



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

LUCIANA BARRETO ARAÚJO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E  
OPERACIONALIZAÇÃO DOS COMITÊS DE  
PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E  
FETAL NO ESTADO DO CEARÁ

FORTALEZA-CEARÁ

2012

LUCIANA BARRETO ARAÚJO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS COMITÊS DE  
PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anamaria Cavalcante e Silva

FORTALEZA-CEARÁ

2012

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**  
**Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919**

A663a      Araújo, Luciana Barreto  
Análise da implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no Estado do Ceará / Luciana Barreto Araújo. – 2012.  
CD-ROM. 100 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2012.  
Orientação: Profa. Dra. Anamaria Cavalcante e Silva.

1. Mortalidade infantil – Ceará. 2. Comitês de prevenção do óbito infantil – Ceará. 3 Vigilância do óbito – Ceará. I. Título.

CDD: 312

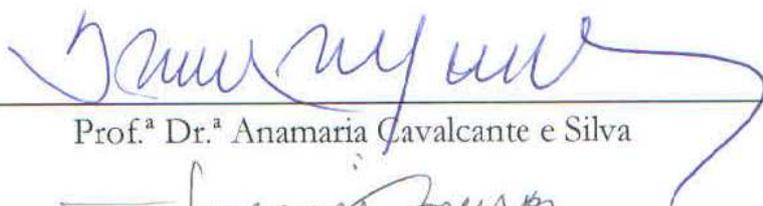
LUCIANA BARRETO ARAÚJO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS COMITÊS DE  
PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso  
de Mestrado Profissional em Saúde  
da Criança e do Adolescente da  
Universidade Estadual do Ceará,  
como requisito parcial para obtenção  
do Grau de Mestre.

Aprovada em: 29/11/2012

BANCA EXAMINADORA:



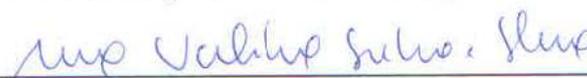
---

Prof.ª Dr.ª Anamaria Cavalcante e Silva



---

Prof.ª Dr.ª Jocileide Sales Campos



---

Prof.ª Dr.ª Ana Valeska Siebra e Silva

*Dedico esta dissertação aos meus exemplos de vida, Sr. Luciano de Alcântara Araújo e a Profa. Maria Socorro Barrêto Araújo (In memoriam), por me incentivarem na busca pelo conhecimento. Estas duas pessoas com muito amor, dignidade, coragem e dedicação estiveram ao meu lado encorajando nos momentos difíceis e aplaudindo nas vitórias. Obrigada por serem meus pais, fonte de inspiração, apoio e ensino diário.*

## AGRADECIMENTOS

A realização desta Dissertação de Mestrado só foi possível graças à colaboração e ao apoio, de forma direta ou indireta, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

Acima de tudo, a Deus que abençoou esta pesquisa, pois é dele proveniente todo conhecimento.

À Profa. Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, orientadora desta dissertação, por todo empenho, sabedoria, compreensão e, acima de tudo, rigor e exigência. Gostaria de ratificar a sua competência, participação com discussões, correções, recomendações que fizeram com que concluíssemos este trabalho.

À Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais pelo apoio e pela possibilidade de consulta, disponibilização de informações e documentos pertinentes à realização desta pesquisa.

Aos profissionais entrevistados, pela concessão de informações valiosas para a realização deste trabalho.

A todos os meus amigos e amigas que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação.

Por último, mas não menos importante, aos meus filhos, esposo, irmãs e cunhados, pelo apoio e compreensão inestimáveis, pelos diversos sacrifícios suportados e pelo constante encorajamento a fim de prosseguir a elaboração deste trabalho.

*Tornar visível o que por tanto tempo  
pareceu oculto é apenas o primeiro  
passo*

*(Duchiade e Andrade, 1994)*

## RESUMO

ARAUJO, L. B. **Análise da Implantação e Operacionalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no Estado do Ceará.** 2012. 97f. Dissertação (Mestrado Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

Objetivou-se analisar a implantação e operacionalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no Estado do Ceará. Estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa realizado nos dezoito municípios prioritários para redução da mortalidade infantil no Estado e no Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. A amostra foi composta por 20 pessoas, sendo 18 representantes de cada Comitê Municipal e/ou Regional e 02 representantes do Comitê Estadual. Utilizou-se da Triangulação de Métodos com aplicação de três técnicas de coleta de dados: *checklist* para levantamento sobre a existência e os registros dos comitês, aplicação de questionário e entrevista semi-estruturada. Os dados quantitativos foram apresentados em tabelas (frequências relativa/absoluta). Na abordagem qualitativa optou-se pela triangulação de métodos, que envolve a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, visão de vários informantes e emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados e utilizou-se a análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados apontam que 17(94%) municípios implantaram comitê de óbito materno infantil e 01 município apenas não possui comitê. Observou-se que após a implantação dos manuais direcionados ao funcionamento dos comitês de óbito infantil, publicados pelo Ministério da Saúde, respectivamente nos anos de 2004 e 2009, registrou-se um incremento na implantação dos mesmos. Com relação aos documentos de formalização, 13(72%) comitês foram oficializados através de portaria. As principais estratégias para implantação destes comitês foram reuniões de sensibilização e convocação pela gestão municipal e regional. Verificou-se que os comitês apresentam fragilidades estruturais, técnico-operacionais e políticas, que podem comprometer seu papel na redução da mortalidade infantil. O estudo aponta ainda, deficiência na realização da vigilância do óbito. Faz-se necessário, para tanto, a superação destas dificuldades para o fortalecimento destes comitês. Concluiu-se que o estudo traz dados relevantes sobre a importância da estratégia dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal como instrumentos de gestão para o redirecionamento das políticas públicas de saúde materno infantil.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Comitês de Prevenção do Óbito Infantil, Vigilância do Óbito.

## ABSTRACT

ARAUJO, L. B. **Analysis of the Implementation and Operation of the Committees for the Prevention of Infant and Fetal Death in Ceará.** 2012. 97f. Dissertação (Mestrado Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

This study aimed to analyze the implementation and operation of the Committees for the Prevention of Infant and Fetal Death in the State of Ceará. A descriptive study of quantitative and qualitative approach performed in the eighteen municipalities priority for reducing infant mortality in the state and the State Committee on the Prevention of Infant and Fetal Death. The sample consisted of 20 people, including 18 representatives from each Municipal Committee and / or Regional Representatives and 02 of the State Committee. We used triangulation methods of applying three techniques of data collection: survey checklist for the existence of committees and records, questionnaires and semi-structured interview. Quantitative data were presented in tables (frequency relative / absolute). In the qualitative approach was chosen triangulation of methods, which involves cross-examination of multiple viewpoints, view multiple informants and employing a variety of techniques for data collection and analysis used the Content Bardin. The results show that 17 (94%) municipalities have implemented maternal and child death committee and 01 committee has not only city. It was observed that after the implementation of the manuals directed the operation of committees of infant death, published by the Ministry of Health, respectively in 2004 and 2009, there was an increase in the deployment of the same. With respect to documents formalizing, 13 (72%) committees were formalized by ordinance. The main strategies to implement these committees were meeting to raise awareness and call for municipal management. It was found that the committees have structural weaknesses, technical and operational policies that can compromise its role in reducing child mortality. The study also shows deficiency in conducting surveillance of death. It is necessary, therefore, to overcome these difficulties to strengthen these committees. We conclude that the study provides relevant data on the importance of the strategy committee for the prevention of fetal and infant death as management tools for the redirection of public policies on maternal and child health.

Keywords: infant mortality committees infant death prevention, surveillance of death.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CMI – Coeficiente de mortalidade infantil  
CNS – Conselho Nacional de Saúde / MS  
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CPMI – Comitê de prevenção de mortalidade infantil  
CPOIF – Comitê de prevenção de óbitos infantil e fetal  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de apoio à saúde da família  
NHE – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia  
NUVEP – Núcleo de vigilância epidemiológica  
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PRMI – Projeto de Redução da Mortalidade Infantil  
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SER – Secretaria Executiva Regional  
SESA – Secretaria Estadual de Saúde  
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade  
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE FIGURAS

1	Número de óbitos nos municípios prioritários para redução da mortalidade materna e infantil, Ceará, 2012.....	43
2	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do Estado do Ceará, formalizados por ano, 2012.....	45
3	Situação dos Comitês de Mortalidade, Ceará, 2012.....	67

## LISTA DE TABELAS

1	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da mortalidade infantil em funcionamento e oficializados por ano, Ceará, 2012.....	44
2	Documentos de formalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da mortalidade infantil, Ceará, 2012.....	45
3	Estratégias para a estruturação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil, Ceará, 2012.	46
4	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil (nº e %) com cronograma de reuniões elaborado por periodicidade, Ceará, 2012.....	46
5	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil segundo registro oficial de reuniões realizadas por modalidade, Ceará, 2012.....	47
6	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que utilizam o novo Manual do Ministério da Saúde, Ceará, 2012.....	47
7	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil segundo periodicidade de acesso às informações sobre o óbito, Ceará, 2012.....	48
8	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que classificam os óbitos investigados segundo critérios de evitabilidade, Ceará, 2012.....	48
9	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que realizam a correção da causa básica no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Ceará, 2012.....	49
10	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que determinam prazo para concluir a investigação do óbito infantil e fetal, Ceará, 2012.....	49
11	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que dispõem de recursos humanos e financeiros para funcionamento, Ceará, 2012.....	50

12	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que enviam relatórios periódicos para os Comitês Regionais/Estadual e Ministério da Saúde, Ceará, 2012.....	50
13	Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil segundo infra-estrutura física e equipamentos para funcionamento, Ceará, 2012.....	51
14	Municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil (nº e %) que dispõem de equipes técnicas responsáveis pela vigilância do óbito infantil e fetal na Secretaria Municipal de Saúde, Ceará, 2012.....	51
15	Estratégias de divulgação dos dados obtidos pelos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil, 2012.....	52
16	Secretarias de Saúde (nº e %) que desenvolvem a vigilância epidemiológica do óbito infantil e fetal nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil, Ceará, 2012.....	52

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 O cenário da mortalidade infantil.....	20
1.2 Componentes da mortalidade infantil.....	24
1.3 Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, a investigação e vigilância do óbito.....	26
1.3.1 Investigação e vigilância do óbito infantil e fetal.....	30
2 Objetivos.....	33
2.1 Geral.....	33
2.2 Específicos.....	33
3 METODOLOGIA.....	35
3.1. Tipo de estudo.....	35
3.1.1. Descrição do passo a passo metodológico.....	35
3.2. Local do estudo.....	36
3.3. Período de realização.....	36
3.4. População e amostra.....	36
3.5 Instrumentos de obtenção de dados.....	37
3.6 Processo de organização e análise dos dados .....	39
3.6.1 Análise quantitativa.....	39
3.6.2 Análise qualitativa.....	39
3.7 Aspectos éticos.....	41
4 RESULTADOS.....	43
4.1 O que os números evidenciam.....	43
4.2 O olhar dos atores municipais.....	53
4.2.1 Sistematização das categorias.....	55
4.3 As vivências da representação estadual.....	63
5 DISCUSSÃO.....	70
6 CONCLUSÕES.....	78
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A - <i>CHECK LIST</i> .....	88
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO.....	89
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	94
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA .....	96
ANEXO B - COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS.....	97

ANEXO C - FLUXOS DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL, CEARÁ, 2012.....	98
ANEXO D - COMPOSIÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL, CEARÁ, 2012.....	99
ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....	100

# ***INTRODUÇÃO***

---

## **1 INTRODUÇÃO**

A Mortalidade Infantil é considerada um sensível indicador do estado de saúde, não só das crianças menores de um ano, mas da população como um todo. Justamente por ser fortemente influenciado pelos agentes externos que estão localizados na sociedade, seja na existência ou não de serviços, saneamento e higiene, seja nas relações familiares e sociais que organizam a existência concreta das pessoas como: moradia, trabalho, renda, nível de informação e proteção social (OLIVEIRA; MENDES, 1995).

Ao longo das últimas décadas a redução dos óbitos entre os menores de um ano de idade configurou-se como uma das principais metas na área da saúde em diversos países, o que resultou na acentuada redução na taxa da mortalidade infantil. Em dados analisados em países dos cinco continentes, entre 1950 e 1994, o declínio chegou a 70% (BOING; BOING, 2008).

Com a adesão do Brasil aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a mortalidade infantil está em maior evidência. O ODM é um programa da Organização das Nações Unidas (ONU) para os países em desenvolvimento, cujo objetivo número quatro é reduzir a mortalidade infantil nesses países a patamares mais aceitáveis, no mínimo em dois terços entre 1990 e 2015 (UNITED NATIONS, 2009).

Países desenvolvidos como a Islândia, Japão, Suécia, Canadá e Estados Unidos apresentaram no ano de 2006 valores de TMI entre dois e oito por mil nascidos vivos. Enquanto que países com baixos índices de desenvolvimento socioeconômico, como Afeganistão, Angola e Nigéria, apresentaram, no mesmo ano, valores próximos de 150 óbitos por mil nascidos vivos (WHO, 2008).

Para Lansky, França e Leal (2002) no Brasil, as taxas de mortalidade infantil encontram-se em níveis semelhantes aos encontrados nos países desenvolvidos, registrando-se no final da década de 60 as causas perinatais como as principais causas de mortalidade no primeiro ano de vida. Em 1969 a OMS reunia

um comitê de estudiosos, em Genebra para examinar o problema da mortalidade infantil e perinatal, propondo medidas de prevenção (OMS, 1970).

O Brasil reduziu significativamente a mortalidade infantil, mas as iniquidades continuam evidentes, crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer no primeiro ano de vida do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm maior taxa de mortalidade infantil. Por região, o Nordeste apresentou a maior queda nas mortes de zero a cinco anos, mas a mortalidade na infância ainda é o quase o dobro da média nacional, de acordo com o relatório Situação Mundial da Infância 2008 (UNICEF, 2007).

Entre os anos de 2000 a 2007, morreram no Nordeste e na Amazônia Legal (incluindo o Maranhão), 76.916 crianças menores de um ano, número de óbitos que atingiu quase 50% do total nacional, o que motivou o governo federal à criação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, priorizando estas regiões (BRASIL, 2008).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, as taxas de mortalidade na infância (menores de cinco anos) vêm caindo de forma sustentada, passando de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 22,8, em 2008. A meta é reduzir para 17,9 mortes por mil nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2010).

No entanto, esses coeficientes poderiam ser reduzidos, considerando-se o perfil de mortalidade e a possibilidade de evitar o óbito nas diversas etapas do processo de adoecimento dessas crianças. Essas mortes evitáveis, além de serem considerados eventos sentinela para avaliar a qualidade da assistência, são chamadas óbitos desnecessários ou ainda óbitos consentidos (MATHIAS, 2008).

Uma importante estratégia, adotada para alcançar as metas pactuadas para redução da mortalidade infantil é a investigação de óbitos, realizada por meio dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Diversas experiências no mundo apontam a estruturação de comitês de mortalidade e investigação de óbitos como instrumento para a melhor compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2009).

Os comitês têm a finalidade de analisar cada óbito, procurando determinar a evitabilidade e, nessa hipótese, especificar medidas de prevenção, considerando-se que óbitos evitáveis são aqueles que, poderiam ter sido poupados ou não deveria ter ocorrido, segundo conceito da Associação Médica Americana (MANSANO, 2004).

No Brasil as iniciativas de implantação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, como instrumento para concretização dessa prioridade, são datados em meados da década de 1990 (BRASIL, 2009). Na ocasião o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) com ações e metas definidas para cada estado, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, principalmente na região Nordeste, considerando as iniquidades regionais do País.

Diante desse quadro a mortalidade infantil coloca-se como um problema de saúde pública prioritária para o governo brasileiro, sendo que a vigilância da mortalidade infantil e fetal foi eleita como uma das prioridades do Ministério da Saúde e contribuirá para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em defesa da criança, tais como o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e, mais recentemente, o Programa Mais Saúde (BRASIL, 2009).

Apesar do avanço na redução da mortalidade infantil, ainda é preciso um grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares aceitáveis. A relevância do tema faz com que a redução da mortalidade infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal seja uma das quatro prioridades estabelecidas pelo governo federal como estratégia de redução das desigualdades regionais no País (BRASIL, 2009).

Neste sentido o objeto deste estudo é a análise do processo de implantação e operacionalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no Estado do Ceará. Busca-se identificar junto aos sujeitos que operacionalizam os comitês, suas percepções teórico-práticas sobre sua atuação nesse espaço privilegiado para as políticas públicas dirigidas à criança no Brasil. Pretende-se

também compreender melhor o papel das atividades de assistência à saúde no processo de determinação do óbito infantil é uma necessidade e um compromisso ético.

### **1.1 O cenário da mortalidade infantil**

A mortalidade infantil (TMI) expressa o número de óbitos no primeiro ano de vida (também em cada mil crianças nascidas vivas). É utilizada como indicador da situação de saúde em geral e, até mesmo, do grau de desenvolvimento socioeconômico de um país ou região. Em países onde essas taxas são elevadas outros indicadores de saúde raramente apresentam valores satisfatórios (IPEA, 2009).

É um dos principais indicadores de saúde pública, utilizado como indicador geral ou específico. Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil (PRO-ADESS, 2003).

Dentre as principais utilidades, o indicador de mortalidade infantil revela a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população, avalia o risco de evento ou agravo à saúde, mensura as atividades de atenção à saúde para estabelecimento de objetivos e metas na área materno infantil. Trata-se de um parâmetro tradicionalmente medido pelo coeficiente da mortalidade infantil - CMI, que tem sido utilizado para avaliar a situação de saúde das populações nas diferentes regiões. No entanto, embora esse indicador seja utilizado mundialmente, os dados ainda não apresentam consistência quanto à cobertura e qualidade, principalmente nos países em desenvolvimento (ANDRADE, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta aquela acima de 40 óbitos de menores de um ano de idade por 1.000 nascidos vivos, e classifica as taxas de mortalidade infantil em baixas (abaixo de 20 por mil), médias (20 a 49 por mil) e altas (50 por mil ou mais) (IBGE, 2004).

Esse indicador apresenta valores variáveis, inversamente proporcionais ao grau de desenvolvimento da região. Porém, independente dos valores encontrados, vários trabalhos apontam para um declínio do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) no Brasil, nas três últimas décadas (VIDAL, 2003).

De acordo com dados do UNICEF (2007), de 1960 aos dias atuais o número de crianças que morrem é muito menor, ressalta-se que foi a partir desse ano que se dispõe atualmente de dados sobre o número de mortes infantis. De fato, ao longo dos últimos 46 anos, o número anual de mortes infantis caiu em 50% – de cerca de 20 milhões, em 1960, para menos de 10 milhões, em 2006. Os últimos anos testemunharam avanços importantes e consideráveis na sobrevivência infantil. Apesar de alguns entraves, principalmente o avanço violento da AIDS na África Oriental e Meridional, e de conflitos destrutivos em muitos países com altas taxas de mortalidade –, a taxa global de mortalidade infantil vem caindo com regularidade desde 1990.

Em observância ao mesmo relatório (UNICEF, 2007), que reflete um estudo sobre a mortalidade infantil no mundo, mostra que o maior progresso foi visto entre os países pobres – nas Ilhas Maldivas a taxa de redução anual média foi de 9,2%, a mais alta entre os 187 países analisados entre os anos de 1970 e 2010. A taxa de mortalidade infantil no país caiu de 247,06 mortes a cada mil nascimentos vivos para 14 crianças em 2010.

O progresso, ou seja, os bons resultados em relação à redução da mortalidade infantil são promissores. Em 1970, havia 40 países com taxa de mortalidade mais alta do que 200 mortes a cada mil nascimentos vivos. Em 1990 este número havia caído para 12 países e em 2010 não há nenhum país com índices tão altos (UNICEF, 2007).

A mortalidade infantil vem em ritmo de declínio em 13 regiões do mundo no período de 2000 a 2010, comparando-se com os anos de 1990 a 2000, inclusive todas as regiões da África subsaariana. A Grã-Bretanha aparece como o país com menor taxa de mortalidade infantil na Europa Ocidental, com 5,3 mortes por mil nascimentos vivos. No ranking global da taxa de mortalidade, a Grã-Bretanha caiu de 12ª posição, em 1970, para 33ª em 2010. Apesar disso, o país diminuiu sua taxa

de mortalidade infantil em três quartos desde 1970. Os Estados Unidos estão em 42º lugar no ranking, com a estimativa de 6,7 mortes por cada mil nascimentos vivos em 2010 (UNICEF, 2007).

O índice de declínio da taxa de mortalidade infantil nos Estados Unidos e Canadá variou entre 2% e 3% ao ano, enquanto que em outros países o declínio anual deu-se a uma taxa de 3% a 5%. Dos 38 países com taxa de mortalidade infantil acima de 80, a cada mil nascimentos vivos em 2010, 34 estão na África subsaariana (UNICEF, 2007). Um terço das mortes infantis em todo o planeta ocorre no sul da Ásia e metade na África subsaariana (UNICEF, 2007).

No Brasil os números da mortalidade infantil vêm apresentando redução significativa, de aproximadamente 158 óbitos para cada mil nascidos vivos na década de 1930, para cerca de 67 óbitos por mil nascidos vivos na década de 1980. Uma redução de quase 70%, a despeito de grandes parcelas da população brasileira ainda se encontrar à margem dos benefícios sociais resultantes do desenvolvimento econômico (LEITE; CAVALCANTE E SILVA, 2001). Esses números continuam em declínio, e em 2007 a taxa de mortalidade infantil para o total do país, foi de 19,3 por mil apresentando queda de 59,0% em relação aos 47,1 por mil de 1990 (BRASIL, 2009).

Conforme Leite, Cavalcante e Silva (2001) essa redução não ocorre de modo uniforme em todo o Brasil. Na década de 30, a região Sudeste apresentava taxas de 153 por mil nascidos vivos, a região Sul, 127 por mil nascidos vivos, e, a região Nordeste, de 168 por mil nascidos vivos. Portanto o Nordeste apresentava taxas 32% superiores as da região Sul. Entre os anos de 1980 e 90 essa diferença aumentou para 124%.

A disparidade nos indicadores reflete a dinâmica da economia nacional, onde o Nordeste ocupa uma posição marginal, que pode ser observada na reduzida cobertura dos serviços e programas de saúde, nas menores taxas de universalização dos serviços sociais básicos e pelo agravamento persistente das condições de nutrição, de moradia, de emprego e de auto-sustentação familiar (OLIVEIRA; MENDES, 1995).

No Ceará, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) mantém a tendência de declínio, passado de 32 por 1.000 nascidos vivos em 1997 para 15,8 por 1.000 nascidos vivos em 2008. O decréscimo nos últimos anos deve-se à redução importante da mortalidade pós-neonatal, particularmente as causadas por pneumonia e diarreia, sendo que as causas perinatais continuam responsáveis por mais de 50% dos óbitos de menores de um ano, alcançando 58,8% no ano de 2008, sendo que, de 2.092 óbitos ocorridos, 1.414, ou seja, a maioria foram crianças com menos de 28 dias de vida (CEARÁ, 2008). Os óbitos neonatais tiveram como principais causas, as afecções originadas no período perinatal (principalmente transtornos respiratórios e cardíacos específicos do período neonatal) e as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (mais freqüentes os transtornos relacionados à duração de gestação e crescimento fetal), dados da Secretaria da Saúde (CEARÁ, 2011).

Além da tendência de declínio, soma-se o fato que a quantidade de bebês que morrem a cada mil nascidos vivos no Ceará é menor do que no País e no Nordeste, conforme dados divulgados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que mede o avanço dos indicadores do milênio nos países em desenvolvimento (CEARÁ, 2008).

Desta forma, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, através do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), traz em sua estrutura formal, na parte II das responsabilidades executivas, a pactuação de indicadores de vigilância do óbito infantil e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2011). O COAP regulamenta o pactuado no Plano Estadual de Redução da Mortalidade Infantil, especialmente no componente neonatal, nos anos de 2012 e 2013. O Plano estabelece três linhas de ação prioritárias: a implantação de novos leitos de UTI neonatal, criação de novos leitos nas unidades de cuidados intermediários neonatais e expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos 18 municípios prioritários. Os municípios prioritários para as ações de redução da mortalidade infantil são: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Canindé, Itapipoca, Quixadá, Sobral, Tianguá, São Benedito, Viçosa do Ceará, Crateús, Camocim, Granja, Icó, Iguatu, Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte, selecionados pelo Ministério da Saúde por concentrarem 50% do total de óbitos do Estado (SESA, 2009).

As controvérsias atuais provocadas pela divulgação dos resultados oficiais de queda da mortalidade infantil incluem, especialmente, críticas aos métodos empregados para o cálculo do indicador. Embora exista consenso sobre as melhorias nas condições de vida e de saneamento básico, é, sem dúvida, um desafio atual a proposição de explicações mais robustas sobre o seu comportamento, que busquem esclarecer, fundamentalmente, alterações na condução das políticas públicas que possam explicar as variações observadas (DUARTE, 2007).

## **1.2 Componentes da mortalidade infantil**

A mortalidade infantil classicamente é dividida em dois períodos: o neonatal, que estima o risco de óbito nos primeiros 27 dias de vida e o pós-neonatal, que estima o risco de óbito entre 28 dias de vida até o final do primeiro ano de vida. Enquanto a mortalidade neonatal está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, a mortalidade pós-neonatal está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas (CALDEIRA, 2005).

A mortalidade infantil possui um dado padronizado para óbitos em crianças com menos de um ano de idade. No entanto, essa mortalidade é dividida em dois componentes, como citado anteriormente: a mortalidade neonatal, que compreende os óbitos em crianças com menos de 28 dias de idade; e a mortalidade pós-neonatal, que vai do 28º dia de vida até o 1º ano de idade. Essa classificação é feita para se estudar melhor o que levou a criança ao óbito. O período neonatal é dividido em neonatal precoce, quando o óbito ocorre até o 6º dia de vida; e o neonatal tardio, que vai do 7º dia de nascimento até o 28º oitavo. A mortalidade neonatal é influenciada pelas condições anteriores ao período de gestação, mas principalmente em relação à própria gravidez, ao parto e ao puerpério, denominadas causas determinantes perinatais. As causas perinatais são diretamente influenciadas pela assistência pré-natal e sua efetividade até o momento do parto. Já os determinantes da mortalidade pós-neonatal estão relacionados ao ambiente, às condições da família, da alimentação, da poluição a que são expostas e às ações de saneamento (ENSP, 2009).

A mortalidade fetal e a mortalidade neonatal precoce compartilham as mesmas circunstâncias e causas que influenciam o resultado para o feto e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Por esse motivo a mortalidade perinatal é reconhecida como mais apropriada para análise e para orientação das intervenções neste período de vida da criança. Por ser resultante de uma estreita e complexa interação entre fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, demográficos e de assistência à saúde, a mortalidade perinatal tem sido considerada de mais difícil controle (CARTLIDGE; STEWART, 1995).

A mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal. As mortes neonatais precoces (0 a 6 dias) respondem por cerca de 50% dos óbitos infantis, sendo 25% desses óbitos nas primeiras 24 horas após o nascimento (RIPSA, 2009).

A taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo estabilizada em níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce, ocupando papel importante na taxa de mortalidade infantil no país. Sabe-se que, à medida que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, há uma concentração de óbitos na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e berçário (LANSKY, 2002).

Para Camargo (2008), a mortalidade perinatal é considerada, na atualidade, um dos indicadores mais importantes para avaliação das condições de saúde de uma população, pois seu estudo fornece informações importantes sobre a qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Nos países desenvolvidos, esse indicador é utilizado desde os anos 40, quando Peller propôs o termo perinatal, por considerar necessário analisar como 'unidade estatística' a soma dos nascidos mortos (perdas fetais tardias) com a morte durante os sete primeiros dias de vida. Destaca Camargo que, na Inglaterra e País de Gales, os natimortos passaram a ser registrados em 1928 e, apenas em 1949 foram somados aos óbitos neonatais precoces, criando-se assim o indicador mortalidade perinatal.

Na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) a OMS redefiniu o período perinatal, que se inicia em 22 semanas completas de gestação e se estende até sete dias completos após o nascimento (OMS, 1994). Devido ao deslocamento progressivo dos limites da viabilidade fetal, particularmente a partir da década de 90, havendo um número crescente de sobreviventes com idade gestacional inferior a 28 semanas a decisão de reduzir a idade gestacional para a notificação dos óbitos tornou-se necessária. No entanto, os parâmetros para a notificação e registro dos óbitos fetais apresentam grande diversidade na idade gestacional mínima a ser notificada (de 16 a 28 semanas). Face à diversidade de critérios de notificação e com objetivo de obter séries históricas compatíveis, a CID-10 propõe o uso de taxas que consideram apenas os óbitos fetais de 1000g ou mais, correspondendo aos óbitos fetais de 28 semanas e mais, para possibilitar a comparação internacional (ALMEIDA, 2006).

### **1.3 Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, a investigação e vigilância do óbito**

A investigação das mortes infantis vem sendo recomendada de forma crescente em vários documentos legais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2004, como estratégia que pode contribuir para a adoção de medidas de prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde (VENÂNCIO, 2010).

A mortalidade infantil como ocorrência “evitável” por serviços de saúde eficazes é conhecida desde os anos 70, constituindo-se, portanto, um “evento sentinela” da qualidade da atenção médica (RUTSTEIN, 1976).

O conceito de óbitos evitáveis, ou *sentinel events*, foi proposto por Rutstein (1976), considerando que estas condições poderiam ser melhoradas por ações de saúde eficazes, constituindo *clear-cut*, índices da qualidade da assistência à saúde de uso imediato.

Neste contexto os comitês surgem como ferramenta primordial, uma vez que têm como principais objetivos estabelecer uma rede de vigilância dos óbitos infantis ocorridos nos municípios a partir da estratégia de “evento sentinela”, avaliar

e corrigir, quando necessário, a causa básica desses óbitos bem como identificar os fatores determinantes e propor intervenções através de medidas educativas e informativas visando à prevenção, promoção e reorganização da assistência à saúde (MATHIAS, 2009). A principal atribuição do comitê refere-se à investigação do óbito fetal e infantil para análise de evitabilidade e proposição de medidas preventivas.

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais de caráter eminentemente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais. Constituem-se como importante instrumento de avaliação da assistência de saúde, para subsidiar as políticas públicas e ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e redução da mortalidade (BRASIL, 2009).

O comitê tem como principal atribuição à investigação do óbito fetal e infantil para análise de evitabilidade e proposição de medidas preventivas. A investigação objetiva ainda, a coleta de informações para análise e avaliação de todos os aspectos envolvidos no óbito, propiciando a discussão dos comitês. O processo de investigação abrange o acesso aos prontuários médicos, ficha perinatal, cartão do pré-natal, prontuário familiar, visitas domiciliares e contempla dados mínimos para uma adequada compreensão das circunstâncias em que nasceu, viveu e morreu a criança (MINAS GERAIS, 2004).

A partir da investigação do óbito, surgirão informações primordiais sobre as oportunidades perdidas de se prestar adequada assistência às crianças que morrem, seja antes de nascimento ou após o nascimento, por causas evitáveis. Esse processo permitirá uma melhor compreensão dos determinantes socioeconômicos e relativos aos serviços de saúde. Em caso de falhas na assistência, em que pontos elas ocorreram e influenciaram a sequência de eventos desfavoráveis que resultaram na morte daquela criança (MINAS GERAIS, 2004).

A atuação do comitê deve buscar a melhoria das estatísticas vitais, com o objetivo de reduzir o sub-registro de nascidos vivos, de óbitos fetais e de óbitos infantis e qualificar o preenchimento da declaração de nascimento (DN) e declaração de óbito (DO), visando promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde (JORGE, 2007).

O comitê tem ainda, a função de promover a educação continuada dos profissionais de saúde, possibilitando discussões pertinentes sobre a situação da mortalidade fetal e infantil, a partir das investigações clínicas e epidemiológicas. O aprofundamento do tema pelos profissionais de saúde contribui na produção de material educativo e na elaboração de propostas de medidas de intervenção para redução dos óbitos fetais e infantis, promovendo a interlocução entre as diversas instituições públicas ou setores organizados da sociedade civil e buscando garantir a execução das medidas apontadas (MINAS GERAIS, 2004).

A estruturação de Comitês de Mortalidade Infantil é uma estratégia importante para a redução da mortalidade infantil no mundo, contribuindo para a identificação de fatores de risco e compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, e então possibilitar a definição das políticas de saúde voltadas à sua redução (BRASIL, 2009).

Quando ocorre um óbito infantil os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CPOIF) desenvolvem estudos de caso para investigar tal ocorrência. Esta proposta surgiu com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal lançado em março de 2004, no qual se constituiu uma prioridade do Ministério da Saúde e compromisso do governo federal. Entre as iniciativas governamentais para a redução da mortalidade infantil evitável, constantes no Pacto, definiu-se a estruturação e aprimoramento das atividades desenvolvidas pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil (MATHIAS, 2009).

Atualmente os comitês fazem parte dos sistemas nacionais de grande parte dos países desenvolvidos. No Brasil são conhecidas diversas iniciativas locais de estruturação de comitês, sejam por estados ou municípios, desenvolvidas, de acordo com suas peculiaridades, interesse e condição de operacionalização. Esta proposta do Ministério da Saúde foi construída considerando experiências

importantes de vigilância do óbito infantil no nível local (municipais e estaduais) e vem de encontro à necessidade de mobilização de todos os gestores e profissionais de saúde do país para a organização de um sistema de acompanhamento dos óbitos infantis e fetais com maior potencial de prevenção. Trata-se de uma proposta que pode servir de referência para os locais que ainda não operam a vigilância do óbito e ainda, apoiar as iniciativas já existentes (BRASIL, 2004).

O Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal foi regulamentado pela portaria Nº. 1.258, de 28 de junho de 2004, que instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, e dá outras providências (BRASIL, 2004a). A referida portaria delibera quanto à composição e atribuições do Comitê Nacional, atualizadas posteriormente em 2009, com a publicação do mais recente Manual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

De acordo com pesquisa realizada em 2007 pelo Ministério da Saúde cerca de 50% dos municípios brasileiros com população de 80.000 habitantes, ou mais, já têm comitês, com uma proporção maior nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2008). No Ceará, que possui 184 municípios, existem 46 Comitês de Prevenção de Óbito Infantil implantados e o Comitê Estadual (SESA 2010).

O Estado do Ceará publicou em 2008 a 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 e dá outras providências (CEARÁ, 2008).

As ações realizadas no Ceará, para conhecer os eventos ocorridos na trajetória das crianças que morreram antes de completarem um ano de idade, têm revelado significativas falhas na atenção à saúde das pessoas nos diversos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde, a fragilidade da gestão dos processos de integração do trabalho entre estes diferentes pontos de atendimento, no que se refere às decisões e ao manejo das situações que se apresentam (CAMPOS, 2004).

### 1.3.1 Investigação e vigilância do óbito infantil e fetal

A vigilância de óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida está sendo implementada em todo Brasil com objetivo geral em obter informações qualificadas para a decisão e ação. É um dos instrumentos para avaliação do serviço de saúde e condições de saúde da população a fim de orientar o gestor para tomada de decisões pertinentes (BRASIL, 2009).

A atribuição de investigação de óbitos infantis e maternos é de competência da gestão municipal, por meio da área de vigilância epidemiológica em conjunto com a Estratégia Saúde da Família. Busca-se elucidar as circunstâncias da ocorrência do óbito e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência a saúde para redução da mortalidade infantil e perinatal. Aos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, dentre o conjunto de suas atribuições, cabe estimular a investigação desses óbitos, propondo a qualificação das informações, principalmente referente à causa básica da morte (BRASIL, 2005).

A vigilância do óbito infantil vem sendo abordada em diversos estudos e tem evidenciado a precariedade do acesso e da qualidade das ações de saúde direcionadas à criança e a fragilidade na organização da rede dos serviços de saúde. A vigilância da morbi-mortalidade infantil é considerada uma das mais importantes intervenções na saúde infantil, na medida em que busca priorizar a atenção aos recém-nascidos de risco e faz com que sejam sugeridas investigações das mortes infantis pelas unidades básicas de saúde em suas respectivas áreas de abrangência (FORMIGLI *et al*, 1996). Os estudos epidemiológicos acerca do perfil da mortalidade infantil oferecem inúmeras vantagens, contribuindo para a compreensão das causas do óbito e entendimento dos seus fatores determinantes, permitindo uma abordagem mais acurada do ponto de vista clínico e ainda subsidiando a gestão e planejamento dos serviços de saúde (MALTA, 2007).

O Ministério da Saúde ampliou a investigação de óbitos fetais e de crianças com menos de um ano de idade, em todas as unidades públicas e privadas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), com a publicação da nº 72/GM do MS que estabelece a obrigatoriedade de vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a identificar os

fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis (BRASIL, 2010). Os objetivos são aprimorar a coleta e avaliação das informações que subsidiam a formulação e implementação de ações de saúde pública para evitar que mulheres percam seus filhos durante o parto, ou antes, que completem um ano de vida.

Problema grave a ser enfrentado no país é o sub-registro de óbitos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Dentre os vários fatores que contribuem para o sub-registro, citamos a omissão do registro do óbito em cartório, pela dificuldade de acesso, existência de cemitérios irregulares ou falta de informação da população sobre a importância da declaração de óbito, que compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição dos índices. Outro problema diz respeito à baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, representada pelo grande contingente de causas mal definidas – imprecisões na declaração da "causa da morte" – e campos não preenchidos, dificultando a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e conseqüentemente dificultando as ações de intervenção (BRASIL, 2004).

## ***OBJETIVOS***

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar a implantação e operacionalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no Estado do Ceará.

### **2.2 Específicos**

- Descrever as estratégias adotadas para a implantação dos comitês destacando os atores envolvidos e suas posições;
- Descrever ações utilizadas para a implementação dos comitês e aspectos relacionados à infra estrutura, recursos humanos, físicos e o funcionamento;
- Identificar as principais dificuldades que interferem no processo de implementação e operacionalização dos comitês;

***METODOLOGIA***

---

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, que pretende aproximar-se de uma realidade com a finalidade de conhecê-la (MINAYO; SANCHES, 1993).

Foi utilizada a triangulação de métodos. De acordo com Minayo *et al* (2005), em estudos quanti-qualitativos a proposta de uma abordagem por triangulação de métodos envolve a combinação e o cruzamento de diversos pontos de vista, visão de vários informantes e emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho da investigação.

A triangulação provoca um discurso científico interessante, que permite estabelecer uma investigação capaz de satisfazer a diversidade e a complexidade dos fenômenos em estudo, podendo também realçar os laços entre as teorias, a investigação e a prática nos diversos contextos e através de múltiplas concepções (BIDARRA, 2010). A dinâmica de investigação e de trabalho possibilitou a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores têm sobre os comitês.

##### **3.1.1 Descrição do passo a passo metodológico**

Realizou-se (1) análise diagnóstica situacional inicial; (2) avaliação da implantação e da implementação e (3) ao final, uma apreciação dos resultados, valorizando também o processo e as tendências (MINAYO, 2005).

Seguindo as etapas de operacionalização da triangulação de métodos de forma didática a pesquisa aconteceu em oito etapas:

- 1) formulação do objeto ou da pergunta referencial que vai guiar todo o processo;
- 2) elaboração dos indicadores;
- 3) a escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação;
- 4) adaptação dos instrumentos para a coleta primária e secundária das informações;
- 5) organização e a realização do trabalho de campo;
- 6) análise das informações coletadas;
- 7) elaboração das variáveis.

### **3.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado nos Municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Canindé, Itapipoca, Quixadá, Sobral, Tianguá, São Benedito, Viçosa do Ceará, Crateús, Camocim, Granja, Icó, Iguatu, Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte e no Comitê Estadual, localizado em Fortaleza, que desenvolvem atividades de investigação do óbito infantil e fetal, independente de formalização. O critério de escolha dos municípios selecionados foi os prioritários no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal, deliberados na resolução da comissão Intergestores Bipartite do Ceará (SESA 2009).

### **3.3 Período de realização**

A pesquisa foi realizada de janeiro de 2011 a agosto de 2012.

### **3.4 População e amostra**

Considerando as duas abordagens da pesquisa (quali-quantitativa), a população foi composta pelos membros dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Estadual e de municípios selecionados no Estado do Ceará.

Fez parte da amostra um membro de cada Comitê Municipal e/ou Regional de Prevenção do óbito infantil e fetal em funcionamento nos 18 municípios prioritários para redução da mortalidade infantil do Estado do Ceará e duas representantes do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do Estado do Ceará, a atual coordenadora do núcleo de saúde da criança e a coordenadora quando do início do processo de implantação.

A amostra do tipo não-probabilística intencional teve como critérios de inclusão para seleção do informante chave a pessoa que participa do comitê, com experiência na investigação de óbito e/ou representante da equipe de vigilância epidemiológica de óbitos estadual / regional / municipal.

As estratégias de coleta e análise de dados asseguraram a liberdade dos sujeitos de participar ou não da pesquisa. O direito a confidencialidade e privacidade, e o direito a informação de modo a garantir a proteção à imagem e auto-estima. O princípio da autonomia foi considerado mediante o esclarecimento aos participantes do estudo de que sua participação seria voluntária, sendo que poderiam a qualquer momento se negar a participar da pesquisa.

### **3.5 Instrumentos de obtenção de dados**

Para a análise quantitativa foi realizado um primeiro momento de revisão documental e levantamento das informações sobre os comitês existentes e os documentos normativos referentes, pesquisados junto à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, no qual utilizou-se um *check list* para sistematização das informações coletadas.

No segundo momento aplicou-se um questionário nos municípios e coordenadorias regionais de saúde onde existem comitês, utilizando abordagem pessoal para realização de entrevista semi-estruturada com os atores identificados na etapa anterior. Inicialmente, fez-se um teste piloto para conhecer a aplicabilidade e validar as entrevistas destinadas aos profissionais e os questionários a serem aplicados. Considerou-se comitê implantado ou em funcionamento, quando por ocasião da pesquisa se declare sua existência e o desenvolvimento de atividades de investigação dos óbitos, independente da formalização dos mesmos, tendo como referência dados fornecidos pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará.

O questionário foi formulado com perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha, dividido em três blocos: o primeiro com dados sobre caracterização do entrevistado, buscando traçar o perfil do membro do comitê; o segundo com dados sobre implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: período de início das atividades dos comitês, infra-estrutura, documentos de formalização, rotina, composição dos comitês, ações desencadeadas pelos comitês visando à redução da mortalidade infantil e as principais dificuldades encontradas nesse processo. O terceiro bloco com dados sobre a vigilância do óbito infantil e fetal, informações sobre a investigação, instrumentos, equipe, fluxo e mecanismos de investigação do óbito infantil.

Para análise qualitativa foi utilizado o mesmo questionário da abordagem quantitativa, seguindo um roteiro de entrevista a partir das perguntas abertas em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, registradas em gravador e transcritas na íntegra, de forma a recuperar a integralidade dos relatos. Com base na transcrição, essas se tornaram documento e base de dados para a análise.

Diante dos diferentes instrumentos de coleta de dados, as informações foram analisadas por meio de estatística (dados quantitativos) e pela técnica de análise de conteúdo temática (dados qualitativos), de acordo com os pressupostos de Bardin (2010).

### **3.6 Processo de organização e análise dos dados**

#### **3.6.1 Análise quantitativa**

As respostas às perguntas fechadas do questionário foram tabuladas e tratadas de forma quantitativa, utilizando o Epi Info 2002, com dupla digitação para comparação e análise de associação entre as variáveis da pesquisa, possibilitando a discussão com o apoio de recursos estatísticos, para identificar padrões de comportamento e tendências.

Selecionaram-se os dados, certificando de que os mesmos estivessem completos e coerentes, o que permitiu uma descrição completa, detalhada e consistente, com o proposto no referencial teórico da pesquisa. Uma parte da análise estratégica foi baseada na pesquisa secundária, por meio de documentos, portarias, resoluções, livros de atas, registro de reuniões, ofícios, memorandos que registrassem a existência do comitê no município pesquisado. Para tratamento das respostas dos formulários, foi realizada uma verificação da adequação das respostas no que diz respeito à coerência, eliminando aquelas que não estivessem adequadas. Em seguida, as perguntas foram agrupadas de acordo com as variáveis necessárias à validação.

#### **3.6.2 Análise qualitativa**

Na abordagem qualitativa Minayo (2005) refere que devem ser separadas as diferentes modalidades dos instrumentos aplicados e dos documentos institucionais recolhidos, procedendo-se a uma leitura dinâmica, de que vai do campo para as categorias analíticas, estabelecendo as bases compreensivas da unidade-reflexiva, que é o objeto ou a pergunta inicial.

Aplicou-se ainda a Técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados.

A primeira etapa, referente à leitura flutuante consistiu num primeiro contato com as falas dos entrevistados, sendo que nesta altura segundo Bardin (2010) o investigador deixa-se invadir por impressões e orientações. Foi realizada a transcrição da gravação das entrevistas e, após isto, a leitura exaustiva do material. Buscou-se uma compreensão global, na qual se privilegiou não apenas o conteúdo, como também sua lógica. Procedeu-se a organização do material em colunas, onde foram anotadas e destacadas as semelhanças e contrastes, fazendo uso de marcador, para sublinhar as semelhanças utilizando a mesma cor.

Na etapa seguinte, os dados brutos foram codificados e transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitiram uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010). A codificação elencou unidades de registro e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância. Utilizou-se frases como unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem.

Os resultados foram discutidos com a literatura referente à temática. Para garantir o anonimato dos entrevistados, foram codificados com a letra M, seguida de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados.

A etapa seguinte consistiu na elaboração das categorias, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem). No estabelecimento das categorias foi considerado o preconizado por Bardin (2010), Silva e Pinto (1986) acerca dos princípios a seguir: de exaustividade (todo o conteúdo deve ser integralmente incluído nas categorias consideradas, sendo possível, no entanto e de acordo com os objetivos, não considerar alguns aspectos do conteúdo); de exclusividade (os mesmos elementos devem pertencer a uma e não a várias categorias); de objetividade (as características de cada categoria devem ser explicadas sem ambiguidade e de forma suficientemente clara de modo a que diferentes codificadores classifiquem os diversos elementos, que selecionaram dos

conteúdos em análise, nessas mesmas categorias); de pertinência (devem manter estreita relação com os objetivos e com o conteúdo que está a ser classificado).

No que diz respeito à coleta de dados, na triangulação dos métodos buscou-se superar as limitações encontradas, considerando que as informações coletadas, para embasar a pesquisa, foram retiradas de diferentes fontes e confrontadas e instrumentos, o que permitiu checar sua consistência. Por último, procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

### **3.7 Aspectos éticos**

Os aspectos éticos da pesquisa foram delineados de acordo com as exigências formais da resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UECE), sob parecer nº. 100.109. Foi solicitada aos entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantida a preservação e a privacidade, por meio de anonimato e ainda o caráter confidencial das informações, respeitando os princípios éticos.

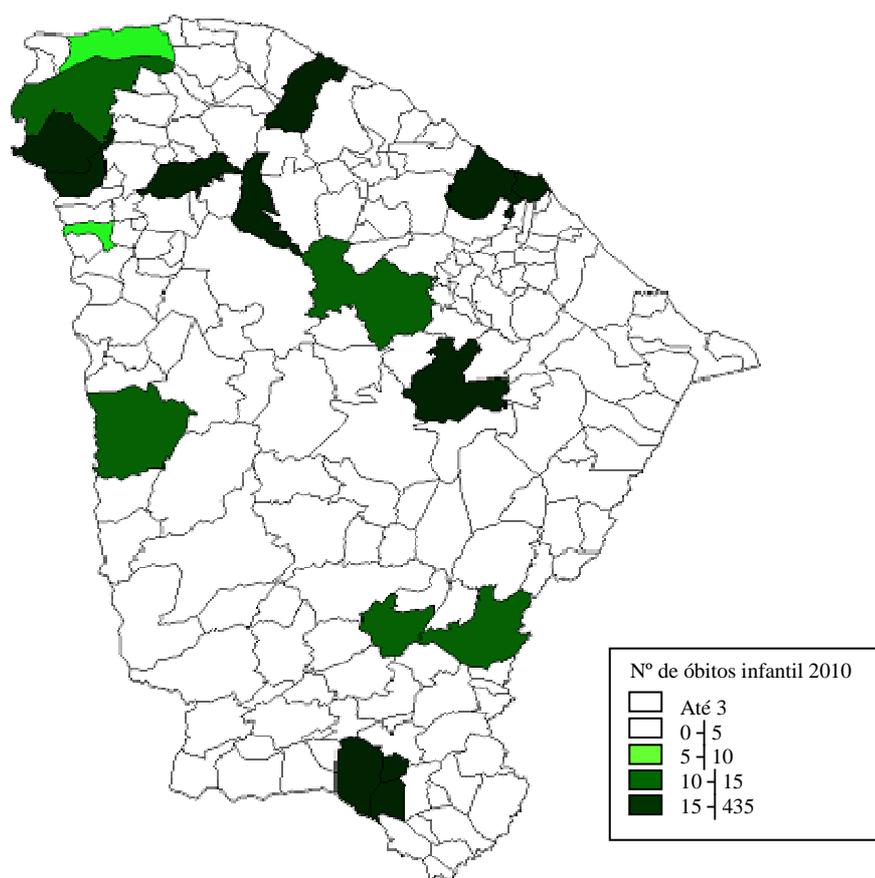
# ***RESULTADOS***

---

## 4 RESULTADOS

### 4.1 O que os números evidenciam

Durante o período de estudo, 18 Secretarias Municipais e a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará foram visitadas pela pesquisadora, para a coleta das informações sobre os comitês de prevenção da mortalidade infantil. No total foram entrevistados 18 técnicos de municípios e regionais de saúde e duas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde.



**FIGURA 1** – Número de óbitos nos municípios prioritários para redução da mortalidade materna e infantil, Ceará, 2012

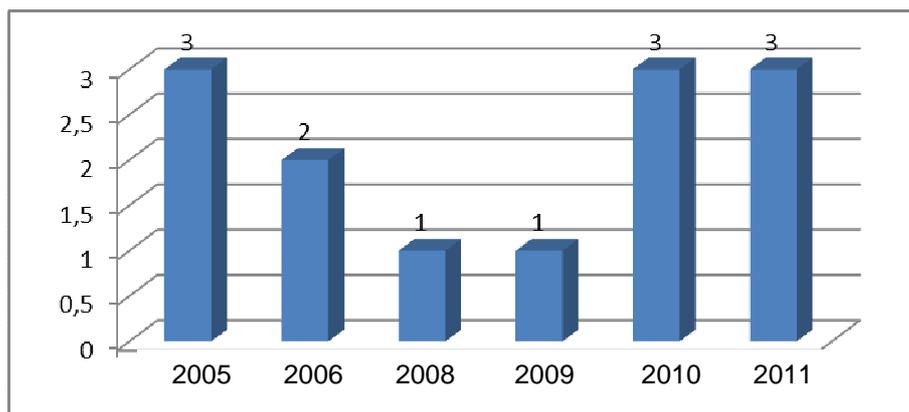
No ano de 2010, dos 18 municípios prioritários, dois municípios (Camocim e São Benedito) registraram entre cinco e 10 óbitos, cinco municípios (Crateús, Granja, Icó, Iguatu e Quixadá) registraram entre 10 e 15 óbitos e 11 (Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Canindé, Itapipoca, Sobral, Tianguá, Viçosa do Ceará, Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte) registraram entre 15 e 435 óbitos, concentrando mais de 50% dos óbitos infantis de todo o Ceará.

Variável	nº.	%	Período (ano)					
			2005	2006	2008	2009	2010	2011
<b>Comitês implantados</b>								
Sim	17	94,0						
Não	01	6,0						
<b>Comitê oficializados</b>								
Sim	13	72,0	3	2	1	1	3	3
Não	04	28,0	0	0	0	0	0	0

**TABELA 1** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da mortalidade infantil em funcionamento e oficializados por ano, Ceará, 2012.

Com relação à variável referente aos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal implantados nos municípios prioritários para redução da mortalidade infantil no Estado do Ceará, a tabela mostra que 17 (94%) possuem comitê implantado, apenas o município de Icó não implantou.

De acordo com a variável comitês oficializados, verificou-se que, dos 17 comitês implantados 13(72%) estão formalizados, com registros oficiais de implantação a partir do ano de 2005. Apenas 04(28%) comitês não se encontram oficializados.



**FIGURA 2** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal formalizados por ano, Ceará, 2012.

Observou-se que após a implantação dos manuais direcionados ao funcionamento dos comitês de óbito infantil, publicados pelo Ministério da Saúde, respectivamente nos anos de 2004 e 2009, registrou-se um incremento na implantação dos mesmos. Os anos de 2005, 2010 e 2011 registraram os maiores picos de comitês implantados, três em cada ano. Dois foram implantados em 2006, um no ano de 2008 e um em 2009.

Variável	nº.	%
<b>Portaria</b>		
Sim	13	100,0
Não	0	0,0
<b>Resolução</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
<b>Regimento</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0

**TABELA 2** – Documentos de formalização dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da mortalidade infantil, Ceará, 2012.

Com relação aos documentos de formalização, os 13 comitês oficializados registraram que suas atividades foram regulamentadas através de portaria da Secretaria Municipal de Saúde, variável que representa 100% dentre as descritas. Nenhum possui regimento ou emite resoluções.

Variável	nº.	%
<b>Oficina de trabalho</b>		
<b>Sim</b>	0	0,0
<b>Não</b>	0	0,0
<b>Seminário</b>		
<b>Sim</b>	1	6,0
<b>Não</b>	0	0,0
<b>Reunião para sensibilização</b>		
<b>Sim</b>	13	76,0
<b>Não</b>	0	0,0
<b>Outros</b>		
<b>Sim</b>	3	18,0
<b>Não</b>	0	0,0

**TABELA 3** – Estratégias para a estruturação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil, Ceará, 2012.

Os comitês implantados utilizaram como estratégia para sua estruturação reuniões de sensibilização em sua maioria 13(76%), apenas um, o comitê do município de Fortaleza realizou seminário de implantação, e 3(18%) utilizaram outros meios.

Variável	nº.	%	Periodicidade							
			Mensal		Bimestral		Trimestral		Outros	
			nº.	%	nº.	%	nº.	%	nº.	%
<b>Cronograma de reuniões</b>										
Sim	05	29,0	04	24,0	01	6,0	0	0,0	0	0,0
Não	12	71,0	0	0,0	0	0,00	0	0,0	12	70,0

**TABELA 4** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil (nº e %) com cronograma de reuniões elaborado por periodicidade, Ceará, 2012.

O planejamento para realização de reuniões foi constatado em 5(29%) comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, que possuem cronograma elaborado anualmente com as datas previstas. Os demais, 12(71%) comitês não elaboram cronograma de reuniões.

A periodicidade das reuniões é mensal, evidenciada em 4(24%) comitês. Apenas um comitê se reúne a cada dois meses, e 12(70%) não seguem periodicidade regular, reunindo-se de acordo com a necessidade, a depender da ocorrência de óbitos infantis.

Variável	nº.	%
<b>Utilização de ata</b>		
Sim	17	100,0
Não	0	0,0
<b>Lista de frequência</b>		
Sim	17	100,0
Não	0	0,0
<b>Livro de registro</b>		
Sim	17	100,0
Não	0	0,0
<b>Outro</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0

**TABELA 5** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil segundo registro oficial de reuniões realizadas por modalidade, Ceará, 2012.

Todos os comitês referem à existência de registro oficial, através de elaboração de ata para suas reuniões. As atas são elaboradas após a ocorrência das reuniões e na abertura da reunião seguinte são lidas e aprovadas.

Os documentos alternativos, usados para registrar as reuniões realizadas por 100% dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, apontam para a utilização de lista de frequência e livro de registro, equivalente ao livro de ata.

Variável	nº.	%
<b>Utilização do manual</b>		
Não	08	47,0
Sim, na íntegra	04	24,0
Sim, com adequações locais	05	29,0

**TABELA 6** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que utilizam o novo Manual do Ministério da Saúde, Ceará, 2012.

O novo Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal publicado pelo Ministério da Saúde em 2009 não é utilizado por 8(47%) comitês, 4(24%) utilizam na íntegra e 5(29%) utilizam com adequações locais.

Variável	nº.	%
<b>Tempo para o acesso às informações sobre o óbito</b>		
Uma semana	0	0,0
15 dias	0	0,0
1 mês	02	12,0
Mais de um mês	15	88,0

**TABELA 7** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil segundo periodicidade de acesso às informações sobre o óbito, Ceará, 2012.

O período de tempo decorrido entre a data do óbito e o acesso pelos comitês às informações sobre o óbito equivale a mais de um mês em 15(88%) comitês e 2(12%) relatam em torno de um mês.

A maior dificuldade para o cumprimento dos prazos é justificada pela demora das instituições notificantes do óbito na alimentação do sistema de informação. Os comitês utilizam tanto as fichas padronizadas para investigação do óbito infantil e fetal do Ministério da Saúde, como também outros documentos são utilizados na investigação. Utiliza ainda, prontuário hospitalar e ambulatorial, ficha da gestante, cartão da criança e gestante, formulário de entrevista domiciliar, declarações de nascidos vivos e óbito, fichas de atendimento, receitas médicas e laudos de necropsia. Foram citados outros documentos, como os relatórios da central de regulação, guia de sepultamento e listagem dos cartórios.

Entre os documentos que os comitês têm dificuldade de acesso para realizar a investigação do óbito sobre o óbito infantil e fetal registram-se: prontuário hospitalar, fichas de encaminhamento e laudos de necropsia. Os demais não foram citados.

Variável	nº.	%
<b>Utilizam critérios de evitabilidade</b>		
Sim	11	65,0
Não	06	35,0

**TABELA 8** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que classificam os óbitos investigados segundo critérios de evitabilidade, Ceará, 2012.

Nos municípios prioritários 11(65%) comitês classificam os óbitos investigados segundo critérios de evitabilidade e 6(35%) não utilizam critérios de evitabilidade para classificar os óbitos analisados. Os óbitos são analisados segundo o critério de evitabilidade de Wiglesworth, que relaciona cada ocorrência com possíveis falhas na assistência perinatal e ainda, segundo critério da Fundação SEADE.

Variável	nº.	%
<b>Realizam correção da causa básica do óbito no SIM</b>		
Sim	17	100,0
Não	0	0

**TABELA 9** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que realizam a correção da causa básica no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Ceará, 2012.

Os comitês municipais realizam a correção da causa básica do óbito no sistema de informação de mortalidade em sua totalidade (100%) e posteriormente encaminham para o comitê estadual.

Variável	nº.	%
<b>Tem prazo para concluir a investigação do óbito</b>		
Sim	17	100,0
Não	0	0,0

**TABELA 10** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que determinam prazo para concluir a investigação do óbito infantil e fetal, Ceará, 2012.

O estudo evidenciou que, todos os comitês municipais (100%) estabelecem prazo para concluir a investigação do óbito infantil. Os comitês de prevenção de óbito infantil e fetal, especificamente através das equipes de vigilância epidemiológica, área responsável pela investigação do óbito infantil e fetal, seguem as determinações do Ministério da Saúde, que estabeleceu prazos para informar o óbito infantil ou fetal e realizar a investigação.

Variável	nº.	%
<b>Dispõem de recursos humanos</b>		
Sim	02	12,0
Não	15	88,0
<b>Dispõem de recursos financeiros</b>		
Sim	0	0,0
Não	17	100,0

**TABELA 11** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que dispõem de recursos humanos e financeiros para funcionamento, Ceará, 2012.

Há recursos humanos disponíveis e exclusivos para operacionalização das ações em apenas 02(12%), que são os comitês dos municípios de Fortaleza e Sobral. A maior parte que corresponde a 15(88%) comitês, não dispõe de recursos humanos exclusivos para as ações desenvolvidas.

No aspecto de disponibilização de recursos financeiros, para operacionalização das ações, os comitês municipais não dispõem de receitas próprias para funcionamento. As unidades orçamentárias de custeio dos comitês são as Secretarias Municipais de Saúde.

Variável	nº.	%
<b>Enviam relatórios periódicos</b>		
Sim	11	65,0
Não	06	35,0

**TABELA 12** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil que enviam relatórios periódicos para os Comitês Regionais/Estadual e Ministério da Saúde, Ceará, 2012.

O envio de relatórios periódicos é realizado pela maioria dos comitês 11(65%), obedecendo ao fluxo estadual, que preconiza que os mesmos devem ser enviados às Coordenadorias Regionais de Saúde, destas para a Secretaria Estadual e finalmente ao Ministério da Saúde. Registra-se que 06(35%) não enviam relatórios periódicos.

Variável	nº.	%
<b>Sala própria</b>		
Sim	01	6,0
Não	0	0,0
<b>Sala compartilhada</b>		
Sim	16	94,0
Não	0	0,0
<b>Computador</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
<b>Gravador</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
<b>Kit multimídia</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
<b>Outro</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0

**TABELA 13** – Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil segundo infra-estrutura física e equipamentos para funcionamento, Ceará, 2012.

Quanto à estrutura física, constatou-se a existência de sala própria em apenas um comitê (6%), no município de Fortaleza. Os demais, 16 comitês funcionam em sala compartilhada, ora com a coordenação municipal da vigilância epidemiológica, ora com a coordenação da atenção básica. Quanto à disponibilização de equipamentos para uso exclusivo dos comitês municipais, tais como computador, gravador e kit multimídia, além de outros, como impressora e transporte não foram citados.

Variável	nº.	%
<b>Dispõem de equipes técnicas responsáveis pela vigilância do óbito</b>		
Sim	18	100,0
Não	0	0,0

**TABELA 14** – Municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil (nº e %) que dispõem de equipes técnicas responsáveis pela vigilância do óbito infantil e fetal na Secretaria Municipal de Saúde, Ceará, 2012.

De acordo com os resultados obtidos, todos os municípios prioritários (100%) dispõem de equipes técnicas de vigilância do óbito infantil e fetal. Os municípios prioritários possuem suas equipes regularizadas por portaria e realizando as ações de vigilância em saúde, e realiza a vigilância do óbito infantil e fetal. Portanto os municípios prioritários para redução da mortalidade infantil no Ceará, efetivamente possuem equipes de vigilância epidemiológica.

Variável	nº.	%
<b>Reuniões</b>		
Sim	14	82,0
Não	0	0,0
<b>Boletim</b>		
Sim	02	12,0
Não	0	0,0
<b>Relatório</b>		
Sim	01	6,0
Não	0	0,0
<b>Seminários</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
<b>Debates</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
<b>Audiência pública</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
<b>Outro</b>		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0

**TABELA 15** – Estratégias de divulgação dos dados obtidos pelos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (nº e %) nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil, 2012.

Para divulgação das ações do comitê foram citadas, em sua maior parte 14 (82%) realizam reuniões, 02 (12%) elaboram boletins, apenas um, o município de Fortaleza utiliza (6%) relatórios. Quanto à promoção de seminários, debates e audiências públicas não foram mencionados.

Variável	nº.	%
<b>Desenvolvem a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal</b>		
Sim	18	100,0
Não	0	0,0

**TABELA 16** – Secretarias de Saúde (nº e %) que desenvolvem a vigilância epidemiológica do óbito infantil e fetal nos municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil, Ceará, 2012A tabela 16 mostra que os municípios prioritários para redução da Mortalidade Infantil (100%) obedecem à atribuição do município de desenvolver a vigilância epidemiológica de óbitos infantis e fetais.

#### 4.2 O olhar dos atores municipais

Entre os 19 participantes do estudo, 17 são do sexo feminino, sendo 13 enfermeiras, uma administradora, uma farmacêutica, uma fisioterapeuta e uma dentista. Os dois representantes do sexo masculino são enfermeiros.

Neste estudo, conforme já mencionado, a identificação das falas das entrevistas foi feita de acordo com a função que determinou a inclusão dos participantes no estudo, que seriam profissionais envolvidos com a investigação do óbito infantil e fetal. Os entrevistados foram selecionados escolhidos por participarem do comitê, com experiência na investigação de óbito e/ou representante da equipe de vigilância epidemiológica de óbitos estadual / regional / municipal.

Foi realizada a transcrição da gravação da fala dos entrevistados e, após isto, a leitura do material buscando uma compreensão global, na qual se privilegiou não apenas o conteúdo, como também sua lógica.

Apresentam-se em seguida, os dados obtidos através da análise de conteúdo das 19 entrevistas realizadas aos membros dos comitês (M). Desenvolveu-se também um texto narrativo bem como, trechos das entrevistas.

Segue-se uma análise individual de cada um dos temas abordados e respectivas categorias, de acordo com análise de Conteúdo de Bardin, detalhada anteriormente na metodologia. A análise de conteúdo realizada fez sobressair as seguintes áreas temáticas:

#### 4.2.1 Sistematização das categorias:

1. Estratégias de implantação.
2. Dificuldades e facilidades de implementação.
3. Representação dos comitês.
4. Sistemática de operacionalização.
5. Vigilância do óbito.

### **ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO**

As estratégias utilizadas para implantação dos comitês foram centradas em reuniões de sensibilização, para garantir o envolvimento e comprometimento efetivo dos membros, não só dos membros que deveriam compor o comitê, como também foram citados por alguns, a participação da equipe da atenção básica, profissionais das equipes de saúde da família e dos NASFs.

[...] Realizamos reuniões de sensibilização e oficina sobre a importância do comitê, e participamos de seminário sobre investigação do óbito infantil e fetal. Os profissionais do PSF foram convidados (M6).

A participação da gestão como desencadeadora do processo de implantação dos comitês foi evidenciada por vários membros. Registrou-se a iniciativa de estimular a implantação dos comitês municipais assumida pela instância regional, através das Coordenadorias Regionais de Saúde, instâncias representativas da Secretaria Estadual de Saúde no espaço regional.

[...] Houve a distribuição de carta convite para as entidades. Buscamos contato individual com os profissionais pré-selecionados pela gestão, tipo médicos. A decisão da gestora, com a publicação de portaria considero muito importante (M1).

[...] A regional sempre se disponibiliza e participa de todas as reuniões. A cobrança da regional nos impulsionou (M11).

A coordenação da vigilância epidemiológica aparece como centro decisório no processo de implantação dos comitês.

[...] Através da articulação da coordenação da vigilância epidemiológica, junto ao secretário municipal de saúde, que foi sensível à causa, conseguimos (M7).

[...] A equipe de vigilância identificou os profissionais dos diversos serviços, encaminhou o convite para começarmos o comitê (M5).

## **DIFICULDADES E FACILIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO**

Quanto às dificuldades para implementação dos comitês, destaca-se desde a impossibilidade em compor equipes, como falta de apoio dos gestores, e a pouca adesão dos profissionais.

[...] Baixa adesão dos participantes. Pouca dedicação, comprometimento e abnegação de profissionais. A rotatividade dos profissionais e membros pelas instituições dificulta (M17).

[...] Falta clareza do papel de cada um, sejam cidadãos ou profissionais. Só existe comitê no papel, vontade de funcionar, não existe (M9).

Soma-se a falta de estrutura material e administrativa (sala, computadores, internet, recursos humanos, transporte), atividades conduzidas por iniciativas isoladas de pessoas ou grupos, sem respaldo dos níveis superiores de hierarquia, ações não contempladas nas instâncias de planejamento, desmotivação e baixa responsabilização dos protagonistas são os principais fatores que caracterizam uma não formalização dos CPMIF, com base nas falas analisadas.

[...] Falta de incentivo financeiro para manutenção do comitê, daí deixamos até de investigar óbito por falta de transporte. Às vezes não fazemos relatórios por falta de condições, como tinta para imprimir (M2).

[...] Tal condição dessa estratégia de enfrentamento da mortalidade infantil mostra como podem ser frágeis as ações concretas institucionais, ainda que a TMI venha diminuindo ao longo dos anos, temos que atuar nas causas neonatais (M15).

[...] Precisamos de mais cursos para formar o comitê. Reuniões, ninguém nunca tem tempo, só quando a regional cobra. Pouca participação dos técnicos envolvidos no processo (M4).

Um aspecto constante em todas as entrevistas demandou da dificuldade para envolver o profissional médico nos comitês.

[...] Escolha dos componentes, principalmente os médicos. Não contamos com pediatras na região, daí fica difícil. Os médicos sempre faltam às reuniões (M13).

De forma preponderante os diversos atores responsabilizam a gestão, desde o nível municipal ao federal pela não oficialização do comitê.

[...] Falta vontade política. Descompromisso com as políticas públicas. Falta incentivo do Estado e Ministério da Saúde. Falta de apoio institucional. Não há estímulo pelas autoridades competentes a atuarem sobre o problema, tomando as devidas medidas (M6).

Outro fator mencionado foi à dificuldade de formalizar dois comitês, o materno em separado do infantil.

[...] Se já é difícil reunir o materno-infantil, imagine reunir os dois todo mês (M14).

[...] Prá mim é mais fácil manter um do que dois. Juntando o materno ao infantil otimizamos tempo, recursos humanos (M10).

Um entrevistado relatou que não houve dificuldades no processo.

## **REPRESENTAÇÃO DOS COMITÊS**

Os comitês municipais apresentam em sua composição, Instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional.

[...] Nem todos os componentes participam, principalmente os médicos. Procuramos seguir a composição do estado (M3).

A composição dos comitês varia de acordo com as características e peculiaridades locais, em termos da organização e entidades existentes.

Destaca-se a dificuldade de inserção das entidades da sociedade civil organizada de outros segmentos, que não são instituições de saúde.

[...] Os da área da saúde não querem participar, imagine quem não é da área. Eles não vêm, diz que não dá em nada (M15).

A participação da sociedade como representante no comitê é primordial, no sentido de fortalecer o papel do controle social nesse processo, de forma a garantir a continuidade das ações.

[...] Bom seria se a sociedade se envolvesse mais com a questão (M6).

Os membros dos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil devem representar as instituições ligadas ao atendimento da criança, além de técnicos capazes de desempenhar as funções previamente definidas.

[...] A composição obedece mais ou menos a sugestão da SESA (M8).

[...] No comitê tem representação de conselhos de classe, da sociedade civil organizada (M7).

Profissionais de saúde, técnicos da Vigilância Epidemiológica, gestores e representantes de universidades e movimentos sociais participam na composição dos comitês municipais cearenses.

[...] A grande parcela de representantes é formada por profissionais de saúde (M13).

## **SISTEMÁTICA DE OPERACIONALIZAÇÃO**

A discussão e análise dos óbitos incluem a construção de um resumo de cada caso, a leitura coletiva e a discussão interdisciplinar, confrontando as diferentes compreensões e perspectivas dos envolvidos.

Nas reuniões são realizadas as leituras do caso, identificando as múltiplas facetas identificadas na investigação.

[...] Iniciamos a leitura de cada ficha, documentos relacionados ao óbito. Seguimos um *check list* (M8).

O processo de discussão ocorre nas secretarias executivas, no caso de Fortaleza, e nos demais municípios na secretaria municipal de saúde, com os agentes comunitários de saúde, os profissionais da atenção primária (médicos e enfermeiros), técnicos da vigilância epidemiológica e atenção primária e os gestores.

[...] Desde o PSF já começamos a discussão em equipe. Para esclarecer os fatos envolvemos todos os técnicos, do PSF, hospital e vigilância (M14).

Os aspectos enfatizados na discussão são as causas do óbito, sua evitabilidade e medidas de intervenção para evitar eventos futuros. A discussão gera conclusões e recomendações. O prazo para conclusão da investigação é de cerca de 60 dias.

Todos os entrevistados mencionaram a investigação do óbito infantil como a mais importante atribuição do comitê, configurando-se como estratégia que pode contribuir para a adoção de medidas de prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

[...] Investigar e identificar as causas evitáveis de óbitos infantis (M17).

Dentre outras atribuições foram citadas: a identificação dos fatores de risco e proposição de medidas para melhoria da qualidade da assistência à saúde, e redução da mortalidade perinatal e infantil.

[...] Nos promovemos à discussão dos casos, analisando como prevenir a morte de crianças. Implantar ações educativas e sensibilizadoras. Priorizar um trabalho preventivo, com enfoque na educação continuada dos profissionais, na gestão e na integração entre serviços de saúde (M5).

[...] Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos e as medidas realizadas de intervenção para a redução da mortalidade infantil (M2).

Os atores consideraram a precisão e disseminação das informações sobre mortalidade como fundamental para a definição e planejamento das ações de saúde.

[...] O comitê deve retroalimentar os dados. Contribui para a melhoria da informação. O mais importante é divulgar e socializar as informações (M4).

[...] Promover a sensibilização e divulgação sobre a mortalidade infantil e fetal (M10).

As medidas de prevenção e intervenção sugeridas para a evitabilidade de futuros óbitos infantis decorrem da necessidade de medidas de promoção da saúde e prevenção primária prioritariamente as de suporte social e de atenção à saúde (ambulatorial e hospitalar) materna e infantil.

[...] Sugerimos que os municípios invistam na intersetorialidade, criando programas e projetos na área social (M17).

[...] Ações de promoção à saúde materna e infantil quase não existem. É tão difícil trabalhar de forma integrada com outras secretarias importantes, como educação e ação social (M6).

Por outro lado, reduziram as recomendações relacionadas à atenção durante a realização do pré-natal e a atenção hospitalar materna e infantil. A classificação da evitabilidade do óbito contribui identificando fatores determinantes e aspectos relacionados à evitabilidade, propondo ações para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e para prevenção de novas ocorrências.

[...] Nossas recomendações nem sempre são valorizadas ou aproveitadas, principalmente aqueles que sugerem melhorias nas unidades hospitalares que realizam parto (M4).

[...] Percebemos que muito das falhas acontecem no pré-natal. Os fatores como educação, acesso ao alimento e emprego implicam no aumento dos óbitos infantis (M13).

A etapa final do processo de trabalho do comitê é a elaboração de recomendações, que são provenientes da consolidação e análise das informações sobre os óbitos ocorridos. A partir daí surge o entendimento da importância de sugerir intervenções na situação de saúde e a proposição de ações preventivas. Isto deve ser conduzido de forma institucionalizada e continuada, norteando o monitoramento de casos e elaboração de indicadores de assistência e plano de ação, que contribua na para redução das mortes evitáveis. Todos os representantes citaram que os respectivos comitês sugerem recomendações encaminhadas às autoridades responsáveis (gestores de saúde, diretores de hospitais e de serviços de saúde). São apontadas medidas de prevenção de novas ocorrências (óbitos fetais e infantis potencialmente evitáveis) e medidas de intervenção para reorganização da assistência de saúde. .

[...] Nós construímos plano de ação municipal com recomendações. Enviamos relatório com recomendações por nível de assistência: atenção básica e hospitais (M9).

[...] Fazemos sugestões para melhorar a assistência pré-natal, o parto e o cuidados com o recém nascido, e as causas que levaram à morte (M16).

Concluída a investigação dos casos de óbitos, os comitês municipais registram a real causa de óbito em folha anexa à DO encaminhando ao comitê estadual que faz a retroalimentação às vigilâncias epidemiológicas municipais. A vigilância epidemiológica municipal corrige os dados do SIM, com o cuidado de não causar duplicidade de registro. Este procedimento é de fundamental importância tanto para a correção da subnotificação de óbitos, como para a qualificação das informações sobre os óbitos já previamente constantes no SIM, como a causa básica, real endereço de residência, peso ao nascer, entre outras.

[...] Encaminhamos recomendações para alteração de dados no SIM e no SINASC, problemas que detectamos nos diversos momentos da assistência, principalmente os da assistência ao parto (M2).

Finalmente, as informações e recomendações de intervenção são encaminhadas para os gestores em todos os níveis. A divulgação dos resultados para as mais diversas entidades (universidades, sociedades científicas, conselhos de saúde) através de boletins e outros tipos de mídia, é de responsabilidade da vigilância epidemiológica municipal.

[...] As recomendações são com vistas à maior integração dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária). A partir dos problemas identificados direcionamos as recomendações (M7).

[...] Recomendamos priorizar a investigação dos óbitos fetais, que vêm aumentando (M11).

As informações sobre as investigações de óbitos infantis seguem o preconizado pelo Ministério da Saúde, que estabelece a obrigatoriedade da vigilância dos óbitos fetais e de crianças com menos de um ano de idade feita pelos estados e municípios e exige maior detalhamento durante a investigação das mortes de bebês.

[...] Seguimos o fluxo estabelecido pelo Ministério (M3).

[...] A investigação é muito complexa, muitas fichas e poucas pessoas comprometidas com a precisão das informações (M7).

Os entrevistados referem que, através do fluxo padrão pode-se aprimorar a coleta e avaliação das informações que subsidiam a formulação e implementação de ações de saúde.

[...] O fluxo padrão é muito importante, facilita nosso trabalho (M12).

Os comitês obedecem a ficha IF5 - Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações do Ministério da Saúde.

## **VIGILÂNCIA DO ÓBITO**

A maioria dos atores relatou a realização de eventos ou capacitações direcionados à vigilância do óbito, sendo que, a maior parte cita a Secretaria da Saúde do Estado como instituição promotora. Alguns realizaram capacitações por iniciativa municipal, e apenas um citou evento realizado pelo Ministério da Saúde. Mesmo ao citar o ente estadual como maior realizador de tais eventos/capacitações, os entrevistados afirmam que ainda são poucas as oportunidades de capacitação, diante da necessidade.

[...] É preciso mais capacitações, o tema é pouco priorizado, dado a importância de implantar o comitê infantil (M5).

[...] A gente acaba de capacitar os profissionais daí eles já não estão mais naquela função, estamos continuamente re-começando... é difícil (M6).

[...] Em 2011 a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, solicitou das coordenadorias regionais a discussão e avaliação do manual de investigação do óbito infantil e fetal juntamente com os técnicos municipais (M15).

A avaliação realizada pela SESA junto às regionais que abrangem os municípios prioritários registrou que cinco avaliaram o manual de investigação do óbito infantil.

[...] Periodicamente a SESA realiza diagnóstico e faz reuniões nas sedes das regionais, o foco é o óbito infantil. Houve mais incentivo ao comitê de mortalidade materna, no infantil avançamos pouco (M1).

Os representantes relatam a utilização dos instrumentos para classificação da evitabilidade do óbito: a lista de óbitos evitáveis – Fundação SEADE, a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS, demais causas (não claramente evitáveis) e Classificação de Wigglesworth Expandida.

[...] São utilizadas as fichas sugeridas pelo Manual do Ministério. Sempre consultamos as normas do Ministério (M6).

Quanto aos critérios de evitabilidade do óbito infantil e fetal, ao término da investigação, a equipe de vigilância de óbitos promove discussões com os profissionais envolvidos na assistência da criança (atenção básica, atenção especializada, urgência, sistema de transporte, atenção hospitalar) para análise ampla de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito.

[...] Levamos a discussão para o PSF e para o hospital, para aprofundar, buscar mais informações (M10).

De acordo com o Ministério da Saúde, o serviço ou profissional de saúde deve informar o óbito infantil ou fetal à Secretaria Municipal de Saúde em até 48 horas, a contar da data da ocorrência da morte. O prazo para os responsáveis pela vigilância de óbitos alimentarem o módulo de investigação de mortes infantil e fetal do SIM é de, no máximo, sete dias.

Iniciada a investigação, o prazo máximo pelo comitê para concluir o levantamento dos dados, realizarem a discussão do caso pelos profissionais de saúde, analisar e consolidar as informações é de 120 dias. O resultado do caso vai gerar um relatório e resumo, que ficará disponível no sistema de informações do Ministério da Saúde.

[...] A investigação do óbito fetal e infantil é complexa e compreende várias fases (M13).

[...] O processo de investigação inicia-se com a identificação do óbito e depois segue com a coleta de dados em várias fontes, desde a entrevista com a família à busca em registros dos serviços de saúde (M4).

[...] Falta responsabilidade e o compromisso dos serviços de saúde, digo, das pessoas que lá trabalham, da importância de facilitar o processo de investigação das mortes em crianças (M9).

[...] Facilitar a informações parece que não faz parte do dia a dia dos hospitais (M6).

Para os membros dos comitês a investigação e análise detalhada do óbito, respaldada por busca ativa consistente e embasada em documentos e informações, permite uma correção da causa básica do óbito, o que confere maior credibilidade ao sistema de informação.

[...] É importante que os sistemas de informação possam ser utilizados para a tomada de decisão política e assistencial (M13).

[...] Atualmente os sistemas disponíveis não são considerados na definição de prioridades e na alocação de recursos (M4).

Para os entrevistados as informações obtidas nas diversas fontes são primordiais para o planejamento de ações e avaliação dos serviços de saúde seja no nível municipal, como também regional e estadual segundo a lógica da atenção à saúde.

[...] Quantas informações ricas nos conseguimos coletar, e como seria bom que servissem para os secretários se organizassem melhor (M6).

[...] A prática de avaliar as informações que coletamos, sobre as mortes infantis ainda é muito rara (M10).

### **4.3 As vivências da representação estadual**

Desde a criação do Programa Agentes de Saúde, que aconteceu no Ceará em 1987, toda informação acerca do óbito infantil era oriunda do trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde, através da visita domiciliar e investigação, ainda sem a existência de fichas, formulários oficiais para tal finalidade. Mensalmente os agentes de saúde notificavam verbalmente ao seu supervisor os óbitos de crianças de 0 a 12 meses incompletos que ocorreram em sua área. Como também os óbitos eram identificados a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e complementados por busca ativa em unidades de saúde, cartórios, cemitérios, oficiais ou não, e comunidade, através dos agentes comunitários de saúde e das parteiras tradicionais.

No ano de 1987 o Ceará realizou a primeira Pesquisa de Saúde Materno - Infantil do Ceará (PESMIC I, um estudo transversal com base populacional). O estudo revelou um sub-registro de 77% dos óbitos infantis em geral. Neste cenário

surgiu à decisão dentro do Programa Viva Criança de criar uma estratégia para investigação dos óbitos infantis no âmbito local, a partir dos óbitos identificados pelos agentes de saúde e também através da pesquisa em cartórios e hospitais e planejar ações para redução da mortalidade, a partir dos dados obtidos.

Em meados de 1995, devido à elevada frequência de óbitos infantis foi realizada uma pesquisa pela Secretaria da Saúde do Ceará em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), para compreender o período de ocorrência, a localização e os fatores determinantes da mortalidade infantil no Ceará. Dois projetos foram desenvolvidos sob coordenação da área de epidemiologia e área técnica da saúde da criança e da mulher. Os projetos foram iniciados nas microrregiões de saúde de Itapipoca, Icó e Tianguá, selecionadas pelas altas taxas de mortalidade infantil. Como produto da pesquisa e dos projetos, foi regulamentado um formulário padrão (Instrumento de Investigação do óbito Infantil) para coletar os dados pertinentes à investigação do óbito infantil, através de portaria, para realização prioritariamente nos municípios que apresentassem taxa de mortalidade infantil (TMI) superior à média estadual. O instrumento era composto por: dados referentes à criança, dados referentes à mãe e dados referentes ao histórico da doença da criança. O sistema de informação utilizado para cálculo da TMI foi o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica (CEARÁ, 2002).

A partir de 1997, no Estado do Ceará o monitoramento dos óbitos infantis passou a ser uma estratégia para a redução da mortalidade infantil, utilizando o instrumento “autópsia verbal” instrumento epidemiológico por meio de entrevistas com parentes de crianças falecidas que não estavam sob cuidados médicos na ocasião do falecimento.

No que se refere aos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal em 2002, a Secretaria da Saúde do Estado, através da Portaria nº 2.508, estabelece a investigação de óbitos infantis para implementação de ações de combate a mortalidade nos municípios, criando-se instrumento básico para investigação. Porém, apesar do importante avanço, os comitês não foram implantados de fato. No mesmo ano, ainda em 2002 foi implantado o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil em Fortaleza (CEARÁ, 2002a).

As discussões para implantação do Comitê Estadual de Prevenção do óbito Infantil e Fetal intensificaram-se no ano de 2004, quando o Ministério lança o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e publica o primeiro Manual dos Comitês de Prevenção do óbito Infantil.

No ano de 2005 surgiu a proposta de implantação dos Comitês, instituídos pela Portaria Nº. 093 da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), desta forma novas estratégias de operacionalização foram pactuadas a níveis, estadual, regionais e municipais. O intuito seria estruturar a composição e fluxo, adotando-se as fichas de investigação do óbito infantil e incentivando à criação do regimento (CEARÁ, 2005).

Com a formalização do Comitê Estadual de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal (CEPOIF), por meio de resolução estadual, as atividades foram iniciadas com a realização de reuniões mensais, estimulando a organização dos Comitês Regionais e municipais e as investigações, embora de forma lenta, realizadas através das equipes de vigilância epidemiológica dos municípios. Muitas dificuldades foram enfrentadas a partir destas ações, principalmente referente ao acesso aos prontuários hospitalares, importante instrumento para a coleta de dados.

Com as dificuldades encontradas foi estimulado pelo CEPOIF, a criação de comissões hospitalares de investigação de óbitos para agilizarem as investigações pela vigilância epidemiológica e a criação de um instrumento de investigação, evento sentinela de anóxia neonatal.

Com a efetiva implementação dos Comitês Estadual, Regionais e alguns municipais, em 2008, após mudança ocorrida no organograma da SESA foi elaborada a portaria de Nº. 1234/2008 dispendo sobre a criação, atribuições e funcionamento do Comitê Estadual e implantação dos comitês regionais e municipais (CEARÁ, 2008). No mesmo ano, foi realizada uma oficina estadual envolvendo os membros do CEPOIF, técnicos da CRES e do município de Fortaleza com a finalidade de preparar profissionais para investigação do óbito infantil e organização dos Comitês Regionais e municipais e com o intuito de reorganizar os Comitês.

Portanto, a normatização estadual vigente, relacionada aos comitês de prevenção de mortalidade e infantil, é a 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 sobre a implantação de Comitês Regionais de Prevenção ao óbito Infantil e Fetal no âmbito da Secretaria do Estado do Ceará e da outras providências.

A partir desta legislação, com a criação do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e incentivo à criação de Comitês Municipais buscava-se avançar na redução da mortalidade infantil e fetal em todo o Estado do Ceará.

Quanto aos aspectos operacionais, o Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal tem como características: natureza institucional, multiprofissional, confidencial, não punitiva, educativa e formativa. Sua finalidade e função:

- Análise do óbito (evitabilidade);
- Informativa (correções estatísticas oficiais, divulgação);
- Formativa e Educativa (discussão e debate);
- Medidas de promoção e preventivas;
- Mobilizadora (interlocução com outras secretarias municipais e instituições a partir das conclusões e recomendações)

De acordo com a figura abaixo (FIGURA 3), vinculados ao comitê estadual atualmente existem 05 Comitês Regionais de Prevenção a Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, 37 Comitês Municipais de Prevenção a Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, destes 30 são formalizados por portaria, e dentre os municípios prioritários para redução da mortalidade infantil, apenas Icó não implantou comitê de prevenção a mortalidade infantil e fetal.

Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal	Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal	Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e com portaria	Municípios prioritários para redução da mortalidade materno e infantil com comitês de prevenção do óbito infantil e fetal implantados
05	37	30	17

Fonte: NUVEP/SESA

**FIGURA 3** – Situação atual dos Comitês de Mortalidade, Ceará, 2012

O comitê estadual, os regionais e municipais, apresentam em sua composição, instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional.

Os objetivos do Comitê são: estimular a organização de outros Comitês e a investigação de óbito segundo critérios preconizados; Identificar as causas da Mortalidade Materna Infantil e Fetal e os fatores de risco que determinam estes eventos; Recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde que previnam a ocorrência de novas mortes com destaque para as evitáveis; Envolver e sensibilizar os gestores, os profissionais de saúde e sociedade sobre a importância e a gravidade da Mortalidade Materna e Infantil e sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo.

O comitê estadual, embora estruturado e formalizado não realiza reuniões regulares, com fragilidades na coordenação das ações. O modelo estadual trabalha com as áreas técnicas da Saúde da Criança, Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVEP) e o Núcleo de Informações em Saúde, necessitando de uma maior articulação e integração das ações.

Apesar das dificuldades de operacionalização, importantes iniciativas foram realizadas pelo componente estadual como fundamentais para qualificação da vigilância do óbito infantil junto aos municípios do Estado, abrangendo a totalidade dos 184:

- I. Elaboração do Manual de Normas Técnicas para Vigilância do Óbito Materno, Infantil, Fetal e com causa Mal Definida, Ceará, 2010.
- II. Elaboração e divulgação de Informes Epidemiológicos e de Nota Técnica de Mortalidade Materna, Infantil, fetal e com Causa Mal Definida 2010-2011;
- III. Capacitação em vigilância epidemiológica do óbito materno, infantil, fetal e com causa mal definida para as 21 regionais de saúde e 184 municípios do Estado, 2010;
- IV. Realização de 03 cursos de capacitação em vigilância epidemiológica do óbito materno, infantil e fetal para profissionais dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) com envolvimento de 73 hospitais públicos, privados e conveniados com SUS no Estado, 2010;
- V. Monitoramento e avaliação contínua nas esferas estadual, regional e municipal no processo de inclusão dos dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no módulo de investigação epidemiológica (SIM-WEB);
- VI. Realização de 2 Cursos para Formação de Codificadores no uso da CID 10 em Mortalidade – formados 66 novos codificadores;
- VII. Implantação do SIM/SINASC (codificação e digitação) nas Secretarias Executivas Regionais (SER) e nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) dos maiores Hospitais do Estado – (12);
- VIII. Implantação para digitação das Declarações de Óbitos pelos municípios sede de IML (6) e SVO (2) independente do município de ocorrência do óbito;
- IX. Capacitação dos técnicos dos NHE nos novos formulários de investigação de óbitos.
- X. Reunião para discussão sobre diagnóstico situacional dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno-Infantil e implantação dos Fóruns macrorregionais para Prevenção do Óbito Materno-Infantil.

***DISCUSSÃO***

---

## **5 DISCUSSÃO**

Na atualidade os comitês fazem parte dos sistemas nacionais de grande parte dos países desenvolvidos. A experiência de formação de comitês em outros países refere à Inglaterra como o primeiro país do mundo a ter padrões nacionais e procedimentos para a investigação e gestão de óbitos evitáveis em crianças e por analisar todas as mortes infantis (SIDEBOTHAM, 2012).

No contexto mundial, evidências nos Estados Unidos, como em outros países no mundo, e nos comitês implantados nos municípios prioritários cearenses, sugerem que, os processos de revisão formais de óbitos infantis poderiam cumprir uma função valiosa para a saúde pública, no tocante ao fornecimento abrangente de informações sobre os padrões de mortalidade infantil, promovendo ações para evitar mortes de crianças, apoiarem aspectos mais amplos das instâncias que trabalham para proteger as crianças e promover o seu bem-estar (CEMACH, 2006).

As primeiras iniciativas de implantação dos comitês no Brasil surgiram na década de 90. No Ceará os comitês de prevenção do óbito infantil municipais, têm seus primeiros relatos de estruturação a partir do ano de 1994, época em que se implantou o Programa Saúde da Família no estado, com o intuito de reduzir a taxa de mortalidade infantil, objetivando o fortalecimento do processo de investigação dos óbitos infantis, já realizado por vários municípios no estado (CEARÁ, 2002).

Em 2004 foi elaborado pelo Ministério da Saúde, o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, documento que serviu como referência para a implantação e ou reestruturação dos comitês estaduais e ou municipais. Desde então essa estratégia vem tornando-se uma realidade, conforme demonstrou pesquisa de âmbito nacional realizada em 2007 pelo Ministério da Saúde, em parceria com os Centros Colaboradores de Saúde da Criança e Centros Universitários nos municípios com população igual ou superior a 80.000 habitantes (BRASIL, 2009).

Em experiência relatada nos Estados Unidos, em 1991, Missouri havia iniciado o mais abrangente sistema de avaliação de mortalidade infantil no país, projetado para produzir um retrato exato de cada morte de criança, bem como um banco de dados fornecendo vigilância contínua de todas as mortes infantis (ANNUAL REPORT, 2004). A Criança Missouri tem um Projeto de Revisão de Mortalidade Fetal e Infantil (FIMR), foi apresentado como um estado do modelo de arte. O sucesso do programa se deve, em grande parte, ao apoio dos membros, administradores e outros profissionais que fazem este trabalho voluntariamente, embora de difícil execução, porque eles entendem a sua importância. Através do Projeto de Revisão Fetal e Infantil Mortalidade (FIMR), os principais membros da comunidade se reúnem para analisar as informações de cada óbito fetal e infantil, com o objetivo de identificar os fatores associados a estes óbitos, e determinar se os fatores representam problemas do sistema que exigem mudanças, e também desenvolver recomendações promover as intervenções necessárias. Segundo a percepção dos representantes no Ceará, os comitês municipais necessitam de maior adesão dos envolvidos, reconhecimento da importância destes organismos interinstitucionais, maior envolvimento e compromisso pessoal.

O relatório final do Grupo de Trabalho de Mortalidade Infantil em Delaware (EUA) enfatizou que as recomendações da força-tarefa foram importantes por fornecer um conjunto de ações para reduzir as altas taxa de mortalidade infantil no Estado. Se adequadamente financiadas, muitas barreiras que resultam em acesso reduzido ao período perinatal poderiam ser minimizadas ou removidas. Enfatiza que, as recomendações construídas pelo comitê são importantes desde que sejam garantidas as fontes de financiamento. Além disso, uma entidade ligada ao estudo da mortalidade perinatal (THE TASK FORCE REPORT, 2005), entende que reduzir a taxa de mortalidade infantil deve ser uma prioridade na agenda nacional. Com efeito, os cientistas utilizam a taxa de mortalidade infantil como um indicador global de qualidade de vida de uma nação. Em parte, eles vêem a mortalidade infantil como um bom critério para medir grandes tendências na saúde das crianças e das mulheres, a qualidade e disponibilidade de cuidados médicos, as práticas de saúde pública, e da economia geral (KIDS COUNT, 2009). Com a adesão dos municípios prioritários, no Ceará a redução da mortalidade infantil também é entendida como uma prioridade estadual, para a qual se estabelecem metas de

redução gradativas, pactuadas anualmente por cada ente federado (Municípios, Estados e União).

Na Nova Zelândia o processo de revisão de mortalidade infantil evoluiu desde que o comitê foi criado há nove anos, um pouco depois das experiências iniciadas pelos municípios cearenses. Muitas pessoas e organizações estão envolvidas no fornecimento de informações, revisão de óbitos, coleta e análise de dados. Uma vez que uma revisão do óbito é concluída, o coordenador insere os dados relevantes para o banco de dados nacional. Desta forma, as questões, recomendações e ações de acompanhamento são encaminhadas para o comitê. O Comitê de Revisão de Mortalidade Perinatal e Materna é uma estratégia estabelecida pela Comissão da Seção de Saúde Pública da Nova Zelândia. A comissão é necessária para analisar e informar informações sobre a mortalidade e morbidade perinatal e materna, como indicado pelo Conselho da referida comissão, com o objetivo de melhorar a qualidade, segurança e salvar vidas (PMMRC, 2012). Observa-se uma base legal e sustentabilidade mais consistentes que as experiências vivenciadas no Estado do Ceará.

A proporção de óbitos infantis e fetais investigados no Brasil ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste. É necessário o esforço dos entes federados, União, Estados e Municípios para que a investigação dos óbitos seja efetivamente implementada, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal (BRASIL, 2011). Na realidade do Ceará, devido à obrigatoriedade e a cultura já iniciada nos anos noventa de monitorar a mortalidade infantil, a proporção de óbitos infantis e fetais investigados é superior a média nacional, principalmente nos municípios prioritários empenhados em atingir boas coberturas, pactuadas em 100%.

No Brasil diversas iniciativas locais (estaduais e municipais) foram realizadas, cada qual de acordo com sua realidade, interesse e condição de operacionalização. Destacam-se algumas experiências bem sucedidas nos Estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais as quais se correlacionam com a realidade vivenciada no Estado do Ceará.

Em São Paulo historicamente, o Comitê Municipal e os Comitês Regionais de Mortalidade Infantil, nos 39 Distritos de Saúde, foram criados em 2002, através de portaria. Em 2004, nova portaria passou a definir a composição e as atribuições destes Comitês Regionais por Subprefeituras. Nessa pesquisa foi comprovado que, ainda não se conseguiu definir atribuições para os representantes dos comitês do Ceará, principalmente pela inexistência de regimentos que deveriam ser elaborados no início da implantação. Estudo que avaliou a implantação dos comitês em São Paulo concluiu que, os comitês precisariam de implantação ampla, definição mais clara de papéis, infra-estrutura adequada, pólo técnico/gerencial cujas ações ou recomendações fluíssem com total respaldo político. Ainda sobre o estudo, resultados apontam dificuldades atuais relacionadas à vigilância do óbito e à organização de comitês de investigação, sendo fundamental a superação dessas dificuldades, para que possa contar efetivamente com uma ferramenta a mais na redução da mortalidade infantil. (VENANCIO, 2010). Vale ressaltar que a realidade dos comitês municipais do Ceará, foco desse estudo possuem as dificuldades operacionais semelhantes às relatadas pelos comitês paulistas, quanto à falta de decisão política, infra-estrutura inadequada, atribuições não definidas e fragilidades no processo de vigilância do óbito.

No caso de Minas Gerais em 1999, foi criada a Comissão Perinatal e, posteriormente, em 2002, o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal. Esse comitê, que tem a parceria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), avalia e divulga os índices de mortalidade infantil e investiga os óbitos neonatais e fetais com peso acima de 1500 g e todos os pós-neonatais (exceto os com malformação congênita grave), contribuindo não só para a melhoria dos registros de óbitos, mas também adicionando informações importantes sobre as circunstâncias, causas e evitabilidade dos óbitos (ALVES, 2008). No ano de 2004 foi elaborado o Manual de Orientações para Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil. A formação do comitê é fruto do Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais (Viva Vida) que foi lançado em outubro de 2003 e que investe na sistematização de ações e na parceria entre governo e sociedade civil organizada como a principal arma no combate contra a mortalidade infantil e materna. Observa-se que, em muitos aspectos, o Estado de Minas Gerais apresenta uma base de estruturação de comitês, o envolvimento da Universidade, programas e parcerias

como avanços significativos. No Ceará, faz-se necessário maior articulação com as universidades, principalmente nos municípios prioritários para o estabelecimento de ações essenciais na estruturação dos seus comitês.

A experiência no Paraná iniciou oficialmente em 1999. A implantação do comitê estadual no Paraná teve início em 1994, com a nomeação de membros e elaboração do regimento interno. Sua formalização, no entanto, só ocorreria em 1999, por meio de Resolução Estadual, após sofrer uma reorganização em 1997. No caso do Ceará, os comitês municipais ainda hoje não possuem regimento e nem todos são oficializados por portaria (RAMOS, 2010).

A experiência dos CPMI tanto no Paraná como no Ceará demonstram que, para uma redução mais significativa da mortalidade infantil, é necessária uma articulação das instâncias governamentais com a sociedade civil organizada no direcionamento das novas políticas públicas de saúde para a assistência materno – infantil (MANSANO, 2004).

A realidade da Região Nordeste, quanto à implantação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal é mais recente. Existe no Estado do Pernambuco várias ações desencadeadas e que impulsionaram a redução da mortalidade infantil. Destaca-se o Projeto Salva Vidas em 1995 e Programa Mãe Coruja Pernambucana, criado em 2007, que teve dentre muitas ações a formação de grupos de discussão dos óbitos fetais, infantis e maternos visando à formação dos comitês regionais e ou grupos técnicos municipais. O Programa Mãe Coruja Pernambucana é assessorado por representantes de cada uma das oito secretarias estaduais (Saúde; Educação; Desenvolvimento Social e Direitos Humanos; Criança e Juventude; Especial da Mulher; Qualificação, Trabalho e Empreendedorismo; Agricultura e Reforma Agrária; e Planejamento) envolvidas e comitês para cada Regional de Saúde (PERNAMBUCO, 2007). A experiência do Pernambuco assemelha-se ao envolvimento do nível Regional no Ceará, realizado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, que através dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil apoiam o funcionamento e operacionalização dos comitês municipais.

No Ceará, dos 18 (dezoito) municípios prioritários para redução da mortalidade infantil no estado, 17 (dezessete) implantaram e funcionam regularmente com Comitê de Prevenção do Óbito Materno-Infantil. Destes, apenas o município de Fortaleza possui comitê exclusivo para o óbito infantil.

A formalização deste comitê, pelo município de Fortaleza vem colaborando no aprimoramento das informações sobre mortalidade e possibilitando a melhora na organização da assistência de saúde para a redução das mortes evitáveis. Funcionam em Fortaleza o comitê municipal, regionais e locais, que têm um papel fundamental, para o conhecimento das circunstâncias do óbito, buscando dar respostas ao problema da mortalidade infantil e fetal. Em Fortaleza, essa estratégia foi instituída pelo decreto nº 11.991/2006, e desde 2009 observa-se a atuação efetiva dos comitês, mediante a consolidação de ações descentralizadas de investigações e de análises dos óbitos infantis e fetais (FORTALEZA, 2006). O decreto criou um comitê municipal, instalado na Secretaria Municipal de Saúde, e os comitês regionais, instalados nas seis secretarias executivas Regionais (SER`s). Em 2009 surgiram os comitês locais, que funcionam em algumas unidades de saúde, realizando junto com a vigilância epidemiológica a investigação e discussão dos óbitos ocorridos na área de abrangência. Os comitês locais foram criados a partir da mobilização dos próprios profissionais em articulação com a vigilância epidemiológica municipal.

No contexto dos municípios prioritários, excetuando-se o de Fortaleza, os comitês que estão implantados em municípios prioritários no Ceará funcionam conjugados ao comitê de óbito materno. A maioria dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal não cumpre cronograma com reuniões regulares e não definiu um critério de seleção de óbitos a serem estudados. Os comitês não trabalham com manuais padronizados e não possuem regimento, tendo assim suas possibilidades de efetividade reduzidas.

No ano de 2011 um importante fator para a implementação dos comitês, foi à adesão em bloco do Estado do Ceará à Rede Cegonha (BRASIL, 2011a). Foram constituídas 17 redes de atenção à saúde materno infantil, incluindo 100% dos municípios cearenses. Com a implantação da Rede Cegonha, iniciativa esta já em funcionamento no Estado, inclusive com garantia de recurso financeiro, a

implantação e funcionamento dos comitês de prevenção da mortalidade infantil passou a ser uma ação prioritária nos planos de ação regionais.

Corroborando a esta iniciativa, reforçada pela Rede Cegonha, também foi evidenciado a necessidade de maior apoio técnico e operacional da Secretaria de Estado e regionais, Governo Federal e gestores municipais para qualificar a atenção à saúde materno infantil, o que sugere a existência de fragilidades neste processo.

Os comitês municipais consideram a investigação do óbito fetal e infantil complexa, por demandar várias etapas e instrumentos. O processo tem início com a identificação do óbito e segue com a coleta de dados em várias fontes, desde a entrevista com a família e busca em registros dos serviços de saúde. Os representantes dos comitês municipais compreendem a necessidade de maior responsabilização e compromisso dos serviços de saúde, sobre a importância de facilitar o processo de investigação das mortes em crianças, no sentido de se incorporar ao dia a dia destes serviços, no intuito de detectar problemas e propor medidas para se prevenir os óbitos infantis, principalmente os evitáveis (BRASIL, 2004).

Os comitês municipais entendem que, as informações obtidas nas diversas fontes são primordiais para o planejamento de ações e avaliação dos serviços de saúde, seja no nível municipal, como também regional e estadual segundo a lógica da atenção à saúde.

***CONCLUSÕES***

---

## **6 CONCLUSÕES**

O estudo possibilitou construir a experiência dos CPMIF no Estado do Ceará e demonstra que, para uma redução mais significativa da mortalidade infantil, se faz necessário uma articulação das instâncias governamentais com a sociedade civil organizada para efetivação dos comitês enquanto instrumento de gestão.

Foi possível evidenciar através das informações apresentadas, a implantação parcial dos CPMIF municipais e estadual e muitas dificuldades internas com repercussão em suas ações e possíveis resultados.

Os comitês necessitam de implementação ampla, definição clara de papéis, investimentos na infra-estrutura, capacitação de seus membros, para que assumam a posição de pólo técnico/gerencial, cujas ações cumprissem efetivamente o propósito de qualificar a atenção materno infantil no Estado do Ceará.

Verificou-se a necessidade da universalização dos comitês, desde que as condições de operacionalização sejam asseguradas, como financiamento próprio, base jurídica, capacitação e educação permanente de seus representantes. Isso daria o sentido de detalhar o processo assistencial em cada óbito, obtendo elementos para avaliação da qualidade em seus componentes de estrutura, processo e resultado, além de propor as alterações necessárias.

Considerando que, a principal função dos comitês seria mobilizar parceiros e propor medidas para a redução da mortalidade através da vigilância dos óbitos, ainda foi possível identificar a precariedade do acesso e da qualidade da atenção prestada às crianças, pois sua implantação deveria ter como resultado, a redução da mortalidade infantil.

Observou-se que após a implantação dos manuais direcionados ao funcionamento dos comitês de óbito infantil, publicados pelo Ministério da Saúde, respectivamente nos anos de 2004 e 2009, registrou-se um incremento na

implantação dos mesmos e preocupação dos municípios com relação a sua formalização.

Como limitação da pesquisa, constatou-se que faltam estudos que comprovem o impacto dos comitês em nossa realidade. Há revisões sobre evitabilidade do óbito e seus critérios, sugestão de criação de lista de causas de mortes evitáveis extraídas do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e efetividade de intervenções para redução da MI, mas a relação entre a implantação dos CPMIF e níveis de mortalidade ou organização dos serviços permanece pouco estudada.

Os resultados apontam dificuldades relacionadas à vigilância do óbito e organização da investigação, sendo imprescindível à superação desses entraves, e contribuir como estratégia para a redução da MI. Apesar de que, nos municípios estudados a proporção de óbitos infantis e fetais investigados é satisfatória, pois desde 2004 a investigação do óbito infantil é obrigatória no estado do Ceará, adotando fichas e relatórios padronizados.

Conclui-se assegurando que, os resultados desse estudo serão divulgados e discutidos junto às instituições em que foi realizado, na busca de apresentar os dados obtidos e a análise pelas equipes técnicas e de gestores. Além disso, recomenda-se a implementação dos comitês e implantação dos Fóruns Macrorregionais de Prevenção ao óbito Materno, Infantil e Fetal no Estado do Ceará, proposta que vem sendo discutida.

Como conclusão final, ressalta-se que para efetivação da redução da mortalidade infantil é fundamental implementar a estratégia dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil como instrumento de gestão para o redirecionamento das políticas públicas de saúde materno infantil. Parafraseando Duchide e Andrade (1994), queremos tornar visível o que permaneceu por tanto tempo oculto. Só assim poderemos identificar, no estudo das causas das mortes infantis, o que é mais relevante em saúde pública e quais ações serão elencadas como prioridade.

## ***REFERÊNCIAS***

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. A.; ALENCAR, G. P. A.; NOVAES, H. M. D.; ORTIZ, L. P. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 9, n. 1, mar. 2006.

ALVES, A. C.; FRANÇA, E.; MENDONÇA, M. L.; REZENDE, E. M.; ISHITANI, L. H.; CÔRTEZ, M. C.o J.W. Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2008, v. 8, n. 1, p. 27-33, 2008.

ANDRADE, C. L. T. SZWARCOWALD C. L. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saude, Brasil, 2000-2002. **Cad. Saude Publica**, v. 23, n. 5, p. 1207-1216, 2007.

ANNUAL REPORT. **Preventing Child Deaths In Missouri**. The Missouri Child Fatality Review Program Annual Report for 2003. Missouri Department of Social Services. Missouri. July 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.

BIDARRA, A. P. **Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Instituto de Formação Avançada Curso de Mestrado em Ciências da Dor 2007-2009. Lisboa, 2010. 372p.

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, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7508/11 | Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11> Acesso em: 14 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em: 14 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 77 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota técnica:** Vigilância epidemiológica de óbitos infantis e fetais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Coordenação geral de informações e análise epidemiológica. 2009. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema\\_Informacao/Sim/Portarias/Nota\\_tecnica\\_Portaria\\_72\\_Vig\\_ob\\_infantil.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Portarias/Nota_tecnica_Portaria_72_Vig_ob_infantil.pdf)> Acesso em 10 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 72, de 11 de janeiro de 2010.** Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Saúde Brasil. **Uma análise da situação de saúde.** Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004:** uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual de preenchimento das fichas de investigação do óbito infantil e fetal /Ministério da Saúde,** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 47 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Parte 1 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 320 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, 5, I) Disponível em: <[http://189.28.128.179:8080/svs\\_informa/edicao-69-janeiro-de-2010/saude-amplia-a-vigilancia-de-obitos-infantil-e-fetal](http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-69-janeiro-de-2010/saude-amplia-a-vigilancia-de-obitos-infantil-e-fetal)>. Acesso em 25 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.258, de 28 de junho de 2004 (\*) Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Nº 135, ISSN 1677-7042 31, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul, 2004a.

CALDEIRA, A. P. FRANÇA, E. PERPETUO, I. H. O. GOULART, E. M. A. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n. 1, jan. 2005.

CAMARGO, A. B. M. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 30-47, jan./jun. 2008.

CAMPOS, J. Integralidade da atenção dos serviços dos sistemas de saúde: uma visão baseada nas análises dos óbitos infantis em municípios cearenses. **Rev Pediatría Ceará**, Fortaleza, v. 5, n.1, p. 47-51, 2004.

CARTLIDGE, P. H. T. STEWART, J. H. Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates. **Lancet**, v. 346, p. 486-488, 1995.

CEARÁ. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO – SESA. **Atenção à Saúde da Criança – investigação do óbito Infantil.** SESA, 2002.

CEARÁ. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO – SESA. **Portaria Nº. 2.508**, que estabelece a investigação de óbitos infantis para implementação de ações de combate à mortalidade nos municípios. SESA, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Saúde**: período 2007-2010, Fortaleza: SESA, 2008. 119p.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. 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.

CEMACH, **Child health enquiry: child death review: first interim report**. London, CEMACH, 2006.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, jul. 2007.

DUCHIADE, M. P. ANDRADE, C. L. T. Mortes invisíveis: mortalidade perinatal no Estado do Rio de Janeiro, 1979-1989. In: **ENCONTRO NACIONAL ESTUDOS POPULACIONAIS**, 9º; **Anais...** 1994 out; Caxambu (MG). p.43-71.

ENSP, **Comitê atua na prevenção da mortalidade infantil e neonatal**. Informe Escola Nacional de Saúde Pública. Entrevista em 04/12/2009 *Disponível em*: <<http://www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=19475>>. Acesso em 20 nov 2011.

FORMIGLI, V.L.A. SILVA, L.M.V. CERDEIRA, A.J.P. PINTO, C.M.F. OLIVEIRA, R.S.A. CALDAS, A.C. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. **Cad Saúde Pública**., v.12(Supl.2), p. 33-41, 1996.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Decreto nº 11.991/2006**, que cria um comitê municipal e os comitês regionais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Fortaleza, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável**: Brasil 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2004. 387 p.

IPEA. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Texto para discussão nº. 139. Brasília, 2009. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1391.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1391.pdf)> Acesso em: 25 nov. 2011.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

KIDS COUNT. **Indicator Brief Reducing Infant Mortality**. The Annie E. Casey Foundation. Produced for the Annie E. Casey Foundation by Rima Shore, Ph.D. & Barbara Shore, M. A. July 2009.

LANSKY, S. FRANÇA, E. LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p.759-759, 2002.

LEITE, A. J. M. SILVA, A. C. **Mortalidade Infantil**: indicador das condições de vida das populações. Intensificação das ações de controle da Mortalidade Infantil e Mortalidade. Ministério da Saúde. Brasil. 2001. Disponível em: <http://www.geocities.com/criancanordeste/documentos/morteinfantil.pdf>, Acesso em: 20 jan. 2010.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 16, n. 4, p. 233-244, out./dez. 2007.

MANSANO, N. H. MAZZA, V. A. SOARES, V. M. N. ARALDI, M. A. R. CABRAL, V. L. M. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p.329-332, jan./fev., 2004.

MATHIAS, T. A. F. ASSUNÇÃO, A. N. SILVA, G. F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em Região do Estado do Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008.

MATHIAS, T. A. F. UCHIMURA, T. T. ASSUNÇÃO, A. N. PREDEBON, K. M. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 2, p. 305-311, mar./abr. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de Orientações para Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil**. Belo Horizonte: SES, 2004. 80p

MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244. ilus.

MINAYO M. C. S., SANCHES, O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248, jul./set. 1993.

OLIVEIRA, L. A. P. MENDES, M. M. S. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: MINAYO, M. C. S. **Os muitos brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC, 1995.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador para Doenças em Português. Universidade de São Paulo. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed., São Paulo: EDUSP; 1994. v. 2.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Prevencion de la mortalidad y la morbilidad perinatal** – informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra. 1970.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Decreto Nº. 30.859/2007** que cria o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-aco-es/programa-mae-coruja/> Acesso em: 24 nov. 2010.

P.M.M.R.C. **Sixth annual report of Perinatal and Maternal Mortality Review Committee**. Reporting Mortality 2010. Wellington: Health quality & Safety Commission, 2012.

PRO-ADESS, Projeto: **Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. Relatório Final. Rio de Janeiro. Ago. 2003. Disponível em: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/pacto/1.htm>. Acesso em: 24 nov. 2010.

RAMOS, E. L. FLORIANO, M. S. L. **Contribuição dos comitês da mortalidade infantil para definição da causa básica dos óbitos**. Curitiba, 2010. Disponível em: <http://qualittas.com.br/uploads/documentos/Contribuicao%20dos%20Comites%20de%20Prevencao%20da%20Mortalidade%20-%20Evelyn%20L%20Ramos.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011.

RIPSA. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 144 p: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências)

RUTSTEIN, D. D. BERENBERG, W. CHALMERS, T. C. CHILD, C. G. FISHMAN, A. P. PERRIN, E. B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N. Engl. J. Med.**, v. 294: 582-588, 1976.

SESA, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Comissão Intergestores Bipartite. **Ata da 5ª reunião ordinária do ano 2009**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/49-resolucoes-cib-2009->. Acesso em: 25 nov. 2010.

SIDEBOTHAM, P. FOX, J. HORWATH, J. POWELL, C. PERWEZ, S. **Preventing Childhood Deaths - A study of 'early starter' child death overview panels in England**. Disponível em: <http://www.education.gov.uk/childrenandyoungpeople/safeguardingchildren/childdeathreview/a0068838/preventing-childhood-deaths-a-study-of-early-starter-child-death-overview-panels-cdops-in-england>. Acesso em: 25 nov. 2010.

SILVA, A.S. PINTO, J.M. **Metodologia das ciências sociais** - Afrontamento, Porto, 1986.

THE TASK FORCE REPORT. Reducing Infant Mortality in Delaware. May 2005. Disponível em: <http://dhss.delaware.gov/dph/files/infantmortalityreport.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância**. 1989. Brasília-DF, 117p.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2008, sobrevivência infantil**. 2007. Brasília-DF, 154p.

UNITED NATIONS. **Millennium development goals**. New York: United Nations, 2009. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/>> Acesso em: 5 set. 2009.

VENÂNCIO, S. I. PAIVA, R. O processo de implantação dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 3, p. 369-375, jul./set., 2010.

VIDAL, S.A. FRIAS, P. G. BARRETO, F.M.P. VANDERLEI, L.CLM. FELISBERTO, E. Óbitos infantis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, v. 3, n. 3, p. 281-289, jul./set. 2003.

WHO [homepage na internet]. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 22 set. 2008.

WIGGLESWORTH, J. S. Monitoring perinatal mortality - a pathophysiological approach. **Lancet**, n. 27, p. 684-686, 1980.

## ***APÊNDICES***

---

## APÊNDICE A

### *CHECK LIST*

Documentos	Sim	Não
Portaria de criação		
Ata de fundação		
Ofício (s) emitido (s)		
Lista dos membros		
Atas de reuniões		
Resoluções		
Relatórios		
Regimento interno		

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO

#### 1. Caracterização do Entrevistado:

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Identificação do Comitê: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
Contatos: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Dados sobre o Comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal

2.1. Existe o Comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal?

a. ( ) Não (ir para a questão 2.10) b. ( ) Sim (ir para a questão 2.2)

2.2. Quais as estratégias para implantação do comitê?

\_\_\_\_\_

2.3. Quais as dificuldades identificadas no processo de implantação do comitê?

\_\_\_\_\_

2.4. O Comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal está formalizado?

a. ( ) Não (ir para a questão 2.10) b. ( ) Sim (ir para a questão 2.7)

2.5. Em que data foi formalizado? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.6. Quais documentos de formalização o comitê possui?

a. ( ) Portaria b. ( ) Resolução c. ( ) Regimento

d. ( ) Outro, especificar: \_\_\_\_\_

2.7. Qual o primeiro passo para a estruturação do comitê?

a. ( ) Oficina

b. ( ) Seminário

c. ( ) Reunião para sensibilização

d. ( ) Outros, especificar: \_\_\_\_\_

2.8. Em sua opinião quais as razões para a não formação do Comitê (Municipal/Estadual) de Prevenção do óbito infantil e fetal? \_\_\_\_\_

Qual a composição do comitê?

Representação institucional	Formação	Cargo ou função

2.9. Que atribuições do comitê você considera mais importante?

---

2.10. O comitê possui cronograma para realização de reuniões?

a. ( ) Não (ir para a questão 2.16) b. ( ) Sim (ir para a questão 2.15)

2.11. Em caso afirmativo, qual a periodicidade das reuniões?

a. ( ) Mensal b. ( ) Bimensal c. ( ) Trimestral d. ( ) Outros

2.12. Existe registro oficial (ata) das reuniões realizadas?

a. ( ) Não b. ( ) Sim

2.13. Se não, que outra(s) alternativa(s) usa para documentar a reunião?

a. ( ) Lista de frequência b. ( ) Livro de registro c. ( ) Outro, especificar: \_\_\_\_\_

2.14. O Ministério da Saúde a Secretaria da Saúde do Estado/SESA ou a Secretaria Municipal de Saúde realizou evento ou capacitação para orientar a investigação dos óbitos infantis e fetais?

a. ( ) Não (ir para a questão 2.20) b. ( ) Sim (ir para a questão 2.19)

2.15. Em caso afirmativo, especifique o(s) evento(s) realizado(s):

Nome do evento	Ano	Instituição Promotora

2.16. O comitê utiliza o novo Manual dos Comitês de Prevenção do óbito infantil e fetal publicado pelo Ministério da Saúde em 2009?

a. ( ) Não b. ( ) Sim, na íntegra c. ( ) Sim, com adequações locais

2.17. Qual a metodologia da discussão e análise dos casos?

---

2.18. Qual o período de tempo decorrido entre a data do óbito e o acesso pelo comitê às informações sobre o óbito?

a. ( ) Uma semana b. ( ) 15 dias c. ( ) 1 mês d. ( ) mais de um mês.  
Especificar: \_\_\_\_\_

Quais documentos o comitê utiliza para pesquisar informações sobre o óbito infantil e fetal? Marque uma ou mais opções.

- a.  Prontuário hospitalar
- b.  Prontuário ambulatorial (UBS, dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades)
- c.  Caderneta da criança
- d.  Cartão da gestante
- e.  Entrevista domiciliar
- f.  Fichas de encaminhamento
- g.  Fichas de atendimento
- h.  Declaração de óbito
- i.  Declaração de nascido vivo
- j.  Receitas médicas
- k.  Resultados de exames
- l.  Laudos de necropsia
- m.  Ficha de investigação do óbito
- n.  Outro, qual? Especificar: \_\_\_\_\_

2.19. Existe dificuldade de acesso aos documentos para realizar a investigação do óbito?

- a.  Não (ir para a questão 2.24)    b.  Sim (ir para a questão 2.23)

2.20. Em caso afirmativo, quais documentos o comitê tem dificuldade de acesso. Marque uma ou mais opções.

- a.  Prontuário hospitalar
- b.  Prontuário ambulatorial (UBS, dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades)
- c.  Caderneta da criança
- d.  Cartão da gestante
- e.  Entrevista domiciliar
- f.  Fichas de encaminhamento
- g.  Fichas de atendimento
- h.  Declaração de óbito
- i.  Declaração de nascido vivo
- j.  Receitas médicas
- k.  Resultados de exames
- l.  Laudos de necropsia
- m.  Ficha de investigação do óbito
- n.  Outro, qual? Especificar: \_\_\_\_\_

2.21. Os óbitos investigados são classificados segundo critérios de evitabilidade?

- a.  Não    b.  Sim, especifique os critérios de evitabilidade adotados: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

2.22. Após a investigação do óbito é feita a correção da causa básica no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)?

a.( ) Não b.( ) Sim

2.23. Existe prazo para concluir a investigação?

a.( ) Não b.( ) Sim, especificar:\_\_\_\_\_

2.24. O comitê dispõe de recursos financeiros para funcionamento:

a.( ) Não b.( ) Sim, especificar:\_\_\_\_\_

2.25. O comitê dispõe de recursos humanos de apoio para funcionamento:

a.( ) Não b.( ) Sim, especificar:\_\_\_\_\_

2.26. Qual a infra-estrutura física e equipamentos que o comitê dispõe:

a.( ) Sala própria b.( ) Sala compartilhada  
c.( ) Computador d.( ) Gravador  
e.( ) Kit multimídia f.( ) Outros, especifique:\_\_\_\_\_

2.27. De que forma é feita a divulgação dos dados obtidos pelo comitê?

a.( ) Reuniões b.( ) Boletim  
c.( ) Relatório d.( ) Seminários  
e.( ) Debates f.( ) Audiência pública  
g.( ) Outro, qual?\_\_\_\_\_

2.32. Quais proposições de medidas de prevenção foram elaboradas pelo comitê?

2.33. Que medidas você citaria que a Secretaria Municipal ou Estadual da saúde adotou em função das recomendações sugeridas pelo comitê:

Especifique: \_\_\_\_\_

2.34. O Comitê envia relatórios periódicos para os Comitês Regionais/ Estadual e estes para o Ministério da Saúde, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção formuladas para a redução da mortalidade?

a.( ) Não b.( ) Sim, qual a periodicidade?\_\_\_\_\_

### 3. Dados sobre a vigilância do óbito infantil e fetal:

1.1. Existe equipe técnica responsável pela vigilância do óbito infantil e fetal na Secretaria de Saúde (Estadual ou Municipal)?

a.( ) Não (vá para a questão 3.3) b.( ) Sim (vá para a questão 3.2)

3.2. Em caso afirmativo, preencher quadro abaixo:

Profissão	Cargo ou função

3.3. A Secretaria de Saúde Municipal desenvolve a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal, conforme o regulamentado pela portaria Nº. 72, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)?

a.  Não    b.  Sim

3.4. Em caso negativo, quais as razões do não cumprimento da referida portaria?

---

---

---

---

---

---

3.5. O município realiza a investigação do óbito infantil e fetal?

a.  Não     Sim (vá para a questão 3.6)

3.6. Se sim, desde quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.7. Qual o fluxo de informações da investigação do óbito infantil e fetal?

---

---

---

---

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) senhor(a) para a participar da pesquisa *AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DO CEARÁ* que tem como objetivo analisar a implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no estado do Ceará. Será utilizada numa entrevista na qual será aplicado um questionário semi-estruturado. Desta forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto que poderá ser gravado se o (a) Sr. (a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com o a mestrandia Luciana Barreto Araújo, Rua Expedita Vieira, nº. 1010. Bairro: Loteamento José Barreto, CEP: 63430-000, Icó-CE. Fone: (88) 9970.3640, com a orientadora Anamaria Cavalcante e Silva, Rua Ana Bilhar, 1163, CEP: 60160-110 Fortaleza-CE, Fone: (85) 3267-3446.

O Comitê de ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (085) 3101.9890 – Endereço Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi - Fortaleza-Ceará.

Este termo será elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
tendo sido esclarecido (a) da pesquisa, aceito participar da mesma.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)



## ANEXO A

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

O Coordenador das Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Dr. Policarpo de Araújo Barbosa, autoriza a pesquisadora Luciana Barreto Araújo, a realizar sua pesquisa nas Coordenarias Regionais de Saúde do Estado do Ceará, intitulada: “*AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DO CEARÁ*”. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo analisar a implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no estado do Ceará.

O pesquisador responsável da pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Assinatura do responsável da Instituição

## **ANEXO B**

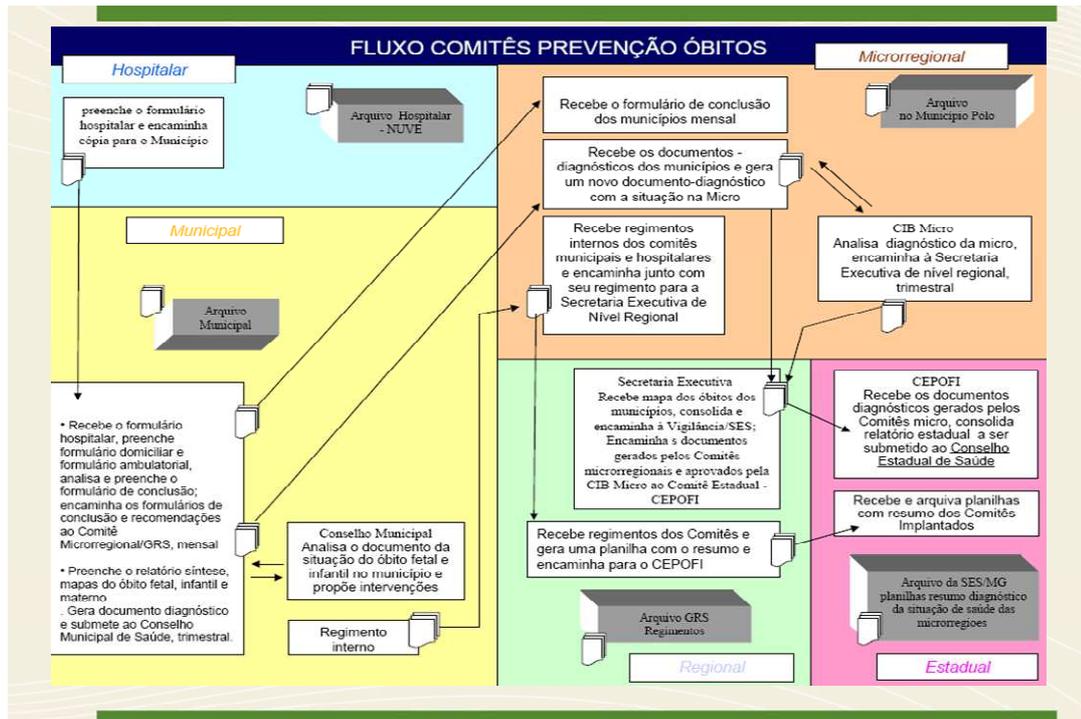
### **COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS**

Comitês Estadual / Regional / Municipal:

- Representantes da Secretaria da Saúde:
  - ✓ Área da criança;
  - ✓ Área da mulher;
  - ✓ Atenção Básica / Saúde da Família;
  - ✓ Vigilância Epidemiológica;
  - ✓ Controle e Avaliação / Regulação Assistencial;
  
- Conselhos Regionais de Entidades Profissionais;
  
- Conselho de Direitos da Criança e da Mulher;
  
- Universidades;
  
- Sociedades Científicas: obstetrícia, pediatria e enfermagem;
  
- Entidades da sociedade civil organizada;

## ANEXO C

### FLUXOS DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL, CEARÁ, 2012



Fonte: NUVEP/SESA

## ANEXO D

### COMPOSIÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL, CEARÁ, 2012.



Fonte: NUVEP/SESA

# ANEXO E

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DO CEARÁ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03584212.8.0000.5534

**Pesquisador:** LUCIANA BARRETO ARAÚJO

**Instituição:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE ))

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 100.109

**Data da Relatoria:** 18/08/2012

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, no que diz respeito aos recursos e ações de implantação e operacionalização dos comitês e investigação dos óbitos infantis e qualitativa, referente à percepção dos atores, que terá como referência os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal em funcionamento no estado do Ceará. Local de Estudo: Os Municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Canindé, Itapipoca, Quixadá, Sobral, Tianguá, São Benedito, Viçosa do Ceará, Crateús, Camocim, Granja, Icó, Iguatu, Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte, escolhidos como Prioritários no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Sede do Comitê Estadual, em Fortaleza. População: Membros dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do Estado do Ceará. Amostra: um membro de cada Comitê Municipal e/ou Regional de Prevenção do óbito infantil e fetal em funcionamento nos 18 municípios prioritários para redução da mortalidade infantil do Estado do Ceará (Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Canindé, Itapipoca, Quixadá, Sobral, Tianguá, São Benedito, Viçosa do Ceará, Crateús, Camocim, Granja, Icó, Iguatu, Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte) e um membro do Comitê Estadual de Prevenção do óbito infantil e fetal do Estado do Ceará. A amostra será não-probabilística intencional tendo como critérios para seleção do informante chave a pessoa que participa do comitê, com experiência na investigação de óbito e/ou representante da equipe de vigilância epidemiológica de óbitos estadual / regional / municipal. A pesquisa terá um primeiro momento de revisão documental e levantamento das informações sobre os comitês existentes e os documentos normativos referentes, que serão pesquisados junto à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Nesse momento os pesquisadores esperam identificar não só os documentos relevantes como também os atores. Será utilizado um check list para sistematização das informações coletadas. No segundo momento será aplicado um questionário semi-estruturado nos municípios onde existam comitês, utilizando abordagem pessoal para realização de entrevistas com os atores identificados na etapa anterior. Todas as entrevistas serão realizadas exclusivamente pela pesquisadora.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar a implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no estado do Ceará.

**Objetivos Secundários:**

1. Descrever as estratégias adotadas para a implantação dos comitês destacando os atores envolvidos e suas posições; 2. Identificar as principais dificuldades que interferem no processo de implantação e operacionalização dos comitês; 3. Descrever as ações realizadas pelos comitês nos aspectos

**Endereço:** Av. Paranjana, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 00.000-000

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9603

**E-mail:** diana@uece.br