveis_____ % 2 Óbitos não evitáveis_____ % 3 Óbitos não classificados_____ % 4 () Ignorado/ Não sabe	Q34. Qual a razão média de mortalidade materna na área de sua abrangência: 34.1 No início das atividades do comitê? _____ () Não sabe 34.2 No último ano? _____ () Não sabe
Q35. Houve algum período em que o comitê esteve sem desenvolver suas atividades? 1() Sim 2() Não 3() não sabe Se sim, responda as questões Q.36 e Q37 .	Q36. Por quanto tempo? ____ meses () não sabe

Se não, pule para a questão Q38 .	
Q37. Por qual motivo? <hr/> <input type="checkbox"/> Não sabe	Q38. Os profissionais que atuam no comitê receberam e/ou recebem capacitação/treinamento para desenvolver suas atividades? 1() Sim 2() Não Se sim, responda as questões Q.39 e Q.40 . Se não, pule para a questão Q.41 .
Q39. Que tipo de capacitação? <hr/> <hr/> <hr/>	Q40. Qual a periodicidade das capacitações? 1() Anual 2() Semestral 3() Bimestral 4() Mensal 5() Outra: _____ 6() Não se aplica
Q 41. Os profissionais recebem remuneração para atuarem no comitê? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe 4() Não quer responder	
Q 42. O comitê recebe financiamento para seminários ou outros eventos sobre a problemática da mortalidade materna para outros profissionais? 1() Sim 2() Não 3() Não sabe	Q43. Quais as principais dificuldades enfrentadas por este comitê? 1() Número de profissionais insuficiente 2() Acúmulo de atividades pelos profissionais 3() Investigação das causas dos óbitos 4() Má qualidade das informações na D.O 5() Má qualidade das informações nos prontuários 6() Falta de apoio político 7() Outras, especifique: _____ _____ _____ _____
Q45. Os profissionais do seu comitê participam de outros comitês em âmbito municipal, regional e/ou estadual? 1() Sim	Q46. Quais comitês 1() Estadual 2() Regional 3() Municipal

2() Não 3() Não sabe Se sim, responder a questão Q45	
Q47. “Como você analisa a importância do funcionamento do seu CPMM para a redução da morbi-mortalidade materna”?	
Q48. “Na sua opinião, quais os principais desafios e dificuldades do seu CPMM”?	
Q49. “Quais os avanços do seu comitê”?	
Q50. “E como você planejaria perspectivas de futuro para um comitê atuante ou ideal”?	

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “COMITÊS DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA NO CEARÁ: TRAJETÓRIAS, PERSPECTIVAS E DESAFIOS”, que tem por objetivo geral Caracterizar o processo de implementação e funcionamento dos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará.

As informações a serem utilizadas no projeto serão coletadas através da aplicação de questionários e entrevistas com perguntas envolvendo dados de caracterização e trajetória do comitê, dados relacionados ao funcionamento do comitê. Deve-se ainda ressaltar, que as entrevistas (apenas para os comitê do município de Fortaleza) serão gravadas para maior segurança dos dados coletados.

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. As informações obtidas serão analisadas sigilosamente. Os dados e informações coletados serão utilizados apenas para compor os resultados desta pesquisa, portanto sendo resguardado seu anonimato.

Ressalto que o presente termo (TCLE) foi confeccionado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Haverá benefício plausível para a instituição. No final do estudo, ao analisarmos os dados colhidos, poderemos fornecer as possíveis conclusões do objeto investigado. O participante tem direito a ser mantido atualizado sobre os resultados do projeto.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas pelo endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608. Bloco Didático. 5º andar. Rodolfo Teófilo. Fortaleza Ceará Brasil. CEP: 60.430-140. Telefone/Fax: 85 3366-8045.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a questão ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC – Rua Cel Nunes de Melo S/N, Rodolfo Teófilo; telefone: 33668558.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se desejar concordar em participar deste estudo, solicitamos que assine o espaço abaixo.

Assinatura do participante da pesquisa

Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo



Universidade Federal do Ceará
Departamento de Saúde Comunitária
Mestrado em Saúde Pública

R: Prof Costa Mendes, 1608 – 5º andar – Rodolfo Teófilo - Fax/Fone: 55-85-4009-8045 e-mail: msp@ufc.br

Carta de Anuência

Prezado Secretário da Saúde do Estado do Ceará
Dr. Arruda Bastos

Nós, Helânia do Prado Cruz e Francisco Herlânio Costa Carvalho, que estamos realizando a pesquisa intitulada “Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará: trajetórias, perspectivas e desafios”, vimos, por meio desta, solicitar sua autorização para a coleta de dados nos municípios do Estado do Ceará, bem como, nos hospitais da rede estadual que possuam os referidos Comitês.

A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado em entrevistas com os profissionais que atuam nos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará, com o objetivo de caracterizar o processo de implementação e funcionamento dos Comitês no Ceará.

Ressaltamos que não haverá custos para a instituição e que não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas dos Comitês.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para a execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nos responsabilizamos pelo retorno dos resultados da pesquisa nessa referida instituição e nos Comitês que participarem da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão, certos de sua colaboração para o desenvolvimento de pesquisas científicas em nosso Estado.

Fortaleza, 07 de março de 2013.

Helânia do Prado Cruz.

Helânia do Prado Cruz

Pesquisadora responsável

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Dr. Arruda Bastos
Secretário da Saúde do Estado do Ceará

Raimundo José Arruda Bastos
SECRETÁRIO DA SAÚDE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/HGF

Fortaleza, 28 de maio de 2013.

Ilma.. Sra. comunicamos-lhe o parecer do CEP

Pesquisadora: **Helânia do Prado Cruz**

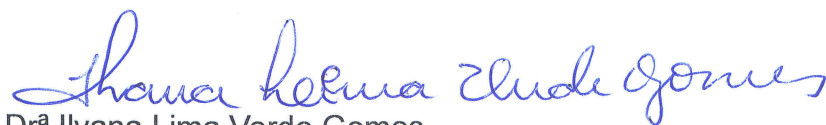
Projeto Intitulado: **Comitês de prevenção de morte materna no Ceará: trajetórias, perspectivas e desafios.**

Entrada no CEP: **27/03/12**

Parecer: “Declaro ter lido o projeto e após a resolução das pendências solicitadas em reunião ordinária neste Cep/hgf no dia 10/04/13 concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de sua co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessário para a garantia de tal segurança e bem-estar.”

Lembramos ao pesquisador o cumprimento da referida Resolução na condução científica do seu projeto e ainda, o encaminhamento ao CEP do relatório final da pesquisa bem como à devolução dos resultados à comunidade

Atenciosamente,



Dr^a. Ilvana Lima Verde Gomes

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HGF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMITÊS DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA NO CEARÁ: TRAJETÓRIAS, PERSPECTIVAS E DESAFIOS.

Pesquisador: HELÂNIA DO PRADO CRUZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15161813.3.0000.5041

Instituição Proponente: Hospital Geral Dr. César Cals/SES/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 262.877

Data da Relatoria: 03/05/2013

Apresentação do Projeto:

trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quanti-qualitativa para identificar a composição profissional dos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará, avaliando seu funcionamento e resultados na diminuição da mortalidade materna

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o processo de implementação e funcionamento dos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará.

Objetivo Secundário:

Identificar a composição profissional dos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará; Caracterizar a metodologia de funcionamento dos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará; Identificar as contribuições dos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará para a diminuição da mortalidade materna; Listar as dificuldades e limitações dos Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos

benefícios : melhorar os indicadores de morbimortalidade materna no Ceará.

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)101-5354

Fax: (853)101-5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 262.877

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa relevante cujos resultados poderão determinar mudanças importantes nos comitês de prevenção de mortalidade materna

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão dentro dos padrões éticos

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

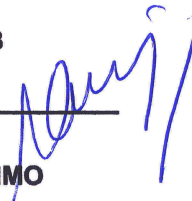
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 03 de Maio de 2013

Assinador por:
ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO
(Coordenador)



Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)101-5354

Fax: (853)101-5354

E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMITÊS DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA NO CEARÁ: TRAJETÓRIAS, PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Pesquisador: HELÂNIA DO PRADO CRUZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11733812.3.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ((CAPES))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 197.294

Data da Relatoria: 15/02/2013

Apresentação do Projeto:

O trabalho está bem elaborado dentro dos critérios de um estudo científico.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os Comitês de Prevenção de Morte Materna no Ceará, incluindo perspectivas e desafios

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto pretende identificar a trajetória dos comitês de mortalidade materna e dependera da oferta de informações peculiares e dificuldades enfrentadas. É preciso que os membros se disponham a oferecer as informações. Por outro lado, os resultados poderão contribuir tanto para uma reestruturação dos trabalhos dos comitês, como influir no combate à mortalidade materna em nosso Estado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa bem estruturada e com excelente orientação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto inclui todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Divulgação extensa dos resultados dentro e fora do Estado do Ceará

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado em sua íntegra

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado

FORTALEZA, 15 de Fevereiro de 2013

Assinador por:

**Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)**

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

DECLARAÇÃO

Processo Nº 0503154801763/2013

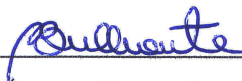
Título do projeto de pesquisa: **“COMITÊ DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA NO CEARÁ: TRAJÉTÓRIAS, PERSPECTIVAS E DESAFIOS.”**

Pesquisadores (a): **HELÂNIA DO PRADO CRUZ.**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 10 de abril de 2013.



Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

70



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Ilmo. (a) Coordenador (a) do Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna do Município de Fortaleza:

Dr. Silvio Carlos Rocha de Freitas.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“COMITÊS DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA NO CEARÁ: TRAJETÓRIAS, PERSPECTIVAS E DESAFIOS.”**

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora responsável é **HELÂNIA DO PRADO CRUZ**, aluna do Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna do Município de Fortaleza para análise, deverá ser providenciado pela pesquisadora.

- **A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**

- A pesquisa será realizada no **Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna do Município de Fortaleza.**

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **MARÇO A AGOSTO DE 2013.**

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/ Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna do Município de Fortaleza – **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.**

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 10 de abril de 2013.

.....
Brilhante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

**ANEXO A – Ficha de Investigação Epidemiológica do Óbito de Mulher em Idade Fértil
e do Óbito Materno**