



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BRENA JÉSSICA DA SILVA DAMASCENO**

**COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: UMA  
ANÁLISE SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2022**

BRENA JÉSSICA DA SILVA DAMASCENO

COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: UMA  
ANÁLISE SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

Orientadora: Profa. Dra. Renata de Sousa Alves

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

FORTALEZA  
2022

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

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

Damasceno, Brena Jéssica Da Silva.

Comitê regional de prevenção da mortalidade infantil: uma análise sob o olhar dos profissionais de saúde / Brena Jéssica Da Silva Damasceno. – 2022.

74 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Renata de Sousa Alves .

1. Comitês Consultivos. 2. Mortalidade Infantil. 3. Monitoramento Epidemiológico. I. Título.

CDD 610

---

BRENA JÉSSICA DA SILVA DAMASCENO

COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: UMA  
ANÁLISE SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Renata de Sousa Alves (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – (UFC)

---

Prof. Dr. Carlos Jefferson do Nascimento Andrade Centro  
Universitário de Tecnologia e Ciências – UNIFTC Centro  
Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU

---

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães  
Universidade Federal do Ceará – (UECE)

Aprovado em: 26 de Outubro de 2022.

Fortaleza  
2022

Dedico este trabalho a Deus.

Sem Ele nada seria possível.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus pais e irmãos, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o tempo em que me dediquei a este trabalho.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

À Universidade Federal do Ceará, essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

*“Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo  
para todo propósito debaixo do céu.”*

***Eclesiastes 3:1***

## RESUMO

A mortalidade infantil consiste em um problema de saúde pública, se mantendo constante ao longo dos anos no país, em especial na região nordeste. Em razão disso, foram criados os Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil, uma estratégia que visa a identificação dos óbitos infantis, e elaboração de intervenções a fim de prevenir a recorrência de novos óbitos infantis. Diante disso, esse estudo tem por objetivo analisar, sob o olhar dos profissionais de saúde, a atuação do comitê regional de prevenção da mortalidade infantil no Estado do Ceará. Para isso foi realizado um estudo de campo, descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa junto a membros e ex-membros do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil situado no Estado do Ceará e profissionais de saúde que já vivenciaram o processo de investigação dos óbitos infantis. A coleta de dados ocorreu em dois momentos: análise documental, mediante a exploração de documentos, atas e relatórios na Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará, que se encontram arquivados os documentos pertencentes ao Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Após apresentação da pesquisa e convite aos participantes foi feita a aplicação de entrevista semiestruturada. A análise destes dados ocorreu através da análise de conteúdo. Uma vez que envolve pesquisa com seres humanos a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará através do parecer Nº 4.912.159. A partir da análise documental, foi possível identificar as principais recomendações para os óbitos evitáveis, destacando-se a realização da busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e a disposição de vagas em leito de UTI neonatal no serviço terciário. A análise das entrevistas mostrou, entre outros achados, a articulação junto à atenção primária à saúde, onde inicia todo o processo de investigação. As principais causas de mortalidade infantil na região segundo os participantes consistiram em afecções respiratórias e má formações congênitas, havendo ainda elevada prevalência de óbitos por causas evitáveis. Salienta-se a falta de divulgação das informações sobre as ações realizadas pelo comitê. De forma geral, os participantes ressaltam, dentre os benefícios advindos com a atuação do comitê, a detecção dos óbitos infantis e das causas associadas ao mesmo, propondo ainda a aproximação dos membros do comitê com os profissionais, através de ações de monitoramento e avaliação das atividades realizadas. Cabe frisar que a atuação do comitê foi prejudicada em razão do contexto pandêmico instaurado no ano de 2020, levando a suspensão das atividades e comprometendo a investigação dos óbitos na região. Conclui-se que, a atuação do comitê consiste em uma atividade primordial para a prevenção da mortalidade infantil, que se dá através da vigilância do óbito infantil,



planejamento de estratégias para prevenção de novos óbitos e elaboração de recomendações para os serviços de saúde, cujas ações repercutem sobre todas as esferas da sociedade.

**Palavras-chave:** Comitês Consultivos; Mortalidade Infantil; Monitoramento Epidemiológico .

## ABSTRACT

Infant mortality is a public health problem, remaining constant over the years in the country, especially in the northeast region. As a result, Committees for the Prevention of Infant Mortality were created, a strategy aimed at identifying infant deaths and designing interventions to prevent the recurrence of new infant deaths. Therefore, this study aims to analyze, from the point of view of health professionals, the role of the regional committee for the prevention of infant mortality in the State of Ceará. For this, a descriptive, exploratory field study was carried out, with a qualitative approach, with members and former members of the Regional Committee for the Prevention of Infant Mortality located in the State of Ceará and health professionals who have already experienced the process of investigating infant deaths. Data collection took place in two stages: document analysis, through the exploration of documents, minutes and reports at the Regional Health Coordination of the State of Ceará, in which the documents belonging to the Regional Committee for the Prevention of Maternal and Child Mortality are archived and Fetal. After presenting the research and inviting the participants, a semi-structured interview was applied. Data analysis took place through content analysis. Since it involves research with human beings, the present research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará through opinion N°. 4.912.159. From the document analysis, through the minutes of the meetings prepared by the committee, it was possible to identify the main recommendations for preventable deaths, highlighting the active search for pregnant women who missed prenatal care and the availability of vacancies in neonatal ICU beds. in tertiary service. The results show the articulation with primary health care, where the entire investigation process begins. The main causes of infant mortality in the region according to the participants consisted of respiratory disorders and congenital malformations, with a high prevalence of deaths from preventable causes. The lack of disclosure of information on the actions carried out by the committee is highlighted. In general, the participants emphasize, among the benefits arising from the committee's performance, the detection of infant deaths and the causes associated with it, also proposing to bring committee members closer to professionals, through monitoring and evaluation actions. performed activities. It should be noted that the committee's performance was impaired due to the pandemic context established in 2020, leading to the suspension of activities and compromising the investigation of deaths in the region. It is concluded that the performance of the committee consists of a fundamental activity for the prevention of infant mortality, which takes place through the surveillance of

infant death, planning strategies for the prevention of new deaths and elaboration of recommendations for the health services, whose actions have repercussions on all spheres of society.

**Keywords:** Advisory committee; Child mortality; Epidemiological Surveillance Service.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Taxa de óbitos infantil no Estado do Ceará, no período de 2010 a 2020.....	20
Figura 2- Porcentagem de número de óbitos no período perinatal comparado as demais causas de óbitos no estado do Ceará, no período de 2010 a 2017. ....	21
Figura 3- Idade dos profissionais entrevistados.....	39
Figura 4- Posição dos profissionais entrevistados .....	39
Figura 5- Experiência profissional dos entrevistados e experiência em Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil. ....	40
Figura 6- Nível de educação dos entrevistados. ....	40
Figura 7- Nuvem de Palavras. ....	51

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Grupos, representações e quantidades de participantes do estudo. ....	32
QUADRO 2- Taxa de mortalidade infantil no Brasil, Ceará e Região de Saúde, 2011 a 2020....	36
QUADRO 3- Taxa dos tipos de óbitos infantis da região de saúde. 2011-2020.....	36
QUADRO 4- Tipos de óbitos infantis da região de saúde por causas. 2011-2020.....	37
QUADRO 5- Classificação dos óbitos da região de saúde. 2011-2020. ....	37
QUADRO 6- Recomendações enviadas pelo comitê – tipos de recomendação – as mais repetidas. 2011-2020 .....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AIDIPI</b>	Atenção Integradas às Doenças Prevalentes na Infância
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BENFAM</b>	Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil
<b>CPMI</b>	Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>LBE</b>	Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções
<b>MI</b>	Mortalidade Infantil
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NV</b>	Nascidos Vivos
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TMF</b>	Taxa de Mortalidade Fetal
<b>TMI</b>	Taxa de Mortalidade Infantil
<b>TMN</b>	Taxa de Mortalidade Neonatal
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>VOI</b>	Vigilância do Óbito Infantil

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1	JUSTIFICATIVA .....	15
1.2	OBJETIVOS .....	16
1.2.1	Geral .....	16
1.2.2	Específicos.....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE INFANTIL .....	17
2.2	CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL .....	21
2.3	INIQUIDADES EM SAÚDE E MORTALIDADE INFANTIL.....	25
2.4	PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL.....	26
2.5	COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL.....	29
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
3.1	DESENHO DE ESTUDO.....	31
3.2	LOCAL DE ESTUDO .....	31
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	32
3.4	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS .....	33
3.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	34
3.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	35
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
4.1	PANORAMA GERAL DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E REGIÃO DE SAÚDE.....	36
4.2	CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ENTREVISTADOS.....	38
4.3	COMPREENSÃO DOS PARTICIPANTE SOBRE A ATUAÇÃO DO COMITÊ .....	41
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>69</b>





## 1 INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é uma das medidas mais aceitas para a mensuração do estado de saúde da população, por se referir a mortes precoces, em grande parte evitáveis. As medidas de mortalidade são utilizadas internacionalmente, como indicadores da situação de saúde e na avaliação e planejamento de políticas e programas de saúde (ORTIZ, 2000; MATHERS *et al.*, 2005; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010).

Uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), assumida pela Assembleia das Nações Unidas, prevê uma redução de dois terços na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade até 2030, o que corresponde a uma diminuição média anual de 4,4% para o Brasil no período (OESTERGAARD *et al.*, 2011).

Nesse contexto, os Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil (CPMI) foram criados no intuito de ajudar os municípios e estados na redução e prevenção dos óbitos e são considerados as instâncias mais adequadas para apurar as circunstâncias de cada óbito. A implantação dos comitês municipais e estaduais no Brasil foi estabelecida pelo Ministério da Saúde com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância no final da década de 1980. Os comitês congregam instituições governamentais, da sociedade civil organizada e universidades ligadas à área da saúde da mulher, tendo como objetivos principais a identificação da magnitude da mortalidade materna, suas causas e determinantes, além de propor e acompanhar as medidas que previnam a ocorrência das mortes por causas evitáveis (BRASIL, 2009).

Diante disso, a Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010 estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito fetal e infantil nos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), e a obrigatoriedade da implantação dos comitês e óbito fetal e infantil, em razão da sua importância para as ações de prevenção, monitoramento e contribuição para a qualidade da assistência, sendo fortemente recomendado a sua implantação nos municípios e estados (BRASIL, 2010).

Os comitês de mortalidade fetal e infantil consistem em uma estratégia para a melhoria da organização da saúde materna e infantil, com vistas à melhoria da qualidade dos cuidados durante a gravidez, parto, nascimento e acompanhamento durante o primeiro ano de vida, com o propósito de reduzir as mortes evitáveis, bem como contribuir com a melhoria da qualidade dos registros de estatísticas vitais, nascimentos e óbitos infantis. Trata-se de organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, com caráter técnico-científico,

sigiloso, educativo e não coercitivo ou punitivo (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010).

Partindo dessa premissa, a pesquisa aqui apresentada norteia-se pelo seguinte problema de pesquisa: Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a atuação do comitê regional de prevenção da Mortalidade Infantil no Estado do Ceará?

Esse estudo tem como objetivo geral analisar sob o olhar dos integrantes e profissionais de saúde a atuação do comitê regional de prevenção da Mortalidade Infantil no Estado do Ceará. Para isso, foi realizado um estudo de campo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

Cabe ressaltar que a atuação dos comitês foi comprometida em razão da pandemia ocorrida nos últimos dois anos, acarretando dificuldades para o seu funcionamento, onde as atividades foram suspensas, em virtude da sobrecarga dos profissionais de saúde e da necessidade de isolamento social.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A mortalidade infantil é considerada um problema de saúde pública, repercutindo sobre os indicadores de saúde, refletindo a situação de saúde da população de maneira geral, trazendo impactos sobre vários segmentos da sociedade, apresentando no país elevada prevalência. Neste cenário, é necessário o monitoramento constante do óbito infantil, em razão da necessidade de investigação a fim de prevenir a recorrência do óbito.

Em virtude na necessidade de realização da vigilância do óbito infantil, surgiram os Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil, uma estratégia imprescindível para promoção da redução da mortalidade infantil, visto que, possibilita a investigação dos óbitos infantis, e a construção de intervenções para a prevenção de novas mortes.

Diante da problemática apresentada, verifica-se a relevância do tema e a necessidade de aprofundamento sobre o assunto, a fim de compreender o mecanismo de atuação dos comitês, uma vez que, observou-se na literatura a escassez de estudos acerca da atuação dos comitês de prevenção da mortalidade infantil, em especial, na região em análise.

Assim, este estudo visa contribuir para o entendimento da atuação do comitê de prevenção da mortalidade infantil, fornecendo subsídios para a tomada de decisões, planejamento de ações e construção de estratégias a partir dos resultados obtidos.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

- Analisar, sob o olhar dos profissionais de saúde, a atuação do comitê regional de prevenção da Mortalidade Infantil no Estado do Ceará.

### 1.2.2 Específicos

- Compreender a percepção dos participantes sobre a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil;
- Descrever o processo de investigação das causas de óbito, considerando os critérios técnicos e a metodologia implementada;
- Identificar como se dá a articulação do comitê com os municípios/serviços da região de saúde;
- Averiguar como se dá divulgação dos resultados da investigação dos óbitos infantis na região de saúde;
- Discutir a construção e implementação das propostas de intervenção, considerando seus efeitos na atuação das equipes e na redução da mortalidade infantil na região;
- Identificar fortalezas e fragilidades quanto ao trabalho desenvolvido no Comitê;
- Propor estratégias de organização e operacionalização voltadas ao aprimoramento da atuação do comitê.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE INFANTIL

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no País tem apresentado diminuição nos anos compreendidos entre 1990 e 2015, reduzindo de 47,1 para 13,3 óbitos infantis por mil nascidos vivos (NV). No ano de 2016, percebeu-se uma elevação da TMI, passando para 14,0. Já nos anos de 2017 a 2019, retornou aos valores de 2015, de 13,3 óbitos por mil NV (BRASIL, 2021).

De acordo com Magalhães *et al.* (2018) a TMI apresentou uma diminuição de 69,6% entre os anos de 1990 e 2016 no período. Entre os anos de 2011 e 2015, a TMI reduziu em média de 3,2% ao ano. No ano de 2016, apresentou uma elevação de 3,1% em comparação com o ano anterior. A região Nordeste foi a que alcançou a maior diminuição, com a TMI passando de 87,3 óbitos por 1.000 NV em 1990, para 19,0 em 2016, obtendo 78% de redução. Essa redução anual foi de 7% na década de 90, de 6% na década de 2000, e 4% entre 2011 e 2015. Todavia, em 2016 aumentou 5,6%, quando comparada com a do ano anterior.

Maronesi *et al.* (2021) ao observar os indicadores de mortalidades, no ano de 2017, o País registrou uma TMI de 12,8 óbitos para cada 1.000 NV. Havendo uma redução de 25,6% quando comparado ao ano de 2010, que registrou 17,2 óbitos.

No que diz respeito a situação epidemiológica por região, a Região Norte mostrou diminuição da TMI entre os anos de 1990 e 2019, onde passou de 45,9 óbitos infantis por mil nascidos vivos para 16,6, respectivamente. Por sua vez, na Região Nordeste, a diminuição ocorreu de 75,8 para 15,2, respectivamente. Já no Sudeste, a redução correspondeu a 32,6 para 11,9. Na Região Centro-Oeste, a diminuição foi de 34,3 para 13,0. De maneira geral, em todas as regiões, houve uma pequena elevação da TMI no ano de 2016. Na Região Sul, a redução foi de 28,3 para 10,2. As Regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores médias de TMI, com 16,9 e 15,3 mortes para cada mil NV, respectivamente para o período de 2017 a 2019. As menores médias da TMI são verificadas nas Regiões Sudeste e Sul. Já na Região Centro-Oeste, a média da TMI se manteve constante no período (BRASIL, 2021).

Para Magalhães *et al.* (2018) a TMI passou de 47,1 para 14,0 óbitos por mil NV, entre os anos de 1990 e 2016, consistindo em uma redução de 70,0% no período. A média de redução do País foi de 6% ao ano na década de 1990, reduzindo para 4,5% na década de 2000, e 3,4% entre 2011 e 2015. No ano de 2016 houve elevação de 4,8%, em comparação ao ano

anterior. Todavia, verificou-se que em 2016, uma elevação da TMI nas várias regiões do Brasil.

Levando em conta a unidade de federação, houve declínio da TMI em todas as unidades no período compreendido nos anos de 1990 e 2019. A região Nordeste apresentou a maior diminuição, sendo o percentual por unidade descrito a seguir: Alagoas (86%), Pernambuco (83%), Ceará (83%), Paraíba (82%), Rio Grande do Norte (81%), Maranhão (79%), Bahia (75%), Piauí (73%) e Sergipe (73%) (BRASIL, 2021).

Investigação realizada por Souza *et al.* (2021) mostrou na análise global da região Nordeste diminuição considerável da mortalidade em menores de um ano, reduzindo de 23,91/1000 nascido vivos (NV) no ano de 2001 para 13,97/1000 em 2015. O comportamento de redução foi observado em todas as unidades de federação, por sua vez o Estado de Pernambuco mostrou maior declínio, ocorrendo diminuição de 26,65/1000 NV em 2001 para 13,00/1000 NV em 2015. O estado de Maranhão mostrou a menor redução, com declínio de 20,15/1000 NV no começo da série temporal para 15,21/1000 NV ao final dela. Todavia, embora tenha havido diminuição da mortalidade infantil verificada no período compreendido entre 2001 e 2015, os estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco apresentaram tendências estacionárias a partir de 2009, Sergipe a partir de 2010 e Alagoas a partir de 2011.

Para Souza *et al.* (2021) embora tenha sido observado a redução da mortalidade infantil no Nordeste do País no decorrer de quase duas décadas do século XXI, a situação estacionária em algumas das unidades de federação avaliadas configura cenário de preocupação, levando em conta que os valores caracterizam - se de maneira elevada quando em comparação a locais desenvolvidos. Defende-se, diante disso que há um longo caminho a ser superado pelos estados, particularmente no que diz respeito aos determinantes sociais da saúde materno-infantil. Assim a redução das iniquidades sociais e disparidades geográficas figura como o instrumento de maior efetividade para garantir a materialidade do direito à vida das crianças brasileiras.

Nesse contexto, segundo Bonatti, Silva, Muraro (2020) torna-se fundamental avaliar a situação de saúde da mortalidade infantil de maneira regionalizada visando identificar a evolução da mesma e definir as melhores políticas de saúde segundo nível de prioridade apresentada e os problemas vivenciados pelas regiões.

Nessa perspectiva, ademais dos incentivos realizados para a promoção do melhoramento da qualidade dos serviços de saúde, torna-se necessário ações de cunho intersetorial para o incentivo das políticas públicas que almejam a redução das iniquidades em saúde, qual seja a população, especialmente as de menores níveis econômicos. Desse modo, o

investimento em qualidade deve contemplar além dos recursos humanos, recursos materiais permanentes para o progresso das políticas públicas que almejam a redução da TMI (HATISUKA; MOREIRA; CABRERA, 2021).

Bonatti, Silva, Muraro (2020) destacam que os investimentos em saúde deveriam utilizar à lógica da equidade no financiamento em que é levado em consideração indicadores relevantes para direcionar os recursos como o PIB per capita, percentual de população com plano de saúde, bolsa família, em situação de extrema pobreza e a densidade demográfica dos municípios. Assim, sugere-se que não basta somente ampliar o acesso aos níveis de atenção à saúde, é necessário investimento na melhoria dos programas de assistência à saúde da mulher e da criança.

Ademais, as informações epidemiológicas demonstram a necessidade de investigações de maior aprofundamento sobre as variáveis que determinam ou influenciam os óbitos por causas evitáveis nas crianças com faixa etária entre 0 a 4 anos, indo além de características e fatores espaciais, levando em consideração o índice de desenvolvimento humano (IDH) como parâmetro significativo para a mobilização de recursos e instituição de políticas públicas destinadas às áreas mais vulneráveis (SILVA; SILVA, 2020).

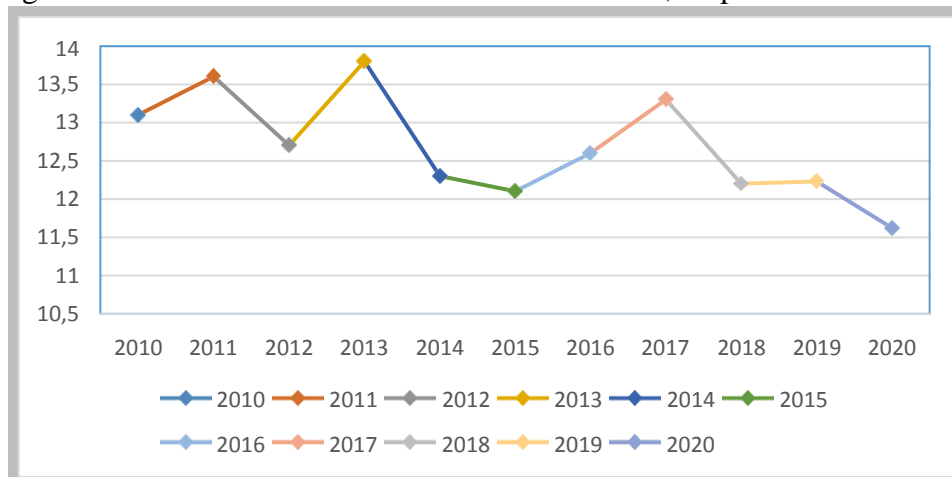
Série temporal realizada em Porto Alegre no ano de 2011 por Hernandez *et al.* (2011) que teve por objetivo trazer contribuições para a análise das tendências das taxas de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal e os fatores de risco associados, através de uma investigação revelou uma tendência de diminuição da TMI e dos seus componentes de caráter neonatal e pós-neonatal. O melhoramento da condição socioeconômica materna configurou como a razão que mais apresentou associação com a diminuição da mortalidade infantil, ao passo que a elevação do baixo peso ao nascer e do muito baixo peso ao nascer provocou o desaceleramento da tendência de diminuição da mortalidade infantil.

Sousa, Nations (2011) procurou em sua pesquisa apresentar as contribuições para o entendimento da diferença do decréscimo da mortalidade infantil. Ao final da pesquisa notou-se que nenhuma perspectiva isolada pode contemplar a realidade completa da diminuição da mortalidade infantil no Estado em análise, Ceará. Todavia, abrir-se para múltiplas perspectivas permite a ação criativa, onde é possível surgir um novo pensar e agir em saúde.

Desse modo, reitera-se que o índice de mortalidade infantil tem mostrado elevação nos últimos anos, sendo a primeira vez que ocorre uma alta no óbito de crianças no Estado desde 1990, segundo dados do Ministério da Saúde. No ano de 2010, o índice de

mortalidade infantil no Ceará foi de 13,1 óbitos a cada 100 mil habitantes; já em 2017, foram 13,3 óbitos por grupo de 100 mil habitantes.

Figura 1- Taxa de óbitos infantil no Estado do Ceará, no período de 2010 a 2020.



Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Mortalidade, dados exportados em 24/09/22.

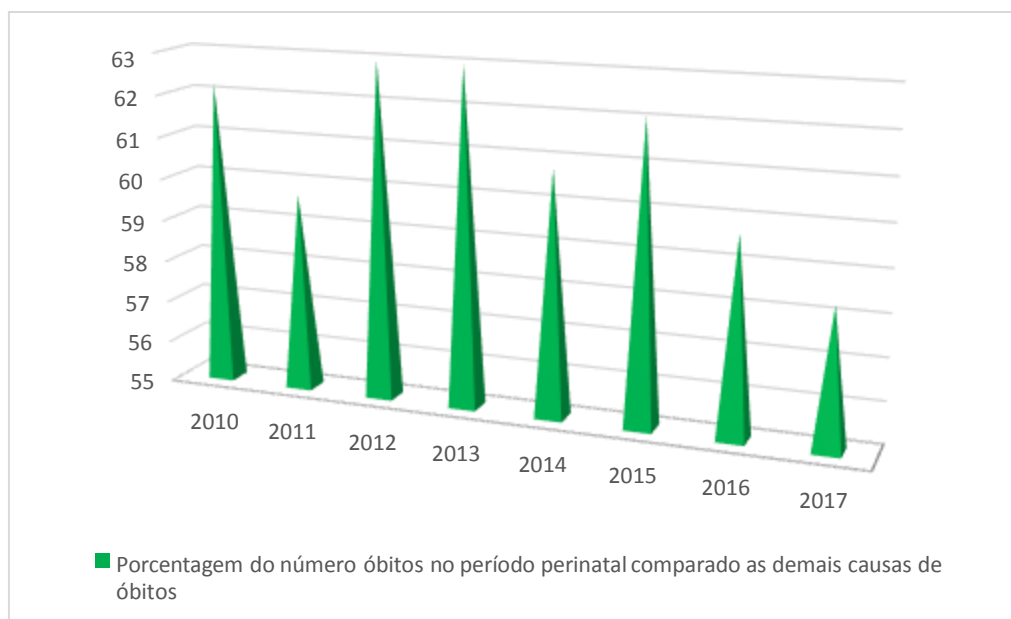
Considerando a meta de redução da mortalidade infantil estabelecida pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável que estão pautados em 17 objetivos e 169 metas para serem alcançadas pelos países até 2030 e tendo em vista que os países se organizam para acompanhar e monitorar os indicadores de mortalidade foram desenvolvidos programas com forte potencial de redução da mortalidade infantil e materna e a redução da pobreza foi alvo de programas intersetoriais, a partir dos anos 2000. Os estados e os municípios têm buscado viabilizar a implantação desses programas, com critérios de organização definidos pelo governo federal, e outros próprios de gestão local, impondo a necessidade de avaliar a execução das intervenções e os seus resultados sobre a saúde da população.

O relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, declara que os recém-nascidos estão morrendo e a taxas são assustadoramente altas em países pobres, afetados por conflitos ou com instituições fracas. Segundo o documento, bebês nascidos nessa situação têm 50 vezes mais chances de morrer no primeiro mês de vida do que aqueles nascidos em países ricos. Cerca de 2,6 milhões de recém-nascidos no mundo não sobrevivem a seu primeiro mês de vida. Um milhão deles morrem no dia que nascem e acrescentou dizendo que sabemos que podemos salvar a maioria desses bebês com soluções de saúde acessíveis e de qualidade para cada mãe e cada recém-nascido.

Cabe ressaltar que a grande maioria das causas dos óbitos infantis no Estado do Ceará encontra-se relacionada a afecções originadas no período perinatal, este compreende o período entre as 22 semanas completas e os 7 dias completos após o nascimento. Segundo

pesquisa da Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil - BEMFAM as afecções do período perinatal atingem essencialmente os nascidos vivos com baixo peso ao nascer e que refletem as deficiências da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Figura 2- Porcentagem de número de óbitos no período perinatal comparado as demais causas de óbitos no estado do Ceará, no período de 2010 a 2017.



Fonte: DATASUS, Sistema de Informação de Mortalidade, dados exportados em 04/10/18.

## 2.2 CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL

Estudo realizado por Freitas *et al.* (2021) que objetivou investigar a tendência da mortalidade infantil por causas evitáveis em crianças menores de um ano em Rondônia entre os anos de 2008 e 2018 obteve que dos 4.338 óbitos, cerca de 62,70% ocorreram por causas evitáveis. A taxa média de mortalidade infantil nos anos de 2008 a 2018 correspondeu a 14,57 óbitos a cada mil nascidos vivos, onde a média da taxa de óbitos por causas evitáveis foi 9,14/1.000 NV. No que se refere as causas, cerca de metade dos óbitos evitáveis se deu por adequada atenção ao recém-nascido (48,08%), seguido por causas evitáveis por ações adequadas de prevenção, diagnóstico e tratamento (15,60%), e adequada atenção à mulher no parto (13,67%).

No estudo de Bonatti, Silva, Muraro (2020) que visou analisar a tendência da mortalidade infantil no estado do Mato Grosso e regiões de saúde, entre os anos de 2007 a 2016 e conhecer a distribuição das causas de morte, de acordo com a faixa etária e peso ao nascer detectou dentre as principais causas de morte evitáveis as causas decorrentes de



infecções específicas do período perinatal, transtornos respiratórios e cardiovasculares próprios do período perinatal e feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez; além disto tem-se a influenza, pneumonia, de doenças bacterianas e intestinais. Em relação às causas mal definidas, predominam causas desconhecidas e outros problemas resultantes do período perinatal. Na categoria das demais causas, não claramente evitáveis, correspondeu às malformações congênitas.

Investigação de Martins, Pontes (2020) dentre os quatro grupos de óbitos por causas evitáveis, as reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido apresentaram as maiores taxas de mortalidade infantil, onde resultados da TMI oriundas de causas evitáveis apresentam-se com maior proporção durante o período neonatal precoce. Levando em conta que os maiores riscos dos óbitos neonatais são resultantes na maior parte das vezes da assistência pré-natal inadequada, torna-se necessário não apenas o olhar do acesso, mas especialmente da qualidade do serviço.

Silva, Silva (2020) que objetivaram conhecer aglomerados espaciais de óbitos de crianças na faixa etária entre 0 e 4 anos, causas evitáveis e variáveis epidemiológicas no estado de Minas Gerais, nos anos compreendidos entre 2011 e 2015 em seus resultados apresentou que 46,85% das mortes por causas evitáveis em crianças menores de 5 anos ocorreram no período neonatal (entre 0 e 6 dias de vida). No que diz respeito às causas evitáveis verificou-se que as seguintes atividades trouxeram contribuições para o declínio do número de óbitos, sendo eles: atenção à mulher na gestação e no parto; atenção ao recém-nascido; diagnóstico e tratamento adequados; promoção à saúde e imunoprevenção.

Murakami, Guimarães, Sarinho (2011) aponta que o êxito na diminuição da magnitude e das iniquidades da mortalidade na infância, no Estado de Pernambuco, é resultante em grande parte em virtude da prevenção de mortes por afecções perinatais, considera a principal causa de morte em todas as mesorregiões, sensível à redução por adequada atenção à gestação, ao nascimento e aos primeiros dias de vida da criança. Por outra perspectiva, são identificados em todas as mesorregiões mortes consideradas como eventos sentinela, que mostram grande vulnerabilidade as atividades de saúde, cuja ocorrência é considerada inadmissível, dentre eles, os secundários a doenças imunopreveníveis, diarreia, pneumonia e desnutrição. As mortes por diarreia em menores de um ano, em particular, além de continuarem existindo, se dão de maneira desigual, com mortalidade proporcional nas mesorregiões do interior do Estado (Mata, Agreste e Sertão) superior à observada na região metropolitana da capital, Recife.

Pesquisa realizada por Gorgot *et al.* (2011) que visou realizar a descrição dos

óbitos evitáveis de crianças participantes da Coorte de Pelotas, RS, de 2004 ao comparar as razões entre as causas básicas de óbito em crianças de até um ano de idade com as causas apresentadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) mostrou que, para ambos, as principais razões de mortalidade foram as preveníveis em virtude da adequada atenção à mulher durante a gestação, parto e ao recém-nascido. A pesquisa revelou ainda que a identificação e quantificação das razões de mortalidade são imprescindíveis para direcionar as ações de saúde, visto que a decisão sobre a aplicação de investimentos em recursos humanos e tecnológicos ocorrer através do entendimento dos instrumentos que levam à morte.

Diante disso, é primordial para que aconteça de forma constante, melhorias na assistência prestada para o binômio mãe-bebê. A assistência qualificada deve ter início no momento do pré-natal, através da captação precoce, acompanhamento apropriado, assistência hospitalar pré e pós-parto, assistência puerperal. Para que isso ocorra, e imprescindível a construção de protocolos, educação permanente dos profissionais, detectando e corrigindo os possíveis erros na assistência prestada, procurando, desse modo a redução da TMI e a melhoria nos índices de desenvolvimento do município (MARONESI *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Kale, Fonseca, Oliveira, Brito (2021) que almejou estimar a tendência das taxas de mortalidade fetal (TMF) e neonatal (TMN) por causas evitáveis e sua relação com a escolaridade materna no município do Rio de Janeiro (RJ) entre os anos de 2000 a 2018 declara que embora possua limitação pela qualidade dos dados, os Sistemas de Informação sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos pelo seu caráter universal possibilitam a custo baixo e rapidez considerável realizar o monitoramento e estudo das pequenas e grandes populações. A adaptação realizada na investigação da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções (LBE) para óbitos fetais apresentou-se ser adequada e necessária. A utilização de indicadores de escolaridade materna como proxy de desigualdades ilustrou diferenças de magnitude e tendência da mortalidade.

Todavia, Murakami, Guimarães, Sarinho (2022) aponta que no Brasil, a maior parcela das mortes na infância se dá em fase de forma precoce, antes da criança completar um ano de vida, faixa etária onde há predomínio das afecções perinatais como razão básica de morte. No que se refere a faixa compreendida ente um e quatro anos, tem destaque as diarreias, infecções respiratórias, desnutrição e acidentes entre as causas básicas de óbito. Recomenda-se o desenvolvimento de ações destinadas para melhoria da assistência pré-natal, saúde perinatal com ênfase sobre o parto adequado e o pós-parto, contemplando dentre as medidas o aumento da quantidade de leitos em unidade de terapia intensiva neonatal.

Nesse cenário, Silva, Silva (2020) apontam que a abordagem da evitabilidade das

mortes infantis possibilita realizar reflexões sobre os esforços necessários para melhorar a disponibilidade, uso e eficácia dos cuidados em saúde, em especial da atenção ao pré-natal, parto, recém-nascido e população infantil de forma geral. Conhecer o perfil de mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de 5 anos desperta para a necessidade de intervenções no contexto da saúde pública para sua diminuição, levando em consideração as regiões mais críticas, norteando-se pela premissa da plena saúde materno-infantil para o alcance de bons indicadores tanto de cunho social quanto sanitário.

No estado de Rondônia, a mortalidade infantil por causas evitáveis mostrou associação positiva a atividades que demandam adequada atenção ao recém-nascido, por meio da prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e atenção à mulher no parto. Havendo a existência de falhas graves e espaços de atenção a serem superados na linha de cuidado materno-infantil, em especial relacionadas à assistência ao pré-natal, parto e nascimento, de preferências nos primeiros seis dias de vida. A morte infantil por causas evitáveis, em especial, no período neonatal precoce, reduziu nos últimos dois anos avaliados, posicionando-se de forma contrária a tendência estacionária dos óbitos não evitáveis, evidenciando uma possível negligência de outras enfermidades (FREITAS *et al.*, 2021).

Diante disso, Bonatti, Silva, Muraro (2020) aponta para a necessidade da vigilância dos óbitos infantis como instrumento fundamental para a avaliação das políticas de redução da mortalidade precoce e evitável, e também para qualificação da causa básica do óbito, em especial das mortes codificadas como causas mal definidas e demais causas. O conhecimento das razões de morte infantil, em especial das reduzíveis por atividades efetivas dos serviços de saúde, constitui iniciativa fundamental para o planejamento das ações que visem a redução das desigualdades regionais e assim melhorar a vigilância do óbito.

No contexto discorrido verifica-se que a mortalidade infantil por causas evitáveis contempla variáveis como o desenvolvimento socioeconômico, a infraestrutura ambiental e outros aspectos que se relacionam ao surgimento de problemas de saúde. Ademais, o acesso e a qualidade dos recursos destinados à saúde materno-infantil são elementos determinantes para os indicadores de óbitos em crianças por causas evitáveis (SILVA; SILVA, 2020).

Por sua vez, na pesquisa realizada por Maia, Souza, Mendes (2020) apresenta a predominância dos fatores biológicos para o estabelecimento dos óbitos infantis. Os resultados detonam para a importância da assistência materno-infantil na definição dos óbitos de menores de um ano, além do valor dos determinantes sociais, contemplando na mediação do acesso e da qualidade à atenção à saúde.

### 2.3 INIQUIDADES EM SAÚDE E MORTALIDADE INFANTIL

Embora tenham ocorrido investimentos significativos para o melhoramento dos aspectos socioeconômicos e demográficos para a promoção da saúde na população brasileira, nota-se ainda significativas diferenciações entre as regiões brasileiras no que diz respeito a temática em discussão. A ampliação das políticas de saúde direcionadas para a diminuição da mortalidade infantil, tem enfoque sobre os fatores que mostraram relacionar-se a taxa em análise, contribuindo para que o País consiga alcançar as metas estipuladas pelas Nações Unidas para o ano 2030 (PASKLAN *et al.*, 2021).

De acordo com Garcia, Santana (2011) a medição das desigualdades em saúde é considerada fundamental para o monitoramento da situação de saúde da população, visto que, uma modificação no valor de um indicador pode ser resultante de distintas mudanças em sua distribuição na população. Desse modo, a diminuição na mortalidade infantil e na infância não expressa, particularmente redução na desigualdade, pois o declínio pode ocorrer em razão da melhoria entre crianças de melhor condição socioeconômica, no entanto, às custas de uma deterioração em crianças de menor nível socioeconômico. Sob outro ângulo, a redução na mortalidade infantil poderia ocorrer simultaneamente a manutenção das desigualdades.

As iniquidades identificadas nos indicadores de mortalidade na infância, em pesquisa desenvolvida no Estado de Pernambuco, são descritas como reflexo do acúmulo desigual de exposições a variáveis de risco e privação a variáveis de proteção pela população nas diferentes mesorregiões avaliadas. Evidencia-se nesse contexto o problema enfrentado pelo poder público para promover a redução das iniquidades, promovendo a ampliação do acesso a bens e serviços de qualidade, que contempla a saúde, implementação de políticas norteadas pelos princípios da universalidade e da equidade, de maneira a abranger toda a população, beneficiando aqueles que apresentam maior risco de óbito e elevando a chance de sobrevivência na infância (MURAKAMI; GUIMARÃES; SARINHO, 2011).

Assim, para Silva, Silva (2020) a mortalidade infantil possui associação direta com o progresso de determinada região, visto que está relacionada a aspectos socioeconômicos, sendo sensível às suas variações. Ademais, a associação entre o IDH e a mortalidade infantil evitável possibilita depreender que há fatores para além do provimento dos serviços de saúde. É imprescindível o combate das desigualdades regionais e iniquidades sociais, visando diminuir de maneira homogênea a mortalidade infantil, levando em consideração políticas públicas segundo a realidade de cada região. Nesse contexto, o desenvolvimento econômico, escolaridade e a distribuição de renda são variáveis

determinantes dos índices de mortalidade para crianças na faixa etária compreendida entre 0 e 4 anos, e sua melhoria está relacionada ao desenvolvimento humano, à qualidade e à expectativa de vida da população.

Em consonância com Bonfim *et al.* (2020) as iniquidades que se encontram relacionadas à mortalidade infantil, em conjunto com a identificação de áreas geográficas, podem ser utilizadas para realizar o monitoramento da evolução das medidas em direção à diminuição da TMI, fornecendo ainda informações para uma distribuição mais eficiente dos investimentos por meio de políticas e programas para o progresso equitativo e planejamento das ações de saúde materna e infantil.

Nesse sentido, a diminuição das iniquidades em saúde, especialmente, a sobrevivência infantil, tem sido objeto da atenção de organizações internacionais e do governo no Brasil. Dentre as iniciativas temos o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal, que faz parte de um compromisso mais amplo, proposto pelo governo federal, visando acelerar a redução das desigualdades nas diferentes regiões do País (GARCIA; SANTANA, 2011).

Todavia, Maia, Souza, Mendes (2020) destaca diferenças consideráveis, até mesmo de caráter simbólico, entre os resultados verificados nas regiões avaliadas, onde a realização de um número de consultas de pré-natal insuficiente foi considerada fator de risco para MI. De maneira geral, os dados apontam que embora seja verificado um certo consenso entre os fatores determinantes da MI entre as capitais, ocorre alguns diferenciais regionais.

Os dados levam a postular sobre uma certa “homogeneidade” em níveis baixos de qualidade da assistência à saúde. Se por um lado os fatores biológicos possuem certa homogeneidade na composição dos modelos finais de risco para a mortalidade infantil, por outro identifica-se maior relevância das características maternas como manifestação das condições socioeconômicas das gestantes e dos recém-nascidos, nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, quando comparadas ao centro-sul do país (MAIA; SOUZA; MENDES, 2020).

#### 2.4 PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Pesquisa realizada por Pasklan *et al.* (2021) que teve por objetivo analisar a correlação da qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) na diminuição da mortalidade infantil, mediante a realização do geoprocessamento observou uma elevada redução da TMI no período compreendido entre 2000 e 2015. Hatisuka, Moreira, Cabrera (2021) aponta para a existência de correlação linear entre a TMI e o percentual de unidades

que obtiveram boa classificação de desempenho no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), demonstrando que quanto maior a porcentagem de unidades classificadas com bom desempenho, menor será a TMI, apresentando assim correlação moderada e significativa estatisticamente.

A atenção básica realiza ações voltadas para o enfrentamento dos fatores que interferem nas estatísticas vitais, dentre elas, o planejamento familiar, pré-natal, cobertura vacinal, aleitamento materno, consulta na primeira semana de vida, puericultura e os encaminhamentos para a atenção especializada contribuindo para a diminuição de mortes por causas evitáveis (HATISUKA; MOREIRA; CABREIRA, 2021). Estudo de Silva, Silva (2020) depreende que a expansão da Estratégia Saúde da Família é imprescindível para a proteção de crianças abrangendo desde o nascimento a proteção contra enfermidades evitáveis, possibilitando que deixem de ser causa de óbito infantil.

Segundo os resultados obtidos no estudo de Schmidt *et al.* (2020) as ações de vigilância em saúde, gestão e ações da APS receberam destaque pelas contribuições para o avanço da saúde da criança, mediante ações e políticas avaliativas, prevenção e promoção da saúde.

Investigação realizada por Hatisuka, Moreira, Cabrera (2021) mostra a relevância de investimentos para qualificação da atenção básica (AB), pois a avaliação de desempenho das unidades de saúde se relaciona com estatísticas vitais, como a TMI, ferramenta significativa para os gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para os gestores e profissionais da saúde, a avaliação de desempenho traz contribuições nas escolhas das estratégias e medidas que garantem o acesso de qualidade aos serviços de saúde para a população. Para os usuários, é uma forma de obtenção de respostas efetivas sobre os serviços públicos e políticas públicas de saúde, que podem trazer o interesse na participação social, garantida pelo SUS.

Bonatti, Silva, Muraro (2020) assinalam que, além da implantação de tecnologias com alto grau de sofisticação, o melhoramento dos indicadores da TMI pode ser obtido através do aperfeiçoamento de rotinas de atendimento na APS, posto que para que haja manutenção da tendência favorável de redução de mortes precoces torna-se necessário que as políticas e serviços de saúde tenham foco na qualidade da atenção e o melhoramento das condições de saúde tenham continua manutenção.

Desse modo, é urgente que os gestores municipais apliquem mais investimentos na qualificação da assistência ao binômio mãe-filho, em especial na APS, promovendo a valorização da equipe multiprofissional atuante no decorrer de todo o ciclo gravídico

puerperal, assim como realizar capacitações para os médicos a fim de melhorar a qualidade dos registros de indicadores de mortalidade infantil na região (FREITAS *et al.*, 2021).

Alves, Coelho (2021) ressaltam a necessidade de realização de maiores investimentos para a APS, onde através das ações promotoras de educação para a saúde, em que é feita a capacitação das equipes a fim de que haja maior incentivo às mães para o aleitamento materno exclusivo ocorre consequentemente à diminuição da TMI.

Nessa perspectiva, a consolidação das políticas públicas com distribuição suficiente de recursos é primordial para o enfrentamento dos novos obstáculos e garantia da sustentabilidade das políticas. Desse modo, constitui referência obrigatória o Marco da Primeira Infância, que traz como proposta avanços no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nas metas pactuadas e aprovadas nas instâncias consultivas e deliberativas no âmbito do SUS. Destaca-se ainda a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e seus eixos estratégicos, e também ações de fortalecimento das Redes de Atenção em Saúde, em especial, da rede de Atenção Primária em Saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

De posse dessas informações, discute-se sobre a relevância de estudos de cunho espacial e temporal que possibilite analisar as evoluções e os retrocessos existentes ao longo dos anos. A análise da relação existente entre a associação da TMI e o serviço prestado pela APS permite reflexões sobre a necessidade de recursos para esse nível de atenção, posto que, o mesmo tem se mostrado resolutivo para diminuição dos óbitos infantis (PASKLAN *et al.*, 2021).

Sousa, Nations (2011) reiteram à necessidade de revisão nas formas de operacionalização das políticas públicas, em especial aos processos de trabalho e à prática educativa em si. Isso envolve até mesmo mudança das políticas pedagógicas dos cursos de graduação responsáveis pela formação dos profissionais a serem inserido nos serviços de saúde. Nos convida para que seja concedida a importância que lhe compete, tanto no que se refere ao declínio da TMI, quanto à busca de uma mudança das políticas públicas, no qual seja possível ouvir as vozes que experienciam a morte de crianças e onde a prática profissional seja conduzida pela ética humana do cuidado.

Para Silva, Silva (2020) o indicador de mortalidade infantil é fundamental para a construção das políticas públicas. Dado que grande parte dos óbitos infantis se relacionam à qualidade da atenção à saúde prestada, e assim autoridades sanitárias e a população devem ter consciência acerca do assunto visando o aprofundamento das discussões existentes e a tomada de decisão diante das políticas de saúde pública.

Nesse cenário, os dados sobre nascidos vivos e óbitos infantis auxiliam para o

planejamento e desenvolvimento de políticas públicas mais direcionadas. Informações confiáveis e em tempo oportuno de nascimentos e óbitos infantis são primordiais para a construção de políticas, estratégias adequadas e aplicação de investimentos para o enfrentamento dos problemas prioritários no cenário da saúde materna e infantil (ROMAGUERA *et al.*, 2020).

Dessa forma, é essencial investimentos nos programas de atenção pré-natal e ao parto a fim de que mulheres e seus filhos tenham desenlaces favoráveis nesse momento da vida. Enfatiza-se o melhoramento na qualidade dos dados, promovendo a garantia dos subsídios necessários para a elaboração de políticas públicas e tomada de decisões (KALE; FONSECA; OLIVEIRA; BRITO, 2021).

## 2.5 COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Os comitês são responsáveis pela detecção das causas dos óbitos e elaboração de recomendações para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil, contribuindo, desse modo, para a construção e avaliação das políticas públicas de saúde em vigência (LODI *et al.*, 2020).

Os diferentes cenários de trabalho dos comitês possuem semelhanças e particularidades no que se refere as suas ações. Internacionalmente, os comitês são responsáveis pelo monitoramento dos dados estatísticos, construindo metas a serem cumpridas pelos países. A principal função dos comitês nacionais em âmbito nacional está na oferta de apoio aos comitês no nível estaduais e, este, aos municipais. No contexto das diferentes esferas de atuação, o municipal mostra um ponto central por configurar-se como base de coleta, produção e análise dos dados fornecidos aos sistemas de informação das demais esferas de governo (RUOFF; ANDRADE; SCHMITT, 2017).

Teixeira, Magalhães, Albuquerque (2020) aponta inúmeros fatores para um exercício consistente e assertivo dos comitês, sendo eles, a efetivação das políticas públicas que promovam a redução das desigualdades sociais, sendo primordial para o trabalho dos comitês, a análise regional da assistência em saúde voltada para a população materno e infantil, englobando à gestante e sobretudo, às crianças, favorecendo a diminuição da TMI.

Cabe ressaltar que a importância da atuação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil (CPMI) supera o simples levantamento de dados estatísticos, sua relevância pauta-se nas percepções da realidade brasileira e à procura pela diminuição das desigualdades e injustiças sociais (RAMOS; BERTTI, 2019).



Lodi *et al.* (2020) ao abordarem as principais ações dos comitês, verificou que a realização de investigações da causa base do óbito e a diminuição das taxas de mortalidade materna, infantil e fetal foram as opções mais citadas.

A informação apropriada, em tempo oportuno e hábil para um mapeamento apropriado do cenário situacional é outra causa relevante e que se mostra eficaz para o trabalho dos comitês (TEIXEIRA; MAGALHÃES; ALBUQUERQUE, 2020). A experiência dos CPMI aponta que, para uma diminuição considerável da mortalidade infantil, requer uma articulação das instâncias governamentais com a sociedade civil organizada e para o direcionamento de políticas públicas de saúde voltadas para a assistência materno-infantil (MANSANO *et al.*, 2003).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa consistiu em um estudo de campo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

Optou-se pelo estudo de campo que, segundo Marconi e Lakatos (2012), é utilizado para conseguir informações e conhecimentos a respeito de uma problemática, para a qual se procura uma resposta ou apenas comprovar um fato hipotético, tendo como base a observação dos fatos e posterior análise.

Sua natureza descritiva se deu em razão da possibilidade de descrição do objeto e exploratória, pois, além de buscar uma relação entre o conhecimento e um fenômeno, serve para proporcionar uma nova visão sobre o problema. A pesquisa procede na observação de acontecimentos reais, estudando indivíduos, comunidades, grupos e instituições, com o objetivo de compreender os mais diferentes aspectos da realidade (GIL, 2010; FUZZI, 2010).

O método qualitativo não busca enumerar ou medir eventos, seu foco de interesse é amplo a partir da obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo, procurando entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, com isso, o pesquisador elabora sua interpretação dos fenômenos estudados (NEVES, 1996). O que a pesquisa qualitativa procura insistentemente é compreender e interpretar da forma mais fiel possível à lógica interna dos sujeitos que estuda e dar conhecimento de sua “verdade” (MINAYO, 2012).

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido junto a integrantes e profissionais de saúde relacionados ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em uma região de saúde do Estado do Ceará, composta por quatro municípios de médio e pequeno porte. O município de maior porte possui 22 equipes de Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde. Enquanto os demais possuem 9, 7 e 3, somando no ano de 2021, na referida Região de Saúde, 41 equipes. Cada município possui uma comissão municipal de prevenção da mortalidade infantil e que juntos formam o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil tendo em sua estrutura organizacional, profissionais da atenção primária, gestores e profissionais da média e alta complexidade.

Na Região de Saúde do Estado do Ceará em que foi feita a execução da pesquisa há o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, cujo início de suas atividades ocorreram no mês de junho de 2001, mediante ata da reunião, embora tenha sido oficializado apenas em 2008, por meio da portaria de nomeação dos membros (CEARÁ, 2001; CEARÁ, 2008). Além do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, há em 100% dos municípios da região a Comissão Municipal regulamentada e atuante, e as Comissões de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no Hospital Polo de Referência para Assistência Regional Materno-Infantil e na Policlínica Regional, unidade que oferta o pré-natal de alto risco.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram membros e ex-membros do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil e profissionais de saúde que já vivenciaram o processo de investigação de óbitos infantis na região de saúde do Estado do Ceará em análise.

Os critérios de inclusão considerados em relação ao público foram: ser ex-membro ou ser membro titular ou suplente do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil e ser profissional de saúde que esteja trabalhando na referida região e conheça o trabalho do Comitê, com experiência na vigilância do óbito infantil. Como critérios de exclusão: Devolução do questionário após o prazo estipulado; Ausência de preenchimento de mais de 50% das questões do formulário.

QUADRO 1- Grupos, representações e quantidades de participantes do estudo.

<b>Grupo</b>	<b>Representação</b>	<b>Quantidade de participantes</b>
<b>1</b>	Membros ou ex-membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil, composto por gestores e profissionais de diversas áreas como: coordenadores da atenção primária, coordenadores da vigilância epidemiológica, coordenadores da regional de saúde, diretores de hospital/maternidade polo e policlínica regional.	<b>08</b>
<b>2</b>	Profissionais de saúde atuantes na estratégia saúde da família dos municípios da região, hospital/maternidade polo e/ou policlínica regional, com experiência na vigilância do óbito infantil, apresentando relação de proximidade com as ações do comitê.	<b>08</b>
<b>Total da amostra</b>		<b>16</b>

Fonte: Elaboração própria (2022).

### 3.4 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

Para fundamentar o presente estudo, houve três momentos em que foram adotadas diferentes estratégias para a obtenção dos dados da pesquisa: análise documental e aplicação da entrevista semiestruturada.

O primeiro momento consistiu na fase documental, de acordo com Pimentel (2001) a análise documental pode ser utilizada como uma técnica complementar ou ser o principal instrumento para a realização da pesquisa. Nessa fase foram explorados documentos, atas e relatórios na Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (CRES), na qual encontram-se arquivados os documentos pertencentes ao Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. A adoção da análise documental, uma das técnicas qualitativas utilizadas na presente pesquisa, teve por objetivo compreender a complexidade e a dimensão das atividades realizadas pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal e as potencialidades diante dos encaminhamentos que resultam das reuniões deste colegiado. A análise documental propiciou subsídios para melhor compreensão do objeto de estudo e para a aplicação das técnicas de coleta dos dados descritivos.

No segundo momento, houve um contato individual para realização do convite para participação na pesquisa, com a realização de esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e a relevância do estudo.

A entrevista semiestruturada foi aplicada em um terceiro momento. Esta técnica é comumente utilizada e tem como objetivo auxiliar na coleta de dados, sendo escolhida por ser um instrumento mais flexível, proporcionando que o participante fique mais à vontade em se expressar, possibilitando que no decorrer da entrevista sejam lançadas perguntas elaboradas no momento de acordo com a situação ou fenômeno observado (DYNIEWICZ, 2006; MINAYO, 2008).

A entrevista possibilita a interação com os participantes de acordo com as reflexões das práticas e saberes dos mesmos, para atingir os resultados pretendidos com este estudo. Para o auxílio da transcrição de falas na íntegra, foi utilizado o modo gravador do aplicativo Google Meet, com vistas a armazenar as falas da pesquisadora e dos participantes. Este fato foi previamente esclarecido aos participantes.

Ressaltasse a dificuldade para realização das entrevistas, em razão do cenário pandêmico, onde os profissionais de saúde da região, mais precisamente os profissionais que participavam ativamente do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil se deslocaram para outros serviços de saúde ou ainda outras cidades e regiões de saúde, o que

ocasionou dificuldades para aplicação da entrevista.

Após a leitura atenta das entrevistas e da apropriação aos demais arquivos importados pela pesquisadora, iniciou-se um agrupamento de ideias através das respostas dos participantes com o intuito de construir uma nuvem de palavras, por meio da frequência de palavras ditas nas falas de cada um. Quanto mais vezes, esta foi descrita no texto, maior é o seu tamanho na apresentação gráfica.

### 3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para início da organização do material, foi considerada a fase de pré-análise, onde as transcrições das respostas dos instrumentos foram analisadas, retomando-se, assim, aos pontos iniciais da pesquisa. Para isso, fez-se a leitura flutuante, entrando-se em contato com todo o material obtido por meio do estudo, com intuito de um aprofundamento intenso e imperativo sobre o conteúdo o qual está sendo analisado.

Em seguida, foi iniciada a constituição do corpus, a qual consiste na contemplação exaustiva do material no intuito de rever se o mesmo alcança o que se está sendo proposto no estudo, levando em conta a representatividade do material e homogeneidade. Como último componente desta fase, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos foram úteis no momento da exploração do material intencionando, quando necessário, para a avaliação, o direcionamento ou redirecionamento das hipóteses como possibilidade de uma interpretação ou indagações novas (MINAYO, 2010).

Utilizou-se o método hermenêutico-dialético. Nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. Para operacionalização dessa proposta utilizam-se os seguintes passos: a) *ordenação dos dados*: faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos o trabalho de campo, por exemplo, transcrições de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dados dos participantes; b) *classificação dos dados*: nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica. Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que se surge de relevante; c) *análise final*: nesta fase procuramos estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da

pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. (MINAYO, 1992).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando o estabelecido pela resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), os critérios éticos foram obedecidos, de maneira que, a fase de coleta de dados foi realizada somente após terem sido prestados esclarecimentos acerca do propósito da pesquisa e da conduta ética adotada pela pesquisadora, inclusive para resguardar a privacidade e assegurar total anonimato aos informantes, tarefa realizada com o auxílio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice A).

Foram previstos riscos mínimos aos informantes, de forma que a qualquer momento o participante poderia deixar de participar da pesquisa, sem que isso acarretasse prejuízo de ordem material ou emocional, sendo disponibilizado o TCLE ao participante, garantindo participação voluntária do mesmo e sigilo das informações obtidas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará através do parecer Nº 4.912.159.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 PANORAMA GERAL DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E REGIÃO DE SAÚDE

Levando em conta a região de saúde do Estado do Ceará analisada serão apresentados inicialmente alguns indicadores de mortalidade infantil.

No quadro 2 temos a apresentação da taxa de mortalidade infantil, segundo país, região, Estado e região de saúde analisada. No que se referem aos dados dispostos, estes foram obtidos através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM). A partir das informações coletadas procedeu-se a organização conforme mostrado no quadro abaixo, realizando assim um resgate histórico das taxas de mortalidade para os anos abrangidos entre 2011 e 2020. Todavia, no que tange aos dados para região nordeste para o período compreendido entre 2011 e 2014 não foram encontrados dados, e quanto ao ano de 2020 às informações não se encontravam disponíveis.

QUADRO 2- Taxa de mortalidade infantil no Brasil, Ceará e Região de Saúde, 2011 a 2020.

Local	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brasil	16,4	15,7	15	14,4	13,8	13,3	12,8	12,4	12,2	11,5
Nordeste	-	-	-	-	15,2	16,4	15,8	15	15,2	-
Ceará	13,6	12,7	13,8	12,3	13	14,3	13,3	14,7	13,4	13,5
7ª Região de Saúde	7,5	15,3	16,0	9,6	14,4	8,9	10,3	10,8	12,3	11,2

Fontes: Dados do Brasil, Nordeste e Ceará: IBGE, 2022. Dados da Região de saúde: acesso ao SIM através da Secretaria de Saúde do Município.

A partir dos dados do quadro acima se observa variação da taxa de mortalidade infantil em todos os locais investigados. No Brasil, o ano com a maior taxa foi 2011 correspondendo a 16,4%, assim como a região Nordeste com 16,4% em 2016. O Ceará, no entanto, teve sua maior taxa de mortalidade infantil no ano de 2018, já a região de saúde analisada teve seu maior percentual no ano de 2013.

No quadro 03 são descritas as taxas dos tipos de óbitos infantis na região de saúde.

QUADRO 3- Taxa dos tipos de óbitos infantis da região de saúde. 2011-2020.

Tipo de óbito	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Neonatal precoce	63,6	40,9	73,6	71,4	72,7	57,1	50	59,8	71,6	70,2
Neonatal tardio	18,1	22,7	10,5	7,1	4,5	0	31,2	6,7	10,8	6,2
Pós-neonatal	18,1	36,3	15,7	21,4	22,7	42,8	18,7	23,1	16,7	23,6

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Em relação aos tipos de óbitos observa-se que o neonatal precoce, ou seja, o período que vai de 0 a 6 dias de vida apresentou oscilação ao longo dos anos, onde o ano de 2013 teve o maior percentual. Já o neonatal tardio obteve a maior elevação no ano de 2017, enquanto o pós-neonatal mostrou em 2016 seu maior percentual.

No quadro 4 são expostas as causas de óbito infantil na região no período compreendido entre 2011-2020.

QUADRO 4- Tipos de óbitos infantis da região de saúde por causas. 2011-2020.

<b>Causa do óbito</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b> *
Afecções perinatais	9	13	15	11	14	10	11	12	13	11
Malformações congênitas	4	5	5	3	5	3	3	4	5	2
Doenças do aparelho respiratório	2	3	4	1	3	1	1	2	3	4
Demais causas	2	2	3	1	2	1	1	2	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>20</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Observa-se como principal causa entre os anos analisados, as mortes causadas por afecções perinatais, seguida por malformações congênitas. Cabe ressaltar que em razão do período pandêmico as informações obtidas no ano 2020 são as descritas nas declarações de óbitos, visto que no período pandêmico as mortes não foram investigadas e com isso as causas dos óbitos não foram alteradas, visto que, na maior parte das vezes após a investigação do comitê as causas mudam e a vigilância epidemiológica do município realiza a alteração no SIM.

No Quadro 05 temos a classificação dos óbitos segundo a região de saúde. A maior parte dos casos é classificada como provavelmente evitável. Havendo maior concentração das causas no ano de 2013.

QUADRO 5- Classificação dos óbitos da região de saúde. 2011-2020.

<b>Classificação dos óbitos</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b> *
Provavelmente evitáveis	9	11	14	8	11	7	7	9	10	-
Não evitáveis	5	7	10	6	7	7	8	6	8	-
Mal definidas	4	5	3	4	6	1	1	5	5	-
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>20</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.



Enfatiza-se que a partir de 2020 houve uma paralisação nas atividades dos comitês em razão da pandemia e até o momento da coleta de dados não haviam retornado.

Quanto às recomendações enviadas pelo comitê seguem abaixo as mais repetidas no quadro 6.

QUADRO 6- Recomendações enviadas pelo comitê – tipos de recomendação – as mais repetidas. 2011-2020.

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de Recomendações semelhantes, enviadas pelo comitê no intuito de evitar novos óbitos pelas mesmas causas	4	8	7	5	7	4	5	7	6	-

Fonte: Atas das reuniões elaboradas pelo comitê.

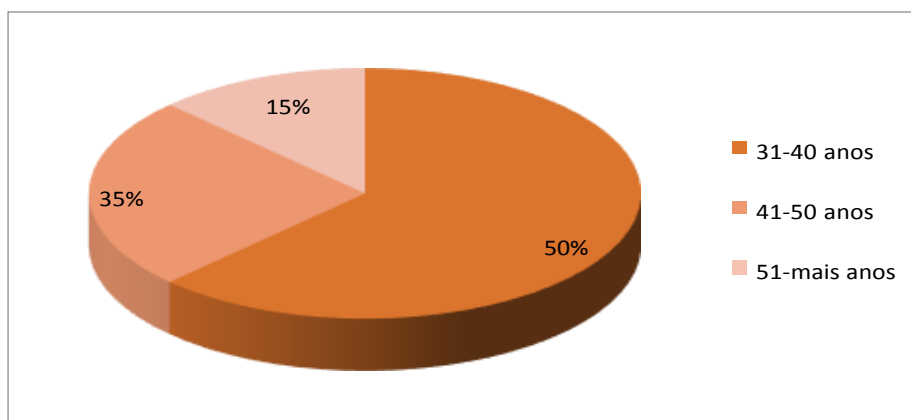
As principais recomendações para os óbitos evitáveis foram: Realização da busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal; Disposição de vagas em leito de UTI neonatal no serviço terciário; Falta de equipamento ou de manutenção para equipamentos; Inexistência de protocolos nos serviços.

Os resultados apresentados a seguir, baseiam-se nas entrevistas realizadas com membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e profissionais de saúde que trabalham na região de saúde.

#### 4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ENTREVISTADOS

A partir do convite e realização da entrevista, foi possível descrever o perfil dos participantes, além realizar a categorização das respostas a fim de apreender a percepção dos sujeitos acerca do comitê de mortalidade infantil da região em relação as suas fragilidades e fortalezas. Diante disto, foi possível caracterizar a idade dos profissionais da amostra (Figura 3), bem como sua participação por gênero e idade, entre outras características descritas a seguir.

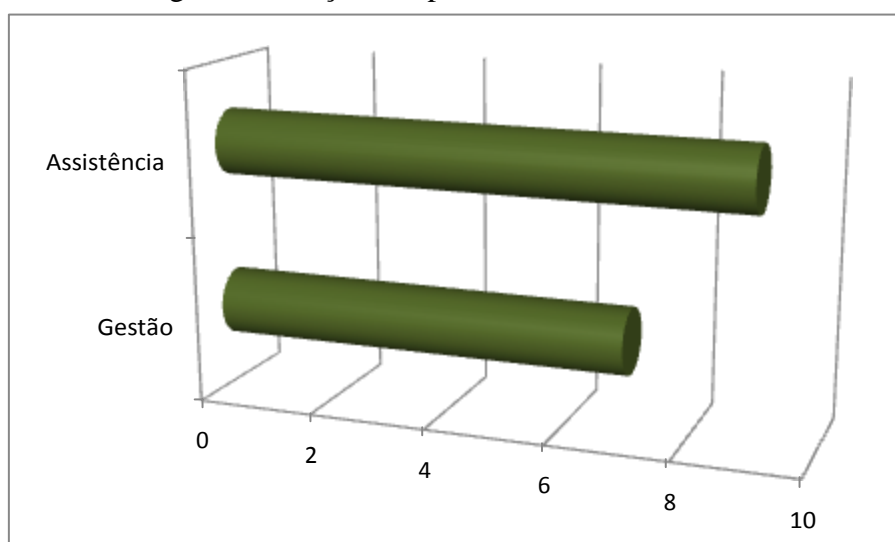
Figura 3- Idade dos profissionais entrevistados.



Fonte: Dados coletados a partir da entrevista aplicada pelo autor do trabalho.

Como caracterização da amostra, esta foi composta por 16 participantes no geral, 08 membros do comitê e 08 profissionais de saúde. Dentre os 16 participantes, 75% eram mulheres, 25% homens, com intervalos de idade de 31 a 40 anos, representando 50% da amostra; 41 a 50 anos (35% do total) e maiores de 51 anos (15%), conforme apresentado na figura 3. Os participantes da pesquisa em sua totalidade trabalham na assistência e na gestão dos municípios e/ou instituições de saúde, sendo estes 56,25% da amostra e 43,75% respectivamente, segundo demonstrado na figura 4.

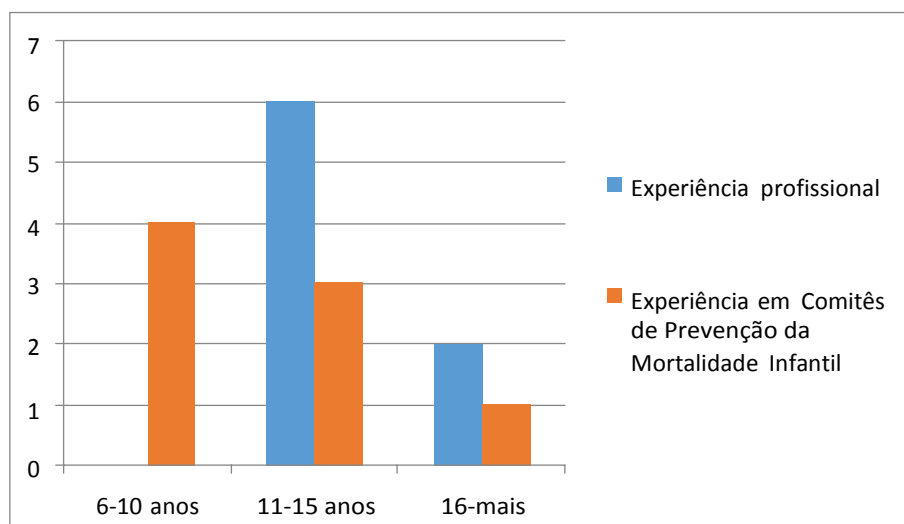
Figura 4- Posição dos profissionais entrevistados.



Fonte: Dados coletados a partir da entrevista aplicada pelo autor do trabalho.

A respeito da experiência profissional, todos os participantes da pesquisa possuem no mínimo seis anos de experiência profissional (Figura 5), sendo que possuem entre 6 e 10 anos de experiência em comitês de prevenção de mortalidade infantil, como pode ser observado.

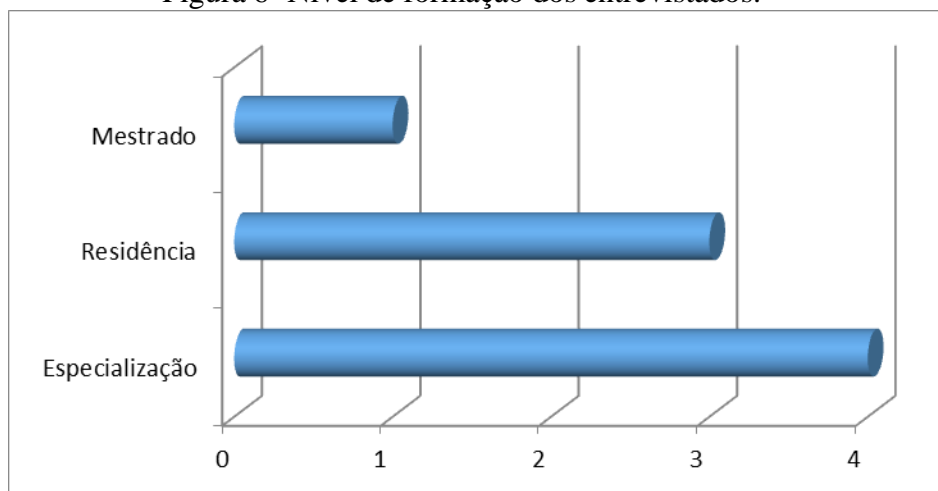
Figura 5- Experiência profissional dos entrevistados e experiência em Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil.



Fonte: Dados coletados a partir da entrevista aplicada pelo autor do trabalho.

Quanto à formação dos profissionais, a maior parte possui especialização, seguida por residência e mestrado.

Figura 6- Nível de formação dos entrevistados.



Fonte: Dados coletados a partir da entrevista aplicada pelo autor do trabalho.

### 4.3 COMPREENSÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE AS AÇÕES DO COMITÊ

Visando analisar a compreensão dos participantes sobre a atuação do comitê a seguir são apresentadas as opiniões dos participantes acerca do funcionamento do mesmo.

Em relação a opinião dos participantes sobre a articulação do comitê com os demais serviços de saúde para investigação dos óbitos, percebe-se uma dificuldade na divulgação dos resultados, culminando na dificuldade de articulação das recomendações, como podemos visualizar no trecho a seguir:

*“O processo se inicia com a identificação do óbito... investigados pelas equipes da ESF... com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde... análise das informações e orientar as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis. No entanto, ainda há uma grande dificuldade em se conseguir realizar a divulgação dos resultados e encaminhamentos das propostas de intervenção no município” (Profissional de saúde 01).*

A partir do relato observa-se a expressiva participação da ESF para a detecção dos óbitos infantis, identificação das causas, encaminhamento ao comitê, e a relevância dos instrumentos de investigação, como formulários e da divulgação das ações para a comunidade, consistindo em um elemento necessário para a prevenção de novos óbitos norteando a condução de intervenções e a realização de recomendações para os serviços de saúde.

Destacam-se entre as dificuldades enfrentadas pelo comitê a divulgação dos resultados oriundos da investigação dos óbitos e o direcionamento das propostas de intervenções frente aos casos detectados.

Verifica-se que cada serviço possui funções diferentes, mas necessárias ao bom andamento do processo investigativo, sendo dito por mais de um entrevistado de forma a complementar a ideia, como pode ser visto abaixo:

*“O recebimento é feito pelo setor da epidemiologia, os dados são inseridos no sistema SIM. Em determinado momento é realizada reunião para apresentação, discussão e encaminhamentos” (Membro do Comitê 01).*

*“... integrantes do comitê juntamente com equipes de saúde responsável pelo acompanhamento do caso, consolidam todas as*

*informações sobre mortalidade. Então, o comitê se reúne de forma a analisar e investigar as causas dos óbitos infantis, dessa investigação vai gerar novas propostas para prevenção da mortalidade infantil.” (Profissional de saúde 02).*

Os participantes apontam para alguns momentos do processo de investigação realizando junto ao comitê, como apresentação, discussão e encaminhamento dos casos, retomando a importância da investigação e da atuação intersetorial para a construção de propostas de intervenção visando à prevenção e redução do número de óbitos infantis.

A não realização da divulgação dos resultados, e a ausência de recomendações pelo comitê aos profissionais da APS são apontadas como uma falha, pois se relata que a informação se restringe ao conhecimento dos gestores.

No que se refere sobre a forma de realização do processo investigação, quais os critérios, instrumento e método de investigação. Pode-se conhecer um pouco melhor sobre isso a seguir:

*A investigação se dá com a identificação do óbito e a unidade de saúde responsável prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde, por meio dos formulários de investigação do óbito. São utilizados os seguintes instrumentos: 1. Cópia da Declaração de Óbito (DO); 2. Fichas de Investigação do Óbito - Serviço de saúde: ambulatorial e hospitalar; 3. Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia, quando realizado 4. Ficha de Investigação do Óbito - Entrevista domiciliar, xerox de documentos como: resultados de exames, acompanhamentos na caderneta do pré-natal, fichas de atendimentos nos serviços de saúde e relatório final da equipe. Toda documentação é encaminhada à Comissão Municipal de Mortalidade Infantil, materno e Fetal para realizar a análise das informações justamente com a equipe de origem do óbito, a fim de produzir medidas de intervenções. Após, finalizada a investigação dos óbitos pela ESF é realizada uma reunião com a Comissão Municipal que analisam os óbitos detalhadamente, por meio dos documentos da mãe e da criança, como prontuários hospitalares, de atendimento ambulatorial, dados de entrevista domiciliar, da declaração de nascido vivo (DN) e da declaração de óbito (DO). A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é responsável por apresentar os fatos relacionados ao óbito. Em seguida é realizada discussão do caso pela comissão e lavrada ata com o posicionamento dos membros da comissão sobre a inevitabilidade dos óbitos. Tais atas são apresentadas ao Comitê Regional de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal pelos representantes da comissão do município. (Membro do Comitê 02).*

O processo de investigação do óbito é norteado pelas seguintes etapas:

identificação do caso de óbito infantil; coleta de dados; preenchimentos de formulários específicos pela ESF; encaminhamento ao comitê; elaboração de recomendações pelo comitê ao município e/ou instituição onde ocorreu o óbito. A utilização dos instrumentos utilizados para coleta de dados e para o público-alvo fonte da investigação, como os familiares da criança são considerados primordiais para o bom andamento da investigação.

*A investigação é realizada tendo como base perguntas contidas em instrumento próprio (ficha de investigação de óbito infantil). É realizado coleta de informações com usuários e documentos pertinentes. Depois o óbito vai ser analisado na comissão municipal e em seguida no comitê regional. Onde analisam se o óbito era evitável ou não e quais as recomendações a serem enviadas ao serviço. (Membro do Comitê 03).*

No que diz respeito às causas de óbito infantil detectadas pelo comitê, verifica-se que quantidade significativa é considerada evitável. Os participantes apontam como principal causa de morte, as afecções de ordem respiratória e as malformações congênitas. Ressalta-se que a maioria dos óbitos são evitáveis, dentre alguns dos motivos responsáveis por tal incidência, são descritas a falta de assistência de qualidade.

*“Dentre os óbitos analisados, uma boa parte tem causa provavelmente evitável e infelizmente acontecem novamente da mesma forma, pelos mesmos erros ou falta de equipamentos, insumos, assistência de qualidade.” (Ex-membro do comitê 01).*

*“Quanto as causas dos óbitos, tem as causas respiratórias, seguida pelas malformações congênitas, as afecções originadas no período perinatal e distúrbios metabólicos. Sabemos que a maioria dos óbitos investigados são de causas evitáveis...” (Profissional de saúde 03).*

*“...há também as causas não-definidas, em razão da falha na procura de atendimento pela usuária para realização de consultas pré-natal levando a início tardio, falha no acompanhamento contínuo e baixa adesão nas buscas ativas. Na maioria dos casos é observada uma má assistência durante o pré-parto e pós-parto, acarretando em óbitos evitáveis...” (Profissional de saúde 04).*

Quanto aos óbitos evitáveis, indagou-se sobre a articulação com os serviços de pré-natal, parto e puerpério, sendo evidenciada a falta de estrutura e educação continuada dos

profissionais, conforme falas a seguir:

*“As causas estão relacionadas diretamente a assistência ao pré-natal e parto. Infelizmente na nossa região a ESF é insuficiente e a assistência fica prejudicada...” (Profissional de saúde 05).*

*“... a única maternidade de referência da região possui inúmeros problemas com estrutura, falta de recursos humanos, falta de insumos, não possui UTI neo. São situações muito difíceis.” (Profissional de saúde 06).*

*“Deve-se fomentar a discussão entre os profissionais dos diversos pontos da rede (atenção primária, atenção especializada, epidemiologia, conselho municipal de saúde, gestão entre outros) sobre a evitabilidade dos óbitos a fim de permitir uma reflexão sobre como se deve agir para prevenir óbitos futuros por causas parecidas com as que ocorreram.” (Membro do comitê 04).*

*“A articulação deveria acontecer de forma regular/continua, tipo seminários, abordando situações relacionadas aos casos de óbitos evitáveis, no intuito de estabelecer metas, propostas, que favoreçam a evitabilidade desses óbitos. (Ex-membro do comitê 02).*

Para os participantes as causas de óbito apresentam associação direta com a assistência pré-natal, parto e puerpério, destacando a falta de infraestrutura para realização de uma assistência adequada e intervenção precoce. Ressalta-se a necessidade de uma comunicação permanente junto aos profissionais dos diferentes níveis de atenção visando discutir sobre os casos possíveis de evitar, propiciando ainda a reflexão a partir dos casos detectados, a fim de que mais óbitos voltem a acontecer.

Salienta-se a necessidade de um acompanhamento adequado à qualificação dos agentes comunitários de saúde (ACS), além da sensibilização da comunidade para detecção de casos através da realização de ações de educação em saúde contemplando temas como saúde da mulher e da criança e a disseminação das recomendações para prevenção de novos óbitos pelo comitê de prevenção da mortalidade infantil.

*“Poderíamos intensificar a educação em saúde da mulher em período fértil e gestantes, tentando trazer o pai também para educação em saúde, a fim de esclarecer medidas de prevenção para os óbitos infantis evitáveis.” (Profissional de saúde 07).*

*“... no momento em que é percebido alguma ação que favoreceu de certa forma a um óbito, fazer com que a informação chegue ao agente causador, prevenindo a recorrência daquele óbito. Não temos nem conhecimento das recomendações enviadas pelo comitê...” (Profissional de saúde 05).*

*“As recomendações feitas pelo comitê deveriam ser disseminadas e as instituições responsabilizadas para que futuros óbitos com as mesmas causas evitáveis não voltassem a acontecer. A articulação deveria ser multiprofissional, envolver educação, saúde e assistência para melhor resultado.” (Profissional de saúde 08).*

*“... pra mim um dos grandes gargalos é fazer com que as recomendações cheguem aos profissionais que estão na ponta, no dia a dia...” (Profissional de saúde 03).*

No que se refere a aplicação das recomendações propostas pelo comitê no âmbito dos municípios e das instituições na qual ocorreu o óbito abordou-se sobre a sua aplicação, os resultados obtidos e as dificuldades identificadas. Os profissionais de saúde apontam que as recomendações não têm sido implementadas, o que contribui para a recorrência dos óbitos como vimos em algumas falas supracitadas. Os membros do comitê complementam relatando que a problemática está na falta de retorno sobre o cumprimento das recomendações. Dentre as razões apontadas, ressalta-se a sobrecarga de trabalho.

*“As recomendações são enviadas aos profissionais, com a ajuda dos membros do comitê e via secretários municipais de saúde e disseminadas na instituição de origem do óbito...” (Ex-membro do Comitê 03).*

*“Infelizmente não se sabe se as recomendações são seguidas, pois não temos feedback no comitê.” (Membro do comitê 01).*

*“Ainda, existe uma grande dificuldade em se conseguir realizar a divulgação e aplicar os resultados, atribuído a sobrecarga de trabalho da equipe para se reunir e discutir sobre o assunto. O Comitê ainda não consegue implementar as propostas e recomendações de forma efetiva.” (Membro do Comitê 05)*



As recomendações são tidas como importantes, todavia não mostram de fato a realidade dos casos em investigação, onde o momento vivenciado pelos familiares dificulta a obtenção das informações. Os participantes enfatizam a falta de divulgação das informações e desconhecimento das recomendações propostas pelo comitê.

*“As recomendações são válidas e podem ser trabalhadas para implementação, mas precisa avançar muito, pois as recomendações realizadas pelo comitê não são disseminadas pelos profissionais de saúde.” (Profissional de saúde 05).*

*“Muitos profissionais desconhecem as recomendações. Falta monitoramento do comitê para checar se as informações chegaram até os profissionais.” (Profissional de saúde 08).*

Abordou-se ainda aos participantes sobre os resultados obtidos pelo comitê ao longo da sua implantação.

*“O comitê tem resultados positivos... os profissionais que participam do comitê tentam disseminar seus conhecimentos e evitar que alguns problemas ocorram durante o pré natal. As informações do comitê são sigilosas, mas o conhecimento adquirido tem evitado que outros óbitos aconteçam por parte dos profissionais...” (Ex-membro do Comitê 03).*

*“Há o conhecimento das causas dos óbitos no município, embora ainda aconteça recorrência dos mesmos problemas, tendo em vista a dificuldade de se ter uma rotina para divulgação e implementação das propostas sugeridas na análise dos casos para sinalizar os possíveis erros e evitar a repetição. Mas, a atuação do comitê trouxe um grande avanço na prevenção de óbitos infantis no Ceará e na nossa região de saúde.” (Membro do Comitê 05).*

*“Apesar de todas as dificuldades o comitê consegue analisar e identificar os problemas dentro da rede de assistência para que possamos agir e traçar estratégias...” (Profissional de saúde 02).*

*“O comitê avançou muito, tivemos muitos casos investigados e muitos*

*óbitos analisados e muitas recomendações feitas às instituições com a elaboração de estratégias para prevenção...” (Ex-membro do comitê 01).*

Constata-se a obtenção de resultados positivos, onde há o interesse dos integrantes de promover a disseminação dos seus conhecimentos, elaborar estratégias para resolução de casos, promovendo também o conhecimento das causas de óbitos, a fim de evitar a recorrência de novos óbitos. Também são apontadas como positivos os resultados, pois o comitê contribui para a detecção das causas dos óbitos, desenvolvimentos de estratégias preventivas.

Interpelou-se aos participantes sobre as fragilidades e fortalezas no cenário de investigação dos óbitos, como fragilidades tivemos as principais falas abaixo:

*“O comitê não tem poder de punir caso novos óbitos evitáveis aconteçam. E não há capacitação para os profissionais realizarem as investigações.” (Profissional de saúde 02).*

*“... ainda falta sensibilização por parte da gestão, membros da comissão, serviço especializado sobre mortalidade infantil materno e fetal.” (Membro do comitê 05).*

*“Há muita demora para fechamento dos casos e infelizmente não possuímos um instrumento de monitoramento para as ações do comitê.” (Ex-membro do comitê 03).*

As principais fortalezas identificadas pelos participantes da pesquisa estão descritas abaixo:

*“Uma grande fortaleza é a redução do número de óbitos na nossa região, devido o trabalho do comitê e a identificação de óbitos evitáveis e não evitáveis.” (Profissional de saúde 08).*

*“... as análises dos óbitos são realizadas pelas equipes de saúde da família, que conhecem as gestantes e toda sua trajetória durante o período gravídico o que é muito importante para aprimoramento do trabalho e qualidade nas análises da comissão...” (Ex-membro do comitê 01).*

*“... com a implantação dos comitês o número de óbitos infantis no estado do Ceará e na nossa região de saúde caíram bastante. Apesar das dificuldades o comitê possui mais potencialidades que fragilidades.” (Membro do comitê 04).*

Os participantes destacam como fragilidades: ausência de poder do comitê para punir a recorrência dos óbitos; ausência de qualificação da equipe de investigação; falta de sensibilização da gestão sobre a mortalidade infantil e fetal; demora para fechamento dos casos; falta de instrumentos para o monitoramento das ações do comitê. As fortalezas relatadas foram as seguintes: diminuição do número de óbitos; detecção dos óbitos evitáveis; atuação conjunta com a APS para a realização da investigação dos óbitos.

São ilustradas a necessidade de divulgação das informações e das ações realizadas pelo comitê para a população. Salientam para necessidade de acompanhamento das recomendações propostas, e descrevem como fortaleza a detecção das causas de óbitos.

*“... o comitê é um avanço nas investigações de óbitos infantis, antigamente isso não existia. Uma grande fortaleza é a identificação e investigação dos óbitos para que as equipes de saúde da família fiquem mais atentas ao que pode acontecer no território e a conseqüente elaboração de formas para prevenção.” (Membro do comitê 02).*

*“Hoje a gente fica preocupado quando acontece um óbito infantil na nossa área e isso desperta muito o interesse do profissional para trabalhar corretamente, mas atento e disposto a evitar futuros casos.” (Profissional de saúde 01).*

*“... uma fragilidade é a falta de monitoramento das ações recomendadas pelo comitê. Teria que ser mais divulgadas às medidas e ações realizadas pelo comitê a população, pois a maioria da população nem sabe da existência dele.” (Profissional de saúde 06).*

Quanto às estratégias para melhorar o processo de trabalho do comitê, frisa-se a possibilidade de o comitê realizar visitas aos municípios e aos serviços de saúde fornecendo orientações para prevenção de óbitos, além da avaliação e monitoramento regular dos óbitos em menores de um ano.

Evidencia-se enquanto estratégia a sensibilização dos gestores, redução da carga de

trabalho, promoção de encontros intersetoriais e avaliação das ações do comitê, atividades de educação permanente em saúde.

*“... como estratégia, uma melhor organização da comissão, a sensibilização por parte da gestão e comissão, com menos carga de trabalho para os profissionais representantes no comitê regional... reuniões frequentes da comissão o que colaborariam muito nas orientações, nas informações sobre os resultados das investigações para a ESF...” (Profissional de saúde 07).*

*“... o acompanhamento dos indicadores de mortalidade possibilitaria uma melhor assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis...” (Membro do Comitê 01).*

*“Estabelecer rotina de atividade e encontros do Comitê/ gestão/ profissionais. O comitê poderia estar mais próximo dos municípios, realizando educação continuada, monitorando suas ações e recomendações...” (Ex-membro do comitê 02).*

*“... o comitê deveria fortalecer laços intersetoriais, avaliar e monitorar as ações recomendadas aos municípios e disseminar informações importantes para todo o território, para que se amplie o cuidado...” (Profissional de saúde 03).*

Em razão do período pandêmico houve a necessidade de protelar a investigação dos óbitos infantis, indagou-se aos participantes sobre tal acontecimento. Os relatos indicam o mascaramento das mortes infantis pela COVID-19, prejudicando o andamento na detecção das causas trazendo impactos significativos no sistema de saúde, contribuindo para a elevação de casos e falta de investigação dos mesmos no âmbito municipal e assim subsequentemente, configurando-se como uma fragilidade.

*“... o cancelamento das investigações de óbitos infantis na pandemia dificulta bastante a continuidade do trabalho do comitê... infelizmente as causas de óbitos poderão ser mascaradas pelo COVID e trazer um atraso muito grande na identificação das causas dos óbitos...” (Profissional de saúde 07).*

*“A pandemia da Covid-19 causou impacto no sistema de saúde em*

*todo mundo, contribuindo para o aumento dos óbitos, como também para não realização da investigação pela comissão municipal de Mortalidade e conseqüentemente pelo comitê regional, o que representa um cenário preocupante, pois através da investigação é possível analisar e identificar os problemas ocorridos e, portanto, definir ações e recomendações com o intuito de evitar novas mortes.” (Membro do Comitê 02).*

*“... não só foram postergadas as investigações pelo comitê, e sim houve uma mudança na rotina dos Serviços de Saúde como um todo. A paralização das atividades dos comitês gerou o acúmulo de um número exorbitante de óbitos infantis sem investigação e que provavelmente poderiam ter sido evitados durante as análises de óbitos anteriores...” (Profissional de saúde 08).*

As informações foram comprometidas em razão da não identificação em tempo oportuno. Evidencia-se que em razão da relevância no papel dos comitês e dos óbitos investigados, tal processo não deveria ter sido paralisado, havendo ainda a dificuldade para a coleta de dados.

*“... houve comprometimento das informações, visto que, os dados não são informados em tempo hábil, apesar das visitas de investigações terem acontecido mesmo em período pandêmico por parte dos profissionais responsáveis...” (Profissional de saúde 04).*

*“Apesar da pandemia, as medidas do comitê não deveriam ter sido postergadas, devido à importância da investigação das principais causas de óbitos infantis a fim de aplicar medidas preventivas a óbitos de causas evitais.” (Ex-membro do comitê 03).*

*“... hoje pós pandemia temos muitos óbitos a serem analisados, a grande maioria já faz muito tempo, dificultando ainda mais a coleta de dados, e lembrando as famílias um momento muito difícil. Os profissionais terão muita dificuldade na coleta de informações e investigação...” (Profissional de saúde 05).*

A partir das informações apresentadas acima é possível conhecer um pouco sobre o funcionamento dos comitês, como ocorre o processo de investigação, e quais os resultados oriundos das ações realizadas pelo mesmo.

Ao final do processo de análise das entrevistas procedeu-se a construção da nuvem de palavras, onde podemos verificar a frequência de palavras ditas nos relatos dos participantes, onde quanto maior o número de vezes em que foi repetida, maior é o seu tamanho na apresentação gráfica, ou seja, exibe uma maior constância, como podemos visualizar na figura abaixo.

Figura 7- Nuvem de Palavras.



**Fonte:** elaboração da autora, programa Infogram, 2022.

## 5 DISCUSSÃO

O país tem demonstrado progresso no declínio dos óbitos infantis, todavia são necessários empenhos significativos para o enfrentamento das desigualdades regionais e o alcance de níveis mais baixos dos indicadores. A importância do tema tem sido reafirmada no contexto da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas, que teve sua publicação realizada pelo Ministério da Saúde, onde prioriza investigações relacionados à análise da mortalidade infantil (BRASIL, 2021; MARONESI *et al.*, 2021).

Para Prezotto *et al.* (2019), a redução das mortes infantis consiste em uma realidade que tem ocorrido em todas as esferas, ou seja, mundial, nacional, estadual e municipal, em virtude do aperfeiçoamento das políticas públicas. Contudo, a diminuição dos indicadores depende não somente da implantação de tais políticas, contempla programas que almejam ao melhoramento das condições socioeconômicas, desenvolvimento cultural e educacional das populações.

A taxa de mortalidade infantil no Estado do Ceará tem apresentado variação ao longo dos anos, assim como a região de saúde em análise, refletindo um panorama nacional. Nessa perspectiva, segundo Santana *et al.* (2011) os processos que envolvem a mortalidade infantil são considerados de elevado nível de complexidade, requerendo monitoramento contínuo, a fim de que as informações obtidas possibilitem analisar de maneira crítica a situação de saúde, auxiliando na tomada de decisões a fim de propiciar a melhoria dos indicadores de qualidade de vida com consequente redução das taxas de mortalidade infantil.

Pesquisa de Araujo *et al.* (2022) identificaram cinco indicadores sociais que influenciam na TMI na região Nordeste, sendo eles: Índice de Gini; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; Razão de dependência; Percentual de pessoas em domicílios sem energia elétrica e percentual de mulheres de dez a dezessete anos que tiveram filhos. Os indicadores agem como fatores de risco ou de proteção, dependendo do município investigado. Nesse entendimento, as medidas preventivas devem ter seu direcionamento para os municípios onde há maior ocorrência do agravo. Tornando-se necessário efetivar ações de saúde pública mais enérgicas, em especial, aquelas associadas à atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido, garantindo ainda a melhoria das condições nas quais as populações vivem, visando os indicadores associados à mortalidade infantil.

Quanto aos tipos de óbito infantil, o neonatal precoce apresentou maior prevalência nos anos analisados na região de saúde avaliada. No que diz respeito ao tipo de óbito infantil as afecções perinatais mostram predominância, onde segundo a classificação dos

óbitos a maioria é considerada provavelmente evitável.

De acordo com Pizzo *et al.* (2014) à proporção que a mortalidade infantil é diminuída, eleva o número de óbitos neonatais, conferindo assim maior complexidade as atividades necessárias para o enfrentamento desse agravo, em razão da sua dependência não somente de melhorias nas condições de vida, mas também a necessidade de maior investimento na infraestrutura dos serviços de saúde.

O resultado obtido vai ao encontro do estudo de Maronesi *et al.* (2021) que objetivou analisar os óbitos infantis ocorridos em um município do Sudoeste do estado do Paraná. Dos óbitos identificados, a partir da classificação segundo a evitabilidade, no período neonatal precoce, 19 óbitos poderiam ter sido evitados, no período neonatal tardio 11 e no período pós-neonatal, 10 do total de óbitos poderiam ter sido evitados. Observa-se, de maneira clara tal relevância, quando após realizar a investigação dos 62 óbitos, 40,3% apresentaram causa alterada, onde 64,5% poderiam ter sido evitados. Os resultados da pesquisa indicam que a grande maioria dos óbitos acontece até o 6º dia de vida, no período neonatal precoce. Não há distinção entre os sexos, pois a frequência corresponde a 50% para cada gênero. A prematuridade por sua vez, encontra-se está presente em 78,7% dos casos.

O Brasil tem registrado nas últimas três décadas significativos avanços para a diminuição da mortalidade infantil e na infância, apresentando resultados inquestionáveis. Os progressos obtidos para a saúde pública são conferidos em grande parte, ao surgimento do SUS, mediante as políticas públicas destinadas a prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, assistência e cuidados básicos, através da criação da Estratégia Saúde da Família. Ademias, outros obstáculos persistem, como a prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções perinatais e neonatais, malformações congênitas e elevadas prevalências de cesarianas (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Há inúmeras discussões que tangem a evitabilidade dos óbitos, norteando-se por indagações que giram em torno do seguinte questionamento central, como o óbito poderia ter sido evitado? Partindo desse questionamento, ressalta-se que entre os anos de 1996 e 2016, aconteceu declínio significativo da taxa de mortalidade por causas evitáveis, em razão das ações de imunização, atenção adequada à mulher, cuidado do recém-nascido, e ações promotoras da saúde no âmbito da APS (MARONESI *et al.*, 2021; MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Verificou-se no estudo que a maior parte dos profissionais se encontravam na faixa etária de 31 a 40 anos, atuavam no momento no âmbito assistencial, possuindo de



maneira geral entre 11 e 15 anos de experiência, cujo nível de formação predominante foi o especialista.

Conhecer o perfil dos entrevistados é necessário para entender os profissionais que estão por trás das ações de investigação do óbito infantil e das ações do CPMI, sendo possível identificar as possíveis limitações apresentadas pelos mesmos estando atrelada muitas vezes a falta de experiência ou ainda desconhecimento do processo de vigilância do óbito infantil e assim traçar estratégias para o planejamento de intervenções adequadas a realidade e pautadas na educação permanente.

Segundo Maronesi *et al.* (2021) o Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil, configura-se como elemento primordial para redução da mortalidade infantil, sendo integrado por equipe multiprofissional, desempenhando de maneira educativa suas atividades, tem por objetivo o monitoramento das causas de ocorrência do óbito, identificação de situações de risco e erros que podem ter contribuído para o óbito. Ademais, o comitê age como mecanismo de avaliação da qualidade da assistência.

No estudo de Wanderlei, Navarreti (2013) a performance inapropriada dos profissionais que possuem pouca qualidade técnica encontra-se relacionada com as mortes infantis de causa evitável, o desempenho relaciona-se a falta de compromisso profissional e a sobrecarga de trabalho das equipes da ESF, aliado ao ensino universitário insatisfatório e ao sentimento de desvalorização profissional nesse nível de atenção, onde segundo as mães a mortalidade infantil ocorre não apenas em virtude da falha técnica, mas da assistência atenção desumanizada, não havendo acolhimento.

Dentre os critérios almejados para os profissionais de saúde que realizam a vigilância do óbito infantil requer que o profissional tenha uma visão globalizada do SUS, em especial do modelo de atenção à saúde, sabendo para tanto ouvir e propiciar o estímulo a reflexão, sistematização da investigação e condução de discussões acerca dos óbitos sob investigação, apresentando a capacidade de integrar o grupo e realização a mediação de conflitos. Assim sendo, suas responsabilidades possuem relação à execução e organização das atividades de investigação, promoção de contatos interinstitucionais, coordenação das discussões e elaboração de relatórios (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Levando em conta a meta para diminuição da mortalidade infantil determinada pelos objetivos do desenvolvimento sustentável, e tendo em conta que os países se organizam para o acompanhamento e monitoramento dos indicadores de mortalidade, é crucial proceder a compreensão da atuação dos comitês de prevenção da mortalidade infantil. As ações realizadas pelo comitê se dão de maneira a se complementar, seguindo um fluxo de coleta,

produção, análise e divulgação das informações (RUOFF; ANDRADE; SCHMITT, 2017).

Observou-se no estudo que as ações do comitê se norteiam pela articulação com os demais serviços de saúde, onde destaca-se pela atenção primária a saúde (APS), porta de entrada do SUS e na qual inicia-se todo o processo de investigação do óbito infantil.

Nessa perspectiva, segundo pesquisa de Careti *et al.* (2016), a atenção básica compõe um instrumento fundamental para a implementação das ações do CPMI, onde as atividades desenvolvidas são instrumentos primordiais para a diminuição da mortalidade infantil, visto que, as ações possibilitam a disponibilização de uma assistência contínuo e integral ao binômio mãe-filho. Saliencia-se nesse cenário a necessidade de fortalecimento e adequação das ações não atendidas segundo o recomendado no âmbito das políticas públicas de saúde, a fim de atender as particularidades desse público e através das ações reduzir as situações que possam resultar em óbitos infantis com potencial e evitabilidade.

No entanto, Vanderlei, Navarreti (2013) aponta que há inúmeras barreiras de acesso à atenção infantil, refletindo sua insuficiência no âmbito do SUS, representada pela sua principal porta de entrada, a ESF. Verifica-se ausência de entendimento dos distintos atores sociais envolvidos e escassa qualidade dos serviços prestados, além da manutenção da mortalidade infantil evitável por atuação e serviços no cenário das políticas de atenção à saúde da criança. Observa-se a existência de barreiras estruturais, representada pela falta de médicos na ESF, organizacionais, como restrição ao atendimento de doenças agudas e substituição de médicos por outros profissionais, e de atuação profissional, representada pelo baixo nível de qualidade técnica, assistência pouco acolhedora e desumanizada, dificuldades de trabalho em equipe consistindo assim nos principais entraves para o acesso à atenção básica resolutive com responsabilização pela criança em toda trajetória assistencial. Embora, haja associação entre o óbito infantil e condição de exclusão social das mães, essas causas podem ser atenuadas mediante uma atenção básica eficiente.

Magalhães *et al.* (2018) por sua vez, destacam as significativas contribuições para diminuição da mortalidade infantil trazidas pela APS, considerada como primeiro nível de atenção do SUS, que propiciou a ampliação da oferta das atividades de cuidados básicos à saúde da criança. Ao longo do processo de consolidação do SUS, incorporou-se inúmeras iniciativas para promoção do aperfeiçoamento da APS na população infantil, englobando a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), onde relacionada a outras inúmeras ações realizadas pelos estados e municípios, levou a redução das taxas de mortalidade infantil, demonstrando uma adequada relação para a diminuição da carga de agravos e melhoria da situação de saúde da criança.

No que tange ao processo de investigação, os comitês de prevenção da mortalidade infantil são responsáveis pelas investigações dos óbitos infantis, usando como recurso a busca ativa. As informações são obtidas através dos prontuários hospitalares e ambulatoriais, visita domiciliar, quando ocorre, declaração de óbito, declaração de nascido vivo, além de informações de agentes comunitários e de cemitérios ilegais. A investigação executada pelos comitês e análise detalhada dos óbitos infantis, permite o ajuste das causas básica no SIM, concedendo maior credibilidade ao sistema de informação. A análise realizada propicia, ainda, avaliar à qualidade da assistência e às condições de acesso aos serviços de saúde, expondo de forma mais clara a situação das condições de vida das crianças (MANSANO *et al.*, 2003).

Na concepção de Ruoff, Andrade, Schmitt (2017) os comitês na esfera estadual e municipal tem seu trabalho direcionado para a vigilância e análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais, agindo no processo de vigilância, investigação e análise do óbito e das condições de vida e saúde das famílias, realizando a emissão de relatórios acerca da progressão do número de óbitos, além de desempenhar ações de recomendações para a população.

Assim, a Vigilância do Óbito Infantil (VOI) vem se fortalecendo em todo o mundo e no Brasil, como um instrumento fundamental para a diminuição da mortalidade infantil, visto que permite a identificação das inexistências no cuidado à saúde da mulher e da criança trazendo contribuições para a prevenção de novos episódios de óbitos, possibilitando a adoção de medidas direcionadas à prevenção de novas mortes. A instrumentalização realiza-se através de alguns componentes básicos, com pequenas distinções em razão das peculiaridades de cada território. Todavia, é necessário a consolidação das estratégias, com suporte político e gerencial, para o melhoramento da quantidade, qualidade e ordenação da investigação e debate dos óbitos (OLIVEIRA; BONFIM; MEDEIROS, 2017).

A VOI apresenta quatro elementos, sendo os seguintes: Detecção dos óbitos infantis; Realização da investigação epidemiológica; Discussão dos óbitos; Direcionamento das medidas de promoção, atenção à saúde e correção das estatísticas vitais. De acordo com Oliveira *et al.* (2017) conhecer o funcionamento dos mecanismos de realização da VOI pode trazer contribuições para a efetivação das estratégias de redução da mortalidade infantil, além de propiciar a obtenção de informações pertinentes sobre as dificuldades de execução que a permeiam, antevendo ainda os impasses frente a normatização implementada no Brasil, no âmbito do contexto socioeconômico e organizacional local.

Nesse sentido, a vigilância de óbitos é, uma estratégia imprescindível para

promoção do fortalecimento da gestão e favorecimento do acesso de maior proximidade com a realidade e os dados captados pelo SIM. Isso possibilita aos gestores ter conhecimento dos riscos de óbito infantil nos primeiros anos de vida, assim como, monitorar e avaliar as repercussões das políticas públicas vigentes, estimulando a tomada de decisões em tempo oportuno para evitar mortes infantis (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Entende-se que para a averiguação das mortes é necessário a realização do levantamento de dados de cunho domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Não obstante, identifica-se a dificuldade no preenchimento dos formulários, em especial a investigação hospitalar. Nesse contexto, competiria a gestão municipal estimular a cobrança das atividades de investigação, ofertando treinamentos aos profissionais que atuam na investigação das mortes, melhoras a estruturação e assessoria da Secretaria Regional de Saúde, visto ainda que faz parte das atividades de vigilância de óbitos e de fundamental relevância para a análise dos dados coletados das investigações o encaminhamento aos gestores, além da divulgação dos resultados encontrados (DUTRA *et al.*, 2015).

Dentre as dificuldades para atuação dos comitês, verifica-se entraves para análise dos dados, em razão da ausência de dados nos prontuários e ocorrência de anotações ilegíveis. Sendo encontrados ainda inconsistências entre as informações nos prontuários analisados e na entrevista com os familiares, despertando o aprofundamento da análise de caráter técnico e procura de outros meios informativos (MANSANO *et al.*, 2003).

Na concepção de Pizzo *et al.* (2014) uma das principais dificuldades para a diminuição da MI relaciona-se à qualificação da atenção pré-natal. A falta de registros apropriados nos prontuários e dificuldades na comunicação entre profissional e paciente são destacados como aliados a falta de qualidade.

Desse modo, a investigação dos óbitos infantis somada à avaliação da atenção ofertada ao público em destaque no cenário dos serviços de saúde mostra-se como fundamental, visto que permite a detecção das fortalezas e fragilidades que possibilitam a manutenção e adequação indispensáveis para a melhoria do serviço. Dessa forma, torna-se o necessário o desenvolvimento de atividades direcionadas para a redução dos casos, levando a aproximação das gestantes para as unidades de saúde e acompanhamento não apenas nas consultas, mas também disponibilizando equipes, com participação ativa dos profissionais e realização de visitas domiciliares ao longo da gestação (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

Dessa forma, para que as medidas preventivas e controle da morbidade e mortalidade infantil sejam aperfeiçoadas e novas atividades possam ser implementadas, é

fundamental monitoramento contínuo dos dados, tanto os de caráter epidemiológico quanto socioeconômico e de saúde (SANTANA *et al.*, 2011).

Para Ramos, Bertti (2019) mediante a compreensão do cenário de ocorrência do óbito é exequível o desenvolvimento de operações no campo biológico, social, econômico e de acessibilidade aos serviços de saúde a fim de promover a redução da mortalidade infantil. O reconhecimento dos entraves associados à assistência realizada pelos serviços de saúde à gestante, ao pré-natal e ao recém-nascido é imprescindível, posto que, traz contribuições para a tomada de decisões de caráter preventivo visando a diminuição das mortes infantis com potencial de evitabilidade. As atividades apenas são possíveis por meio do trabalho realizado pelos comitês que, por sua parte, requer recursos para subsidiar seu funcionamento e assim garantir a evolução nas suas atividades.

Nesse cenário, as políticas de saúde pública trazem reflexos do contexto sanitário, social, político e econômico vivenciado pela unidade de intervenção a qual integra. Em virtude disso, devem realizar constantemente processo de revisão, aprendizado e elaboração, a fim de acompanhar as inúmeras mudanças vivenciadas pela sociedade. Assim, é necessário avançar no monitoramento e avaliação das políticas de saúde da criança para identificar em tempo oportuno se as ações planejadas e implementadas estão provocando os efeitos desejados, assim como a detecção das potencialidades e oportunidades de melhoria dos processos executados (MOREIRA *et al.*, 2012).

Desse modo, segundo Careti, Scarpelini, Furtado (2014) é vital ampliar a visão para assistência materno-infantil, procurando meios que subsidiem uma assistência cada vez mais qualificada ao binômio mãe-filho. Buscando ainda compreender os questionamentos relacionados a não realização do pré-natal, ou sua não adesão. Os percursos para a atenção com qualidade encontram-se percorridos no âmbito das políticas públicas de saúde materno-infantil. Assim, no dia a dia dos serviços de saúde, compete a cada um dos profissionais de saúde, realizar reflexões acerca das fortalezas existentes, a fim de conservá-las e observar, no cenário dos problemas enfrentados, aqueles passíveis de serem transformados para diminuição da mortalidade infantil.

As fragilidades mencionadas pelos participantes vão ao encontro do estudo de Nóbrega *et al.* (2019) que revelou fragilidades estruturais, de composição, na dinâmica de organização e na própria função do Comitê, que se restringia a uma atuação investigativa e propositiva, sem a participação popular e o devido retorno das análises para as instituições envolvidas, revelando com isso a dificuldade em atuar de forma integrada e interinstitucional. Soma-se também o suporte limitado da gestão municipal frente às necessidades de recursos

humanos e financeiros para a devida atuação do Comitê.

Entretanto, embora inúmeras dificuldades e fragilidades para atuação do comitê na região sejam descritas os benefícios superam as barreiras existentes, onde a sua implantação tem propiciado a detecção dos óbitos, o planejamento de intervenções.

Destaca-se a relevância da implantação dos comitês e do seu fortalecimento, onde haja a designação clara das atribuições de cada membro e do gestor, garantindo ainda uma equipe mínima de profissionais para que o funcionamento se dê de maneira adequada, realizando aplicação de recursos para qualificação dos seus integrantes, com a destinação de recursos financeiros exclusivos para o desenvolvimento de suas ações, para que tomem posição de uma instância deliberativa, responsável pela construção de políticas públicas, não se limitando somente a função investigativa, mas apresentando papel efetivamente de educação e que provoque transformação das práticas de saúde para a diminuição da mortalidade infantil (NÓBREGA *et al.*, 2019).

Outro ponto a ser ressaltado se refere a situação pandêmica, que prejudicou a investigação dos óbitos e a implementação das recomendações na região, reforçando a saúde da criança como prioridade no âmbito do SUS e a necessidade de fortalecimento da capacidade de atenção a esse público.

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (2020) no ano de 2020, a COVID-19 passou a fazer parte do panorama da saúde infantil em todo o mundo, impactando de maneira direta e indireta a saúde da criança. Somado ao contexto da pandemia, impera o desafio da vulnerabilidade social que contribui para a manutenção das elevadas taxas de mortalidade infantil.

Nesse contexto retoma-se a necessidade das ações de monitoramento e vigilância do óbito infantil realizadas pelo comitê a fim de identificar as causas de mortes, agregando ao quadro de causas essa nova enfermidade que vem a elevar o número de casos de mortes infantis.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às considerações elencadas e escassez de estudos na literatura que abordem discussões específicas sobre o mecanismo de funcionamento dos comitês, bem como as percepções dos participantes acerca dos impactos de suas ações sobre a taxa de mortalidade infantil, julga-se que o estudo realizado apresenta o reconhecimento da importância dos comitês para investigação e conhecimento dos casos, contribuindo para o desenvolvimento de ações que promovam resultados positivos no âmbito do processo de trabalho, em todas as esferas de investigação.

A partir dos resultados encontrados constatou-se o relevante papel das equipes de estratégia saúde da família para realização da investigação dos óbitos infantis, sendo responsável pela detecção dos casos, identificação da causa do óbito e encaminhamento ao comitê, articulando-se de forma intersetorial com os demais envolvidos no processo de investigativo.

Desse modo, depreende-se que a atuação do comitê trouxe um grande avanço na prevenção de óbitos infantis no Ceará e na região de saúde analisada. Embora haja dificuldades para implementação das ações, o comitê tem conseguido analisar e identificar os problemas no âmbito da rede de assistência visando a construção de estratégias preventivas.

Todavia, os participantes observam, como uma das fragilidades de implementação das ações dos comitês, a limitação em relação a divulgação das informações, o que leva a recorrências de óbitos por causas já determinadas anteriormente.

Em síntese, o olhar dos participantes, sejam membros ou profissionais do serviço, permitiu ajuizar que os comitês têm apresentado resultados positivos para a diminuição da mortalidade infantil, mas requerem, para tal, a participação de toda a sociedade, englobando profissionais da saúde, gestores e usuários, com vistas ao planejamento de intervenções que promovam a redução da mortalidade infantil, principalmente, por causas evitáveis.

Por fim, em razão do período pandêmico e paralisação das atividades dos comitês, recomendam-se, além da retomada das ações a fim de realizar a adequada investigação dos óbitos, estudos futuros que permitam compreender de forma mais aprofundada os impactos da pandemia nos indicadores de mortalidade infantil. Conclui-se que, em virtude da relevância das ações do comitê é primordial a, e o, visto que a suspensão das atividades compromete ações básicas de prevenção e de atenção à saúde materno-infantil.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, T.F.; COELHO, A.B. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1259-1264, 2021.
- ARAÚJO, G.A.S. *et al.* Padrão espaço-temporal e fatores relacionados à mortalidade infantil no Nordeste brasileiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.43, p.e20210177, 2022.
- BOING, A.F.; BOING, A.C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p.447-55, 2008.
- BONATTI, A.; SILVA, A.M.C.; MURARO, A.P. Mortalidade infantil em Mato Grosso, Brasil: tendência entre 2007 e 2016 e causas de morte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2821-2830, 2020.
- BONFIM, C.V. *et al.* Análise espacial das desigualdades na mortalidade fetal e infantil por causas evitáveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno: normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que revê a Resolução 196/96 e aprova novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS/MS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Site das Nações Unidas**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. 2019. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade Infantil no Brasil**. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.52, n.37, 2021.
- CARETI, C.M.; SCARPELINI, A.H.P.; FURTADO, M.C.C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 352-60, 2014.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Portaria nº. 1234/2008**, que dispõe sobre a criação, as atribuições e o funcionamento do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, orienta a implantação de Comitês Regionais de Prevenção ao óbito Infantil e Fetal no âmbito da Secretaria do Estado do Ceará. Fortaleza: SESA, 2008.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Situação da saúde no Ceará/ Secretaria**



**da Saúde do Estado do Ceará**; Organização, Cícera Borges Machado; Manoel Dias da Fonsêca Neto. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2011.80 p.

DUTRA, I.R.*et al.* Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 597-611, 2015.

FERREIRA, A. *et al.* Evitabilidade do óbito infantil e fetal: interlocução entre comitê e atenção primária à saúde. **Cogitare Enferm.**, v.24, p.e56649, 2019.

FREITAS, J.L.G. *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis em Rondônia: estudo de série temporal, 2008-2018. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

FUZZI, Ludmila Pena. **O que é a pesquisa de campo?** Disponível em: <http://profludfuzzimetodologia.blogspot.com.br/2010/03/o-que-e-pesquisa-decampo.html>  
Acesso em: 19 jul. 2022.

GARCIA, L.P.; SANTANA, L.R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3717-3728, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GORGOT, L.R.M.R.*et al.* Óbitos evitáveis até 48 meses de idade entre as crianças da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 334-342, 2011.

HATISUKA, M.F.B.; MOREIRA, R.C.; CABRERA, M.A.S. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4341-4350, 2021.

HERNANDEZ, A.R.*et al.* Análise de tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus fatores de risco na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1996 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 2188-2196, 2011.

KALE, P.L.*et al.* Tendência da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

LODI, G.S.F.*et al.* Perfil e funcionamento de comitês municipais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

MACINKO J, GUANAIS FC, FATIMA M, SOUZA M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol Comunit. Health**, v.60, n.1, p.13-19, 2006.

MAGALHÃES, M.L. et al. **Desafios da mortalidade infantil e na infância**. In: Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2018.

MAIA, L.T.S.; SOUZA, W.V.; MENDES, A.C.G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00057519, 2020.

MANSANO, N.H.*et al.* Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná: implantação e operacionalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.109-118, 2003.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 225 p.

MARONESI, N.L.*et al.* Análise do indicador de mortalidade infantil em um município do Sudoeste do Paraná. **Espaço para a Saúde**, v. 22, 2021.

MARTINS, P.C.R.; PONTES, E.R.J.C. Mortalidade infantil por causas evitáveis em municípios de fronteira e não fronteira. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 201-210, 2020.

MATHERS CD. *et al.* Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. **Bull World Health Organ.**, v.83, n.3, p.171-7, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Rio de Janeiro, p. 77-79, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MOREIRA, L.M.C. *et al.* Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. supl 7, p. S48-S55, 2012.

MURAKAMI, G.F; GUIMARÃES, M.J.B.; SARINHO, S.W. Desigualdades sociodemográficas e causas de morte em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, p. 139-152, 2011.

NEVES, José Luis. **Caderno de Pesquisas em Administração**, SÃO PAULO, V.1, N° 3, 2° SEM./1996

NÓBREGA, E.C.M.*et al.* Desafios do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil em um município cearense. **Cadernos ESP**, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2019.

OESTERGAARD, M.Z.*et al.* Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections, and priorities. **PLoS Med.**, v.8, n.8, p.:e1001080, 2011.

OLIVEIRA, C.M.*et al.* Vigilância do óbito infantil no Recife, Pernambuco: operacionalização, potencialidades e limites. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 413-419, 2017.

OLIVEIRA, C.M.; BONFIM, C.V.; MEDEIROS, Z.M. Mortalidade infantil e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos das ações da vigilância do óbito. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 1078-1085, 2017.

ORTIZ L.P. **Agrupamento das causas evitáveis de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças**. São Paulo: Fundação SEADE; 2000

PAIM, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-1797, 2011.

PASKLAN, A.N.P. *et al.* Análise espacial da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na redução da mortalidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 6247-6258, 2021.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de pesquisa**, p. 179-195, 2001.

PIZZO, L.G.P.*et al.* Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 908-918, 2014.

PREZOTTO, K.H. *et al.* Child mortality: trend and changes after the implantation of the rede mãe paranaense program. **Enfermería Global**, v. 18, n. 3, p. 497-509, 2019.

RIBEIRO, J.; SOUZA, D.N.; COSTA, A.P. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2324-2324, 2016.

RAMOS, J.S.M.R.; BERTTI, K.C.X. A importância dos comitês de mortalidade infantil no monitoramento de óbitos infantis e fetais no Brasil. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT**, n. 2, 2019.

ROMAGUERA, A.A. *et al.* Concordância e completude dos dados sobre nascidos vivos e óbitos infantis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

RUOFF, A.B.; ANDRADE, S.R.; SCHMITT, M.D. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

SANTANA, I.P. *et al.* Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, p. 556-562, 2011.

SCHMIDT, S.Q. *et al.* Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (MINAS GERAIS). **Análise de situação de saúde Minas Gerais**. Belo Horizonte; 2010.

SILVA, A.F.; SILVA, J.P. Mortalidade infantil evitável em Minas Gerais: perfil epidemiológico e espacial. **Revista Bioética**, v. 28, p. 276-280, 2020.

SOUSA, J.R.P.; NATIONS, M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 260-268, 2011.

SOUZA, C.D.F. *et al.* Novo século, velho problema: tendência da mortalidade infantil e seus componentes no Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, p. 133-142, 2021.

TEIXEIRA, M.R.C.; MAGALHÃES, B.C; ALBUQUERQUE, G. A. Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal: importância, finalidade e funcionamento. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 10, n. 2, p. 243-259, 2020.

UNICEF. **Relatório Para Cada Criança, Vida**. Documento de referência, UNICEF, fevereiro 2018.

VANDERLEI, L.C.M.; NAVARRETE, M.L.V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 379-389, 2013.

**APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: PROPOSTA DE AÇÕES DE FORTALECIMENTO**. Com a mesma, pretendemos avaliar a atuação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil. Assim, gostaríamos de lhe convidar para participar da mesma, na qual estão previstas a aplicação de um instrumento de avaliação semiestruturado e a participação em grupo focal, permitindo que as respostas e discussões a serem sistematizadas possam ser transcritas e analisadas, buscando elucidar o objeto de estudo investigado. Informamos que a pesquisa traz riscos mínimos e que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. Os dados coletados serão divulgados; no entanto, é garantido o sigilo sobre sua identidade. Este termo de consentimento será emitido em duas vias, uma para a participante e outra para a pesquisadora. Se necessário, pode entrar em contato com a orientadora da pesquisa, Profa. Dra. Renata de Sousa Alves ou a pesquisadora, Brena Jéssica da Silva Damasceno, telefone (88) 98805-1960.

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo sobre “**ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: PROPOSTA DE AÇÕES DE FORTALECIMENTO**” tendo sido devidamente esclarecida (o) de seu objetivo, método e condições éticas legais, concordando em dele participar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da (o) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</b>
1 - Idade: <input type="checkbox"/> 20-30 anos <input type="checkbox"/> 31-40 anos <input type="checkbox"/> 41-50 anos <input type="checkbox"/> 51-mais anos
2 - Anos de experiência profissional: <input type="checkbox"/> 1-5 anos <input type="checkbox"/> 6-10 anos <input type="checkbox"/> 11-15 anos <input type="checkbox"/> 16-mais anos
3 - Anos de experiência em Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil e Fetal: <input type="checkbox"/> 1-5 anos <input type="checkbox"/> 6-10 anos <input type="checkbox"/> 11-15 anos <input type="checkbox"/> 16-mais anos
4 - Nível de educação: <input type="checkbox"/> Graduação – Qual? _____ <input type="checkbox"/> Especialização – Qual? _____ <input type="checkbox"/> Residência – Qual? _____ <input type="checkbox"/> Mestrado– Qual? _____ <input type="checkbox"/> Doutorado – Qual? _____
5 - Posição no trabalho: <input type="checkbox"/> Assistencial <input type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Docência
<b>QUESTÕES NORTEADORAS - INDICADORES DE MAIOR FREQUÊNCIA</b>
1 O comitê investiga óbitos de uma região de saúde. Nesse sentido, como se dá a articulação com os municípios/serviços de origem dos óbitos a serem investigados? (Recebimento de casos, divulgação de resultados e encaminhamento das propostas de intervenção)
2 Você poderia falar como ocorre o processo de investigação? (com base em que critérios, instrumentos adotados e metodologia)
3 Comente sobre o perfil das causas básicas de óbito infantil investigadas pelo comitê. (aqui lembrar as principais causas, se possível quantitativos)
4 No caso de óbitos evitáveis, de que modo você poderia estabelecer alguma articulação com assistência ao pré-natal, parto ou puerpério?
5 Como você avalia a implementação das propostas/recomendações feitas pelo Comitê nos municípios/serviços? (são aplicadas? Quais resultados?)
6 Quais resultados você considera que o comitê vem alcançando ao longo de sua atuação? (há resultados positivos? Há recorrência dos mesmos problemas? Há instrumentos para monitorar os resultados?)
7 Quais fragilidades e fortalezas você apontaria sobre o trabalho de investigação de óbitos pelo comitê?
8 Você poderia propor estratégias, que na sua opinião, melhorariam o trabalho/atuação do comitê?
9 - Qual sua opinião sobre o postergar das investigações de óbitos infantis durante a pandemia?

## ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: PROPOSTA DE AÇÕES DE FORTALECIMENTO

**Pesquisador:** BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50105221.1.0000.5054

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.912.159

#### Apresentação do Projeto:

O estudo será desenvolvido no Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e uma região de saúde do Estado. Essa região de saúde é composta por quatro municípios de médio e pequeno porte. O município de maior porte possui 22 equipes. Enquanto que os demais possuem 9, 7 e 3, somando em 2021, na referida Região de Saúde, 41 equipes de Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde. Cada município possui um comitê municipal de prevenção da mortalidade infantil e que juntos formam o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil tendo em sua estrutura organizacional, profissionais da atenção primária, gestores e profissionais da média e alta complexidade. Os sujeitos componentes do estudo serão os membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil de uma região de saúde do Estado do Ceará. Na Região de Saúde do Estado do Ceará em que será realizada a pesquisa há o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna que tem registrado o início de suas atividades no mês de junho de 2001, com a ata da reunião, embora tenha sido oficializado em 2008, com portaria de nomeação dos membros (CEARÁ, 2001; CEARÁ, 2008). Além do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, há 100% dos municípios da região com Comitê Municipal regulamentado e atuante, e Comissões de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no Hospital Polo de Referência para Assistência Regional Materno-Infantil e na Policlínica Regional, unidade que oferta o pré-natal de alto risco. Estes profissionais serão convidados e orientados por meio da apresentação do projeto em contato individual com cada um. Eles serão esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.912.159

quanto à relevância de sua participação. Haverá, para fundamentar o presente estudo, três momentos em que serão adotadas diferentes estratégias para a obtenção dos dados da pesquisa: análise documental, observação com registro em diário de campo, entrevista semiestruturada e grupo focal. No primeiro momento, a fase documental, serão explorados documentos, atas e relatórios na Coordenadoria Regional de Saúde do

Estado (CRES), onde são arquivados os documentos pertencentes ao Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. A depender do objetivo do estudo, a análise documental poderá ser uma técnica complementar ou ser o principal instrumento para a realização da pesquisa (PIMENTEL, 2001). A adoção da análise documental, uma das técnicas qualitativas utilizadas na presente pesquisa, terá por objetivo compreender a complexidade e a dimensão das atividades realizadas pelo Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal e as potencialidades diante dos encaminhamentos que resultam das reuniões deste colegiado. A partir da análise documental, serão agregados subsídios à pesquisadora para melhor compreensão do objeto de estudo e para a aplicação das técnicas de coleta dos dados descritivos. No segundo momento, haverá um contato individual para aproximação e esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e quanto à relevância de sua participação. As técnicas de entrevista semiestruturada e grupo focal serão aplicadas no terceiro momento. Por último, criaremos os grupos focais, onde poderemos obter excelentes resultados, tendo em vista ser uma estratégia em que há interação entre os participantes e o pesquisador, na qual fluem discussões previamente planejadas para a obtenção dos dados descritivos. Como último componente desta fase, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos serão úteis no momento da exploração do material intencionando, se necessário, a avaliação, o direcionamento ou redirecionamento das hipóteses como possibilidade de uma interpretação ou indagações novas (MINAYO, 2010).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil em uma região de saúde do Estado do Ceará.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Essa pesquisa oferece riscos mínimos, podendo haver apenas possível desconforto ou insegurança ao responder as questões solicitadas no questionário e durante o grupo focal. Com o intuito de atenuar qualquer dano decorrente da sua participação, você tem a liberdade de aceitar ou não responder às questões e de se recusar a participar no momento em que quiser sem qualquer prejuízo para si. **Benefícios:** Espera-se que por meio dessa pesquisa, seja possível analisar a atuação do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil de uma região de

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br



UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.912.159

saúde do Estado do Ceará e propor ações de fortalecimento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e factível por tratar um tema emergente em Saúde da infância.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os termos de inserção do projeto no Comitê de ética da UFC.

**Recomendações:**

Aprovado salvo melhor juízo do Comitê de ética da UFC.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797947.pdf	23/07/2021 16:33:48		Aceito
Outros	TermodeFielDepositario.pdf	23/07/2021 16:33:02	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/07/2021 16:31:33	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/07/2021 15:49:40	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Termodecompromissoutilizacaodedados.pdf	23/07/2021 15:42:53	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Solicitacaoderepreciacaodoprojeto.pdf	23/07/2021 15:40:13	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	23/07/2021 15:35:57	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Institucional.pdf	23/07/2021 15:34:14	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/07/2021 15:33:03	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
Declaração de concordância	DeclaracaoConcordancia.pdf	23/07/2021 15:32:29	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufcbr

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.912.159

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	23/07/2021 15:29:15	BRENA JESSICA DA SILVA DAMASCENO	Aceito
----------------	------------------	------------------------	-------------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 17 de Agosto de 2021

Assinado por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br