

Andriela Backes Ruoff

**COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL:
perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos
óbitos**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Selma Regina de Andrade

Florianópolis
2016

Ruoff, Andriela

COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL:
perspectiva interinstitucional para análise da
evitabilidade dos óbitos / Andriela Ruoff ; orientadora,
Selma Regina de Andrade - Florianópolis, SC, 2016.
186 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, . Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Comitê de
profissionais. 4. Mortalidade infantil. 5. Gestão em
saúde. I. Regina de Andrade, Selma. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

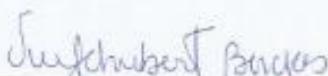
ANDRIELA BACKES RUOFF

**COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL:
perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos
óbitos**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 06 de dezembro de 2016, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e
Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Selma Regina de Andrade
Presidente



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro (titular)

Dra. Ana Isabel Jatoba de Souza
Membro (titular)



Dra. Evangelina Kotzius Atherino dos Santos
Membro (titular)

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por ter colocado no meu caminho pessoas maravilhosas, essenciais nessa jornada, e por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos **meus pais, Adriane e Walter**, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Meu eterno agradecimento.

Às minhas queridas, amigas, **Luiza Missugiro, Juliana Oliveira dos Santos e Giovana Venter** que, mesmo de longe, sempre se fizeram presentes com seu carinho e atenção.

À minha dupla dinâmica, **Talita Piccoli**, por todas as emoções compartilhadas. Que nossa parceria permaneça além da academia.

À minha querida orientadora, **Prof^ª Dra. Selma Regina de Andrade**, pelo incentivo, parceria e pela troca de experiências ao longo destes dois anos. Minha admiração, carinho e respeito sempre.

Às **orientandas** da Prof^ª Dra. Selma Regina de Andrade, pela amizade, companhia e apoio.

Aos **integrantes do Laboratório de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES)** pela troca de experiências constante.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, por aceitarem o convite e por contribuírem para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo acolhimento como mestranda e por proporcionar um ambiente de aprendizado. E a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, pelo apoio financeiro para cursar o mestrado acadêmico.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**, por autorizar a realização da pesquisa e ao **Comitê Floripa pela Vida** pelo acolhimento para a realização do estudo.

Agradeço, em especial, aos **participantes do estudo** pela a disponibilidade e colaboração nesta pesquisa.

RESUMO

A mortalidade infantil ocorre por interferência de um conjunto de fatores biológicos, socioculturais e por falhas do sistema de saúde. Analisar essas mortes sob o enfoque da evitabilidade permite o esclarecimento da contribuição de diferentes fatores que interferem na mortalidade infantil e fetal. É um importante indicador de resolutividade dos serviços e seu monitoramento é de grande relevância para a avaliação dos serviços de saúde. Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, órgãos colegiados, de caráter interinstitucional, educativo, consultivo e de assessoria, monitoram e analisam a evitabilidade dos óbitos. Este estudo tem como objetivo evidenciar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida. Trata-se de um estudo de caso único com duas unidades integradas de análise, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa membros do Comitê Floripa pela Vida que estiveram em pelo menos duas reuniões ordinária no ano de 2014. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2016, por meio da técnica de triangulação, com entrevista focada, observação direta não participante e pesquisa documental. A análise dos dados seguiu a técnica de construção da explanação proposta por Yin (2010), com ferramenta de apoio o *software* MaxQDA@plus, que originou quatro categorias analíticas: O processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal; A perspectiva interinstitucional no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal; A classificação dos óbitos infantil e fetal de acordo com a evitabilidade; e Recomendações, devolutivas e a qualificação da informação. Os resultados deste estudo evidenciaram que o processo de análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais se dá por meio da análise de diversos fatores que interferem na mortalidade, entre eles os biológicos, os socioeconômicos e familiares e os relacionados à resolutividade dos serviços de saúde. As diferentes perspectivas interinstitucionais contribuem para uma análise mais profunda e minuciosa dos casos. Conclui-se que a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal mostrou-se uma ferramenta essencial para formulação de estratégias, ou seja, recomendações e posterior devolutiva às instituições de saúde, para a prevenção de novas ocorrências. Além disso, a análise qualifica as informações, ao corrigir a causa básica na declaração de óbito e ao classificar o óbito quanto ao seu potencial de prevenção, alimentando os sistemas de informação com dados mais fidedignos. O uso dessas

informações permite aos gestores subsidiarem suas ações de mudanças nas políticas públicas de saúde e proporem mecanismos de prevenção que contribuam para a redução dos casos de óbito infantil e fetal no município.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil; Mortalidade Fetal; Comitês de Profissionais; Gestão em Saúde; Saúde da Criança.

ABSTRACT

Infant mortality is by interference of a set of biological, sociocultural and health system failures. Analyze these deaths under the focus of preventability allows clarifying the contribution of different factors that interfere with fetal and infant mortality. It is an important indicator of resoluteness services and monitoring is of great importance for the evaluation of health services. Prevention Committees of Child and Fetal Death, collegiate bodies, inter-institutional, educational, advisory and advisory, monitor and analyze the preventability of deaths. This study aims to show the analysis process of avoidable cases of infant death and fetal carried out by representatives of the various components of the institutions Floripa Committee for Life. This is a single case study with two built-in analysis with a qualitative approach. The participants were members of Floripa Committee for Life who've been to at least two ordinary meetings in the year 2014. The data were collected in the period from January to April 2016, through the triangulation technique, focused interviews, direct observation not participant and documentary research. Data analysis followed the explanation of the construction technique proposed by Yin (2010), with support tool MaxQDA®plus the software, which originated four analytical categories: The analysis process of avoidable cases of child and fetal death; The institutional perspective in the review process of avoidable cases of child and fetal death; The classification of infant and fetal deaths according to preventability; and Recommendations, fed back and qualification information. The results of this study showed that the analysis process of preventability of infant and fetal deaths is through the analysis of several factors that affect mortality, including biological, socioeconomic and family and related to the solving of health services. The different perspectives interinstitutional contribute to a deeper and more thorough analysis of cases. It is concluded that the analysis of avoidable cases of child and fetal death was shown to be an essential tool for formulating strategies, ie recommendations and subsequent return to health institutions for the prevention of recurrence. In addition, the analysis describes the information, to correct the underlying cause on the death certificate and to classify the death as to their potential for prevention, feeding information systems with more reliable data. The use of this information allows managers to subsidize their actions changes in public health policies and propose preventive mechanisms that contribute to reducing the incidence of child and fetal death in the city.

Keywords: Infant Mortality; Fetal Mortality; Committees of Professionals; Health Management; Child Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Processo de elaboração de revisão integrativa.....	56
Figura 2- Fluxograma do método de seleção dos estudos	58
Figura 3- Caso único com unidades integradas de análise	90
Figura 4- Fontes de evidência da pesquisa	93
Figura 5- Sistema de códigos da pesquisa	96
Figura 6- Mapa do processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal.....	117
Figura 7- Mapa da perspectiva interinstitucional no processo de análise dos casos de óbito infantil e fetal.....	127
Figura 8- Mapa das recomendações, devolutivas e qualificação da informação.....	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Ementa dos documentos legais referentes à saúde materno infantil, por ordem cronológica	39
Quadro 2- Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa ..	61
Quadro 3- Atividades desenvolvidas pelos comitês de acordo com o âmbito	68
Quadro 4- Dificuldades encontradas pelos comitês para a concretização das ações de acordo com o âmbito.....	70
Quadro 5- Contribuições das ações dos comitês para a redução da mortalidade infantil de acordo com o âmbito	71
Quadro 6- Categorias e subcategorias da pesquisa.....	98
Quadro 7- Instituições representantes no Comitê Floripa pela Vida	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CEPOIF Fetal	Comitê Municipal de prevenção de Óbito Infantil e Fetal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMI	Coefficiente de Mortalidade Infantil
Coren/SC	Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina
DO	Declaração de Óbito
IE	Instituições Externas
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN Nascimento	Programa Nacional de Humanização ao Pré-natal e Nascimento
PNAISC Criança	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunização
PROASP	Programa de Atenção à Saúde Perinatal
RN	Recém-nascido
SAED	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UIA	Unidade Integrada de Análise
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	35
3.1 GESTÃO EM SAÚDE	35
3.1.1 Gestão da saúde da criança: um breve histórico legislativo	38
3.2 GESTÃO COLEGIADA	45
3.2.1 Comitês: órgãos colegiados para análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal	47
4 REVISÃO DE LITERATURA	53
4.1 MANUSCRITO 1: ATIVIDADES, DIFICULDADES E CONTRIBUIÇÕES DE COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL: uma revisão integrativa de literatura	53
5 PERCURSO METODOLÓGICO	89
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	89
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	91
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	92
5.4 COLETA DE DADOS: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS	92
5.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS ...	95
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	99
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	101

6.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DO CASO	101
6.1.1 Breve histórico do processo de criação e implantação..	101
6.1.2 Características e finalidades do Comitê Floripa pela Vida	102
6.1.3 Composição interinstitucional e atribuição dos representantes	104
6.1.4 Operacionalização das atividades realizadas pelo Comitê Floripa pela Vida.....	105
6.1.5 Contribuições do Comitê Floripa pela Vida para a redução das taxas de mortalidade infantil e fetal no município e dificuldades encontradas para a concretização dos seus objetivos	108
6.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES INTEGRADAS DE ANÁLISE	108
6.2.1 - Unidades integradas de análise 1 - UIA 1	109
6.2.2 - Unidades integradas de análise 2 - UIA 2	110
6.3 MANUSCRITO 2: COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos.....	111
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES.....	174
APÊNDICE A- PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO ÚNICO	175
APÊNDICE B- ROTEIRO ENTREVISTA FOCADA	179
APÊNDICE C- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE	181

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	182
ANEXOS	186
ANEXO I- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	187

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil (MI) ocorre por interferência de um conjunto de fatores biológicos, socioculturais, e também por falhas do sistema de saúde. Por sua vez, a identificação e o monitoramento dos determinantes de saúde e das estratégias de atenção à saúde são essenciais para a sua redução (SILVA et al, 2012).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é o indicador mais significativo da situação de saúde de uma população, por estar associado a fatores socioeconômicos determinantes das condições de vida e a fatores relacionados à atuação dos serviços de saúde, como o acesso e qualidade da atenção de saúde e das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009a).

A importância dada à redução da mortalidade infantil pela comunidade internacional é firmada por sua inclusão entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que estão pautados em 17 objetivos e 169 metas para serem alcançadas pelos países até 2030. O objetivo número 3 dos ODS visa à saúde de qualidade, assegurando uma vida saudável e promovendo o bem-estar para todos em todas as idades. Dentre as metas deste objetivo está acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (PNUD, 2016).

O óbito infantil consiste na morte de crianças no primeiro ano de vida e se divide em neonatal (0 a 27 dias de vida) e pós- neonatal (28 dias e 1 ano incompleto de vida). O óbito fetal ou natimorto é a morte de um produto da concepção ocorrida antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gestação. E os óbitos evitáveis são aqueles com maior potencial de prevenção, sendo estes os pós-neonatais, os neonatais, os fetais e os óbitos ocorridos em domicílio (BRASIL, 2009a).

O Brasil, nos últimos anos, vem instituindo compromissos para melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. Na década de 70, foi estabelecida a formulação e a execução de políticas públicas para a área da saúde materno-infantil, sendo em 1973, criado o Programa Nacional de Imunização (PNI) com o objetivo de coordenar as

ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. No ano de 1983 criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que em 2004 se transformou em uma política nacional, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. E desde a década de 90, as políticas públicas incluíram o recém-nascido como sujeito do cuidado através do Programa de Atenção à Saúde Perinatal (PROASP) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1996, estabelecendo calendário mínimo de consultas de puericultura para crianças de 0 a 5 anos. No ano 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL, 2004). Em 2004 foi firmado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo de articular órgãos mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças (BRASIL, 2011a).

Em 2011, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, em vigor até os dias atuais, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, a partir da implementação das políticas de atenção a saúde materno infantil e a meta de redução da MI, firmada pela Organização das Nações Unidas (ONU) por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que estipulou a necessidade de diminuição em dois terços no índice de MI, fez com que o País, de 1990 a 2015, reduzisse 73%, reduzindo de 61 mortes para cada mil crianças menores de cinco para 16 mortes (a cada cem mil) após esse período. Além disso, a queda do índice de MI no País superou a média mundial de 53% nos últimos 25 anos (BRASIL, 2015a).

No cenário estadual, Santa Catarina apresentou uma queda da TMI de 18% nos últimos cinco anos, alcançando a menor TMI do Brasil, com 9,2 casos a cada mil nascidos vivos. A região do estado com o menor índice de mortalidade em 2013 foi a Grande Florianópolis, com 8,59 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2015b).

Porém, ressalta-se ainda que a MI no componente neonatal reduz em ritmo mais lento, sendo responsável por aproximadamente 70% das mortes no primeiro ano de vida e apresentando maiores índices no período de 0 a 6 dias de vida (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; FERRARI et al., 2014; MENEZES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2012; SILVA et al., 2012). Dessa forma, a redução da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas principais para a redução das desigualdades regionais no País (BRASIL, 2011a).

Em outra perspectiva, estudos mostram que mais da metade dos casos de óbito infantil são classificados por causas consideradas evitáveis (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; FERRARI et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2012; KASSAR et al., 2013; MENEZES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2012; SILVA et al., 2012). Analisar os óbitos com o enfoque da evitabilidade tem como objetivo esclarecer e visualizar a contribuição de diferentes fatores que contribuem para a MI e fetal e a análise do óbito por ação oportuna e resolutiva do setor saúde. Algumas classificações de evitabilidade têm sido utilizadas para análise dos óbitos infantis e fetais de acordo com a possibilidade de sua prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis. Entre elas, destacam-se a classificação da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SAED) que tem sido utilizada para o óbito infantil no Brasil; a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do SUS do Brasil; e a classificação de Wigglesworth expandida, utilizada em diversos países do mundo e em alguns municípios brasileiros (BRASIL, 2009a).

No Brasil, no ano de 2015, 67,6% dos óbitos infantis foram classificados como evitáveis e o estado de Santa Catarina seguiu o cenário do País com 63,8 % dos óbitos infantis considerados evitáveis e a capital do estado, o município de Florianópolis, também reflete este contexto com 71,4% dos óbitos classificados como evitáveis (BRASIL, 2015b).

Desta forma, a análise das mortes infantis por sua evitabilidade é um importante indicador de resolutividade dos serviços e seu monitoramento é de grande relevância para a avaliação dos serviços de saúde (SILVA et al, 2012). E neste contexto de prevenção, classificar os óbitos em eventos evitáveis é uma medida que permite a construção de indicadores relacionados à qualidade da atenção à saúde, capazes de desencadear mecanismos de investigação e ações para sua redução (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

Nesse sentido, destaca-se a importância do monitoramento feito pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, como proposto pelo Ministério da Saúde (MS), pois sua atuação é fundamental para analisar a evitabilidade dos óbitos. Os comitês são organizações interinstitucionais, de atuação confidencial, com caráter educativo, consultivo e de assessoria. Dele fazem parte instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação de uma equipe multiprofissional, com objetivo de dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor estratégias de intervenções para a redução da mortalidade (BRASIL, 2009a).

Comitês são órgãos colegiados constituídos de pessoas lotadas em unidades diferentes da organização, que formam um grupo paralelo à estrutura organizacional, com o objetivo de estudar problemas específicos que não estejam dentro do âmbito e de responsabilidade de cada uma dessas unidades organizacionais, mas sim de interesse comum a elas (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

O Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal do estado de Santa Catarina, foi instituído em 2013, através da Portaria nº 785, com o objetivo de propor medidas de prevenção e controle das mortalidades materna, infantil e fetal e dar apoio aos Comitês Regionais. Por sua vez, o Comitê Municipal de prevenção de Óbito Infantil e Fetal (CPOIF) do município de Florianópolis atua desde o ano de 2006 através da Portaria SS/GAB nº 174, com caráter ético, técnico, educativo e consultivo. E em 2011, através do Decreto nº 9070, foi acrescentado o componente materno, ficando denominado de Comitê Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Fetal- “Comitê Floripa pela Vida” (FLORIANÓPOLIS, 2006, 2011).

O Comitê municipal é composto por 24 membros titulares, representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, hospitais e maternidades públicas e privadas, entidades e sociedade civil (FLORIANÓPOLIS, 2006). A gestão colegiada é uma estratégia que permite intervir nos problemas da sociedade em seus mais diversos níveis de atenção sob a ótica de perspectivas diversas, possibilitando a promoção da saúde e a prevenção de agravos por meio de ações educativas e de mudanças nas políticas públicas.

Dessa forma, a atuação dos comitês é essencial para a análise detalhada dos óbitos infantis e fetais, conferindo maior credibilidade aos dados levantados e proporcionando a avaliação da qualidade da assistência prestada aos usuários e das condições de acesso aos serviços

de saúde. Ao evidenciar as situações que requerem intervenção, os comitês possibilitam a formulação de ações a serem desenvolvidas interinstitucionalmente para reduzir a MI.

Há muitos estudos na literatura que fazem um levantamento e uma caracterização dos óbitos infantis em regiões distintas do País (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; COSTA; SANTOS, 2011; FERRARI et al., 2014; JODAS et al., 2013; KASSAR et al., 2013; MENEZES et al., 2014; SILVA et al., 2012). Outros abordam o processo de implantação dos comitês, apontando as dificuldades relacionadas à vigilância do óbito e à organização do comitê (MANSANO et al., 2004; VENÂNCIO; PAIVA, 2010).

Observa-se uma lacuna na literatura científica que aborde a análise da evitabilidade dos óbitos realizadas interinstitucionalmente pelos comitês para que suas atividades possam efetivamente contribuir com serviços de saúde a fim de reduzir a MI e fetal.

Deste modo, justifica-se a necessidade do presente estudo, devido à importância de estudar as ações desenvolvidas pelo Comitê na sua característica interinstitucional, pois esta é vista como uma estratégia de gestão. As ações colegiadas implicam na troca e na construção coletiva de saberes e práticas entre as instituições envolvidas, na tentativa de analisar a evitabilidade dos óbitos infantis e fetais, de modo que seja possível criar soluções eficazes para reduzir a mortalidade. Esta troca de saberes faz com que cada instituição amplie sua capacidade de analisar e de transformar sua prática a partir do convívio com a perspectiva das outras instituições.

Diante desta problemática, e admitindo-se as seguintes **proposições teóricas**: (1) mais da metade (67,6%) dos óbitos infantis no Brasil são classificados como evitáveis; (2) os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal são organizações colegiadas, de natureza interinstitucional, que analisam os óbitos com a perspectiva da evitabilidade; (3) a análise interinstitucional da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal possibilita a formulação de estratégias para prevenir novas ocorrências, questiona-se: **Como os representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida analisam a evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sistematizar o conhecimento, produzido em âmbito nacional e internacional, sobre as atividades desenvolvidas por comitês que atuam com a prevenção do óbito infantil e fetal.
- Descrever e explanar sobre a estrutura, a organização e o funcionamento do Comitê Floripa pela Vida.
- Identificar e comparar as perspectivas interinstitucionais no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal.
- Examinar como a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal contribui para a formulação de estratégias para a prevenção de novas ocorrências.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este estudo se fundamenta teoricamente em duas temáticas: Gestão em saúde, com foco na gestão à saúde da criança, por meio do seu histórico legislativo; e na gestão colegiada, considerando que este tipo de gestão é aplicado em organizações do tipo comitês, explorando a forma como os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal estão organizados.

3.1 GESTÃO EM SAÚDE

Entende-se por gestão em saúde como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços, e se divide nos espaços dos cuidados diretos; nas diversas instituições de saúde; e na exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (LORENZETTI et al., 2014).

Nesse sentido, a gestão atua na dimensão do gerir. Gerir como ação sobre a ação dos outros, sendo aliada ao exercício do poder. Pode-se dizer que a gestão é a disciplina do controle por excelência e a complexidade do ato de gerir não pode ocorrer sem planejamento, ou seja, envolve um processo de definição de padrões e metas, comparação de resultados e tomada de decisão, com base no que foi planejado (BARROS; MACHADO, 2011).

A Constituição Federal de 1988 redefiniu o conceito de saúde, posicionando-a como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regula em todo o território nacional as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Essas ações e serviços públicos de saúde devem ser desenvolvidos de acordo com os princípios organizativos e doutrinários do SUS como a universalidade de acesso, integralidade de assistência, equidade, descentralização, conjugação dos

recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990a).

Ainda, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. E ainda, o SUS conta, em cada esfera de governo, com a Conferência de Saúde e com o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

Na perspectiva do controle social, a participação da população na gestão da saúde insere as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade. O conhecimento da realidade de saúde das comunidades torna-se o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor. Dentre os mecanismos de participação social, as Conferências de Saúde, instâncias colegiadas de caráter consultivo, possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo. Seu objetivo é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Já os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 2003).

A gestão da saúde no serviço público tem em suas normativas a distinção dos conceitos de gerência e de gestão. Define-se gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS; e gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2003).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. E as funções gestoras no SUS podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para implementar as políticas na área da saúde (BRASIL, 2003).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos

prestadores públicos ou privados); e prestação direta de serviços de saúde. Cada um desse grupo de funções compreende uma série de subfunções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Por exemplo, dentro da função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, identificação das prioridades e programação de ações (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, para que seja possível exercer as funções gestoras, os gestores fazem uso de instrumentos de gestão que contribuem para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre eles está: a Lei do Plano Plurianual; Lei de Diretrizes Orçamentárias; Lei Orçamentária Anual; Agendas de Saúde; Quadros de Metas – nacional, estaduais e municipais; Planos de Saúde; Plano Diretor de Regionalização; Programação Pactuada e Integrada da Assistência; Relatórios de Gestão – nacional, estaduais e municipais; Plano de Controle, Regulação e Avaliação; Sistema Nacional de Auditoria; Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Cartão Nacional de Saúde; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares; Acreditação Hospitalar; Ouvidoria da Saúde (BRASIL, 2003).

Outro instrumento que confere o diferencial na qualificação do processo decisório dos gestores é o uso da informação. A integração e maior articulação entre os Sistemas de Informação em Saúde são essenciais para qualificar a gestão do SUS e por em prática os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços e da integralidade das ações. Neste sentido, é fundamental que os gestores adotem em sua política de gestão e concepção, essa racionalidade integradora, sem a qual não irão dispor de mecanismos para implementação de processos integrados de trabalho (BRASIL, 2003).

Monitorar os resultados a partir das informações permite visualizar se a organização está caminhando em direção aos seus objetivos. Os sistemas de informações epidemiológicas e administrativas são essenciais para o gerenciamento ético do cuidado em saúde, e permite não somente a avaliação econômica, como também a da qualidade dos serviços prestados. Além disso, dão mais segurança na tomada de decisões, pois são baseadas em fatos e não em impressões pessoais e superficiais, e há um maior aproveitamento do conhecimento, da sabedoria acumulada, e do acompanhamento das consequências das decisões (BARROS; MACHADO, 2011).

Pode-se dizer que a gestão em saúde está diretamente relacionada à resolubilidade e, no modelo brasileiro, hierarquizado por

níveis de atenção, a resolubilidade pode ser vista de duas formas: a capacidade de atender a demanda e encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado (dentro do próprio serviço); e a capacidade de atender a demanda que se estende, desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde, até a solução do seu problema em outros níveis de atenção (dentro do sistema de saúde) (BARROS; MACHADO, 2011).

Desde a implantação do SUS os principais avanços dizem respeito à ampla descentralização das ações e serviços de saúde para estados e municípios e a estruturação do Conselho Nacional, e dos conselhos estaduais e municipais de Saúde. Também o fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade, a extensão de cobertura, a ênfase na atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema e definição de fontes de financiamento público.

No que tange a gestão da saúde da criança, a promoção e recuperação da saúde infantil sempre foi uma prioridade assumida pelo governo e ao longo dos anos várias ações foram sendo implementadas para atender as necessidades desse grupo populacional a fim de qualificar a assistência materno-infantil. Apresenta-se, a seguir, um breve histórico sobre a evolução da gestão da saúde da criança.

3.1.1 Gestão da saúde da criança: um breve histórico legislativo

A preocupação com a saúde materno-infantil teve seus primeiros registros legislativos no ano de 1966, passando por inúmeros avanços e reformulações até os dias atuais, por meio de acordos internacionais e nacionais. O quadro 1 apresenta as ementas dos documentos legais referentes à saúde materno infantil, por ordem cronológica.

Quadro 1- Ementa dos documentos legais referentes à saúde materno infantil, por ordem cronológica

Documento	Ementa
1960-1970	
Decreto nº 58.820, de 14 de julho de 1966.	Promulgou a Convenção nº 103 sobre proteção à maternidade garantindo a licença maternidade de no mínimo 12 semanas e o direito de interromper o trabalho para amamentar.
1970-1980	
Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.	Instituiu o sistema nacional de vigilância epidemiológica e imunização, estabelecendo normas técnicas referentes à notificação de doenças e funcionamento do programa de imunização.
Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975.	Atribuiu à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares a partir do 8º mês e durante 3 meses após o parto.
Programa Nacional de Imunização, 1973.	Teve como objetivo coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura.
Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.	Dispôs sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, instituiu o Programa Nacional de Imunização e estabeleceu normas relativas à notificação compulsória de doenças.
Portaria MS nº 452 de 1977.	Estabeleceu o primeiro calendário nacional de vacinação de rotina, definindo as vacinas obrigatórias para menores de um ano (BCG, DTP, sarampo e poliomielite).
1980-1990	
Portaria Inamps/MS nº 18 de 1983.	Estabeleceu as normas e tornou obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe, 24h por dia, através do Sistema de Alojamento Conjunto nos hospitais públicos e conveniados.
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 1983.	Primeira iniciativa do MS de incluir o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher.
Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984.	Promulgou a convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. Primeiro tratado internacional que dispôs sobre os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimiu qualquer discriminação contra as mulheres.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.	A licença-maternidade foi definida como um benefício de caráter previdenciário que consiste em conceder à mulher que deu à luz licença remunerada de 120 dias.
Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.	Dispôs sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente que integrou o recém-nascido nas preocupações no âmbito das políticas públicas de saúde.
1990-2000	
Programa de Atenção à Saúde Perinatal, 1991.	Programa que se preocupou com o binômio mãe-filho, contemplando o recém-nascido como sujeito de cuidado e propondo melhoria da qualidade de assistência ao parto e ao recém-nascido.
Acordo mundial entre a Unicef e a Organização Mundial da Saúde com a associação internacional de fabricantes de alimentos, 1992.	Cessou o fornecimento gratuito ou de baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais.
Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993.	Aprovou as normas básicas para implantação do alojamento conjunto.
Portaria nº 1.113, de 15 de junho de 1994.	Assegurou o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança, vinculados ao SUS.
Portaria SAS/MS n.155 de 1994.	Estabeleceu as diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança.
PAISC, 1996.	Estabeleceu o calendário mínimo de consultas de puericultura para crianças de 0 a 5 anos.
Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, 1998.	A Rede tem por objetivo promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno; coletar e distribuir Leite Humano de qualidade certificada; contribuir para a redução da mortalidade infantil; somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
Portaria GM/MS nº 1091, 25 de agosto de 1999.	Criou a unidade de cuidados intermediários neonatal ao âmbito do SUS para atendimento ao recém-nascido de médio risco.
2000-2010	

Portarias nº 569, 570, 571 e 572 de 2000.	Instituiu o PHPN. O programa está subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades concentrar esforços no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal entre outras.
Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2000.	O objetivo nº 4 visou até 2015, reduzir a mortalidade na infância dois terços do nível de 1990; e o objetivo nº5, melhorar a saúde materna, até 2015, reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990.
Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000.	Aprovou a Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.
Portaria GM/MS nº 072 de 02 de março de 2000.	Incluiu na tabela de procedimentos do SIH/SUS o atendimento ao RN de baixo peso.
Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001.	Instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal que passa a realizar a triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística.
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher, 2002.	O programa tem como objetivo diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo do útero.
Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002.	Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho.
RDC Anvisa n.221 e 222 de 2002.	Normas para comercialização de alimentos para lactentes.
Portaria nº 1930, de 09 de outubro de 2003.	Qualifica os estados para o recebimento de recursos adicionais para disponibilização da fórmula infantil às crianças expostas ao HIV verticalmente.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, 2004.	Propõem diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, tendo como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes para o período de 2004 a 2007.
Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, 2004.	Articula os atores sociais em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil.
Portaria GM/MS nº 1258, de 28 de junho de 2004.	Instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal.
Portaria nº 756, de 16 de dezembro de 2004.	Estabeleceu normas para habilitação do Hospital Amigo da Criança.
Portaria MS nº 1117 7 de Junho de 2004.	Definiu valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança.
Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005.	Instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e estabeleceu os princípios e diretrizes para a estruturação e o processo de contratação de metas entre os gestores municipais, estaduais e o MS para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nos estados e municípios.
Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.	Garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS Nº 2.261 de 23 de novembro de 2005.	Aprovou o regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação
Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006.	Regulamentou a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.
Resolução-RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006.	Dispôs sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.
Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.	Divulgou o Pacto pela Saúde e suas três dimensões: Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Onde, no pacto pela Saúde visa-se reduzir a mortalidade materna, infantil

	neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonias.
Lei nº 11.474, de 15 de maio de 2007.	Alterou a lei n. 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.
Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007.	Aprovou a norma para a implantação do Método Mãe Canguru.
II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2008.	Promoveu a autonomia econômica e financeira das mulheres, considerando as dimensões étnico-raciais, geracionais, regionais e de deficiência, assim como a igualdade de gênero, considerando a dimensão étnico-racial nas relações de trabalho.
Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008.	Dispôs sobre regulamento técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010.	Aprova a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 Anvisa e Ministério da Saúde, que tem por objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais.
2010-2016	
Portaria no- 1.459, de 24 de junho de 2011.	Instituiu a Rede Cegonha, a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.
Portaria interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014.	Instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional.
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2015-2030.	Contempla 17 Objetivos e 169 metas. O objetivo nº 3 visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Têm como meta reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de

	crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.
Estratégia Amamenta Alimenta Brasil	Estratégia que visa qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade; e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde.
Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.	Instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS. A política tem como eixo central a promoção e proteção da saúde da criança e o aleitamento materno, por meio da atenção e cuidados integrais e integrados, desde o período da gestação até os 9 anos.
Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.	Estabeleceu princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Atualmente, a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS é responsável por elaborar as ações de atenção integral à saúde da criança desde a gestação até os nove anos de idade. Também objetiva reduzir a MI e garantir o pleno crescimento e desenvolvimento da criança, apoiando a implementação das redes de atenção à saúde em seu componente específico, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha, instituída em 2011 e ainda em vigor, é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério. E às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Tem como objetivos um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

A PNAISC institui ações envolvendo desde um pré-natal de qualidade para a mulher e o bebê, nascimento seguro e humanizado com

a adoção de boas práticas, atenção à saúde do recém-nascido, aleitamento materno, estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de violências e promoção da cultura de paz e atenção à saúde de crianças com doenças crônicas e/ou em situação de vulnerabilidades (BRASIL, 2015c).

Ao longo dos anos, observam-se os avanços das políticas públicas de saúde no que diz respeito à conquista dos direitos da mulher e do recém-nascido e a busca da qualidade da assistência materno-infantil. A elaboração destes documentos culminou na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil, que tiveram papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde.

3.2 GESTÃO COLEGIADA

Atualmente, a criação de colegiados vem sendo muito utilizada em vários setores, públicos ou privados, como instrumento de gestão, a fim de obter maior resolutividade das ações, reduzindo as dificuldades, objetivando a implantação e implementação de mudanças com o objetivo de atender as necessidades dos sujeitos envolvidos e da organização. Desse modo, a gestão colegiada ou compartilhada, visa fortalecer a construção de um espaço organizacional que impulse o indivíduo a pensar e agir numa perspectiva coletiva em prol da melhoria da qualidade do serviço prestado (FARIA, 2003).

Nesse sentido, o modelo de gestão colegiada trata da descentralização da organização, por meio de unidades funcionais autônomas, com menos hierarquia e mais poder de decisão. Essas unidades funcionais são projetadas com base em equipes, com responsabilidade compartilhada e equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão. Nesse sentido, a gestão colegiada surge como uma proposta de descentralização do poder e da autoridade, visando a elaboração de estratégias compartilhadas de resolução de problemas, com sistemas de informação simples e diretos (BERNARDES et al., 2007).

A gestão colegiada caracteriza-se como um espaço de participação e de discussão, constituído por um grupo de pessoas que representam todas as categorias/equipes de uma unidade de saúde, ou de uma instituição pública ou privada, sendo escolhidos por seus pares, que realizam reuniões com o objetivo de definir e discutir sobre os assuntos

oriundos do seu cenário de trabalho (BERNARDES et al., 2007; LUCK, 2000). Esse tipo de colegiado busca apoiar e organizar a gestão para tornar-se um ambiente tranquilo, com engajamento social, dinâmico, de aprendizagem, imbuídos de responsabilidade e ética na formação de cidadãos, com o compromisso de contribuir em prol do crescimento e desenvolvimento da instituição, tendo como finalidade potencializar e qualificar as ações (LUCK, 2000).

Para tanto, todo colegiado tem uma programação de reuniões ordinárias, ou seja, reuniões regulares, previstas, assim como, podem ter reuniões extraordinárias, implicando em ações deliberativas. Por sua vez, a função deliberativa corresponde às competências para elaborar, aprovar e tomar decisões pré-relatadas pela ata da reunião. Neste sentido, a ata representa um registro formal e oficial das reuniões do colegiado onde devem constar as decisões/deliberações, a fim de afirmar por escrito o que foi dialogado/discutido na reunião, e também, para o esclarecimento de qualquer dúvida ou questionamento que possam surgir posteriormente (SOUZA, 2008).

Por outro lado, o profissional, inserido neste colegiado, assume o desafio de operacionalizar este modelo gerencial aberto e flexível, com múltiplas visões, para alcançar o diálogo construtivo e a comunicação, ampliando as possibilidades de autonomia e poder de decisão. Deste modo, quando o foco é para uma gestão colegiada, busca-se articular uma gestão mais horizontal, participativa e democrática, por meio da pluralidade e dialogicidade na tomada de decisão, na tentativa de romper com os organogramas de recorte mais tradicionais (BERNARDES et al., 2007).

Com o exercício do colegiado, possibilita-se uma oportunidade vital em prol da democracia, da participação plural de seus membros, dispondo de múltiplos olhares, dividindo o poder e as responsabilidades entre seus representantes. Cada representante, que atua no colegiado possui um papel fundamental no sentido de fortalecer este modelo de gestão coletivo, viabilizando ações deliberativas e compartilhadas (LUCK, 2000).

Reconhecer, valorizar e incentivar a representação e participação dos membros nas reuniões deliberativas na esfera colegiada tem sido um foco da gestão pública, visto que o pluralismo decisório, que nada mais é do que a decisão coletiva, possibilita múltiplos olhares, maiores chances de acerto na tomada de decisão repercutindo positivamente no cenário em questão, mesmo demandando um pouco mais de tempo (LUCK, 2000; SOUZA, 2008).

O modelo de gestão colegiada possibilita o fortalecimento da representação e participação de seus membros por meio das reuniões deliberativas ou consultivas. Cada representante tem a possibilidade de participar e ajudar a decidir, a partir de sua manifestação ou de seu voto, da sua escolha, considerando a ótica da legislação. Logo, justifica-se a importância do colegiado como um espaço democrático, em que seus membros, representantes, por meio de suas experiências partilhadas de gestão, tornam possível desencadear construções decisórias numa perspectiva coletiva (BERNARDES et al., 2007; FARIA, 2003).

Percebe-se, que inserida nas organizações contemporâneas, a gestão colegiada gradativamente vem alcançando múltiplos espaços, conseqüentemente, tendo suas ações deliberativas tomadas a partir de uma pluralidade de membros, de olhares, dividindo as responsabilidades, possibilitando-os ao empoderamento decisório. Desta forma, destaca-se a importância da representatividade e participação por parte dos membros do colegiado com vistas a fomentar decisões mais justas e igualitárias (SOUZA, 2008).

Por meio da gestão colegiada, pode-se proporcionar o engajamento e a participação dos vários atores, diversos olhares, possibilitando compartilhar as responsabilidades, fortalecendo e potencializando os processos de deliberações coletivas em relação as situações que emergem no cotidiano laboral. Vale ressaltar, que só a existência do colegiado não garante a democratização da gestão. Compete aos indivíduos envolvidos neste processo, garantir que a gestão de colegiado, seja um instrumento de construção coletiva (LUCK, 2000).

Dessa forma, é fundamental a implantação da gestão colegiada, por proporcionar mudanças no processo gerencial sob uma perspectiva coletiva, focando nas relações e interações construídas no ambiente organizacional, impulsionando a democratização e fortalecendo a participação dos sujeitos envolvidos efetivamente no processo decisório (BERNARDES; ÉVORA; NAKAO, 2008).

3.2.1 Comitês: órgãos colegiados para análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal

Os comitês são órgãos colegiados, constituído por pessoas lotadas em unidades diferentes da organização, que formam um grupo paralelo à estrutura organizacional. Objetivam discutir assuntos, situações ou problemas específicos, que não estejam dentro do âmbito e

das responsabilidades de cada uma dessas unidades organizacionais, mas são de interesse comum a elas. Podem ter ou não poder decisório, mas normalmente, não o tem, devendo ter suas conclusões ratificadas por uma autoridade. Eles podem ser permanentes ou temporários. Este último é formado com uma finalidade específica para concluir determinado assunto, sendo dissolvido a seguir (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

A criação de comitês tem como principal benefício a elaboração de soluções eficientes devido à complementariedade de conhecimentos e percepções, ou seja, reunir várias pessoas de formações diversas para discutir assuntos interdisciplinares trazendo melhores soluções. Também são úteis porque a participação nesses comitês aumenta a motivação para produzir e contribui para a integração das pessoas; aumenta a comunicação entre seus membros, por meio das reuniões, facilitando as coordenações formais e informais; as informações sobre as discussões e as atividades que devem ser executadas tendem a ser mais rápidas, pois todos os membros estão a par dos assuntos, permitindo maior velocidade de divulgação; há uma maior cooperação para implantar as decisões, pois os que participam das discussões sabem as razões que levaram às conclusões, aumentando a disposição para cooperar nas ações (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

Os comitês servem, ainda, como instrumento de treinamento e avaliação dos seus membros, ou seja, todos estão sendo permanentemente avaliados e treinados. O maior conhecimento entre as pessoas, pelas reuniões, leva a uma integração maior entre elas, que é útil à organização e facilita a coordenação. Quanto mais membros participam das discussões, maior a continuidade administrativa, pois a decisão em conjunto tende a garantir ações opostas (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

Porém, este tipo de colegiado apresenta algumas desvantagens, entre elas ter a responsabilidade das decisões de forma compartilhada, pois quando acertada todos se vangloriam, mas quando equivocada se eximem da responsabilidade. Outra desvantagem é o custo elevado, pois estar presente nas reuniões demanda tempo dos seus membros, sendo necessário considerar o custo/benefício (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

Também se deve levar em consideração o risco de não se chegar a uma solução que seja aceita por todos, obrigando a solução meio-termo, que não seja a melhor para a organização; outro risco é a hierarquia, uma vez que os comitês não estão enquadrados em cadeia

escalar; e por último, o risco de desentendimento entre os membros da equipe, que podem extrapolar o âmbito do comitê se houver elementos desintegradores e o coordenador não tiver habilidade para conduzir os conflitos (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

Os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, propostos pelo MS, são organizações interinstitucionais, de caráter consultivo e de assessoria. Têm como membros, os representantes de instituições governamentais, universidades, hospitais e maternidades públicas e privadas, entidades e sociedade civil organizada. Podem ser considerados como instrumentos de gestão, pois analisam a evitabilidade dos óbitos infantis a partir de indicadores que refletem a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto, ao nascimento e à criança (BRASIL, 2009a).

Os indicadores são de extrema importância para avaliar a gravidade do fenômeno estudado. Entre eles estão os dados sobre mortalidade, que são obtidos através de declarações de óbitos padronizadas e processadas nacionalmente e alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica. Atualmente a distribuição eletrônica destes dados tem facilitado o acesso a essas informações (BRASIL, 2009b).

Nesse sentido, a VE constitui-se em um importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, uma vez que fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, através de informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam em um determinado território (BRASIL, 2009b).

São funções da VE a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados processados; recomendação de medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e divulgação de informações pertinentes. Este ciclo de funções específicas são complementares e desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas em tempo hábil e com eficácia (BRASIL, 2009b).

Segundo a Portaria GM nº 1.172 de 15 de junho de 2004, é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a VE e o monitoramento da mortalidade infantil e materna, e é atribuição do estado complementar a atuação dos municípios. Dessa forma, os responsáveis pela vigilância de óbitos, neste caso os comitês,

devem envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da Atenção Primária, principalmente na realização da entrevista domiciliar e levantamento dos dados de prontuários referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde da criança e adolescente (BRASIL, 2009a).

A investigação do óbito tem como finalidade obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas com a família. A secretaria municipal de saúde deve instituir a vigilância do óbito, por meio dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, envolvendo profissionais da VE e profissionais da equipe da atenção básica. Na atenção terciária, o comitê hospitalar deve realizar busca ativa diária dos óbitos infantis e fetais ocorridos ou atestados em suas dependências, notificar o óbito ao serviço de VE municipal e disponibilizar o acesso aos prontuários para a equipe de vigilância de óbitos (BRASIL, 2009a).

O início da investigação se dá quando o óbito é notificado através da Declaração de Óbito (DO). A DO é o documento padrão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, e tem como objetivo cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde (BRASIL, 2009a).

Feito isso, é verificado se o óbito está entre os critérios mínimos de referência para investigação, sendo eles os óbitos evitáveis, ou seja, aqueles com maior potencial de prevenção: os pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida), os neonatais (0 a 27 dias de vida), os fetais (natimortos) e os óbitos ocorridos em domicílio (BRASIL, 2009a).

A investigação é realizada por meio da entrevista domiciliar, seguida pelo levantamento de dados dos serviços de saúde como prontuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades, prontuários hospitalares e laudos de necropsia/anatomopatológico. A fim de padronizar o registro destes dados, o MS formulou as Fichas para Investigação do Óbito Infantil e Fetal. Nessa ficha contêm campos referentes à identificação do caso investigado, informações fornecidas pelos familiares, dados da assistência pré-natal, parto e nascimento, dados sobre o acompanhamento da criança nas UBS, centros especializados, serviços de urgência e hospitais (BRASIL, 2009a).

Após a investigação, é realizado um resumo do caso, que posteriormente a equipe de vigilância de óbitos e o comitê irão discutir

com todos os profissionais envolvidos na assistência da criança para análise ampla e detalhada de cada caso e sua conclusão (BRASIL, 2009a).

A análise do óbito é feita com o enfoque da evitabilidade, avaliando criticamente e promovendo uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito pela ação dos serviços de saúde e/ou outras ações. Nesta análise são identificados os problemas relacionados ao óbito e identificadas as medidas de prevenção/intervenção necessárias. A análise de evitabilidade do óbito, a identificação de problemas e as intervenções necessárias também são registradas na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações (BRASIL, 2009a).

Analisar os óbitos com o enfoque da evitabilidade visa esclarecer a contribuição de diferentes fatores para a mortalidade infantil e fetal. Variadas classificações de evitabilidade podem ser encontradas da literatura para analisar os óbitos infantis e fetais de acordo com a sua possibilidade de prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis. A finalidade dessas classificações é sistematizar os vários fatores que contribuem para a mortalidade infantil e fetal e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2009a). Entre elas, destacam-se a classificação da SAED que tem sido utilizada para o óbito infantil no Brasil; a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do SUS do Brasil; e a classificação de Wigglesworth expandida, utilizada em diversos países do mundo e em alguns municípios brasileiros (BRASIL, 2009a).

A Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do SUS do Brasil foi proposta em 2007 para organizar os óbitos utilizando como referência agrupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID). A organização das causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade está dividida em: Causas evitáveis- reduzíveis por ações de imunoprevenção; reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao RN; reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto; reduzíveis por adequada atenção ao RN; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento; reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde; Causas mal definidas; Demais causas (não claramente evitáveis) (MALTA et al., 2007).

Diante deste contexto, ressalta-se a importância da participação integrada entre os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal e os

setores responsáveis pela assistência à saúde materno-infantil, uma vez que os objetivos principais do trabalho não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é constituído pelo manuscrito “ATIVIDADES, DIFICULDADES E CONTRIBUIÇÕES DE COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL: uma revisão integrativa de literatura”, que apresenta o estado da arte nacional e internacional sobre as atividades desenvolvidas por comitês que atuam com a prevenção do óbito infantil e fetal.

O manuscrito segue o disposto na Instrução Normativa n.10 de 15 de junho de 2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), que estabelece o formato e elaboração de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem.

4.1 MANUSCRITO 1: ATIVIDADES, DIFICULDADES E CONTRIBUIÇÕES DE COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL: uma revisão integrativa de literatura

RESUMO

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável tem como meta a redução da mortalidade infantil evitável até o ano de 2030, e para o alcance desta meta destaca-se a importância dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, considerando que é de sua atribuição dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos. Objetivou-se conhecer o estado da arte nacional e internacional sobre as atividades desenvolvidas por comitês que atuam com a prevenção do óbito infantil e fetal. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura na qual foram selecionados estudos publicados entre 2005 a 2015, indexados na base eletrônica da PubMed, Cinahl, Scopus, Lilacs, Bdenf e Scielo. Observou-se que as atividades desenvolvidas pelos comitês se dão em âmbito internacional, nacional, regional, estadual e municipal. Os resultados mostram que para a concretização das ações, algumas dificuldades devem ser superadas, porém as contribuições que os comitês proporcionam na qualidade dos serviços de saúde, interferem diretamente na redução da mortalidade. Conhecer as ações desses comitês é fundamental para a troca de experiência com outras localidades para aperfeiçoarem suas ações e cumprirem com as metas para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Descritores: Comitês de Profissionais; Mortalidade Infantil; Mortalidade Fetal; Gestão em Saúde

INTRODUÇÃO

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estão pautados em 17 objetivos e 169 metas para serem alcançadas pelos países até 2030, e mesclam, de forma equilibrada, as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental. Para tanto será necessária uma parceria global com a participação ativa dos governos, da sociedade civil, do setor privado, da academia, da mídia, e das Nações Unidas (PNUD, 2016).

O terceiro dos ODS visa à saúde de qualidade, assegurando uma vida saudável e promovendo o bem-estar para todos em todas as idades. Dentre as metas deste objetivo está acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (PNUD, 2016).

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) é um indicador de fácil mensuração, que estima o risco de morte no primeiro ano de vida. De modo global, avalia os cuidados que determinada população disponibiliza às crianças e ao ciclo gravídico-puerperal, e constitui um dos indicadores mais comumente utilizados para análise das condições de saúde de uma população e da efetividade dos serviços de saúde materno-infantis (OLIVEIRA et al., 2015).

O Brasil é um dos 62 países que alcançaram a meta de redução da mortalidade infantil (MI), reduzindo em 73% no período 1990-2015, de 61 mortes para cada mil crianças menores de cinco para 16 mortes (a cada cem mil) após esse período. A queda do índice de MI no País supera a média mundial de 53% nos últimos 25 anos (BRASIL, 2015).

A maior parte das mortes infantis é composta por óbitos considerados evitáveis. Óbitos infantis evitáveis são aqueles em que, em principio, não deveriam ocorrer diante de adequadas condições de acesso e resolubilidade dos serviços de saúde. A análise da tendência da MI de causas evitáveis permite uma avaliação das condições de vida e saúde e provê subsídios para implantação de intervenções direcionadas às necessidades desse grupo populacional. O conhecimento das condições dos óbitos infantis e da dinâmica de ocorrência desses

falecimentos representa uma ferramenta importante para definir e orientar as ações dos gestores de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Para a análise desta evitabilidade, é importante destacar as atividades realizadas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Estes comitês são organismos interinstitucionais, de caráter educativo e formativo, com atuação sigilosa. Dele fazem parte instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. São instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção (BRASIL, 2009).

Considerando que os países se organizam para acompanhar e monitorar a mortalidade infantil, e a necessidade de compreender como os comitês de prevenção da mortalidade infantil e fetal atuam, esta revisão buscou sistematizar o conhecimento, produzido em âmbito nacional e internacional, sobre as atividades desenvolvidas por comitês que atuam com a prevenção do óbito infantil e fetal.

MÉTODODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cujo método permite a síntese de vários estudos já publicados, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas, resultando em uma análise ampliada e visualização de lacunas existentes (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). O delineamento do estudo se deu por meio das recomendações do *checklist* do *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studie* (PRISMA) e da elaboração de um protocolo, validado por parecerista *expert*, constituído de seis etapas metodológicas propostas por Botelho, Cunha e Macedo (2011): identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e a apresentação da revisão.

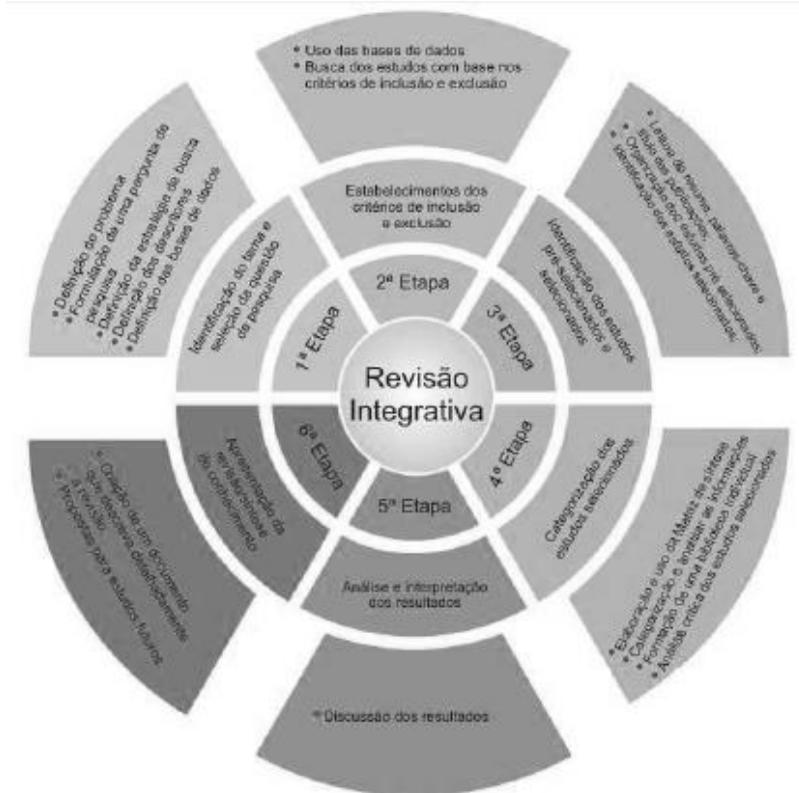


Figura 1- Processo de elaboração de revisão integrativa

Fonte: Botelho, Cunha e Macedo (2011).

Na primeira etapa, delimitou-se a questão para a revisão: Como se apresenta a literatura científica nacional e internacional acerca das atividades desenvolvidas por comitês que atuam com a prevenção do óbito infantil e fetal? Com o objetivo de sistematizar o conhecimento, produzido em âmbito nacional e internacional, sobre as atividades desenvolvidas por comitês que atuam com a prevenção do óbito infantil e fetal.

Utilizaram-se como filtros os idiomas português, inglês e espanhol; no recorte temporal de 2005 a 2015. Foram incluídos resultados de pesquisas, relatos de experiência, estudos de reflexão, revisões e relatórios de gestão. Foram excluídos editoriais, cartas,

artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, publicações duplicadas, dossiês, documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais, teses, dissertações, boletins epidemiológicos, livros e artigos que não atendessem o escopo desta revisão.

Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases bibliográficas eletrônicas no mês de novembro de 2015, sendo elas: *Public/Publish Medline* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing & Allied Helth Literature* (Cinahl), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Para composição da estratégia de busca, foram selecionadas palavras-chave e descritores combinados, sendo eles: mortalidade infantil, óbito infantil, óbitos infantis, óbito fetal, óbitos fetais, mortalidade fetal, mortalidade neonatal, comitê de profissionais, comissão, comissões, comitês consultivos; e seus respectivos termos em inglês e espanhol.

A partir da estratégia de busca foram identificados 3.890 estudos nas seis bases de dados pesquisadas. Na terceira etapa os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura de título, resumo, palavras-chave ou descritores, excluindo-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 45 artigos. Estes foram lidos na íntegra, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo esta revisão 34 estudos. A figura 2 apresenta o fluxograma de seleção dos estudos.

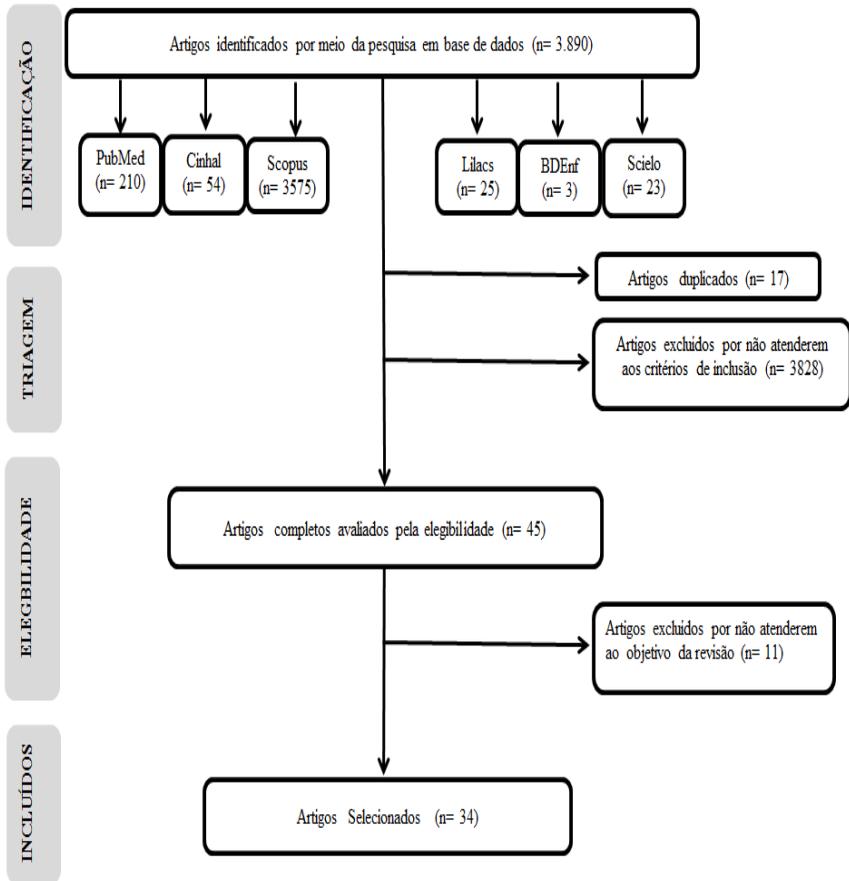


Figura 2- Fluxograma do método de seleção dos estudos

Fonte: Adaptação do PRISMA, 2016.

Na quarta etapa, os estudos selecionados foram categorizados em tabela no Microsoft Excel® por meio de um instrumento de coleta de dados para registrar as informações extraídas dos artigos e para uma análise crítica, que constava dos seguintes itens: base de dados,

periódico, ano, autor, título, objetivo, método, local, tipo de comitê, atividades realizadas.

A quinta etapa consistiu da análise e interpretação dos resultados e discussão, destacando-se dos trabalhos as atividades realizadas pelos comitês para a prevenção do óbito infantil e fetal. Ainda nesta etapa, foram identificadas as dificuldades encontradas pelos colegiados e os benefícios que suas atividades trazem para a redução da MI. Na última etapa, organizou-se a revisão e síntese do conhecimento produzido acerca das atividades realizadas pelos comitês para a prevenção do óbito infantil e fetal.

RESULTADOS

Em relação às bases de dados, dos 34 estudos selecionados, 17 estavam indexados na *Scopus*, nove CINAHL, cinco na PubMed, dois na *Scielo*, um na Lilacs. Na BEDEnf não foi encontrado artigo que atendessem aos objetivos desta revisão.

Quanto aos periódicos que publicam sobre a temática, destaca-se o *South Dakota Journal of Medicine* com oito estudos publicados, seguido do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* e o *Ciência, Cuidado e Saúde*, ambos com três publicações; na sequência, os periódicos *Pediatric* e *Saúde e Sociedade* tiveram duas publicações; por fim, os periódicos *Archives of Disease in Childhood - BMJ Journals*, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *American Journal of Public Health*, *Public Library of Science-PLoS ONE*, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *Obstetrics & Gynecology*, *Public Health Reports*, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *Revista Brasileira de Enfermagem*, *Focus*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Acta Scientiarum Health Sciences*, *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, *Acta Paulista de Enfermagem*, *Revista Cubana de Medicina General Integral* e *Escola Anna Nery*, todas com uma publicação.

Em relação ao delineamento da pesquisa, os estudos apresentaram abordagem descritiva e exploratória (19), relato de experiência (sete), descritivo transversal (dois), descritivo transversal retrospectivo (um), descritivo exploratório retrospectivo (um), descritivo retrospectivo (um), ecológico retrospectivo (um), análise de concordância (um) e estudo de agregados (um).

O Quadro 2 apresenta a descrição dos estudos quanto ao âmbito, autor/ano, título e objetivo do estudo. Em relação ao âmbito de atuação dos comitês, estes podem ser internacionais, nacionais,

regionais, estaduais e municipais. Os comitês internacionais são aqueles do qual fazem parte representantes de vários países que monitoram e avaliam a mortalidade fetal, infantil e materna. O Comitê Permanente da Mortalidade e Morbidade Perinatal (FIGO) foi criado em 1967 e dele fazem parte representantes do Haiti, Quênia, Kosovo, Maldivas, Nigéria, Paquistão, Peru, Uganda, Ucrânia, Uruguai, Canadá, Reino Unido, Suécia, Espanha, entre outros. A rede Euro-Peristat começou em 1999 como parte do Programa de Vigilância da Saúde da União Europeia e, agora, tem representação oficial de 29 países, entre eles Portugal, Bruxelas, França, Alemanha, Finlândia e Espanha.

Os comitês de âmbito nacional representam o topo da hierarquia de produção das informações sobre a mortalidade e de onde são formuladas as principais metas e políticas a serem alcançadas em âmbito nacional, estadual e municipal. Os comitês regionais têm suas atividades concentradas em regiões de maior vulnerabilidade do país, com características e necessidades específicas. Os comitês estaduais e municipais são responsáveis pela produção de informações por meio da vigilância, investigação e análise dos óbitos infantis e fetais.

No que tange ao local dos estudos, o continente Americano se destaca com 27 artigos, continente Asiático com três, Africano com um e os demais abrangem vários países de vários continentes. Em relação aos países, o Brasil se coloca em evidência com 14 estudos; seguido pelos Estados Unidos com 12; China, Japão, Gana, Israel e Cuba com um estudo cada. Em relação ao Brasil, o estado com maior número de estudos foi o Paraná (dez) e São Paulo (quatro). O ano com maior número de publicações foi 2009 (seis estudos); seguido de 2011 (cinco); 2006 (quatro); 2008, 2013, 2014 e 2015 (três para cada ano); 2007, 2010 e 2012 (dois estudos em cada ano); e 2005 com um estudo.

No que se refere aos títulos e objetivos dos estudos, estes se preocupam em relatar a situação de mortalidade e a experiência dos comitês; analisar dados sobre os óbitos a partir dos registros e dos sistemas de informação; investigar e monitorar o comportamento da taxa de MI e fetal; analisar o processo de trabalho dos comitês e caracterizar o perfil da mortalidade.

Quadro 2- Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa

Autor/Ano	Título	Objetivo
LALONDE; GRELLIER, 2012	FIGO Saving Mothers and Newborns Initiative 2006–2011	Relatar as atividades do comitê FIGO nos anos de 2006 a 2011.
MOHANGOO et al., 2011	Gestational Age Patterns of Fetal and Neonatal Mortality in Europe: Results from the Euro-Peristat Project	Analisar a relação idade gestacional e as diferenças na mortalidade fetal e neonatal entre os países a fim de avaliar qual a parte da variação inter-país é devido a variações no registro de nascimentos e mortes e qual parte é devido a diferenças reais na saúde e na qualidade do atendimento.
DUNN, 2007	History of the FIGO Standing Committee on Perinatal Mortality and Morbidity 1979–1991	Relatar as atividades do comitê FIGO nos anos de 1979 a 1991.
SUN et al., 2015	Child health in China in the Millennium Development Goal Era	Relatar a experiência da China para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a redução da mortalidade infantil.
AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2015	The Importance of Vital Records and Statistics for the Obstetrician–Gynecologist	Descrever o processo pelo qual os nascimentos, mortes maternas, e mortes fetais são registrados; os desafios enfrentados com um sistema de comunicação descentralizado; e o papel

		importante para ginecologistas-obstetras em melhorar a precisão, confiabilidade e pontualidade dos registros vitais.
LU; JOHNSON, 2014	Toward a National Strategy on Infant Mortality	Relatar os objetivos e atividades do comitê consultivo sobre mortalidade infantil.
PONCE et al., 2012	Mortalidad infantil en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa	Determinar o comportamento da taxa de mortalidade infantil, no hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, no período compreendido entre 1 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2010.
ITABASHI et al., 2009	Mortality Rates for Extremely Low Birth Weight Infants Born in Japan in 2005	Investigar a taxa de mortalidade neonatal durante a estadia na UTI para bebês extremamente baixo peso ao nascer em nascidos no Japão 2005.
ISSAH et al., 2011	Maternal and neonatal survival and mortality in the Upper West Region of Ghana	Descrever os fatores baseados em estabelecimentos de saúde que afetam a saúde materna / neonatal e os resultados das notificações de morte materna e auditorias na Região Oeste do Gana superior.

STRULOV, 2005	The Western Galilee Experience: Reducing Infant Mortality in the Arab Population	Relatar as atividades desenvolvidas pelo comitê nomeado pelo ministério da saúde para reduzir a mortalidade infantil.
WILSON; SIDERAS, 2015	Regional Infant and Child Mortality Review Committee- 2013 final report	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2013.
WILSON; SIDERAS, 2013	Regional Infant and Child Mortality Review Committee- 2012 final report.	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2012.
RANDALL; WILSON, 2011	Regional Infant and Child Mortality Review Committee 2010 Final Report	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2010.
VENANCIO; PAIVA, 2010	O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo	Avaliar a implantação dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil (CIOI) no Estado de São Paulo (SP).
RANDALL; WILSON, 2010	Regional Infant and Child Mortality Review Committee- 2009 final report.	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2009.
RANDALL; WILSON, 2009	The 2008 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2008.

YAO et al., 2009	Sistema de Investigação dos Óbitos Perinatais e Neonatais por meio de Comitês de Mortalidade Perinatal e Infantil na Cidade de São Paulo	Divulgar o fluxo da investigação do óbito infantil pelos Comitês de Mortalidade Perinatal e Infantil (CMPI) na cidade de São Paulo e apresentar os resultados de 2006.
FORTUNA et al., 2009	Óbitos Neonatais: uma experiência de trabalho do Comitê Regional de Vigilância ao Óbito Infantil e Fetal (CRVOIF) no Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-VII), no ano 2005	Relatar a experiência de trabalho do Comitê Regional de Vigilância ao Óbito Infantil e Fetal (CRVOIF) de Campinas, no ano 2005.
ORLANDI, 2008	Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil no Paraná: estratégia de sucesso na vigilância da saúde de mulheres e crianças	Relatar as atividades dos comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil no Paraná.
RANDALL; WILSON, 2008	The 2007 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2007.
RANDALL; WILSON, 2007	The 2006 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2006.
BRENNEMAN et al,	Forty Years in	Transmitir os principais

2006	Partnership: The American Academy of Pediatrics and the Indian Health Service	destaques desta colaboração, que começou formalmente em 1965.
ANDRADE et al., 2006	Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001	Verificar se as condições de vida e de infraestrutura dos municípios do Paraná se relacionam com a taxa de mortalidade infantil e seus componentes.
RANDALL; WILSON, 2006	The 2005 Annual Report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee	Relatar a situação da mortalidade infantil do estado da Dakota do Sul do ano de 2005.
SANTOS et al., 2014	Concordância sobre causas básicas de morte infantil entre registros originais e após investigação: análise de dois biênios nos anos 2000	Analisar a concordância entre a causa básica de morte infantil informada na Declaração de Óbito (DO) e a definida após investigação pelo Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI), em Londrina, Paraná, nos biênios 2000/2001 e 2007/2008.
CARETI et al., 2014	Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos	Analisar o perfil da mortalidade infantil de residentes em Ribeirão Preto-SP, entre 2009 e 2011, a partir dos dados do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil.
FERNANDES et al.,	Mortalidade infantil e	Avaliar o perfil da

2013	classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15 ^o regional de saúde Paraná	mortalidade infantil e a evitabilidade dos óbitos de crianças menores de um ano dos municípios da 15 ^a Regional de Saúde.
JODAS et al., 2013	Análise dos óbitos evitáveis de menores de cinco anos no município de Maringá-PR	Analisar os óbitos de menores de cinco anos por doenças evitáveis ocorridos em 2008 no município de Maringá, PR.
FERRARI; BERTOLOZZI, 2012	Idade materna e características de recém-nascidos em óbito no período neonatal, 2000 a 2009	Identificar a relação entre a idade materna e as características de recém-nascidos que foram a óbito, no período neonatal, no município de Londrina, Paraná.
SANTANA et al., 2011	Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito	Analisar algumas características da mortalidade infantil de residentes na área da 15 ^o Regional de Saúde do Paraná, de 2005 a 2008.
MATHIAS et al., 2009	Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde	Descrever atividades desenvolvidas em Projeto de Extensão Universitária, em especial destacar o trabalho conjunto dos participantes no Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Infantil da 15 ^a Regional de Saúde do Estado do Paraná (CRPMI).

<p>NABHAN; OLIVEIRA, 2009</p>	<p>Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006</p>	<p>Caracterizar os óbitos infantis, segundo variáveis relacionadas à criança, à mãe e à assistência.</p>
<p>MATHIAS et al., 2008</p>	<p>Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil em região do estado do Paraná</p>	<p>Analisar óbitos infantis na 15ª Regional de Saúde do Paraná utilizando o resultado das investigações do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil.</p>
<p>EAGLESTAFF et al., 2006</p>	<p>Infant Mortality Reviews in the Aberdeen Area of the Indian Health Service: Strategies and Outcomes</p>	<p>Determinar a causa e forma da morte para das crianças na Área de Aberdeen do Serviço de Saúde Indígena de 1998 a 2002 e identificar marcadores de risco para a mortalidade infantil.</p>

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

A partir da proximidade entre os conteúdos dos artigos e repetição dos temas entre eles, originaram-se três núcleos temáticos: atividades desenvolvidas pelos Comitês nos distintos âmbitos de atuação; Dificuldades encontradas pelos Comitês para a concretização das ações; e Contribuição das ações dos Comitês para a redução da mortalidade infantil.

Atividades desenvolvidas pelos Comitês

Em todos os âmbitos (internacional, nacional, regional, estadual e municipal), as atividades dos comitês se destacam pela atuação de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, patologistas, epidemiologistas, obstetras, ginecologistas e educadores de saúde; de caráter interinstitucional, com representantes de instituições públicas e

privadas, em nível de atenção primária, secundária e terciária. O Quadro 3 elenca as principais atividades desenvolvidas pelos comitês em cada âmbito.

Quadro 3- Atividades desenvolvidas pelos comitês de acordo com o âmbito

Âmbito	Atividades
Internacional	<p>Produzir dados estatísticos sobre mortalidade fetal, neonatal e infantil; Analisar as taxas de mortalidade fetal, neonatal e infantil; Analisar variações entre os países; Criar comitês nacionais de mortalidade perinatal; Acompanhar relatórios de mortalidade perinatal; Realizar programas de orientação com foco nas necessidades de cada país;</p>
Nacional	<p>Integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais; Atenuar lacunas entre as áreas urbanas e rurais; Atuação sobre os determinantes sociais; Gestão e monitorização antes, durante e após o nascimento; Fazer recomendações sobre a importância dos registros vitais e estatísticas; Produzir de dados estatísticos sobre mortalidade fetal, neonatal e infantil; Analisar as taxas de mortalidade fetal, neonatal e infantil; Elucidar os fatores que influenciam na mortalidade fetal, neonatal e infantil;</p>
Regional	<p>Coletar de dados de certidões de nascimento e de óbito, e relatórios de autópsia; Produção de dados estatísticos sobre mortalidade fetal, neonatal e infantil; Elucidar os fatores que influenciam na mortalidade fetal, neonatal e infantil; Analisar a sequência de eventos que levou ao desfecho do óbito; Classificar os óbitos de acordo com a sua evitabilidade;</p>

	<p>Propor estratégias para serem implementadas como medidas de prevenção; Fornecer ferramentas às instituições de saúde para melhorar o serviço prestado; Dar recomendações às instituições de saúde; Realizar programas de educação em saúde; Realizar campanhas de prevenção;</p> <p>Estabelecer uma rede de vigilância do óbito fetal, neonatal e infantil; Investigar a ocorrência do óbito fetal, neonatal e infantil; Analisar a sequência de eventos que levaram ao desfecho do óbito; Integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais; Dar recomendações às instituições de saúde; Propor estratégias de intervenção através de medidas educativas e informativas para prevenção, promoção e reorganização dos serviços de saúde; Mobilizar parcerias;</p>
Estadual	<p>Alimentar os bancos de dados para as estatísticas; Estabelecer uma rede de vigilância do óbito fetal, neonatal e infantil; Sensibilizar os profissionais para o correto preenchimento da Declaração de Óbito; Investigar a ocorrência do óbito fetal, neonatal e infantil; Realizar entrevista domiciliar; Discutir os casos de óbito com uma equipe multiprofissional; Classificar os óbitos de acordo com a sua evitabilidade; Determinar a causa real do óbito; Corrigir a causa básica do óbito; Levantar diagnóstico situacional; Dar recomendações às instituições de saúde; Promover discussão com os profissionais envolvidos na assistência; Propor estratégias de intervenção através de medidas educativas e informativas para prevenção, promoção e reorganização dos serviços de saúde;</p>
Municipal	

Dificuldades encontradas pelos comitês para a concretização das ações

Nos estudos analisados, as principais dificuldades encontradas pelos comitês em todos os âmbitos estão relacionadas com a qualidade das informações e com o apoio interinstitucional e multiprofissional. O Quadro 4 apresenta as principais dificuldades encontradas pelos comitês em cada âmbito para a concretização das suas ações.

Quadro 4- Dificuldades encontradas pelos comitês para a concretização das ações de acordo com o âmbito

Âmbito	Dificuldades
Internacional	Registro sobre nascimentos e natimortos limitados;
Nacional	Registro sobre nascimentos e natimortos limitados; Integração entre saúde pública e serviço de pediatria deficiente; Poucas iniciativas que integrem os determinantes sociais; Pouco investimento em sistemas de monitoramento e vigilância; Sistema de comunicação descentralizado; Falta de padronização das estatísticas vitais; Necessidade de maior apoio interagências-público e privada; Pouca colaboração multiprofissional;
Regional	Baixa adesão às recomendações do comitê; Falta de um sistema de monitoramento do processo de implementação das recomendações;
Estadual	Deficiência de recursos materiais e humanos; Fichas não padronizadas; Reuniões esparsas; Não há critérios de seleção dos óbitos a serem analisado;
Municipal	Deficiência de recursos materiais e humanos; Registros das declarações de óbito incompletos ou incoerente com a causa básica;

Dados incompletos ou ausência de registro nos prontuários;
 Anotações ilegíveis;
 Resistência na apresentação de prontuários de clínicas e hospitais financiados por planos e seguros de saúde;
 Recusa ou mudança de endereço para a visita domiciliar;
 Incompatibilidade entre as informações dos prontuários e a entrevista com familiares;
 Processo de investigação lento;
 Pouca colaboração multiprofissional;

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Contribuição das ações dos comitês para a redução da mortalidade fetal e infantil

Nesta terceira categoria, os benefícios das ações dos comitês, independente do âmbito em que atuam, visam, em última instância, a redução da MI. Suas ações trazem como principais benefícios um banco de dados confiáveis para vigilância e sensibilização dos gestores, contribuindo para a formulação de estratégias de intervenção mais rápidas e eficientes. O Quadro 5 apresenta as principais contribuições das ações dos comitês para a redução da MI em cada âmbito.

Quadro 5- Contribuições das ações dos comitês para a redução da mortalidade infantil de acordo com o âmbito

Âmbito	Contribuições
Internacional	<p>Uso de dados confiáveis para a vigilância e formulação de políticas; Permite a avaliação de deficiências específicas; Dá subsídios para melhorar os resultados; Monitorização da mortalidade no mundo; Proposta de medidas universais; Parcerias e esforços internacionais;</p>
Nacional	<p>Representação precisa dos óbitos para os gestores de saúde e pesquisadores;</p>
Regional	<p>Banco de dados como fonte de informação</p>

	<p>Melhora da qualidade dos serviços de saúde; Consciência da mídia e da sociedade;</p>
Estadual	<p>Proporciona maior conhecimento da realidade da população; Instrumento de gestão;</p>
Municipal	<p>Representação precisa dos óbitos para os gestores de saúde e pesquisadores; Uso de dados confiáveis para a vigilância e formulação de políticas; Avaliação dos óbitos contribui para o ensino; Possibilita maior especificidade da informação sobre causas do óbito; Redirecionamento das ações e discussões de medidas para a alteração da realidade; Maior diálogo entre o município e as equipes de saúde; Melhor compreensão e adesão ao trabalho do comitê; Prontuários mais completos; Aprimoramento das estatísticas oficiais com alteração da declaração de óbito; Sensibilização dos gestores;</p>

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

Em âmbito internacional, os comitês, FIGO (DUNN, 2007; LALONDE; GRELLIER, 2012) e Euro-Peristat (MOHANGOO et al., 2011), têm suas atividades concentradas na produção de dados estatísticos confiáveis sobre a MI e fetal, que permite uma análise mais significativa das variações das taxas de mortalidade entre os países. Também são responsáveis por criar os comitês nacionais e acompanhar seus relatórios de eventos perinatais. Subsidiados pelos dados estatísticos e pelos relatórios, os comitês internacionais elaboram projetos com foco na necessidade da realidade de cada país, abordando desde a formação clínica dos profissionais e o desenvolvimento de protocolos de atendimento, até a implementação de auditoria clínica e mudança legislativa e política.

Em relação aos dados estatísticos e sua importância como subsídio para a formulação de ações, as diferenças regionais na notificação dos eventos vitais provocam a subestimação das taxas,

justamente nas áreas de pior nível socioeconômico e maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde. Por outro lado, o aumento da cobertura dos sistemas de informação afeta a evolução temporal das estimativas de MI, sob a suposição de subregistro. Diferentemente das nações desenvolvidas, os países em desenvolvimento não dispõem de sistemas de informação de registros contínuos ou, se os têm, são usualmente incompletos e não geram dados suficientes para mensurar os indicadores de mortalidade em âmbito nacional, com fidedignidade, dificultando a formulação de ações eficazes. No Brasil, os dados vitais estão aliados às recomendações de organismos internacionais e encontram-se em nível satisfatório para a construção de indicadores de desenvolvimento e para avaliar políticas de saúde (FRIAS; SZWARCOWALD; LIRA, 2014; SILVA, 2012). Nesse sentido, sistemas de informação confiáveis são fundamentais para a construção de um banco de dados estatísticos sólidos que permitam a análise das variações das taxas de mortalidade entre os países, possibilitando o direcionamento das estratégias de prevenção e controle da MI e fetal.

Em âmbito nacional, os comitês do Japão (ITABASHI et al., 2009) e de Cuba (PONCE et al., 2012), além de terem suas ações voltadas para a produção de dados confiáveis para estatísticas de saúde, preocupam-se com a investigação das taxas de MI, buscando elucidar os fatores que nela influenciam. Os comitês nacionais, também buscam integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais. Na China (SUN et al., 2015), para reduzir a MI, o comitê visa atenuar as lacunas entre as áreas rurais e urbanas, assegurando amplamente a monitorização e acompanhamento da gravidez de alto risco através da telemedicina e promovendo também a restrição da cesariana. Nos Estados Unidos (COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN, 2015; LU; JOHNSON, 2014), o comitê objetiva otimizar a saúde antes, durante e após a gravidez, tendo como foco a prevenção primária, abordando fatores individuais bem como os determinantes sociais de saúde; também faz recomendações para o serviço de ginecologista e obstetrícia sobre a importância das estatísticas e dos registros vitais. Nesses estudos, há uma preocupação em focalizar as ações não só nos aspectos biológicos da mortalidade, mas também, considerando todo o contexto em que ela ocorre.

Considerar o contexto em que a mortalidade ocorre, quer dizer que além dos aspectos biológicos, os aspectos socioeconômicos e de acesso aos serviços também precisam ser reconhecidos como determinantes da MI e fetal para a diminuição das iniquidades e das

injustiças sociais (SANTOS et al., 2015). Pesquisas realizadas no Brasil mostraram que o aumento da mortalidade está relacionada ao menor Índice de Desenvolvimento Humano, menor renda municipal per capita e a quantidade insuficiente de estabelecimentos de saúde. O maior CMI correlaciona-se com os piores indicadores socioeconômicos e de investimento em saúde, sugerindo determinação social e influência do contexto nos óbitos infantis (BARBOSA et al., 2014; BERNARDINO et al., 2015). O mesmo resultado foi evidenciado em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, que avaliou a taxa de mortalidade nos municípios metropolitanos e periféricos, mostrando que esta está associada aos baixos níveis socioeconômicos (LEVINE et al., 2014).

Nesse sentido, os determinantes sociais, definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais e étnico-raciais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, precisam ser considerados como os eixos norteadores para a elaboração das recomendações para os serviços de saúde, bem como para a formulação de políticas públicas que visem à melhoria da qualidade dos serviços de saúde materno-infantis (BARROS; LIMA; MATA, 2016).

Os comitês de âmbito regional têm suas ações voltadas para a realidade específica de determinada região. O comitê da região oeste de Gana (ISSAH; BEIFUBAH; OPOKU, 2011) fornece aos sistemas de saúde ferramentas para melhorar o processo de trabalho, assim como documentam os óbitos e analisam os fatores ligados a cada caso a fim de implementar estratégias para evitar mortes futuras. Na região da Galileia em Israel (STRULOV, 2005), o comitê instituiu um sistema informatizado online e em tempo real para o monitoramento e análise das informações; também implementou um programa de prevenção e de educação em saúde para reduzir a mortalidade devido a infecções sazonais.

Como existe heterogeneidade no perfil da população entre as regiões, é fundamental que se busque compreender o perfil da morbimortalidade perinatal, da distribuição dos fatores de risco relacionados aos determinantes sociais e sua variação entre as regiões. Estudos brasileiros apontam que é de extrema importância a análise regional para a organização dos serviços e estabelecimento de redes de atenção à gestante e recém-nascido (RN), assim como para o mapeamento da evolução e estado atual da situação de saúde, fornecendo informações importantes para os gestores locais que elaboram estratégias de redução e prevenção da MI (ARECO; KONSTANTYNER; TADDEI, 2016; VIEIRA et al., 2015). Outro

estudo, realizado na Nigéria, vêm ao encontro dos resultados brasileiros, reforçando a necessidade de olhar para além dos aspectos individuais, mas sim, compreender a influência das variações regionais da mortalidade. Essas variações regionais indicam consistentemente que características ao nível da comunidade são mais importantes para analisar o contexto em que ocorre os óbitos (ADEDINI et al., 2015).

Colaborando com os comitês regionais, os comitês de âmbito estadual têm suas ações voltadas para a vigilância e análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais de acordo com aspectos sociais, econômicos, etc. Nos Estados Unidos, o comitê do estado do Alaska (BRENNEMAN; RHOADES; CHILTON, 2006), influencia na política e no serviço de saúde indígena na busca de melhorias de transporte, saneamento, acesso às vacinas e serviços diretos. No estado de Dakota do Sul (RANDALL; WILSON, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011; WILSON; SIDERAS, 2013, 2015) o comitê tem como finalidade analisar os óbitos infantis e fetais por acidentes domésticos ou violência, para que as informações fundamentem suas ações para evitar potenciais riscos fatais; emitem relatórios sobre a evolução do número de mortes no estado; e fazem recomendações para a comunidade. No Brasil, nos estados do Paraná e São Paulo (ANDRADE et al., 2006; FORTUNA; LIMA; LIMA, 2009; ORLANDI, 2008; VENÂNCIO; PAIVA, 2010; YAO et al., 2009), as mesmas atividades são percebidas. Os comitês atuam no processo de vigilância, investigação e análise do óbito e das condições de vida e saúde das famílias; identificam a evitabilidade, os fatores que podem ter determinado o desfecho, medidas de prevenção e de intervenção que possam ser propagadas para que óbitos em situações semelhantes não voltem a ocorrer; e ainda mobilizam parceiros para a redução da mortalidade (BRASIL, 2009).

A vigilância dos óbitos infantis e fetais é uma importante estratégia de redução da mortalidade, pois contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. A vigilância inclui a investigação do caso de óbito no seu contexto biopsicossocial, a análise da evitabilidade do óbito, as proposta de recomendações para os serviços e gestores e a alimentação dos sistemas de informação (BRASIL, 2009).

A mortalidade evitável apresenta-se como um indicador de potenciais deficiências na atenção à saúde. Taxas elevadas de mortes por causas evitáveis podem ser consideradas como alerta para a necessidade de estudos relacionados à qualidade da atenção à saúde. Uma análise

realizada em âmbito mundial apontou que das mortes neonatais evitáveis, a mais frequente foi ocasionada por complicações intraparto. Mortes em menores de cinco anos por pneumonia, diarreia e malária também foram elencadas (WARDLAW et al., 2013). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos recomenda que para a redução das mortes evitáveis e para o alcance das metas é necessário comprometimento, empenho e liderança das partes nacionais e internacionais interessadas, incluindo todos os profissionais de saúde (AKSEER et al., 2015).

No Brasil, as pesquisas mostraram que mais da metade dos óbitos infantis e fetais poderiam ter sido evitados e destes o maior número são aqueles reduzíveis por adequada atenção a gestação, porém observou-se que esse número vem reduzindo ao longo dos anos. (ARECO; KONSTANTYNER; TADDEI, 2016; LISBOA et al., 2015; OLIVEIRA, 2015; SANTOS et al., 2015).

Em âmbito municipal, os comitês realizam as mesmas atividades que os comitês estaduais, com ações específicas de acordo com as características do município. Nos Estados Unidos, o comitê do Serviço de Saúde Indígena do município de Aberdeen (EAGLESTAFF; KLUG; BURD, 2006), tem o objetivo de melhorar a classificação da causa morte, identificar as causas evitáveis, e discuti-las com os líderes tribais. No Brasil, no estado do Paraná (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; FERRARI; BERTOLOZZI, 2012; JODAS et al., 2013; MATHIAS et al., 2009; MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008; NABHAN; OLIVEIRA, 2009; SANTANA et al., 2011; SANTOS et al., 2014), os estudos trazem as atividades dos comitês dos municípios de Londrina, Cianorte e Maringá. Nesses locais os comitês têm suas ações voltadas para a investigação dos óbitos e visita domiciliar, promoção de discussões com todos os envolvidos na assistência da criança, para análise ampla e detalhada de cada caso para determinar a real causa do óbito, correção da Declaração de Óbito (DO) e sensibilização dos profissionais para o seu correto preenchimento; também utilizam um formulário padronizado pelo Comitê Estadual e uma ficha para avaliação final que após a investigação e o encerramento dos casos, todas as informações obtidas são transferidas para o Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil, implantado no ano de 2002 pela Secretaria Estadual da Saúde do Paraná; além disso, estabelecem uma rede de vigilância dos óbitos infantis ocorridos nos municípios a partir da estratégia de “evento sentinela”, identificam os fatores determinantes e propõem intervenções através de medidas educativas e informativas visando à prevenção, promoção e reorganização da assistência à saúde.

O comitê do município de Ribeirão Preto, São Paulo (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014), além de investigar os óbitos, classifica de acordo com a evitabilidade, definindo uma metodologia de ação com a finalidade de levantar um diagnóstico situacional e desenvolver ações capazes de melhorar a qualidade da assistência materno-infantil; também cumpre papel educativo, elaborando uma carta a ser enviada ao serviço de saúde de referência da mãe e da criança e esclarecendo os resultados discutidos, indicando possibilidades de fortalecimento da atenção à saúde.

A investigação e análise dos óbitos, de nada faria sentido, sem que esses resultados fossem compartilhados. Diante disso evidencia-se a importância das recomendações e devolutivas das quais são de atribuição dos comitês municipais, por estarem mais próximos dos serviços de saúde.

Como parte do trabalho da vigilância dos óbitos, as recomendações para redução das mortes infantis e fetais devem ser encaminhadas aos gestores de saúde em todos os níveis de atenção e nelas devem ser apontadas as medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e as medidas de intervenção para a reorganização da assistência. Deve ser também promovida a interlocução permanente dos comitês com os gestores da saúde para a interferência de forma efetiva nas políticas públicas dirigidas às necessidades da população (BRASIL, 2009).

Igualmente importante é a divulgação dos resultados e a integração com as demais políticas públicas sociais e de educação para uma atuação intersetorial com vistas à promoção das condições de vida da população e interferência sobre os determinantes sociais da MI. Para tanto, a elaboração de relatórios periódicos contendo as estratégias de prevenção formuladas para a redução da MI e fetal na localidade é essencial e estes devem ser encaminhados para os comitês estaduais e destes para os nacionais (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, as atividades desenvolvidas pelos comitês de todos os âmbitos para a prevenção do óbito infantil e fetal são realizadas de forma a se complementarem, seguindo-se um fluxo de coleta, produção, análise e divulgação das informações. Porém, os comitês encontram ainda dificuldades para concretizarem suas ações, o que vem sendo um obstáculo para o alcance das metas estabelecidas.

A principal dificuldade encontrada pelos comitês internacionais é a deficiência nos registros de nascimento e óbito infantil e fetal (DUNN, 2007; LALONDE; GRELLIER, 2012; MOHANGOO et al.,

2011). Essa mesma dificuldade é encontrada nos comitês nacionais, sendo que na China (SUN et al., 2015), soma-se a dificuldade de integração entre as instituições de saúde públicas com os serviços particulares de pediatria. Nos Estados Unidos (COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN, 2015; LU; JOHNSON, 2014), os principais desafios estão em conquistar maior apoio dos setores para iniciativas que integrem os determinantes sociais, maior investimento em monitoramento e vigilância dos óbitos, necessidade de padronização das estatísticas vitais e maximização do potencial entre os setores, com apoio público e privado, e a descentralização do sistema de comunicação.

A ação intersetorial pode ser entendida como a relação entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema que está sendo discutido, visando alcançar a resolutividade dos problemas na saúde de uma maneira mais efetiva e eficiente do que poderia alcançar o setor saúde agindo de forma isolada (AZEVEDO et al., 2012).

Em relação à redução da MI, as ações intersetoriais são de fundamental importância, pois viabilizam a comunicação, a interação e o compartilhamento de saberes e de poder entre os diferentes setores, em torno de objetivos e metas comuns para o enfrentamento dos óbitos infantis e fetais. Porém é necessário provocar uma mudança na lógica da gestão, a fim de superar a fragmentação das estruturas sociais e produzir efeitos mais significativos na saúde da população (AZEVEDO et al., 2012; DIAS et al., 2014).

Em âmbito regional, o comitê da região oeste de Gana (ISSAH; BEIFUBAH; OPOKU, 2011), apresenta como dificuldade a não implementação das recomendações feitas pelo comitê, sendo necessário um sistema para monitorar este processo de implantação. Em âmbito estadual, o maior impasse está na deficiência de recursos materiais e humanos, assim como reuniões muito esparsas, fichas não padronizadas e a inexistência de um critério de seleção dos óbitos para análise (ANDRADE et al., 2006; BRENNEMAN; RHOADES; CHILTON, 2006; FORTUNA; LIMA; LIMA, 2009; ORLANDI, 2008; RANDALL; WILSON, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011; VENÂNCIO; PAIVA, 2010; WILSON; SIDERAS, 2013, 2015; YAO et al., 2009) Nos municípios dos Estados Unidos (EAGLESTAFF; KLUG; BURD, 2006), a deficiência de recursos materiais e humanos também é um problema a ser enfrentado.

Considerando a variedade e complexidade das atividades realizadas pelos comitês, a disponibilidade de recursos humanos e materiais são essenciais. Na Índia, um estudo identificou a necessidade de abordar as questões de recursos humanos e financiamento da saúde com os gestores políticos (THOMAS et al., 2015). Uma pesquisa retrospectiva realizada no Brasil, afirma que a falta de médicos em determinadas regiões do país, a desarticulação entre a formação e a oferta de profissionais e as necessidades do sistema de saúde e direitos da população ainda é um problema a ser enfrentado (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013). Outro estudo apontou a deficiência de recursos materiais, físicos, qualificação profissional e acesso à internet, elementos fundamentais para o desenvolvimento das atividades (SILVA, 2013). E ainda, evidencia-se a falta de profissionais no setor saúde, identificando uma histórica negligência e mesmo uma ausência de políticas para recursos humanos (SOARES, 2016).

Nos municípios brasileiros (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; FERRARI; BERTOLOZZI, 2012; JODAS et al., 2013; MATHIAS et al., 2009; MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008; NABHAN; OLIVEIRA, 2009; SANTANA et al., 2011; SANTOS et al., 2014), as dificuldades estão relacionadas aos registros das DOs incompletos ou incoerentes com a causa básica do óbito e, principalmente, dados insuficientes, ausência de registro nos prontuários e anotações ilegíveis. Também são relatadas a não realização da visita domiciliar por recusa ou mudança de endereço da família, a incompatibilidade entre as informações dos prontuários e a entrevista com familiares e o processo de investigação de forma lenta. Outra dificuldade encontrada é resistência na apresentação de prontuários de clínicas e hospitais financiados por planos e seguros de saúde e a necessidade de ampliar a participação multiprofissional.

Sabe-se que os prontuários contemplam informações a respeito dos cuidados realizados à gestante e à criança, bem como toda a assistência prestada, desde admissão até a alta hospitalar, possibilitando uma comunicação eficiente entre os membros da equipe multiprofissional acerca do histórico clínico. Por sua vez, os registros contidos no prontuário também contribuem para os setores administrativos, de pesquisa e ensino, faturamento, para referências estatísticas, planejamento e gestão, sendo ainda um instrumento com suporte legal (MORAIS et al., 2015). Porém, estudos que analisaram a qualidade dos registros nos prontuários evidenciam, principalmente, a

persistência de anotações incompletas e/ou ilegíveis ou ausentes (BARRAL et al., 2012; BRASIL; MEDEIROS; SALDANHA, 2015; MORAIS et al., 2015; MOREIRA; GAÌVA, 2013).

Em relação aos registros nas DOs de forma incompleta ou incoerente com a causa básica do óbito, as pesquisas mostram que os resultados vêm ao encontro com as dificuldades encontradas pelos comitês, pois evidenciam a falta de concordância entre a causa básica de óbito da DO original e da DO após investigação dos óbitos infantis e/ou a incompletude das informações (CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013; SANTOS et al., 2015; SILVA et al., 2013).

No entanto, apesar das dificuldades que ainda devem ser superadas pelos comitês, sua importância é indiscutível para o alcance das metas para redução da MI e fetal. Entre os benefícios que suas ações trazem para a sociedade global está a alimentação e o uso de um banco de dados confiáveis para a vigilância e a formulação de políticas que visem à redução da mortalidade, fornecendo subsídios para melhorar os resultados a serem alcançados. Internacionalmente (DUNN, 2007; LALONDE; GRELLIER, 2012; MOHANGOO et al., 2011), os comitês monitoram a mortalidade no mundo, propondo medidas universais por meio da avaliação das deficiências específicas de cada região e firmando parcerias e esforços internacionais.

A articulação entre os países e estes com os estados e municípios, torna possível o acompanhamento deste indicador nas diferentes esferas administrativas, permitindo a avaliação do impacto das ações de saúde descentralizadas (ARECO; KONSTANTYNER; TADDEI, 2016). Considerado como um instrumento de gestão, os comitês representam de forma precisa o contexto dos óbitos para os gestores de saúde e pesquisadores, ao conhecer a realidade da população, redirecionando as ações e discutindo as medidas de prevenção para a mudança dessa realidade (YAO et al., 2009).

Em âmbito municipal (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014; EAGLESTAFF; KLUG; BURD, 2006; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; FERRARI; BERTOLOZZI, 2012; JODAS et al., 2013; MATHIAS et al., 2009; MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008; NABHAN; OLIVEIRA, 2009; SANTANA et al., 2011; SANTOS et al., 2014), os comitês contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde por meio do diálogo entre o município e as equipes de saúde e sensibilização dos gestores de instituições públicas e privadas. Além disso, as estatísticas oficiais são aprimoradas com a alteração da DO e com prontuários mais completos, possibilitando maior especificidade da

informação sobre as causas do óbito. Ainda, a avaliação dos óbitos contribui para o ensino superior, proporcionando uma maior compreensão e adesão ao trabalho do comitê e consciência da mídia e da sociedade (MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008; STRULOV, 2005).

Nesse sentido, para a efetividade dessas ações dos comitês, os sistemas de informação em saúde constituem ferramentas importantes para a gestão descentralizada do sistema de saúde. A descrição e análise dos problemas de saúde, a partir de dados e informações em saúde, auxiliam em uma tomada de decisão mais efetiva dos gestores, possibilitando agir nos reais problemas que interferem na MI (FRIAS; SZWARCOWALD; LIRA, 2014; VASCONCELOS; ROSA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão permitiu conhecer o estado da arte nacional e internacional sobre as atividades dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, as principais dificuldades encontradas por eles para concretizarem suas ações e os benefícios das suas ações para a redução da MI.

Os estudos mostraram que as atividades dos comitês em âmbito internacional, nacional, regional, estadual e municipal se complementam com o objetivo de realizar a vigilância dos óbitos infantis e fetais e alimentar os sistemas de informações com dados confiáveis para o gestores de saúde subsidiarem suas ações e implementarem estratégias efetivas para a redução da MI. Porém, os registros de má qualidade e a falta de apoio intersetorial é uma barreira que ainda deve ser superada. Apesar disso, os benefícios que os comitês proporcionam está na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, interferindo diretamente na redução da MI.

Este estudo contribui para a reflexão acerca das ações voltadas para a qualificação da assistência à saúde materna infantil, uma vez que aponta como os comitês, nos diferentes âmbitos, se organizam para reduzir a mortalidade. Contudo, não foram encontradas pesquisas com alto nível de evidência, sendo esta uma limitação deste estudo. Recomenda-se a realização de novas pesquisas que abordem a temática, tendo em vista a relevância técnico-científica e social dos comitês de prevenção da mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

ADEDINI, S.A. et al. Regional variations in infant and child mortality in Nigeria: a multilevel analysis. *J. Biosoc. Sci.*, v.47, p.165–187. 2015.

AKSEER, N. et al. Ending preventable newborn deaths in a generation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.131, p.43-48. 2015.

ANDRADE, S.M. et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.181-189. 2006.

ARECO, K.C.N.; KONSTANTYNER, T.; TADDEI, J.A.A.C. Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo - 1996 a 2012. *Rev Paul Pediatr*. 2016.

AZEVEDO, E.B. et al. Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v.33, p.93-9. 2012.

BARBOSA, T.A.G.S. et al. Determinantes da mortalidade infantil em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *REME rev. min. enferm.*, v.18, n.4, p.907-914. 2014.

BARRAL, L.N.M. et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. *Rev. Min. Enferm.*, v.16, n.2, p.188-193. 2012.

BARROS, G.A.; LIMA, P.C.M.; MATA, M.S. Análise dos determinantes sociais dos anos potenciais de vida perdidos no estado do Rio Grande do norte. *Revista Ciência Plural*, v.1, n.3, p.14-25. 2016.

BERNARDINO, L.C.S. et al. Mortalidade infantil e desigualdade social: análise fundamentada na Bioética de Intervenção. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, v.4, n.2, p.42-60. 2015.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v.5, n. 11, p. 121-136. 2011.

BRASIL, A.M.F.E.; MEDEIROS, C.R.G.; SALDANHA, O.M.F.L. Estratégia saúde da família: análise dos registros em prontuários. *Caderno pedagógico, Lajeado*, v.12, n.1, p.265-276. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.96. 2009.

BRASIL. Portal Brasil. ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. Portal Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 02.05.2016.

BRENNEMAN, G.; RHOADES, E.; CHILTON, L. Forty Years in Partnership: The American Academy of Pediatrics and the Indian Health Service. *PEDIATRICS*, v.118, n.4, p. 1257-63. 2006.

CAETANO, S.F.; VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas. *Cad. Saúde Colet, Rio de Janeiro*, v.21, n.3, p.309-17. 2013.

CARETI, C.M; SCARPELINI, A.H.P; FURTADO, M.C.C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Rev. Eletr. Enf.*, v.16, n.2, p.352-60. 2014.

CARVALHO, M.; SANTOS, R.N.; CAMPOS, G.W.F. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, v. 37, n. 98, p. 372-387. 2013.

COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. The Importance of Vital Records and Statistics for the Obstetrician–Gynecologist. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, v. 126, n.3. 2015.

DIAS, M.S.A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.11, p.4371-4382. 2014.

DUNN, P.M. History of the FIGO Standing Committee on Perinatal Mortality and Morbidity 1979–1991. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Elsevier Ireland, v. 96, p. 131-137. 2007.

EAGLESTAFF, M.L.; KLUG, M.G.; BURD, L., Infant Mortality Reviews in the Aberdeen Area of the Indian Health Service: Strategies and Outcomes. *Public Health Reports*, v.121, p. 140-8. 2006.

FERNANDES, C.A; VIEIRA, V.C.L; SCOCHI, M.S. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15 regional de saúde paraná. *Cienc Cuid Saude*, v.12, n.4, p.752-759. 2013.

FERRARI, R.A.P.; BERTOLOZZI, M.R. Idade materna e características de recém-nascidos em óbito no Período neonatal, 2000 a 2009. *Cienc Cuid Saude*, v.11, p.16-22. 2012.

FORTUNA, C.B.; LIMA, E.; LIMA, M.R. Óbitos Neonatais: uma experiência de trabalho do Comitê Regional de Vigilância ao Óbito Infantil e Fetal (CRVOIF) no Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-VII), no ano 2005. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1. 2009.

FRIAS, P.G.; SZWARCOWALD, C.L.; LIRA, P.I.C. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.10, p.2068-2080. 2014.

ISSAH, K.; BEIFUBAH, A.N.; OPOKU, C.F. Maternal and neonatal survival and mortality in the Upper West Region of Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.113, p.208–210. 2011.

ITABASHI, K. et al. Mortality Rates for Extremely Low Birth Weight Infants Born in Japan in 2005. *PEDIATRICS*, v.123, n.2, p. 445-450. 2009.

JODAS, D.A. et al. Análise dos óbitos evitáveis de menores de cinco anos no município Maringá-PR. *Esc Anna Nery* (impr.), v.17, n.2, p. 263-270. 2013.

LALONDE, A.B.; GRELLIER, R. FIGO: Saving Mothers and Newborns Initiative 2006–2011. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Elsevier Ireland, v. 119, p. 18-21. 2012.

LEVINE, R.S. et al. Social Determinants and the Classification of Disease: Descriptive Epidemiology of Selected Socially Mediated Disease Constellations. *PLoS ONE*, v.9, n.11. 2014.

LISBOA, L. et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.24, n.4, p.711-720. 2015.

LU, M.C; JOHNSON, K.A. Toward a National Strategy on Infant Mortality. *American Journal of Public Health*, v.104, n.1, p.13-16. 2014.

MATHIAS, T.A.F. et al. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.62, n.2, p.305-11. 2009.

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*, v.43, n.3, p.445-53. 2008.

MOHANGOO, A.D. et al. Gestational Age Patterns of Fetal and Neonatal Mortality in Europe: Results from the Euro-Peristat Project. *PLoS ONE*, Austrália, v.6, n.11. 2011.

MORAIS, C.G.X. et al. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. *Revista ACRED*, v.5, n.9, p. 64-84. 2015.

MOREIRA, M.D.S; GAÍVA, M.A.P. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *R. pesq.: cuid. fundam. Online*, v.5, n.2, 3757-66. 2013.

NABHAN, S.S.; OLIVEIRA, R.Z. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v.31, n.1, p.71-76. 2009.

OLIVEIRA, E. et al. Mortalidade infantil evitável em montes claros, Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Rev. baiana saúde pública*, v. 39, n. 2, p. 397-407. 2015.

ORLANDI, M.H.F. Comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil no Paraná: estratégia de sucesso na vigilância da saúde de mulheres e crianças. *Cienc Cuid Saude*, v.7, n.1, p.7-8. 2008.

PONCE, V.A.A. et al. Mortalidad infantil en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa (1998-2010). *Rev Cubana Med Gen Integr*, Ciudad de La Habana, v.27, n.4. 2012.

PROGRAMA PARA AS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. PNUD, 2016. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ods.aspx>>. Acesso em 02.05.2016.

RANDALL, B.; WILSON, A. The 2005 Annual Report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.59, n.11, p.473-7. 2006.

RANDALL, B.; WILSON, A. The 2006 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.60, n.9, p.343-51. 2007.

RANDALL, B.; WILSON, A. The 2007 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.61, n.8, p.287-9. 2008.

RANDALL, B.; WILSON, A. The 2008 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.62, n.12, p.471-75. 2009.

RANDALL, B.; WILSON, A. Regional Infant and Child Mortality Review Committee: 2009 final report. SD Med., 2010.

RANDALL, B.; WILSON, A. Regional Infant and Child Mortality Review Committee 2010 final report. SD Med., p.455-63. 2011.

SANTANA, I.P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. Acta Paul Enferm, v.24, n.4, p.556-62. 2011.

SANTOS, H.G. et al. Concordância sobre causas básicas de morte infantil entre registros originais e após investigação: análise de dois biênios nos anos 2000. Rev Bras Epidemiol, p.313-322. 2014.

SANTOS, S.P.C. et al. Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.15, n.4, p.389-399. 2015.

SILVA, J.A.C. et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: avaliação em Belém - Pará, em 2010. Rev assoc med bras, v.59, n.4, p.335-340. 2013.

SILVA, N.S. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. Rev. bras. enferm., Brasília, v.66, n.5. 2013.

SILVA, R. Child mortality estimation: consistency of under-five mortality rate estimates using full birth histories and summary birth histories. PLoS Med, v.9. 2012.

SOARES, M.I. et al. Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. Enfermería Global, n.42, p.353-64. 2016.

STRULOV, A. The Western Galilee Experience: Reducing Infant Mortality in the Arab Population. Focus, v.7. 2005.

SUN, B. et al. Child health in China in the Millennium Development Goal Era. Arch Dis Child, v.100, n.1, p. 61-62. 2015.

THOMAS, D. et al. Closing the health and nutrition gap in Odisha, India: A case study of how transforming the health system is achieving greater equity. *Social science & medicine*, v.145, p.154-62. 2015.

VASCONCELOS, J.P.R; ROSA, C.S. Mortalidade infantil em menores de cinco anos de idade no município de Águas Lindas de Goiás. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.7, n.1, p.176-190. 2016.

VENÂNCIO, S.I.; PAIVA, R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.10, n.3, p.369-375. 2010.

VIEIRA, T.M.M. et al. Mortalidade perinatal e diferenças regionais no estado do Paraná. *Cogitare Enferm*, v.20, n.4, p.783-791. 2015.

WARDLAW, T. et al. Child survival: a message of hope but a call for renewed commitment in UNICEF report. *Reproductive Health*, v.10, n.64. 2013.

WILSON, A.L; SIDERAS, J. Regional Infant and Child Mortality Review Committee 2012 final report. *SD Med.*,v.66, n.10, p.415-9. 2013.

WILSON, A.L; SIDERAS, J. Regional Infant and Child Mortality Review Committee 2013 final report. *SD Med.*, v. 68, n.2, p.57-9. 2015.

YAO, G.M. et al. Sistema de Investigação dos Óbitos Perinatais e Neonatais por meio de Comitês de Mortalidade Perinatal e Infantil na Cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1. 2009.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo explanatório e descritivo, com estratégia metodológica de estudo de caso único com unidades integradas de análise, de abordagem qualitativa, que buscou evidenciar o processo de análise da inevitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida.

Para alcance deste objetivo, o presente estudo seguiu o referencial metodológico de Robert K. Yin, formado em História pela Faculdade de Harvard e pós-graduado no Instituto de Tecnologia de Massachusetts, onde obteve seu doutorado em ciências cognitivas cerebrais. Yin publicou seus primeiros artigos no campo da psicologia experimental e neurociência. Na década de 1970 ele centrou a sua investigação sobre os métodos de pesquisa sociológicos e pesquisa de estudo de caso e em 1981 publicou seu primeiro artigo, intitulado “O Estudo de Caso como uma estratégia de pesquisa”.

O método de estudo de caso é empregado quando existe a necessidade de entender os fenômenos sociais complexos, através de características holísticas e significativas dos eventos da vida real, contribuindo com novos conhecimentos dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, etc (YIN, 2010). *“É uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto estão claramente evidentes”* (YIN, 2010, p 39).

Deste modo, o estudo de caso é vantajoso quando uma questão “como” ou “por que” está sendo feita sobre um conjunto de eventos atuais nos quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre estes eventos (YIN, 2010).

Dentre as vantagens do uso deste método, está a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências. Também pode-se dizer que ele é generalizável às proposições teóricas e não às populações, tendo como meta expandir e generalizar as teorias (generalização analítica) e não enumerar as frequências (generalização estatística). De outro modo, ainda apresenta como desvantagem a confusão entre ensino do estudo de caso com pesquisa de estudo de caso, possui pouca base para a generalização científica e alguns estudos podem levar mais tempo e resultar em documentos volumosos (YIN, 2010).

Entre os tipos de estudo de caso, o estudo de caso único é apropriado quando a teoria expõe um conjunto claro de proposições, assim como as circunstâncias em que elas são consideradas verdadeiras. O método preenche todas as condições para o teste da teoria, e ainda, pode confirmar, desafiar, ou ampliar essa teoria. Então, o estudo de caso único é usado para determinar se as proposições da teoria são corretas ou se algum conjunto alternativo de explicações pode ser mais relevante (YIN, 2010).

No entanto, o estudo de caso único pode envolver mais do que uma unidade de análise, isso ocorre quando o foco também é dirigido a uma subunidade ou mais. As subunidades de análise podem acrescentar oportunidades mais significativas para uma análise mais ampla, favorecendo os insights ao caso único (YIN, 2010). O contexto deste estudo foi o município de Florianópolis, o caso foi o Comitê Floripa pela Vida e as duas unidades integradas de análise (UIA) foram constituídas pelo grupo de representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, a outra, pelo grupo de representantes das Instituições Externas (IE).

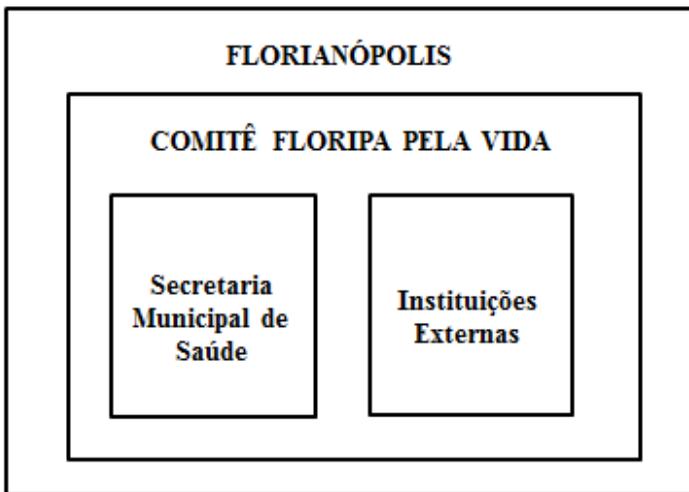


Figura 3- Caso único com unidades integradas de análise

Fonte: Adaptado de Yin (2010).

Para a realização do estudo de caso foi necessária à realização de um protocolo para o estudo de caso (Apêndice A), desenvolvido com a finalidade de aumentar a confiabilidade da pesquisa e orientar o investigador na realização da coleta de dados. O protocolo contém os procedimentos e as regras gerais a serem seguidas, apresenta uma visão geral do projeto, os procedimentos de campo, questões de estudo e o guia para o relatório do estudo de caso (YIN, 2010).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o município de Florianópolis, mais especificamente, o Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Fetal- Comitê Floripa pela Vida, atuante desde o ano de 2006 (FLORIANÓPOLIS, 2006). Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, na região sul do Brasil. A cidade tem uma população de 461.524 habitantes, de acordo com estimativas para 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é o segundo município mais populoso do estado e o 47º do Brasil.

O referido Comitê é integrado a SMS e tem como membros os representantes do Programa Saúde da Mulher, Programa Capital Criança, Vigilância Epidemiológica, Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Continente, Distrito Sanitário Norte, Pediatras da Rede, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Bucal e da Diretoria de regulação, avaliação controle e auditoria (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

Também participam as entidades públicas convidadas como a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) através do Departamento de Pediatria, Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário, Departamento de Tocoginecologia e Obstetrícia do Centro de Ciências da Saúde; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes; Maternidade Carmela Dutra; Secretaria do Estado da Saúde através da Coordenação da Saúde da Criança e Coordenação da Saúde da Mulher (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

O Comitê conta ainda com a participação de instituições públicas e privadas, entidades civis e não governamentais como a Clínica Santa Helena, Ilha Hospital e Maternidade, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Catarinense de Pediatria, Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade, Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren/SC),

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Associação Catarinense da Mulher e Casa da Mulher Catarina (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os membros do Comitê Floripa pela Vida. Adotou-se como critérios de inclusão: membro titular, que esteve no ano de 2014 em, pelo menos, duas reuniões ordinárias do Comitê. Os critérios de exclusão não se aplicam.

A partir destes critérios, oito representantes de instituições distintas foram elegidos para participar do estudo, sendo cinco da SMS e quatro das IEs. Ainda, elegeu-se um representante da diretoria do Comitê Floripa pela Vida, totalizando nove participantes.

Os participantes foram divididos de acordo com as unidades integradas de análise em SMS (SMS1, SMS2, SMS3, SMS4 e SMS5) e IE (IE1, IE2, IE3, IE4), recebendo a numeração de acordo com a ordem das entrevistas no intuito de garantir o seu anonimato e das instituições. Considerou-se o Comitê Floripa pela Vida como parte integrante da SMS por se tratar de um órgão colegiado criado com a finalidade de estudar este problema específico (MI e fetal) cuja responsabilidade é desta organização.

5.4 COLETA DE DADOS: TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

A coleta de dados iniciou no mês de Janeiro de 2016, estendendo-se até Abril do mesmo ano. Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência que convergiram de modo triangular: pesquisa documental, entrevista focada e observação direta não participante conforme mostra a figura 4.

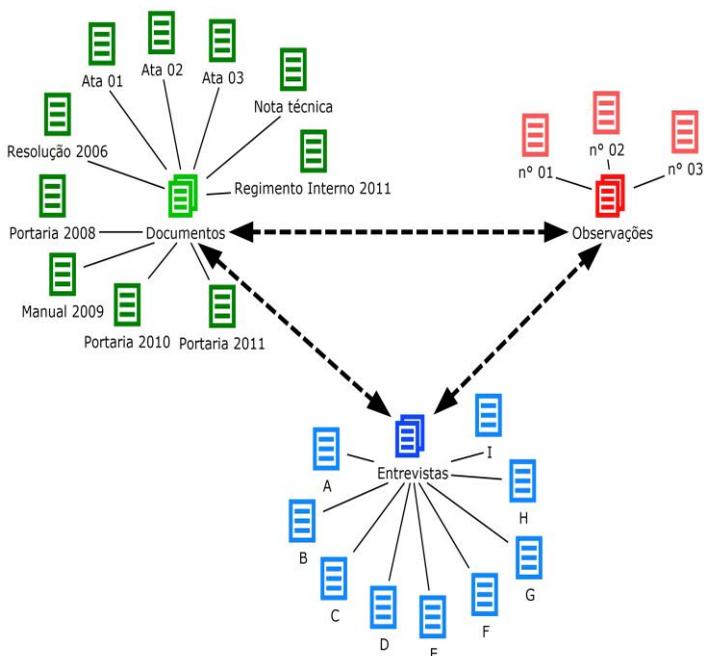


Figura 4- Fontes de evidência da pesquisa

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

A pesquisa documental foi composta de documentos internos do Comitê (Regimento Interno-2011, Resolução de criação do Comitê-2006, Portaria que designa os membros do Comitê-2011 e três atas referentes às reuniões ordinárias as quais foram feitas as observações). Também foram incluídas na pesquisa documental a Portaria que altera o fluxo da DO-2008, a Portaria que estabelece que a vigilância do óbito infantil é feita pelos serviços públicos e privados do SUS-2010, o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal-2009 e a Nota Técnica de vigilância epidemiológica de óbitos infantis e fetais-2009.

Em relação à entrevista focada, serviu de evidência a transcrição das nove entrevistas realizadas com os participantes do estudo. E a observação não participante, utilizou-se como evidência os registros das observações de três reuniões ordinárias do Comitê.

As informações documentais são relevantes para todos os tipos de estudo de caso. No estudo de caso, o documento tem a finalidade de colaborar e aumentar a evidência de outras fontes. Os documentos são úteis por oferecer detalhamentos específicos que corroboram com a informação frente ao fenômeno pesquisado (YIN, 2010). A coleta dos documentos se deu por meio de solicitação verbal a presidente do Comitê.

As entrevistas foram realizadas com questões pré-determinadas, dirigidas aos nove membros titulares do Comitê Floripa pela Vida, representantes de sua respectiva instituição. O roteiro da entrevista (Apêndice B) foi composto por duas partes, a primeira com dados de identificação dos participantes e a segunda com perguntas que respondessem a questão norteadora: como os representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela vida do município de Florianópolis analisam a evitabilidade dos óbitos infantis e fetais.

Para a validação do protocolo da entrevista focada foi realizada um estudo piloto com um membro titular do Comitê não incluído na lista de participantes selecionados a fim de aperfeiçoar as questões em relação ao objetivo inicial do estudo.

Para otimizar a realização da entrevista, foi utilizado um aparelho de gravação de áudio com a finalidade de resgatar o máximo de dados obtidos por meio da fala dos participantes. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra. As entrevistas foram agendadas com antecedência por meio de contato telefônico, no dia e horário sugeridos pelo participante.

A entrevista é uma das fontes mais importantes de evidências para o estudo de caso, pois trata de assuntos humanos ou eventos comportamentais. A entrevista do tipo focada é aquela na qual a pessoa é entrevistada por um curto período de tempo, seguindo um determinado número de perguntas derivadas do protocolo de estudo de caso (YIN, 2010).

Por sua vez, como o estudo de caso ocorre em um ambiente natural, o uso da observação direta permite a detecção de fenômenos de interesse, comportamentos relevantes e condições ambientais. Geralmente, este tipo de evidência é utilizado para fornecer informações adicionais sobre o que está sendo estudado (YIN, 2010).

A observação iniciou-se na fase de construção do projeto, com autorização da presidente do Comitê, haja vista a necessidade de uma aproximação com o trabalho realizado para apropriação do tema. Para a

pesquisa, foram realizadas a observação de três reuniões ordinárias do Comitê, com duração de em média 4 horas e um total de 10 casos de óbitos analisados, seguindo um protocolo pré-estabelecido com o objetivo de resgatar a realidade vivenciada pelos membros das instituições (Apêndice C).

5.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se deu pela técnica qualitativa por meio da utilização do software MaxQDA®plus disponível no Grupo de Pesquisa GEPADES – Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde. Este *software* é utilizado para organização e análise de dados de métodos qualitativos e mistos. Lançado em 1989, em Berlin, Alemanha, possibilita a importação de dados de entrevistas, grupo focais, pesquisas online, páginas *web*, imagens, arquivos de áudio e vídeo. Permite ao pesquisador criar seu próprio sistema de código, organizar, classificar e aplicar as categorias e subcategorias.

Após a transcrição das entrevistas, a descrição das observações, e a organização dos documentos, o conteúdo foi inserido no *software*, o que permitiu o tratamento e categorização das informações coletadas. Foram gerados 3991 códigos incluindo os dados documentais, transcrições das entrevistas e observações. Estes códigos foram divididos em grupos e subgrupos, conforme mostra a Figura 5.

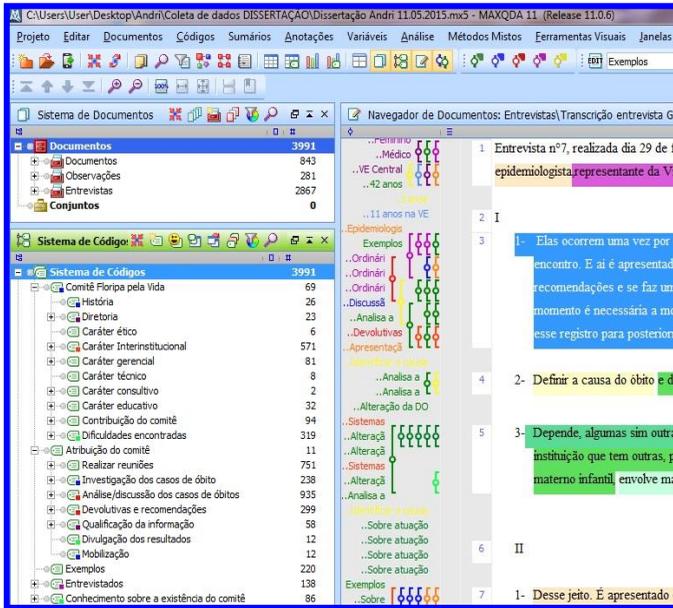


Figura 5- Sistema de códigos da pesquisa

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Toda a análise de estudo de caso deve seguir uma estratégia analítica geral definindo as prioridades para o que analisar e o porquê. A estratégia analítica auxilia a tratar as evidências imparcialmente, produzir conclusões analíticas consistentes e eliminar interpretações alternativas (YIN, 2010).

Foram utilizadas como estratégia analítica as proposições teóricas e o desenvolvimento da descrição do caso. As proposições teóricas ajudam a guiar a atenção para determinados dados, auxilia a organizar todo o estudo de caso e a definir as explicações alternativas a serem analisadas. A estratégia de desenvolver a descrição do caso é útil para desenvolver uma estrutura teórica para a organização do estudo de caso, dessa forma a abordagem descritiva auxilia a identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas (YIN, 2010).

Essas estratégias foram utilizadas para desenvolver a técnica analítica de construção da explanação, cuja finalidade é analisar os dados do estudo de caso construindo uma explanação sobre o caso, técnica esta, essencial para os estudos de caso explanatórios. Ou seja, esta técnica analítica tem como objetivo explicar um fenômeno, estipulando um conjunto de elos causais sobre ele (YIN, 2010).

A explanação final é o resultado de uma série de interações entre a realização de uma proposição teórica inicial sobre o comportamento político ou social, a comparação das descobertas do caso com essas proposições, a revisão da proposição, a comparação dos detalhes do caso com esta revisão e a repetição deste processo quantas vezes for necessário (YIN, 2010).

Dessa forma, a construção gradual de uma explanação final é semelhante ao processo de refinamento de ideias, na qual se deve levar em consideração outras explicações plausíveis, a fim de mostrar que essas novas explicações não podem ser sustentadas, dado ao conjunto verdadeiro de eventos do estudo de caso (YIN, 2010). E no terceiro momento as observações do diário de campo irão auxiliar como subsídio para as demais fontes de evidência.

Do tratamento e análise dos dados emergiram quatro categorias e suas respectivas subcategorias, conforme apresentado no quadro 6.

Quadro 6- Categorias e subcategorias da pesquisa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
O processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal	O resumo do caso de óbito infantil e fetal como instrumento de discussão
	Fatores que contribuem para a ocorrência do óbito infantil e fetal
	Situações que desencadeiam o óbito infantil e fetal
A perspectiva interinstitucional no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal	Caráter interinstitucional: importância para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal
	A participação dos representantes institucionais no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal
	Contribuição da perspectiva interinstitucional para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal
	Dificuldades enfrentadas pelo Comitê Floripa pela Vida
A classificação dos óbitos infantil e fetal de acordo com a evitabilidade	Óbito infantil e fetal: evitável, inevitável ou inconclusivo?
	Fragilidades na classificação da evitabilidade do óbito infantil e fetal
Recomendações, devolutivas e a qualificação da informação	As recomendações e devolutivas como estratégias de prevenção do óbito infantil e fetal
	A qualificação da informação por meio da análise da evitabilidade dos óbitos infantil e fetal

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Seguindo as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Plataforma Brasil, este estudo foi submetido para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi aprovado sob o parecer número 1.356.893, CAAE 50648215.3.0000.0121.

Este estudo foi desenvolvido com indivíduos com autonomia plena e com recursos humanos e materiais necessários que garantiram o bem-estar do participante da pesquisa, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes, garantindo o uso das informações sem prejuízo para as pessoas e/ou comunidades e respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

No primeiro encontro, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) aos participantes, esclarecendo-os quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos e respeitando suas singularidades. Assegurou-se o direito à livre participação no estudo, e a sua desistência, sendo os dados coletados somente após a autorização verbalizada e escrita dos participantes, mediante suas assinaturas no TCLE. Para garantir o sigilo das informações e anonimato dos participantes e das instituições, estes estão representados pelos seguintes códigos: SMS1, SMS2, SMS3, SMS4, SMS5, IE1, IE2, IE3, IE4.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa estão organizados em dois momentos: primeiramente será descrito o relatório do caso e das duas unidades integradas de análise. Em seguida, será apresentado o manuscrito 2, intitulado “COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos”, contendo a construção da explanação e a discussão dos resultados obtidos. Este tópico segue a Instrução Normativa 10/PEN, de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre a elaboração e apresentação dos trabalhos de conclusão de cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem.

6.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DO CASO

Este relatório busca apresentar o caso do Comitê Floripa pela Vida, descrevendo seu processo de criação e implantação, suas características e finalidades, a composição e a atribuição dos seus representantes, a operacionalização das suas atividades, as contribuições alcançadas para o município e algumas dificuldades a serem superadas. As informações foram extraídas de documentos do Comitê, relato dos participantes da pesquisa e das observações não participante das reuniões ordinárias.

6.1.1 Breve histórico do processo de criação e implantação

Conforme a descrição apresentada nas atas das primeiras reuniões, as atividades para a criação do Comitê Floripa pela Vida iniciaram-se no segundo semestre de 2005, por uma iniciativa do Programa Capital Criança¹. Um grupo técnico², formado por enfermeiros e médicos da SMS, se reunia mensalmente para a discussão e elaboração de documentos oficiais, regimentais e operacionais, entre eles, o estabelecimento do fluxo da DO e da investigação, elaboração da

¹ O Programa Capital Criança foi lançado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis em 1997 e visa maximizar a qualidade e a quantidade de vida do cidadão, por meio da seleção, implantação e acompanhamento de intervenções e geração de parcerias que foquem a proteção, promoção e recuperação da saúde da criança de zero a dez anos incompletos (FLORIANÓPOLIS, 2016).

² Nomenclatura utilizada antes do Comitê Floripa pela Vida ser oficializado.

ficha de investigação, regimento interno e definição das instituições representantes. Este processo contou com a experiência dos comitês de Curitiba (PR) e de Belo Horizonte (MG).

O Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, elaborado pelo MS, recomenda que o primeiro passo para a estruturação de um comitê seja a realização de seminários, oficinas ou encontros para promover a sensibilização dos gestores, profissionais, instituições de saúde e entidades da sociedade civil. A oficialização de um comitê deve ser realizada por meio de publicação de Portaria/Resolução pela Secretaria de Saúde e elaboração de Regimento Interno (BRASIL, 2009a).

Comitês são órgãos colegiados de poder consultivo e de assessoria, que tem seus membros nomeados por uma autoridade. É constituído por indivíduos lotados em unidades diferentes da organização, que formam um grupo paralelo à estrutura organizacional, com a finalidade de estudar assuntos, situações ou problemas específicos que sejam de interesse comum a eles (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

Em 18 de julho de 2006, foi criado, oficialmente, o CPOIF, por meio da Portaria SS/GAB n° 174, de acordo com as prerrogativas conferidas pelo seu regimento interno (FLORIANÓPOLIS, 2006). Em 2011, o Decreto n° 9070, acrescentou o componente materno, ficando denominado de Comitê Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Fetal-“Comitê Floripa pela Vida” (FLORIANÓPOLIS, 2011b). Recebe apoio administrativo da Secretaria Municipal de Saúde e dos órgãos a ela vinculados e tem sua sede na Diretoria de Atenção Primária/Gerência de Programas Estratégicos/ Saúde da Criança. O Comitê segue as determinações emanadas de seu regimento (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

No seu regimento interno constam os seguintes tópicos que estão de acordo com o que é estabelecido pelo MS: caracterização e objetivos; composição; elegibilidade do Presidente, do Vice-Presidente e Secretário; funcionamento; competências; reuniões; votações; estrutura; operacionalização; e disposições gerais.

6.1.2 Características e finalidades do Comitê Floripa pela Vida

O Comitê Floripa pela Vida é um órgão colegiado interinstitucional e multiprofissional, com caráter ético, técnico, educativo e de assessoria (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

A necessidade de sigilo no processo de investigação e análise do óbito e da presença exclusiva nas reuniões dos membros do Comitê ou de seus convidados confere-lhe o caráter ético. Do ponto de vista técnico, o colegiado é composto por um grupo multiprofissional, que analisa e elucida as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, seus fatores de risco associados e a classificação do óbito de acordo com a evitabilidade. O caráter educativo e formativo deve-se à perspectiva de prevenção, no sentido de evitar mortes futuras, com a realização de seminários capacitações e sensibilização de profissionais e instituições. É também um órgão de assessoria ou gerencial por ser considerado um instrumento de gestão que, ao produzir dados relacionados ao indicador de MI e fetal, oferece subsídios para a elaboração de propostas de políticas públicas e melhorias nos serviços de saúde.

A característica interinstitucional e multiprofissional do Comitê Floripa pela Vida deve-se a sua natureza representativa, composta por profissionais representantes de distintas instituições relacionadas à saúde materno-infantil. Os representantes são profissionais de diversas áreas como a enfermagem, medicina, odontologia, nutrição, assistência social e advocacia; e de diferentes especialidades da medicina como obstetras, neonatologistas, pediatrias, epidemiologistas e geneticistas.

O Comitê Floripa pela Vida tem por finalidade realizar um levantamento da MI e fetal no município a fim de divulgar a sua magnitude aos profissionais de saúde, aos gestores e à sociedade, sensibilizando-os quanto à sua importância e a gravidade (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

Além disso, objetiva identificar e analisar todos os casos de óbitos maternos, infantis e fetais, residentes do município de Florianópolis, para elucidar as circunstâncias da ocorrência destes óbitos e os fatores de risco. Com base neste diagnóstico, o Comitê propõe medidas de prevenção e intervenção às instituições para correção de possíveis distorções e redução da MI (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

Também busca elaborar e divulgar relatórios e informativos sobre os dados analisados, e estimular a produção científica. Realiza capacitações com os profissionais de saúde para o correto preenchimento da DO, prontuários, Cartão da Gestante e Caderneta da Criança (FLORIANÓPOLIS, 2011a).

Esses objetivos corroboram com as atribuições preconizadas pelo MS (BRASIL, 2009a), porém o MS ainda acrescenta a importância da mobilização das instituições do poder público e da sociedade civil

organizada, a fim de garantir a execução das medidas propostas e somar esforços para a redução da mortalidade.

6.1.3 Composição interinstitucional e atribuição dos representantes

Compõem o Comitê 57 membros titulares e seus suplentes, indicados por órgãos, entidades e setores do poder público e da sociedade civil, dentre os quais são eleitos um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário. As indicações dos representantes das instituições são deferidas pelo Secretário Municipal de Saúde e homologadas pelo Prefeito. É constituído por representantes de instituições que possuem relação direta ou indireta com a assistência materno-infantil, conforme o quadro 7.

Quadro 7- Instituições representantes no Comitê Floripa pela Vida

Secretaria do Estado da Saúde	Sector de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente Coordenação da Saúde da Mulher
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	Programa Capital Criança
	Assessoria da Saúde da Mulher
	Pediatras da Rede
	Ginecologista/Obstetrícia da Rede
	Vigilância Epidemiológica Central
	Vigilância Epidemiológica dos Distritos (Centro, Leste, Norte, Sul e Continente)
	Diretoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria
	Saúde Bucal
Instituições Externas	Conselho Municipal de Saúde
	UFSC (Departamento de Pediatria, Enfermagem e Saúde Pública; Hospital Universitário: Divisão de Tocoginecologia, Pediatria e Serviço de Neonatologia)
	Maternidades Privadas (Clínica Santa Helena e Ilha Hospital e Maternidade)
	Maternidade Pública (Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes e Maternidade Carmela Dutra)
	Hospital Infantil Joana de Gusmão
	Sociedade Catarinense de Pediatria
Associação Catarinense de Medicina de Família e de	

	Comunidade
	ABEn
	Coren/SC
	Sindicato dos Médicos do Estado de Santa Catarina
	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
	Associação Catarinense da Mulher
	Casa da Mulher Catarina

Fonte: Adaptado do Regimento interno do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal-“Floripa pela Vida” de Florianópolis – SC, 2011.

Em situações especiais, quando há necessidade e interesse por parte do Comitê, representantes de outros órgãos ou entidades podem ser convidados para contribuir com trabalhos específicos.

Os representantes das instituições têm como atribuição participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê, compor subcomissões e/ou grupos de trabalho; devolver às instituições de origem as recomendações propostas pelo Comitê, dar parecer técnico, entre outras.

Em relação à diretoria do Comitê, esta é eleita entre seus pares com mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos por um mandato. O Presidente, Vice-Presidente e Secretário. Ao Presidente compete, entre outras atribuições, coordenar as reuniões, elaborar as propostas sugeridas pelo Comitê aos órgãos e/ou instituições e divulgar o trabalho do Comitê. O Vice-Presidente auxilia o presidente na elaboração das propostas e participa de reuniões com as instituições afins. O Secretário tem como atribuição agendar e divulgar o calendário das reuniões, redigir as atas das reuniões, manter os contatos necessários atualizados para o desempenho das atividades e encaminhar as propostas sugeridas e elaboradas pela presidência.

6.1.4 Operacionalização das atividades realizadas pelo Comitê Floripa pela Vida

De maneira geral, as atividades do Comitê Floripa pela Vida se operacionalizam com a investigação, análise e classificação da evitabilidade do óbito, elaboração de recomendações e posterior devolutiva às instituições envolvidas.

A atuação do Comitê Floripa pela Vida inicia quando o hospital, serviço, ou profissional responsável pela emissão da DO,

comunica a ocorrência à Vigilância em Saúde, por meio do envio da primeira via da DO.

Para fins de notificação, é considerado óbito infantil o óbito ocorrido em crianças menores de 1 ano e é considerado óbito fetal a morte de um produto da concepção antes da expulsão do corpo da mãe, cuja gestação seja maior de 20 semanas, ou peso maior de 500 gramas (BRASIL, 2009a).

A DO é o instrumento de notificação do óbito que desencadeia a investigação. A investigação dos casos é realizada pelos representantes dos cinco distritos sanitários do município- Norte, Sul, Leste, Centro e Continente- dependendo da área de abrangência na qual ocorreu o óbito.

Os critérios mínimos de seleção dos óbitos para investigação, são: pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida), neonatais (0 a 27 dias de vida), fetais (natimortos) e óbitos ocorridos em domicílio. Os óbitos fetais ou de crianças que, por terem peso ao nascer adequado (maior ou igual que 2.500 gramas) e/ou compatível com a vida (maior ou igual que 1.500 gramas) devem ser priorizados, pois alertam para a possibilidade de um óbito potencialmente evitável (BRASIL, 2009a; FLORIANÓPOLIS, 2011a).

A investigação de óbitos tem a finalidade de levantar informações detalhadas sobre o caso em questão, por meio da utilização de fichas de investigação. Essa ficha contém campos específicos para coleta de dados nos serviços de saúde ambulatorial e hospitalar onde a mãe e a criança receberam atendimento, no Instituto Médico Legal e Serviço de Verificação de Óbito e no domicílio. Os campos são organizados em blocos: identificação do caso, assistência pré-natal, ao parto e recém-nascido e sinais e sintomas que levaram à morte. Após a análise do óbito, também são registradas nessas fichas, a análise de evitabilidade do óbito, a identificação de problemas e as intervenções necessárias no campo Síntese, Conclusões e Recomendações (BRASIL, 2009a).

Os investigadores, representantes distritais, preenchem a ficha de investigação e entregam no Comitê. O prazo máximo para conclusão das investigações deverá ser de dois meses. Após o término da investigação a ficha é encaminhada ao Comitê. O Presidente ou o Vice-presidente fazem a leitura da ficha e elaboram um resumo do caso. No resumo contém o histórico do óbito, em ordem cronológica dos fatos, com dados retirados do prontuário em todos os níveis de atenção, incluindo informações do ciclo gravídico-puerperal da gestante, dados de nascimento da criança, exames, sinais vitais, contexto socioeconômico e

laudo da necropsia; também é informado a percepção da mãe sobre o óbito da criança. O resumo é colocado em apresentação de *Microsoft Powerpoint*® e apresentado em reunião com os membros do Comitê.

As reuniões do Comitê Floripa pela Vida, de caráter ordinário, acontecem mensalmente, no período matutino ou vespertino, com datas previamente estabelecidas e aprovadas pelos seus membros, e tem duração de, em média, quatro horas. Reuniões extraordinárias podem ocorrer quando convocada pelo Presidente ou por 1/3 dos seus membros. Os locais das reuniões são preestabelecidos e variam entre a Secretaria Municipal de Saúde, Maternidade Carmela Dutra e o Hospital Universitário.

Nas reuniões ordinárias, o início se dá por um momento de informes sobre encaminhamentos das devolutivas às instituições, definição de datas para reuniões extraordinárias e divulgação de capacitações; em seguida, segue-se a pauta com a análise dos óbitos, em média 4 casos por reunião. As extraordinárias têm como pauta mais frequente a análise de casos pendentes.

O Presidente ou Vice-Presidente são responsáveis por providenciar o suporte necessário para que a reunião aconteça, como computador, projetor multimídia e o resumo dos casos a serem analisados. São eles também que coordenam e conduzem a discussão pelos representantes, que em média, nove se fazem presentes. Durante a reunião um dos representantes fica responsável por registrar os pontos de discussão em ata.

A discussão inicia com a leitura do resumo do caso. Após a leitura, os representantes analisam a sequência dos fatos que culminaram no óbito sob a perspectiva da evitabilidade, elencando as situações problemas e/ou fragilidades na instituição e/ou no atendimento. Posteriormente, elaboram e recomendam ações ou estratégias necessárias para a melhoria das instituições, qualificação da assistência e capacitação para os profissionais envolvidos. Por último, classificam o óbito de acordo com listas de classificação de evitabilidade e, quando necessário, alteram a causa básica do óbito na DO.

O Comitê segue o que recomenda o MS, e este ainda evidencia a importância da promoção dessas discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência da criança (atenção básica, atenção especializada, urgência, sistema de transporte, atenção hospitalar) para análise ampla e detalhada de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito (BRASIL, 2009a).

6.1.5 Contribuições do Comitê Floripa pela Vida para a redução das taxas de mortalidade infantil e fetal no município e dificuldades encontradas para a concretização dos seus objetivos

Durante esses dez anos de atuação, o Comitê pôde contribuir, de forma direta ou indireta, para a redução das taxas de MI e fetal por meio de várias ações.

Em relação às ações que dizem respeito à assistência, o Comitê elaborou um protocolo de análise de placenta e de necropsia fetal; alterou o protocolo da atenção à gestante com infecção do trato urinário; alterou a Caderneta da Gestante no que se refere à avaliação da criança ao nascer na situação de risco e às informações quanto o monitoramento para as mulheres em relação aos movimentos fetais na gestação; e ações de educação continuada.

Na área da gestão, as contribuições estão na produção de dados estatísticos de qualidade por meio de DOs mais corretas; elaboração de documentos e instrumentos; o estabelecimento de convênios e parcerias; e a redução da mortalidade por meio da análise dos casos com potencial de prevenção e a discussão das fragilidades junto às instituições.

Muitas são as contribuições do Comitê Floripa pela Vida evidenciada nos relatos dos participantes. No entanto, estes colocam algumas dificuldades que impedem que as ações sejam mais efetivas. Entre as dificuldades, às relacionadas à operacionalização das atividades do Comitê são as mais comentadas. Estas incluem a falta de informação, por dificuldade de acesso aos hospitais e clínicas privadas e registros ausentes ou incompletos, e ainda, em relação às devolutivas. Estas estão acontecendo de forma incipiente, isolada e sem uma estrutura definida.

Outras dificuldades relatadas estão relacionadas à assistência prestada à gestante e/ou à criança como a necessidade de capacitação dos profissionais da rede, o processo de trabalho inadequado das equipes de saúde e discrepância de atendimento entre as instituições.

Em relação à gestão das informações produzidas pelo Comitê, ainda há dificuldade de tornar conhecida a atuação do Comitê por parte dos profissionais e das instituições e o resultado do trabalho ainda é divulgado de forma incipiente.

6.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES INTEGRADAS DE ANÁLISE

A seguir serão descritas as duas UIA relativas aos participantes da pesquisa que representam nove instituições componentes do Comitê

Floripa pela Vida. **UIA 1:** composta pelos representantes da SMS (Capital Criança, Comitê Floripa pela Vida, Vigilância Epidemiológica Central, Vigilância Epidemiológica Distrito Norte, Vigilância Epidemiológica Distrito Centro); **UIA 2:** composta pelos representantes das IE (Coren/SC, ABEn, Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes e Departamento de Enfermagem da UFSC). Considerou-se o Comitê Floripa pela Vida como parte integrante da SMS por se tratar de um órgão colegiado criado com a finalidade de estudar este problema específico (MI e fetal) cuja responsabilidade é desta organização.

6.2.1 - Unidades integradas de análise 1 - UIA 1

Esta UIA é composta por representantes de cinco instituições ligadas à SMS de Florianópolis. Todos representantes são do sexo feminino, com idade variando entre 41 a 53 anos.

São profissionais médicos e enfermeiros que possuem especialização nas áreas de epidemiologia, pediatria, terapia intensiva pediátrica e em medicina de família e comunidade. Atuam nos campos da saúde pública, terapia intensiva pediátrica e obstetrícia. O tempo que estão na instituição varia de cinco a 23 anos e o tempo que estão como representante no Comitê de três a dez anos.

Representante da SMS1 teve como atribuição no Comitê a construção e elaboração dos documentos, regimentos, fichas, fluxos e processos de trabalho; atualmente está relacionada à sua organização e condução do trabalho desenvolvido. Sua experiência profissional contribui para o Comitê no sentido de ter uma bagagem de experiências e de conhecimento teórico, ao se apropriar, por meio da literatura, sobre os assuntos discutidos nas reuniões. O Comitê contribui não só para sua área profissional, mas para seu aperfeiçoamento e aprimoramento de vida. Tornou-se mais vigilante ao mudar a forma de olhar para a saúde, para a organização do serviço, e mais atenta às situações de risco.

Representante da SMS2 tem como atribuição a organização das reuniões do Comitê e a coordenação da discussão dos casos. Sua experiência profissional contribui para o Comitê por meio da experiência a área da pediatria. O Comitê contribui para a sua experiência profissional ao possibilitar implementar as recomendações no seu ambiente de trabalho junto aos diretores, equipe médica e residentes.

Representante da SMS3 participa das reuniões do Comitê auxiliando na discussão dos casos de óbito. Sua experiência profissional

contribui nas reuniões ao trazer aspectos clínicos do cuidado no pré-natal. Participar das reuniões do Comitê contribui para sua experiência profissional ao se relacionar com profissionais de várias áreas agregando mais conhecimentos.

Representante da SMS4 realiza a investigação dos casos de óbito e participa das reuniões contribuindo com a discussão e o esclarecimento de dúvidas sobre o óbito. Sua experiência profissional contribui para a elucidação das situações que levaram ao óbito. O Comitê contribui no sentido de agregar mais conhecimento, o que permite dar maior visibilidade e relevância aos direcionamentos necessários na sua instituição.

Representante da SMS5 tem como atribuição realizar a investigação dos casos de óbito e participar das reuniões contribuindo com a discussão e o esclarecimento de dúvidas sobre o óbito. Sua experiência profissional contribui na discussão do óbito por ter informações mais detalhadas sobre o caso. Estar no Comitê contribui para que tenha um olhar mais apurado na investigação, dá propriedade e aprendizado para seguir um curso de investigação e instiga a procurar e a estudar.

6.2.2 - Unidades integradas de análise 2 - UIA 2

Esta UIA é composta por representantes de quatro IEs Todos os representantes são do sexo feminino, com idade variando de 31 a 60 anos.

São profissionais enfermeiros que possuem especialização em obstétrica, administração hospitalar e urgência e emergência. Atuam em órgão de classe, terapia intensiva pediátrica e neonatal, pediatria e obstetrícia. O tempo que estão na instituição varia de seis a 37 anos e o tempo que estão como representante no Comitê de seis a dez anos.

Representante IE1 tem como atribuição no Comitê participar das reuniões auxiliando na discussão dos casos de óbito e levando as recomendações para discussão no seu local de trabalho. A sua experiência profissional contribui no esclarecimento de como ocorrem os procedimentos técnicos e a evolução de determinada situação. Participar do Comitê contribui para ampliar o olhar para além da criança; e a troca experiência entre as instituições, permite que corrija a rotina na sua instituição antes que o óbito ocorra.

Representante IE2 teve como atribuição auxiliar na elaboração de documentos, relatórios estatísticos e resumos dos casos. Atualmente

participa das reuniões auxiliando na discussão dos casos de óbito. Sua experiência profissional contribui pelo conhecimento na área obstétrica, esclarecendo situações e condutas realizadas. Participar do Comitê contribui para a experiência profissional no sentido de dar um *feedback* para o trabalho que está sendo realizado, enquanto profissional ou formador profissional.

Representante IE3 auxiliava na elaboração dos resumos dos casos. Atualmente participa das reuniões contribuindo na discussão dos casos de óbito. Sua experiência profissional contribui no Comitê esclarecendo aspectos da prática do cuidado por meio de vivências semelhantes. Participar do Comitê contribui para o aprendizado pessoal e profissional; as situações discutidas trazem subsídios para novas discussões no seu local de trabalho.

Representante IE4 participa das reuniões auxiliando na discussão dos casos de óbito e levar para a sua instituição as recomendações relacionadas à sua competência. Sua experiência profissional contribui no Comitê por vivenciar situações relacionadas aos cuidados neonatais podendo esclarecer circunstâncias e condutas referentes a esses casos. O Comitê contribui para a sua experiência profissional ao permitir que troque experiências com representantes de instituições dos três níveis de complexidade e com profissionais de diversas áreas, ampliando seu olhar sobre o óbito.

6.3 MANUSCRITO 2: COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos

RESUMO

Este estudo tem como objetivo evidenciar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida. Trata-se de um estudo de caso único com duas unidades integradas de análise, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados de janeiro a abril de 2016, por meio de entrevista focada, observação direta não participante e pesquisa documental. A análise dos dados ocorreu por meio da técnica analítica de construção da explanação, da qual emergiram quatro categorias: o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal; a perspectiva interinstitucional no processo de análise da evitabilidade dos casos de

óbito infantil e fetal; a classificação dos óbitos infantil e fetal de acordo com a evitabilidade; e recomendações, devolutivas e a qualificação da informação. Conclui-se que os representantes das instituições componentes do Comitê analisam a evitabilidade dos óbitos por meio de vários fatores e consideram as diferentes perspectivas interinstitucionais. A análise mostrou-se essencial para a formulação de estratégias para a prevenção de novas ocorrências e, ainda, uma importante ferramenta para qualificar as informações contidas nos sistemas de informação em saúde.

Descritores: Mortalidade Infantil; Mortalidade Fetal; Comitês de Profissionais; Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um dos indicadores mais comumente utilizados para análise das condições de saúde de uma população e da efetividade dos serviços de saúde materno-infantis. Avalia os cuidados disponibilizados no ciclo gravídico-puerperal e à criança após o nascimento e os fatores a ela associados, como os determinantes das condições de vida, o acesso e qualidade da assistência, e as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009; OLIVEIRA et al., 2015).

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecem metas para serem alcançadas pelos países até 2030. Entre elas está acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, firmando a relevância que as taxas de mortalidade infantil (MI) têm para a comunidade internacional (PNUD, 2016).

No Brasil, no ano de 2015, mais da metade dos óbitos infantis foram classificados por causas consideradas evitáveis (BRASIL, 2015). Óbitos evitáveis são aqueles em que, em princípio, não deveriam ocorrer diante de adequadas condições de acesso e resolubilidade dos serviços de saúde. Analisar e classificar os óbitos em eventos evitáveis permite a construção de indicadores relacionados à qualidade da atenção à saúde, capazes de desencadear mecanismos de investigação e ações para sua redução (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; OLIVEIRA et al., 2015).

A atuação dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, proposto pelo Ministério da Saúde (MS), é essencial para a análise detalhada da evitabilidade dos óbitos. Comitês são órgãos colegiados

com o objetivo de estudar problemas específicos que não estejam dentro do âmbito e de responsabilidade de uma unidade organizacional, mas sim de interesse comum a várias delas (LACOMBE; HEILBORN, 2008).

Nesse sentido, os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal são organizações interinstitucionais, de atuação confidencial, com caráter educativo, consultivo e de assessoria. Objetivam dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos, conferindo maior credibilidade aos dados levantados e proporcionando a avaliação da qualidade da assistência e das condições de acesso aos serviços de saúde. Ao evidenciar as situações que requerem intervenção, os comitês possibilitam a formulação de ações a serem desenvolvidas interinstitucionalmente para reduzir a MI e fetal (BARSIL, 2009).

Diante do exposto e admitindo-se as seguintes proposições teóricas: (1) mais da metade (67,6%) dos óbitos infantis no Brasil são classificados como evitáveis; (2) os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal são organizações colegiadas, de natureza interinstitucional, que analisam os óbitos com a perspectiva da evitabilidade; (3) a análise interinstitucional da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal possibilita a formulação de estratégias para prevenir novas ocorrências. Este estudo buscou evidenciar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida.

MÉTODO

Estudo explanatório e descritivo, com estratégia metodológica de estudo de caso único com duas unidades integradas de análise (UIA), de abordagem qualitativa. O método de estudo de caso é utilizado quando existe a necessidade de entender um fenômeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto (YIN, 2010).

O estudo de caso único é apropriado quando a teoria expõe um conjunto claro de proposições e as circunstâncias em que elas são consideradas verdadeiras. As subunidades de análise acrescentam oportunidades mais significativas para uma análise mais ampla, favorecendo os *insights* ao caso único (YIN, 2010). O contexto deste estudo foi o município de Florianópolis, o caso foi o Comitê Floripa pela Vida e as duas UIA foram constituídas pelos representantes da

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, a outra, pelo grupo de representantes das Instituições Externas (IE).

Os participantes do estudo foram os membros do Comitê Floripa pela Vida. Adotou-se como critérios de inclusão: membro titular, que esteve no ano de 2014 em, pelo menos, duas reuniões ordinárias do Comitê. A partir destes critérios, oito representantes de instituições distintas foram selecionados para participar do estudo. Da SMS, foram elegidos os representantes do Programa Capital Criança, da Vigilância Epidemiológica Central, da Vigilância Epidemiológica do Distrito Centro e da Vigilância Epidemiológica do Distrito Norte. Para representar as IE, foram elegidos os representantes do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren/SC), do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por meio do Departamento de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Ainda, elegeu-se um representante da diretoria do Comitê Floripa pela Vida, totalizando 9 participantes.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a abril de 2016. Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência que convergiram de modo triangular: pesquisa documental, entrevista focada e observação direta não participante.

A análise dos dados se deu pela técnica qualitativa por meio da utilização do *software* MaxQDA@plus. Após a transcrição das entrevistas, a descrição das observações, e a organização dos documentos, o conteúdo foi inserido no *software*, o que permitiu o tratamento e categorização das informações coletadas. Foram gerados 3991 códigos incluindo os dados documentais, transcrições das entrevistas e observações.

Foram utilizadas como estratégia analítica as proposições teóricas e o desenvolvimento da descrição do caso. Essas estratégias permitiram o desenvolvimento da técnica analítica de construção da explanação, cuja finalidade é explicar o fenômeno, estipulando um conjunto de elos causais sobre ele (YIN, 2010).

Este estudo foi submetido para a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer número 1.356.893, por meio da Plataforma Brasil, seguindo as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o sigilo das informações e anonimato dos participantes e das instituições,

estes estão representados pelos seguintes códigos: SMS1, SMS2, SMS3, SMS4, SMS5, IE1, IE2, IE3, IE4.

RESULTADOS

Este estudo de caso único é composto por duas UIA, são elas: SMS com representantes de cinco instituições (Capital Criança, Comitê Floripa pela Vida, Vigilância Epidemiológica Central, Vigilância Epidemiológica Distrito Norte, Vigilância Epidemiológica Distrito Centro); e IE com representantes de quatro instituições (Coren/SC, ABEn, Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes e Departamento de Enfermagem da UFSC).

Os nove representantes institucionais são do sexo feminino, com idade variando entre 31 a 60 anos. Oito representantes são enfermeiras e uma é profissional médico.

Em relação à especialidade, seis representantes possuem especialização; as áreas são: epidemiologia, pediatria e terapia intensiva pediátrica, medicina da família e comunidade, obstetrícia, administração hospitalar, urgência e emergência e atendimento pré-hospitalar. As representantes possuem experiência no campo da saúde pública, pediatria, terapia intensiva pediátrica e neonatal, obstetrícia e em órgãos de classe.

O tempo de atuação nas instituições que representam varia de seis a 37 anos; e o tempo de representação no Comitê varia de três a 10 anos. O quadro 8 apresenta as UIAs e o perfil das representantes institucionais.

Quadro 8- Unidades integradas de análise e perfil dos representantes institucionais, Florianópolis, 2016.

UIA	Sexo	Idade (anos)	Profissão	Tempo na instituição (anos)	Tempo no Comitê (anos)
Secretaria Municipal de Saúde	F	45	Enfermeira	15	10
	F	41	Médica	5	5
	F	42	Médica	11	3
	F	53	Enfermeira	16	10
	F	50	Enfermeira	23	10

Instituição Externa	F	48	Enfermeira	26	10
	F	60	Enfermeira	37	10
	F	53	Enfermeira	20	10
	F	31	Enfermeira	6	6

Quadro 8

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Com base nos dados coletados por meio de documentos, entrevistas e observações, emergiram quatro categorias: “O processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal”, “A perspectiva interinstitucional no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal”, “A classificação dos óbitos infantil e fetal de acordo com a evitabilidade” e “Recomendações, devolutivas e a qualificação da informação”.

O PROCESSO DE ANÁLISE DA EVITABILIDADE DOS CASOS DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

Esta categoria apresenta como ocorre o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal. Está dividida em três subcategorias: “O resumo do caso de óbito infantil e fetal como instrumento de discussão”, “Fatores que contribuem para a ocorrência do óbito infantil e fetal” e “Situações que desencadeiam o óbito infantil e fetal”.

A primeira subcategoria aborda quais informações estão contidas no resumo do caso e como ele é utilizado, pelos representantes institucionais, para a discussão da evitabilidade dos óbitos infantil e fetal. A segunda subcategoria apresenta os principais fatores biológicos, socioeconômicos, familiares e de resolutividade dos serviços de saúde, que contribuem para a ocorrência dos óbitos infantil e fetal. E por último, a terceira subcategoria elenca as principais situações que desencadeiam o óbito infantil e fetal a partir da análise da evitabilidade.

A figura 6 representa o mapa do processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal.

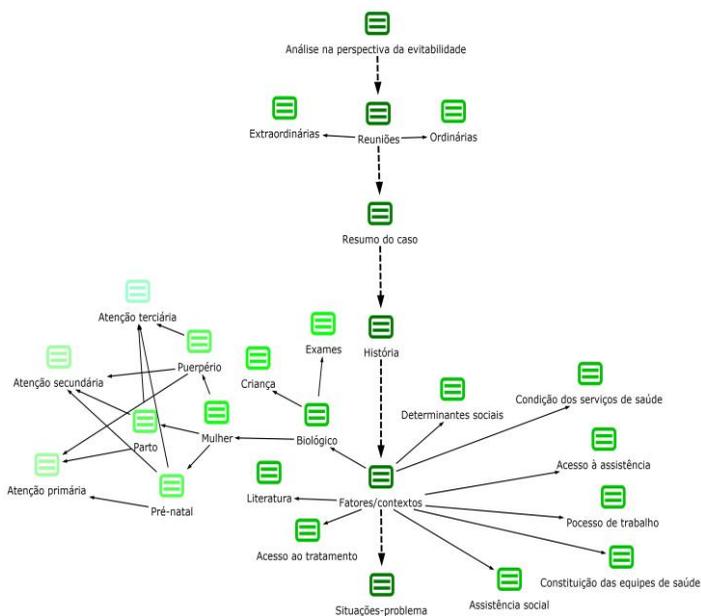


Figura 6- Mapa do processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal.

Fonte: Banco de dados da pesquisa. 2016.

O resumo do caso de óbito infantil e fetal como instrumento de discussão

Uma das atividades principais do Comitê Floripa pela Vida relatada pelas entrevistadas é a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal investigados. Esta análise busca identificar as situações que levaram à ocorrência dos óbitos e entender de que forma estes poderiam ter sido evitados.

O Comitê tem como principal atribuição a análise dos óbitos infantis, fetais e maternos, no sentido de identificar quais foram as situações que levaram e desencadearam a ocorrência desses óbitos (SMS1).

A principal atribuição é investigar e saber o que aconteceu, qual foi a linha do que aconteceu naquele óbito que pode ser evitado [...] (IE1).

Observou-se que a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal se dá por meio da discussão, entre os representantes institucionais, dos aspectos relevantes contidos no resumo do caso. O resumo do caso de óbito infantil ou fetal é um compilado, em ordem cronológica, das principais informações contidas na ficha de investigação do óbito, entre elas, as informações referentes às consultas de pré-natal, ao parto e ao atendimento à criança. Essas informações são úteis para verificar se a gestante e/ou criança receberam o atendimento conforme o preconizado pelo MS e também para identificar em qual momento da assistência houve fragilidades que poderiam ser melhoradas para evitar o óbito.

Em relação ao resumo, as representantes afirmam que este auxilia no entendimento do que aconteceu, em qual período da gestação ou de desenvolvimento da criança ocorreu e o porquê.

[...] É relatado todas as condições socioeconômicas, condições da família, da mãe, da criança (IE3).

Então, se dá através do histórico. Então primeiro é lido esse histórico desde o dia, desde lá, se essa mulher fez o pré-natal adequado, se ela fez as consultas, o que ela tinha de positivo, o que ela tinha para ser tratado, ou seja, todos os exames periódicos dela; se ela tem ultrassom, se não tem, se tinha alguma alteração (IE4).

Observou-se que as discussões iniciam com a identificação do distrito sanitário em que ocorreu o óbito. São discutidas todas as informações referentes ao percurso da gestante e/ou criança dentro da rede de atenção à saúde, nos três níveis de atenção. É verificado o número de consultas de pré-natal; as datas e os resultados dos exames de sangue, de urina e o ultrassom; os registros dos sinais vitais, da altura de fundo uterina e dos batimentos cardíofetais; a descrição das ocorrências

e complicações; as informações sobre o trabalho de parto, parto e puerpério. Em relação à criança, são discutidos os dados vitais e condições de nascimento e as informações sobre assistência prestada na unidade de terapia intensiva neonatal até o óbito. Também são discutidos os aspectos socioeconômicos, a constituição e o planejamento familiar, assim como o processo de trabalho das instituições de saúde, as condutas médicas e de enfermagem.

Fatores que contribuem para a ocorrência do óbito infantil e fetal

O detalhamento das informações extraídas do resumo do caso permite uma análise profunda e diferenciada dos óbitos. Analisar o óbito é analisar na perspectiva da evitabilidade, ou seja, tendo como subsídios vários fatores e/ou contextos.

A evitabilidade e análise do caso estão implícitas, não existe separação. Quando você analisa um caso de óbito, você analisa na perspectiva da evitabilidade [...]. E aí são vários fatores, situações, que contribuem para isso (SMS1).

É uma análise diferenciada de cada óbito que acontece. É diferenciada porque tem uma equipe multiprofissional ali. Então eu acho que é isso, é uma análise bem profunda de todos os óbitos que acontece (IE4).

O contexto em que ocorre o óbito inclui a história do transcurso da gestação e do atendimento à criança. De acordo com a fala das representantes, os fatores biológicos, socioeconômico e familiar, e os fatores relacionados à resolutividade dos serviços de saúde interferem neste contexto contribuindo para a ocorrência dos óbitos. Na análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal todos esses aspectos são considerados.

As diferentes perspectivas sempre são levadas em consideração [...], a questão da perspectiva social, a questão da perspectiva de suporte da rede, da rede hospitalar e da

nossa rede como unidade básica de saúde (SMS4).

[...] o contexto é toda a história. Toda a história, tudo o que é possível resgatar da história do transcurso daquela gestação, parto e puerpério, no sentido de ver aonde tiveram problemas (IE2).

[...] as condições socioeconômicas, educativas, falta de acessibilidade ao SUS ou foi durante a assistência que houve alguma intercorrência, alguma falha nessa assistência [...] (IE3).

Durante a discussão dos casos, observou-se essa preocupação dos representantes institucionais em contextualizar a causa do óbito, buscando associar as questões biológicas com os aspectos socioeconômicos da família e resolutividade dos serviços de saúde.

Segundo a fala das entrevistadas, os fatores biológicos são analisados por meio do histórico contido nos prontuários e os exames. Em relação ao atendimento à gestante, buscam-se informações, por meio de entrevista domiciliar, desde a concepção, considerando a questão do autocuidado materno e o desejo da mulher de engravidar ou não. Aspectos clínicos do pré-natal, parto e puerpério também são discutidos. No atendimento à criança, são analisadas as condições de nascimento, os primeiros cuidados com o RN e aspectos da puericultura.

Então, basicamente, o cuidado pré-natal, os cuidados de parto e os primeiros cuidados de atenção à criança e a gestante depois do parto. [...] o óbito infantil mais tardio acaba envolvendo aspectos da puericultura também (SMS3).

Esses dados são descritos, fazem uma análise de todos os prontuários, de todas as fases, e vão ser destacados os fatos mais relevantes em termos de acontecimentos, de exames. Além disso, é feito uma visita domiciliar a

mãe, nem sempre se consegue falar com a mãe, às vezes é o pai ou a avó, tentando levantar a visão que o usuário teve desse óbito, o que aconteceu, porque morreu aquela criança e se teve algum problema (IE2).

Para auxiliar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal, duas entrevistadas, representantes da SMS, afirmam que se baseiam em protocolos ministeriais de atendimento ao pré-natal, parto e cuidados com a criança para verificar se o mínimo necessário de atendimento foi prestado.

[...] mas você tem que ter conhecimento do que são os protocolos para a atenção ao pré-natal, do que são os protocolos para a assistência a mulher, ao parto, ao nascimento, à criança e ao cuidado dessa criança depois que nasce, esses são a base que se utiliza para avaliar os óbitos (SMS1).

Levam-se em consideração os protocolos, porque é o que nos dá base para saber se a gestante foi atendida no mínimo que ela necessitaria (SMS4).

Não se observou a utilização física desses protocolos pelos representantes institucionais durante a análise nas reuniões. O único material impresso utilizado foi o livro de Classificação Internacional das Doenças nº10 (CID) para correção da causa básica na DO.

Outro fator abordado pelas entrevistadas está relacionado com os aspectos socioeconômico e familiar da gestante e/ou da criança. São analisados os determinantes sociais envolvidos como idade materna, nível de escolaridade, situação econômica e de moradia.

A gente procura avaliar o caso não só na questão própria de cuidado médico ou de enfermagem, a gente procura avaliar o contexto social de vida daquela família (SMS2).

O que tem de contexto diferente é o que é trazido pela unidade básica da família, que cada família tem uma situação econômica, social [...] porque tem muita coisa que é social que a gente acaba chegando à conclusão de que poderia ter feito tudo, mas é um caso social que a gente não tem alcance (IE1).

Mas aí se a gente for ver a gente tem outro contexto, o contexto social, que às vezes é precário, às vezes ela não come bem, ela não dorme bem, ela não mora bem, então assim, isso é analisado lá (IE4).

O aumento da drogadição nas áreas próximas das famílias e dos serviços de saúde é algo que preocupa duas representantes da SMS, tendo em vista que o apoio da assistência social ainda é insuficiente para atender o número de famílias em situação de vulnerabilidade. Um delas também coloca o apoio insuficiente do Conselho Tutelar, no qual este não garante o sigilo das denúncias realizadas pelas equipes de saúde.

O distrito [...] conta com uma assistente social para aquela imensidão de famílias em uma situação de vulnerabilidade muito grande (SMS2).

Conselho Tutelar [...] a vulnerabilidade do Conselho Tutelar perante nossas equipes e a vulnerabilidade que ele impõe a nossas equipes. Nossas equipes estão em morros, em locais de tráfico e quando ela chama o conselho tutelar para um apoio, elas praticamente são denunciadas por esse mesmo conselho tutelar para as famílias que eles abordam (SMS4).

Fatores relacionados à resolutividade dos serviços de saúde, como o suporte da rede de atenção, o acesso à assistência de baixa e alta

tecnologia, assim como o acesso ao adequado tratamento medicamentoso, as condições de infraestrutura das instituições, a constituição e o processo de trabalho das equipes de saúde, também são pontos citados pelas entrevistadas.

[...] o acesso oportuno, de você ter disponíveis as medicações, o tratamento, como que as equipes estão constituídas, se elas são constituídas adequadamente, todo o serviço vai ser o aparato para essa situação [...] (SMS1).

[...] então se vê essa questão institucional. [...] os profissionais estavam atentos, observaram, faltou insumo, necessitou vaga de UTI e não tinha vaga, então se tenta olhar nesses aspectos (SMS4).

Então é um fio de navalha entre o certo e o errado, entre o risco e não risco, entre as boas práticas e as más práticas. Por exemplo, não esse ano, acho que em 2014, várias crianças com sífilis congênita, isso é o pré-natal, entendeu? Não tem como se errar nisso (IE2).

Durante as reuniões, observou-se que os fatores analisados estão de acordo com o que as entrevistadas relataram. Confirmou-se, deste modo, que os pontos mais discutidos estão relacionados ao acesso da gestante aos serviços de saúde e ao tratamento, às condutas médicas e de enfermagem, à relação da equipe de saúde com a família, ao processo de trabalho das equipes de saúde, aos fatores socioeconômicos e familiares. Informações documentais estabelecem que, para uma análise mais abrangente dos casos de óbito, deve compor ainda as dificuldades da família ou da gestante para o reconhecimento dos riscos para a saúde ou outros problemas relacionados.

Uma das representantes da UIA das IEs destaca a importância dos profissionais de enfermagem para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal, uma vez que estes profissionais estão presentes no atendimento da gestante em todo o ciclo gravídico-puerperal e no

atendimento à criança, seja em nível de atenção primária, secundária ou terciária.

Quando essa mulher vai parir ou quando ela vai ganhar esse bebê, ela é atendida pela enfermagem; quando ela vai embora e vai fazer puericultura, ela também passa pela enfermagem; ou quando essa criança é atendida na UTI neonatal, ela também passa pela enfermagem. Então assim, a enfermagem tem um papel muito importante nisso, ela está intrínseca em todas as fases desse cuidado, seja lá desde a concepção dessa criança que a mulher está acompanhando, até a saída da mulher. Então nós temos um papel importante, nós temos um protagonismo muito importante [...] (IE4).

A representatividade da enfermagem é observada nas reuniões do Comitê, por este ter como maioria dos membros, enfermeiros, atuantes nos três níveis de atenção à saúde.

Situações que desencadeiam o óbito infantil e fetal

As representantes relatam que a discussão para a análise da inevitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal permite identificar e elencar as situações que, direta ou indiretamente, desencadearam o óbito. O levantamento destas situações permite elucidar as fragilidades, evidenciando possíveis carências no sistema de saúde e no processo de trabalho das equipes de saúde.

As situações de relação indireta com o óbito estão relacionadas aos fatores socioeconômico e familiar. As situações de relação direta estão associadas aos fatores biológicos e de resolutividade dos serviços de saúde.

[...] levantar as situações que foram situações problemas, situações que foram potências, situações positivas [...]. E situações que possam, não só diretamente na

assistência, mas outras situações de âmbito mais abrangente, desde o social e educação, que tenham uma relação direta ou indireta com a mortalidade infantil (SMS1).

[...] os membros discutem os aspectos que acham importantes a respeito da situação, tentando evidenciar as situações que não foram conduzidas da melhor forma ou que poderiam ter sido conduzidas de forma diferente para evitar aquele óbito (SMS3).

Porque às vezes são erros básicos que acontecem e que ele sozinho aparentemente não traria nenhum problema, mas ele se somando a outras coisas acaba em um evento morte (IE2).

Observou-se que os representantes institucionais elencam as situações levantadas na tentativa de compreender quais e em que ponto da assistência houve fragilidades que desencadearam o óbito infantil e fetal.

Nas atas das reuniões constam como situação de relação indireta com o óbito questões sobre o Serviço de Verificação do Óbito como: feto e placenta não encaminhados para análise, importância de conservar o feto em formol, situações em que o transporte do feto ou criança em óbito foi feito pela família e a necessidade de constar no laudo a avaliação do cordão, vilosidades e membranas. E em relação aos aspectos sociais, registram que não há rede de apoio familiar para gestante profissional do sexo com dependência química e alcoólica.

Em relação ao pré-natal as situações mais levantadas registradas nas atas estão relacionadas a não adesão ao pré-natal; gestação não planejada; negligência à gravidez; número de consultas insuficientes; acesso dificultado ao serviço de saúde; fragilidades na solicitação e avaliação de exames, monitorização de batimentos cardíacos; tratamento e rastreamento de pré-eclâmpsia, sífilis gestacional e infecções do trato urinário; vínculo médico frágil; parto prematuro; rotura de placenta com perda de líquido amniótico; mãe de baixo peso; e parto prematuro domiciliar. Em relação ao atendimento à criança

elencaram o sofrimento fetal agudo ou crônico com liberação de mecônio e doença cardíaca grave.

Outras fontes documentais acrescentam como situações de relação direta com o óbito o planejamento familiar, a organização do sistema de saúde e as dificuldades socioeconômicas e familiares.

A PERSPECTIVA INTERINSTITUCIONAL NO PROCESSO DE ANÁLISE DA EVITABILIDADE DOS CASOS DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

Esta categoria aborda de que forma a perspectiva interinstitucional contribui para o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal. Está dividida em quatro subcategorias: “caráter interinstitucional: importância para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal”, “a participação dos representantes institucionais no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal”, “contribuição da perspectiva interinstitucional para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal” e “dificuldades enfrentadas pelo Comitê Floripa pela Vida”.

A primeira subcategoria aborda a importância da característica interinstitucional do Comitê Floripa pela Vida para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal; a segunda aborda como se dá a participação dos representantes institucionais no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal; a terceira subcategoria apresenta as contribuições da perspectiva interinstitucional para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal; e a quarta subcategoria aponta algumas dificuldades enfrentadas pelo Comitê Floripa pela Vida.

A figura 7 apresenta o mapa da perspectiva interinstitucional no processo de análise dos casos de óbito infantil e fetal.

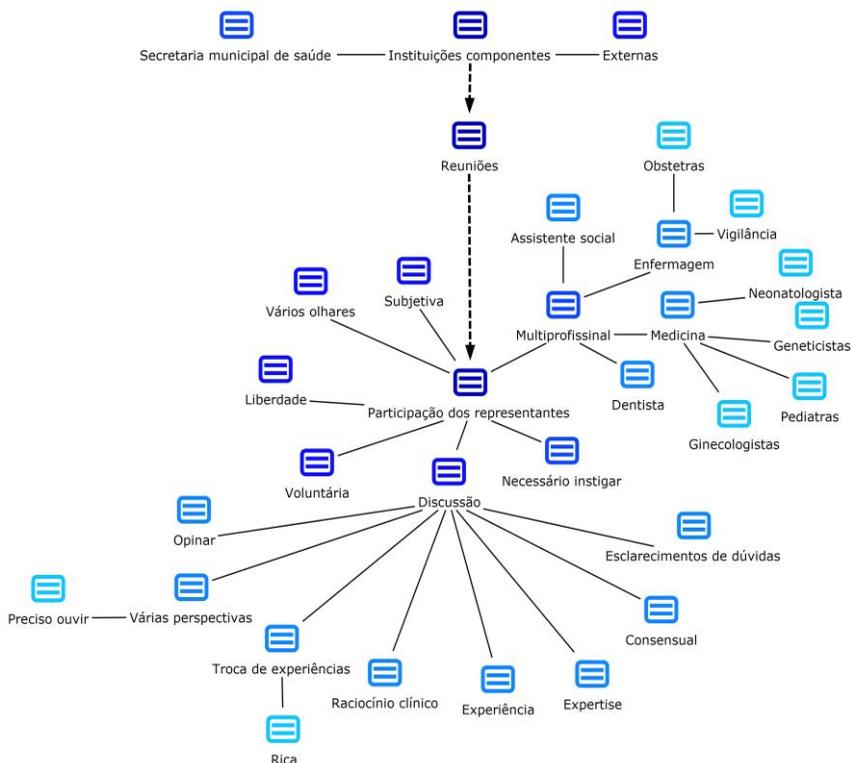


Figura 7- Mapa da perspectiva interinstitucional no processo de análise dos casos de óbito infantil e fetal.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2016.

Caráter interinstitucional: importância para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal

O Comitê Floripa pela Vida é composto por diversas instituições, públicas e privadas, que prestam serviços à gestante e/ou à criança. Algumas instituições que compõem o Comitê são citadas pelas entrevistadas:

[...] e nós temos representantes de várias instituições, tanto da Secretaria Municipal de Saúde, quanto de instituições externas (SMS2).

[...] além das instituições envolvidas com o atendimento da criança e da mulher propriamente dita, tem também representantes de conselhos, nós temos representantes da saúde da mulher do Estado que faz uma participação bem importante e temos da nossa saúde da mulher (SMS4).

O Comitê ele basicamente tem a representação dos representantes da vigilância epidemiológica de cada distrito, de entidades [...], tem da Universidade Federal de Santa Catarina, grupo de mulheres [...], eu não saberia nem te listar, são muitos (IE2).

[...] a participação é interinstitucional, então várias instituições participam, tanto pública como privada, instituições de ensino [...] (IE3).

Corroborando com os relatos, as informações documentais evidenciam que é fundamental a participação de representantes das instituições diretamente envolvidas na atenção à saúde da gestante e da criança, dos técnicos que realizam a investigação, que lidam com as estatísticas vitais, além de representantes da sociedade civil.

A importância da representatividade destas instituições no Comitê é reconhecida pelas entrevistadas da UIA da SMS:

Então, a constituição do Comitê interinstitucional e interdisciplinar é fundamental e é ímpar para a sua existência, se não, não é um Comitê de fato com um olhar mais abrangente ou com um

envolvimento maior dessas instituições em princípio (SMS1).

A necessidade dessa discussão não ser uma discussão de uma instituição, são problemas sociais, então todas as instituições envolvidas e as que fazem parte do Comitê são escolhidas porque elas acabam tendo um envolvimento direto com o problema de alguma forma [...] não tem como uma maternidade não discutir isso [...] não tem como não envolver o Coren ou o CRM, ou eles ficarem de fora dessa discussão (SMS3).

As diferentes representações, elas podem estar te dando subsídios para várias coisas. Então mesmo um conselho de ética que esteja representado, um conselho regional de categoria, ele pode dizer que o papel do enfermeiro não era esse naquele momento (SMS5).

A participação dos representantes institucionais no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal

Para analisar os casos de óbitos infantil e fetal, os representantes do Comitê Floripa Pela Vida discutem o caso de acordo com os fatores biológicos, socioeconômico e familiar e os relacionados à resolutividade dos serviços de saúde. No entanto, os representantes institucionais também colocam na discussão as questões pessoais e das instituições que representam.

Durante a reunião, a manifestação dos representantes sobre o caso é voluntária. As participantes da pesquisa colocam que a reunião é um espaço que proporciona liberdade aos participantes.

A participação durante a reunião é voluntária [...] (SMS1).

[...] as pessoas tem total liberdade de colocar o que chamou a atenção [...] (SMS2).

[...] a participação é comum a todos, todos tem direito a voz [...] (SMS5).

[...] é um espaço bastante democrático, todos tem voz, todos podem falar. [...] eu me sinto completamente livre de falar o que eu penso, a colocar a minha experiência profissional (IE2).

Observou-se durante as reuniões essa liberdade dos representantes para exporem o que pensam a respeito do caso. Não existe uma ordem para falar. As manifestações acontecem à medida que avança a discussão.

A participação dos representantes na discussão depende do entendimento sobre determinado caso e sua vontade de querer participar. Nesses momentos, as entrevistadas relatam que a coordenadora da reunião precisa instigar a participação dos representantes.

[...] então depende do entendimento daquela pessoa a respeito do caso, da disponibilidade da pessoa querer falar naquele dia [...] e ter um coordenador que coordena essa reunião é necessário para instigar que as pessoas também participem [...] (SMS1).

[...] a gente tem representantes que querem estar ali, que querem, sim, fazer a diferença, e a gente tem representantes que não estão tão despertados para isso. Então, a participação se dá conforme cada um, porque estar no Comitê, estar presente na reunião, não quer dizer que você está participando [...] (SMS5).

A participação dos membros do Comitê não é igualitária conforme constatado nas reuniões. Alguns representantes apenas

observam a discussão, fazendo contribuições pontuais. Outros participam ativamente discutindo com raciocínio técnico as situações e a análise da inevitabilidade do óbito em questão.

A opinião dos representantes das diferentes instituições são levadas em consideração durante a discussão e para isso, as entrevistadas afirmam que é preciso saber ouvir.

É uma forma de ouvir a opinião das pessoas [...]. As diferentes perspectivas precisam ser levadas em consideração [...] (SMS1).

[...] lá você houve opiniões de toda uma equipe [...], e aí lá a gente acaba que todo mundo com seu conhecimento específico dando a sua opinião, expressando as coisas, eu acho que isso é fantástico (IE4).

Conforme a observação, as diferentes opiniões dos representantes de cada instituição são consideradas durante a discussão. Cada representante contribui para a reconstrução do caso e para o esclarecimento das situações em que o desfecho foi o óbito.

Segundo as representantes entrevistadas são comuns, durante as discussões, o surgimento de dúvidas em relação aos casos que estão sendo analisados. Quando a dúvida é relacionada à patologia e quem está presente não consegue esclarecer, buscam-se profissionais especialistas na área. Quando a dúvida é relacionada ao caso ou à investigação, os investigadores têm mais subsídios para responder, pois possuem um conhecimento mais ampliado sobre o óbito.

[...] de repente lá vai surgir uma dúvida [...] o investigador pode te dar esse embasamento [...] porque ele traz muitos elementos que não foram entendidos (SMS5).

[...] e dentro da parte científica também, se a gente tem uma patologia que a gente não conhece, pega alguém. É da neuro, chama a neuro para esclarecer pra gente o que é [...] (IE1).

Nas reuniões, pôde-se identificar que são os enfermeiros representantes da vigilância epidemiológica dos distritos, os investigadores, os profissionais que esclarecem as dúvidas referentes ao óbito. Eles trazem para a reunião a ficha de investigação, na qual contém todas as informações relacionadas ao caso e são em seus conteúdos que eles consultam quando há necessidade. Também esclarecem questões referentes à relação da gestante e/ou criança com a com a equipe saúde da família, relação intrafamiliar, contexto social e aspectos do autocuidado materno. No período de observação não houve consulta a outros profissionais para o esclarecimento de dúvidas referentes à patologias.

Ao final da discussão, os representantes institucionais chegam a um consenso sobre a classificação da evitabilidade do óbito. Quando não há um consenso, é colocado em votação.

[...] porque ela é de consenso. [...] e por um consenso a gente identifica se esse óbito era evitável ou não, consenso técnico (SMS1).

[...] e a gente costuma chegar em um consenso (SMS2).

Durante o período de observação, todas as análises sobre a evitabilidade dos óbitos se deram por consenso entre os representantes.

Contribuição da perspectiva interinstitucional para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal

As entrevistadas mencionam que o olhar diferenciado de cada representante sobre o óbito por meio da sua experiência e da realidade da instituição que representa auxilia na discussão por trazerem argumentos diferenciados sobre o que poderia ter sido evitado, contribuindo para chegarem a uma conclusão sobre a evitabilidade do caso.

Ter os representantes de todas as instituições e a contribuição e o olhar deles para a análise é fundamental (SMS1).

[...] porque tem pessoa que concorda e outra que não, e cada um vai trazendo seus

argumentos, vence pelo argumento [...] ali na conversa cada um vai dando seu argumento e a gente consegue chegar numa conclusão. [...] só que a gente vai contra argumentando até chegar num ponto (IE1).

Porque tem que ter múltiplos olhares e tem que trazer múltiplas realidades de cada profissional, onde cada profissional está inserido, cada um vai trazer o seu olhar e a sua experiência e a sua realidade que vivencia. Porque eu acho que se tivesse só um olhar [...] a gente acaba desviando, dando um viés a esse olhar, então eu acho importante que tenha mesmo um olhar de vários profissionais e de várias instituições [...] (IE3).

Observou-se que os argumentos que são levantados durante a discussão são embasados na visão que o representante tem sobre a situação a partir do que este vivencia no seu local de trabalho. Os membros de instituições hospitalares possuem um olhar mais direcionado para a patologia ou agravo; já os membros da atenção primária direcionam o olhar sobre o que poderia ter sido prevenido.

Para as entrevistadas, é rico ter diferentes perspectivas institucionais durante a discussão, pois oportuniza a troca de experiência entre os representantes e mostra a realidade de cada instituição.

Inclusive para aquelas que não estão tão adequadas assim na excelência no atendimento que possam trocar experiências com outras que já conseguiram avançar e ter um melhor atendimento (SMS2).

Então a discussão é muito rica, porque você coloca uma coisa e outro diz e se fosse assim, e aí a gente vai nessa discussão tentando construir uma visão sobre aquele caso. É muito rico quando a gente tem vários profissionais com experiência [...], é

extremamente rico, porque aí juntam-se experiências e a discussão técnica é muito interessante (IE2).

A troca de experiências entre as instituições, principalmente entre as hospitalares, foi frequentemente constatada durante a discussão. Os representantes relatam o que fazem e como fazem em seus locais de trabalho e comparam com o que poderia ter sido feito em determinada situação na instituição em que ocorreu o óbito. Condutas médicas e de enfermagem, e também as rotinas e protocolos são compartilhados entre as instituições.

Confirmando os relatos e o que foi observado, os dados documentais apontam que a discussão do caso envolvendo profissionais da assistência é enriquecedor para o aprimoramento dos processos de trabalho das equipes, seja no serviço público ou privado.

Os representantes institucionais possuem profissões e especialidades distintas, com conhecimento direcionado para determinadas áreas como unidade de terapia intensiva e obstetrícia. Essa característica multiprofissional e interdisciplinar é colocada pelas entrevistadas como algo que contribui para a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal.

Ser um Comitê representativo é fundamental e, mais que tudo, ser um Comitê interdisciplinar e com subcategorias nas suas especialidades. [...] A discussão se dá principalmente a partir da expertise e da experiência dos componentes que fazem parte do Comitê (SMS1).

[...] a partir do momento que a gente faz uma discussão com profissionais de várias áreas diferentes, tem neonatologista, tem gineco-obstetra, tem geneticista [...] Então acho que são peças de quebra-cabeças que acabam ajudando a complementar a avaliação do óbito (SMS3).

Daí tem o obstetra, tem pediatra, tem enfermeiro, tem pessoal da unidade básica,

pessoal das maternidades em si. [...] daí a gente vai discutindo lá em conjunto de cada especialidade (IE1).

E cada um dá o parecer mediante sua área de conhecimento, porque tem casos, às vezes, que envolve conhecimento de vários profissionais que são envolvidos naquele atendimento daquela criança ou daquela gestante que teve o óbito (IE3).

Observou-se durante as discussões que os representantes contribuem com relatos da sua experiência prévia em situações semelhantes e com base na sua especialidade profissional, discutindo em pontos específicos relacionados à sua área de atuação.

Com base nos registros das atas das reuniões ordinárias do período de observação, fizeram-se presentes em todas as reuniões somente as enfermeiras representantes da vigilância epidemiológica dos distritos, uma pediatra, uma gineco-obstetra e a enfermeiro representante da saúde da mulher do município; e, esporadicamente, estavam presentes representantes do Coren/SC, ABEn, UFSC e Vigilância Epidemiológica Central.

Nas entrevistas, as participantes destacam a contribuição da sua experiência profissional na análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal.

A minha experiência profissional [...], eu acho que tem um peso bem importante [...], mas a bagagem e experiência de que eu tenho é um ponto importante em relação a chegar a avaliar, nesse sentido, e esclarecer quais as condições que a gente pode dar, por exemplo, para chegar nessas análises (SMS1).

[...] eu tenho um conhecimento profissional de longa data [...]. Então a parte obstétrica e de enfermagem que é a minha categoria, eu consigo ter uma boa visão do que deixou de ser feito, o que poderia ser feito, não

conheço tudo, mas tenho uma boa visão (SMS4).

[...] eu contribuo é com a experiência prática mesmo [...] para esclarecer quem está lá como é que é aquele procedimento, aquela situação, como é que é uma criança que nasce com 400g, 600g [...] (IE1).

[...] já ter uma experiência de longa data e já ter visto muitas coisas em estado diferente, então você consegue recapitular [...] (IE2).

[...] porque às vezes a gente já teve aquela vivência semelhante, ou já teve aquela experiência de cuidado que vai contribuir para a discussão daquele caso (IE3).

[...] alguns casos que são discutidos em relação ao um bebê que fica internado [...], com certeza é muito importante a minha vivência profissional [...]. Porque você está todo o dia, então você todo o dia vê os cuidados (IE4).

Dificuldades enfrentadas pelo Comitê Floripa pela Vida

Apesar da importância da representatividade no Comitê, as entrevistadas afirmam que uma das dificuldades encontradas é que não há a representação de todas as instituições na maioria das reuniões, ordinárias ou extraordinárias. Isso interfere na análise dos casos de óbito infantil e fetal por faltar especialidades como neonatologistas e obstetras.

[...] a adesão, às vezes a gente sente falta, tem se procurado sempre preservar que tenham categorias de neonatologista e obstetrícia, mas não se consegue garantir a presença de todas as instituições (SMS4).

O que acontece é que às vezes nem todos estão representados, geralmente para fazer essa análise é sempre importante que tenha um neonatologista, além do investigador (SMS5).

[...] eu acho que se todos fossem na reunião, daria, sei lá, mais de 30 pessoas, e, às vezes, nós somos em seis, cinco (IE2).

No período de observação das reuniões ordinárias, na primeira reunião estavam presentes dez representantes, na segunda nove e na terceira sete representantes.

Outra dificuldade expressa por uma das entrevistadas, representante das IE, é que a discussão sobre o óbito infantil e fetal pode ser uma atividade desgastante.

[...] tem dia que a gente sai de lá com o coração arrebitado de ver, meu Deus, como uma criança de 3,5 Kg, deixaram essa criança morrer. Então, tem dia, tem caso, que uma olha para outra e diz, meu Deus, não é possível. Isso é desgastante (IE2).

Durante a reunião expressões de descontentamento, palavras de indignação e lamento são observadas. Em duas de três observações foram analisados apenas três casos de óbito devido ao cansaço dos representantes.

A CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS DE ACORDO COM A EVITABILIDADE

Essa categoria aborda como o Comitê Floripa pela Vida classifica os óbitos infantis e fetais de acordo com listas de classificação de evitabilidade após a realização da análise dos casos. Está dividida em duas subcategorias: “óbito infantil e fetal: evitável, inevitável ou inconclusivo?” e “fragilidades para a classificação da evitabilidade do óbito infantil e fetal”.

A primeira categoria apresenta os tipos de classificação de evitabilidade dos óbitos infantil e fetal, e a segunda subcategoria, aponta

as fragilidades encontradas pelos representantes institucionais do Comitê para classificar alguns casos de óbito infantil e fetal.

Óbito infantil e fetal: evitável, inevitável ou inconclusivo?

Para as entrevistadas, analisar minuciosamente o óbito infantil e fetal, refletindo na perspectiva da evitabilidade, permite classificar o óbito como evitável, inevitável ou inconclusivo de acordo com listas de classificação.

Acho que analisar o óbito é sempre com foco para identificar a evitabilidade. Então o que é analisar a evitabilidade do óbito? Analisar a evitabilidade do óbito é esse conjunto todo. E depois existe a classificação, que daí é outra etapa após a análise do que seja a evitabilidade (SMS1).

[...] existe uma classificação de evitabilidade, na realidade existem várias classificações, a gente está procurando usar a lista brasileira, e ali, de acordo com a causa básica que o Comitê identificou, a gente classifica como evitável ou não evitável ou até inconclusivo, se não tem dados suficientes para fechar o caso (SMS2).

[...] essa evitabilidade é decorrente da assistência, da inadequada assistência ao pré-natal, da inadequada assistência ao parto [...] (IE2).

A classificação da evitabilidade do óbito é o último ponto a ser discutido nas reuniões. Observou-se que neste momento os representantes institucionais levam em consideração onde ocorreram as situações identificadas, sempre voltando o questionamento do que poderia ter sido feito para evitar determinado óbito.

De acordo com os dados documentais, os óbitos são classificados conforme os critérios de evitabilidade ou prevenção. Os problemas identificados são visualizados como passíveis de intervenção

pelo serviço de saúde. Essas classificações se baseiam no momento do óbito (se fetal ou infantil, anteparto ou intraparto), peso ao nascer e na causa do óbito. Essas três listas de classificação são as mais utilizadas: a classificação de evitabilidade da SEADE que tem sido utilizada para o óbito infantil no Brasil e propõe oito agrupamentos de causas que se baseiam na causa básica do óbito infantil; a classificação de Wigglesworth Expandida que é utilizada em diversos países do mundo e em alguns municípios brasileiros para análise do óbito perinatal (fetais e neonatais precoces); e a Lista de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) que organiza os óbitos utilizando como referência grupamentos de causa básica, segundo a CID 10, com a organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade.

Quando evitável, os representantes institucionais buscam saber porque esse óbito poderia ser evitado, em qual período do ciclo gravídico-puerperal aconteceu, em que nível de atenção houve fragilidade na assistência e em que condição ele poderia não ocorrer.

[...] além de a gente analisar se o caso é evitável ou não, a gente avalia em qual período desse ciclo poderia acontecer, poderia ter sido evitado (SMS2).

[...] primeiro, o que aconteceu, se era um óbito evitável ou não, se era evitável, por quê? Aonde houve a falha? Foi no atendimento ao pré-natal, no parto, ao recém-nascido ou a criança [...] (IE2).

O óbito é classificado como inevitável na presença de doenças incompatíveis com a vida nas quais mesmo com um atendimento adequado e condições favoráveis, o óbito iria acontecer. E pode ser considerado inconclusivo quando não há informações suficientes para esclarecer as situações que desencadearam o óbito.

[...] por falta às vezes de registro [...] de dados, ou não sei se foi feito determinada ação, por exemplo, não fazer o pré-natal, não nos dá, por vezes, condições de entender o desfecho daquele óbito (SMS1).

Por exemplo, se ele tem uma má formação congênita muito grave, que é incompatível com a vida, então esse óbito era inevitável, mesmo que tenha outras condições desfavoráveis [...]. Muitos casos ficam inconclusivos [...], porque não tem registros adequados dos dados daquela assistência (IE3).

Fragilidades para a classificação da evitabilidade do óbito infantil e fetal

A classificação da evitabilidade do óbito infantil e fetal apresenta algumas fragilidades para sua operacionalização. Duas representantes da SMS apontam a ausência de um instrumento que objetive a análise e a não padronização dos critérios para classificar a evitabilidade como fragilidades a serem superadas.

Há muita dificuldade ainda em fazer a análise da evitabilidade, até mesmo que talvez não tenhamos um instrumento que te permita fazer uma análise mais objetiva [...] (SMS1).

Até porque tudo depende de critérios que a gente está utilizando para a evitabilidade [...]. Que, embora se busque padronizar, a padronização da classificação da evitabilidade é um tanto frágil, depende de reunião para reunião conforme os membros que vão a cada reunião. Por isso a gente sempre faz um contra-ponto [...] de fazer a evitabilidade conforme a lista de causas evitáveis do SUS (SMS3).

Outra fragilidade encontrada para a classificação dos óbitos infantil e fetal, de acordo com as entrevistadas, está relacionada à inexistência de uma classificação formal de evitabilidade para os casos que estão associados à indisponibilidade de novas tecnologias para a

assistência materno-infantil no município e às causas ligadas com o autocuidado materno.

Às vezes um caso é considerado evitável sim, por adequada atenção ao pré-natal, mas por uma questão de autocuidado materno, a equipe de saúde da família fez busca ativa, marcou consulta e ela não foi, ela não fez o exames, então a gente avalia essa evitabilidade também, apesar de não existir uma classificação formal de evitabilidade por uma questão de autocuidado [...] quando nós vamos preencher o encerramento da investigação no módulo da avaliação da mortalidade, vai acabar caindo como atenção ao pré-natal, a gente não tem como desmembrar que é uma questão de autocuidado, mas pros nossos dados aqui a gente coloca essa observação (SMS2).

Acho que a gente tem que diferenciar é que nem sempre o evitável é aquilo que seria evitável mesmo, é complexo isso, por exemplo: ele é evitável porque ela poderia ter feito uma cirurgia intrauterina em São Paulo; é uma coisa que não está na nossa realidade em Florianópolis, então ele é evitável. [...] ele evitável por que hoje teriam meios, mas às vezes esses meios não estão acessíveis e a gente precisa trazer esses meios pra cá (SMS5).

RECOMENDAÇÕES, DEVOLUTIVAS E A QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Esta categoria apresenta as contribuições da análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal para os serviços e profissionais de saúde com vistas à prevenção. Está dividida em duas

elaboradas recomendações para os serviços e profissionais de saúde nos quais foram encontradas fragilidades no atendimento. Com base nessas recomendações, fazem devolutivas nos locais em que ocorreram os óbitos. A devolutiva é a forma como as recomendações são apresentadas às instituições que ocorrem os óbitos.

O Comitê tem esse papel de movimentar e trazer mudanças na prática [...] esse é o papel principal a partir da avaliação desses óbitos, se não tivesse essa avaliação a gente não poderia fazer essas implementações e ações (SMS1).

Mas, certamente, as recomendações que são derivadas dessas análises, o aprofundamento da investigação, essas visões diferentes que podem gerar recomendações diferentes para instituições diferentes tem um potencial de contribuição muito grande (SMS3).

A gente também consegue identificar algumas possíveis carências no sistema de saúde e trazer alguns indicativos então para melhorar a prática, a assistência à saúde [...]. Então essa devolutiva é muito importante de ela acontecer, porque se não fica sem sentido a atuação do Comitê, de ele identificar que tem falhas, mas não tem uma discussão depois com os gestores ou com os diretores daquelas instituições onde aquele fato está ocorrendo (IE3).

Durante as observações, foi possível presenciar nas reuniões o momento em que os representantes elaboram as recomendações para cada caso a partir das situações de fragilidade identificadas. As devolutivas às instituições não foram observadas devido a sua ocorrência em outros momentos.

Os dados documentais revelam que a compreensão das circunstâncias que levaram ao óbito tem a finalidade de gerar ações para prevenção de eventos semelhantes. Isto se torna especialmente

importante no nível regional, quando o planejamento e as ações privilegiam a realidade local e se adéquam às prioridades e recursos disponíveis.

De acordo com as entrevistadas, as recomendações são direcionadas para os gestores das instituições e para os profissionais de saúde envolvidos no atendimento à mulher e à criança. E as devolutivas são realizadas por meio de relatórios ou reuniões, de forma individual ou em grupo, na rede pública ou privada.

E isso não é feito só para nossa atenção básica do município, também para as maternidades, no caso das maternidades e hospitais, ele [relatório] não é devolvido caso a caso, ele é devolvido de forma mais genérica. [...] (SMS2).

O Comitê faz [as devolutivas] também através de relatórios, através de conversas, algumas devolutivas aos hospitais, as maternidades [...] na atenção primária, no serviço público, na saúde da família, a gente vê ecoar isso, tanto do que é positivo, como que é frágil, porque está direto com os atores envolvidos naquele processo (SMS5).

A coordenação muitas vezes ela faz reunião com as instituições hospitalares, representantes das instituições hospitalares, representantes dos distritos, com as unidades básicas, para discutir determinados casos (IE2).

Os documentos abordam que as recomendações devem ser encaminhadas e discutidas em todos os níveis de atenção e com a participação dos gestores e dos profissionais envolvidos no processo da assistência. E ainda recomendam a elaboração de relatórios periódicos, semestrais ou anuais, contendo as estratégias de prevenção formuladas para a redução da MI e fetal na localidade e a sua divulgação para as mais diversas entidades (universidades, sociedades científicas, conselhos de saúde). Essa interlocução com os profissionais permite a

avaliação dos problemas ocorridos e contribui com o aperfeiçoamento do processo de trabalho e a organização dos serviços de saúde para prevenir novas ocorrências.

Uma das representantes da SMS aponta que as recomendações estão voltadas para o aperfeiçoamento de práticas relacionadas à assistência no pré-natal, parto e cuidados com a criança.

[...] captação precoce da gestante, planejamento da vida sexual e reprodutiva [...] na questão de melhora do cuidado de enfermagem, relação interpessoal com os familiares, preenchimento adequado de uma declaração de óbito [...] Então, tudo que é identificado de situações levantadas e recomendações desse caso na reunião do Comitê, ele é devolvido para a equipe saúde da família para promover um momento de reflexão e de mudança e de comportamento e forma de atendimento (SMS2).

Nas atas das reuniões estão registradas algumas recomendações direcionadas para as equipes da Estratégia Saúde da Família e aos Distritos Sanitários, nos quais ocorreram os óbitos. As recomendações para a atenção primária estão relacionadas às práticas de cuidado no pré-natal, condutas relacionadas à questões sociais de gestantes em vulnerabilidade. Outras recomendações, direcionadas para a atenção terciária, são avaliar alta diante de condição social e cuidados com infecção hospitalar.

Os documentos elencam, ainda, outras ações que devem ser empregadas, entre elas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a atenção integral à saúde da mulher com planejamento familiar e assistência pré-natal e parto oportuna e qualificada, regionalização e hierarquização da assistência. Outras ações, por atuação do serviço de saúde, estão: pronto reconhecimento das situações de risco e encaminhamento adequado, presença de acompanhante no trabalho de parto, uso oportuno de corticosteróide e surfactante para os prematuros, alojamento conjunto e cuidado canguru, promoção do aleitamento materno, imunização, detecção e abordagem das infecções e doenças respiratórias e diarreicas, Primeira Semana Saúde Integral e acompanhamento da criança pela Equipe Saúde da Família.

Alguns exemplos de mudanças já conquistadas são lembrados por duas entrevistadas da SMS:

As placentas não iam para a avaliação, as crianças que eram óbito fetal não iam para necropsia [...]. Hoje é protocolo [...]. A gente teve mudança no protocolo de saúde da mulher no segmento de gestante com infecção do trato urinário [...] à medida que uma gestante tem uma infecção urinária, ela não pode ser tratada e dispensada, ela tem que ter retorno em uma semana, isso a gente não tinha. Nós implementamos esse protocolo [...]. A questão da caderneta da gestante foi impulsionada pelo grupo do Comitê [...] (SMS1).

[...] ter uma ficha de atendimento de emergência obstétrica que não feche enquanto não se preencham todos os dados [...]. A criança em processo de morte e morrer e as famílias pediram para que houvesse um espaço para que pudessem ficar sozinhas com as crianças naquele momento, um quarto, isso foi levado para o hospital, foi conseguido (SMS2).

No entanto, há algumas dificuldades encontradas para a realização das devolutivas junto às instituições e aos profissionais de saúde, principalmente em serviços privados, conforme relato das entrevistadas.

[...] esse retorno é dado para as equipes de saúde da família ainda de forma incipiente, alguns distritos que tem isso mais como meta e prioridade (SMS2).

As recomendações estão acontecendo, mas poderiam estar acontecendo de uma forma mais incisiva, ou de forma mais estruturada,

mais frequente. [...] a gente poderia estar aproveitando mais essas diferenças [...] para realmente interferir (SMS3).

E no serviço privado é mais difícil, em consultórios a gente não vê [...]. Quando tu discutes com um diretor eu acho que está ainda muito longe da realidade dele, então eu vejo que não há uma mudança mesmo de coisas pequenas, parece que aquilo não afeta. [...] eu acho que fica assim muito em termos de gestão e acaba não chegando aonde precisa chegar (SMS5).

[...] o pessoal fala que dá esse “feedback” para os hospitais, principalmente plantões noturnos [...], pessoal que tá iniciando, mas continuam acontecendo muitos casos, digamos assim, parecidos, que não precisavam acontecer (IE2).

Não foi observada durante as reuniões essas dificuldades, no entanto, constatou-se que a elaboração das recomendações fica restrita ao setor saúde.

Os documentos corroboram com o vivenciado pelo Comitê apontando a necessidade de promover a análise e discussão dos óbitos ocorridos na área de abrangência de cada serviço e com os profissionais responsáveis pela assistência. E colocam a importância da integração com as demais políticas públicas sociais e de educação para uma atuação intersetorial com vistas à promoção das condições de vida da população e interferência sobre os determinantes sociais da MI.

A qualificação da informação por meio da análise da evitabilidade dos óbitos infantil e fetal

A análise da evitabilidade dos óbitos infantil e fetal propicia a qualificação das informações ao corrigir a causa básica na DO, fazendo com que os indicadores nos sistemas de informação em saúde sejam mais fidedignos, conforme o relato das entrevistadas.

A gente consegue identificar a causa básica daquele óbito que não está condizente com o que foi preenchido no atestado de óbito [...] tentando qualificar a informação da declaração de óbito para que ela saia o mais fiel possível, evitando colocar parada cardiorrespiratória, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, porque isso não nos diz nada, é o final e nós precisamos saber o que aconteceu (SMS2).

[...] na maioria das vezes a DO está preenchida erroneamente ou de forma incompleta, então com a análise dos dados do Comitê, revê ou redireciona essa DO. [...] porque aquela história, morreu do que? Parada cardiorrespiratória, todo mundo que morre tem parada cardiorrespiratória. E aí a gente modifica a DO para ir para o sistema [...](IE2).

Observou-se, nas reuniões, que um dos pontos das recomendações é a alteração da causa básica na DO. Os representantes do Comitê alteram a causa básica do óbito de acordo com as situações problemas que foram identificadas.

Os dados documentais afirmam que é preciso estimular a correção das estatísticas oficiais, contribuindo para a qualificação das informações em saúde e sensibilizar os profissionais para o registro adequado das estatísticas vitais que serão utilizadas nos sistemas de informação para o diagnóstico, o planejamento e a avaliação das ações.

DISCUSSÃO

O Comitê Floripa pela Vida foi estudado com base em proposições teóricas que guiaram a atenção para as duas UIAs – SMS e IE, permitindo sua comparação. Estas unidades apresentaram-se semelhantes em grande parte das categorias analíticas, mas algumas especificidades puderam ser identificadas.

O processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal pelo Comitê ocorre por meio da leitura e discussão do resumo do

caso, em reuniões ordinárias ou extraordinárias com data, local e hora preestabelecidos. A participação dos representantes se dá de forma voluntária, em um espaço democrático, no qual a definição da classificação da evitabilidade do óbito se dá por consenso e registro em ata.

O Comitê Floripa pela Vida, por se tratar de um órgão colegiado, caracteriza-se como um espaço com menor hierarquia dentro da instituição à qual se vincula, porém com forte poder de decisão, para elaboração de estratégias compartilhadas de resolução para os problemas identificados. Todo colegiado tem uma agenda de reuniões regulares, com possibilidade de reuniões extraordinárias. A função deliberativa corresponde às competências para elaborar, aprovar e tomar decisões pré-relatadas pela ata da reunião. A ata representa um registro formal e oficial das reuniões do colegiado na qual devem constar as decisões a fim de firmar por escrito o que foi discutido (HIGASHI; ERDMANN, 2014; SOUZA, 2008).

Neste estudo, os enfermeiros representaram o maior quantitativo de profissionais atuantes no Comitê Floripa pela Vida e, no processo de análise, têm fundamental importância por estar presente em momentos distintos de assistência à mulher ou à criança, seja na atenção primária, secundária ou terciária.

Ao longo dos anos, a participação do enfermeiro trouxe significativo avanço para a qualidade da assistência à saúde materno-infantil. Atualmente, a consulta de enfermagem proporciona um espaço importante para a realização de ações educativas, garantindo a integralidade da assistência (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

Em Ribeirão Preto, São Paulo, um estudo que analisou o perfil da MI, identificou o enfermeiro como o responsável pelo aprimoramento do cuidado e pela disseminação das boas práticas para os demais profissionais da saúde que atendem a mulher e a criança, por ser o profissional de saúde que acompanha a mulher no decorrer de seu ciclo de vida (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

O processo de análise da evitabilidade de casos de óbito infantil e fetal realizado pelo Comitê é apontado como a principal atribuição pelas representantes das duas UIAs, pois permite identificar as situações que desencadearam a ocorrência desses óbitos, elaborar recomendações e dar devolutiva às instituições e profissionais de saúde. Em consonância com o Comitê Floripa pela Vida, um estudo realizado com os comitês do estado do Paraná, afirma-que a análise detalhada dos

óbitos infantis e fetais tem por fim avaliar a qualidade da assistência materno-infantil, apresentar propostas de medidas de intervenção e, principalmente, estimular as autoridades competentes a instituir estratégias de prevenção e controle (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013).

Para a análise do óbito, os relatos deste estudo apontam que é preciso saber o que aconteceu, em qual período da gestação ou de desenvolvimento da criança ocorreu e o porquê. O óbito é analisado na perspectiva da evitabilidade por meio de informações referentes ao percurso da gestante e da criança dentro da rede de atenção e nos três níveis de atenção à saúde.

Vários fatores são considerados para a análise da evitabilidade dos óbitos, entre eles, o biológico, socioeconômico e familiar e a resolutividade dos serviços de saúde por meio do suporte da rede de atenção à saúde, acesso à assistência de baixa e alta tecnologia, acesso ao tratamento, às condições das instituições, a constituição e o processo de trabalho das equipes de saúde.

O contexto social da família em que a gestante e/ou criança está inserida foi considerado um fator essencial a ser analisado, pois as causas dos óbitos do município de Florianópolis estão relacionadas aos fatores socioeconômicos como o nível de escolaridade materna e os relacionados à resolutividade dos serviços de saúde como o acesso aos serviços, à assistência prestada no pré-natal e aos cuidados realizados com a criança.

O mesmo ocorre na China e nos Estados Unidos, nos quais o comitê nacional destes países integram tanto os fatores biológicos, comportamentais, psicológicos, sociais e ambientais, como os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde para a análise dos óbitos infantis (LU; JOHNSON, 2014; SUN et al., 2015).

A interferência dos fatores de risco sociais como determinantes da MI e fetal também foram explorados em vários estudos realizadas nas cidades brasileiras de Londrina, Paranavai, Maringá, Maceió, Fortaleza e Ribeirão Preto (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014; FERRARI et al., 2014; JODAS et al., 2013; KASSAR et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2012; SILVA; MATHIAS, 2014), que são semelhantes aos resultados do Comitê Floripa pela Vida. Estes estudos apontam que mais da metade dos óbitos ocorreram no período neonatal e que estes estavam associados à idade materna inferior a 20 anos, escolaridade materna inferior a sete anos, renda familiar inferior a dois salários mínimos, mães que foram acompanhadas em hospitais públicos,

com dificuldade de iniciar o pré-natal e número inferior a seis consultas, entre outras relacionadas ao tempo de encaminhamento e atendimento.

Uma revisão de literatura, que analisou artigos nacionais que relacionaram a MI com o pré-natal, corrobora com os estudos, ao evidenciar que esta relação se deu pelo número insuficiente de consultas no pré-natal ou à qualidade do atendimento prestado às mulheres e crianças (FIGUEIREDO et al., 2012).

Neste estudo, as falas das participantes revelaram, ainda, uma preocupação com o aumento da drogadição nas áreas próximas das famílias e dos serviços de saúde, e o apoio insuficiente da assistência social e do conselho tutelar para atender o número de famílias em situação de vulnerabilidade. Em concordância com as falas, um estudo realizado em Maringá, que descreveu o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas, identificou a alta prevalência do uso e abuso de drogas durante a gestação (NOVAES et al., 2015).

Dessa forma, para que a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal aconteça de forma profunda é fundamental que se tenha uma perspectiva interinstitucional. A importância desta representatividade aparece nos depoimentos da UIA da SMS que considera esta característica ímpar para a existência do Comitê Floripa pela Vida.

O Comitê, ao proporcionar um espaço de discussão entre um grupo de representantes de diferentes categorias profissionais, com o objetivo de definir e discutir sobre os assuntos oriundos do seu cenário de trabalho, nesse caso a MI, exerce uma gestão colegiada. (HIGASHI; ERDMANN, 2014). Este tipo de gestão fortalece a construção de um espaço organizacional que impulsiona os representantes a pensar e a agir numa perspectiva coletiva a favor da melhoria da qualidade do serviço de saúde materno-infantil oferecido.

A perspectiva interinstitucional se dá porque o representante de cada instituição tem um olhar diferente sobre o óbito, o que oportuniza a troca de experiência entre os representantes e retrata a realidade de cada instituição. Representantes de profissões e especialidades distintas contribuem com a análise, pois cada um traz a sua experiência pessoal e profissional para a discussão e cada perspectiva contribui para a reconstrução do caso e o esclarecimento das situações de fragilidade.

O profissional, integrante deste colegiado, tem o desafio de operacionalizar um modelo gerencial aberto e flexível, com múltiplos olhares, buscando articular uma gestão mais horizontal, participativa e democrática, com a participação plural dos seus membros, dividindo o

poder e as responsabilidades entre seus representantes. Destaca-se a importância da representatividade e participação por parte dos membros do colegiado com vistas a fomentar decisões mais justas e iguais (HIGASHI; ERDMANN, 2014).

O Comitê Consultivo da Secretaria da Mortalidade Infantil dos Estados Unidos também apresenta essa característica interinstitucional por se composto por membros de diversas organizações, sendo elas públicas e privadas, no âmbito federal, estadual e local, e também por fornecedores, consumidores e familiares. Porém, ressalta há necessidade de maior apoio de outros setores, como saúde, educação, economia e desenvolvimento da comunidade para concretizar as iniciativas de base local (LU; JOHNSON, 2014).

Esta característica interinstitucional está em concordância com as apresentadas em um estudo realizado com os comitês do estado do Paraná, que relata a necessidade de promover discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência à mulher e a criança, para análise ampla e detalhada de cada caso, promovendo uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013).

No entanto, este estudo mostrou que a representatividade, apesar de reconhecida sua importância pelos membros do Comitê Floripa pela Vida, ainda é limitada. Um estudo realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, evidencia a importância da disponibilização dos profissionais, de acordo com a realidade e condição de operacionalização dos comitês de cada região, pois é o que torna possível investigar cada óbito de forma sistematizada, procurando analisar a evitabilidade e, dessa forma, estabelecer medidas de prevenção (SILVA et al., 2012).

Em São Paulo, outro estudo avaliou a implantação dos comitês no estado e nos municípios, e constatou que a participação da vigilância epidemiológica é baixa, sendo os comitês compostos de forma variada, com mais de 15 membros, mas com predomínio das representações dos profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros (VENÂNCIO; PAIVA, 2010).

Analisar as situações que suscitaram o óbito, refletindo com a perspectiva da evitabilidade, permite classificar o óbito como evitável, inevitável ou inconclusivo de acordo com listas de classificação. Os óbitos mais comumente classificados no Comitê Floripa pela Vida são por causas evitáveis relacionadas à adequada assistência à mulher no pré-natal.

Em Cuba, um estudo que objetivou determinar o comportamento da TMI no período de 1998 a 2010, evidenciou o predomínio do óbito neonatal precoce, tendo como causa de morte mais frequente a sepse, o que permitiu concluir que, por se tratar de óbito que ocorre entre 0 a 6 dias de vida, poderia ter sido evitado com adequada atenção ao pré-natal (PONCE et al., 2011).

Estudos realizados em cidades da região sul, sudeste e norte do Brasil, retratam que as causas de morte evitáveis são semelhantes, independente da região do País. Seus resultados reforçam os encontrados pelo Comitê Foripa pela Vida, pois ao analisar os óbitos infantis, constataram que a maior parte dos óbitos poderia ter sido evitada por adequada assistência à mulher na gestação e no parto (BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; JODAS et al., 2013; MENEZES et al., 2014; SILVA et al., 2012).

No entanto, não é sempre na presença de fragilidades no sistema de saúde que o óbito é evitável. Novas tecnologias para a assistência materno-infantil muitas vezes não estão disponíveis no município e muitas causas estão relacionadas ao autocuidado materno, porém não existe uma classificação formal para esses casos de evitabilidade. Em relação ao autocuidado materno, uma pesquisa realizada no Distrito Federal, apontou este como um dos principais fatores relacionados aos agravos perinatais evitáveis (BRITO; SOUZA, 2014).

Este estudo apresenta que a análise da evitabilidade apresenta algumas fragilidades, pois não há um instrumento para realizar uma análise mais objetiva e não existem critérios definidos para a análise. Essas fragilidades também são desveladas em um estudo realizado no estado de São Paulo, que reconhece que os comitês que não possuem um critério de seleção de óbitos estabelecido, trabalhando com manuais e fichas não padronizados e com reuniões esparsas, têm suas possibilidades de efetividade reduzidas (VENÂNCIO; PAIVA, 2010).

A finalidade da análise é identificar as situações que desencadearam o óbito para elaborar recomendações e devolvê-las aos serviços de saúde nos quais foram encontradas fragilidades no processo de trabalho. Em relação às recomendações, essas são direcionadas para os gestores das instituições e para os profissionais de saúde envolvidos na assistência materno-infantil. As recomendações elaboradas pelos membros do Comitê Floripa pela Vida estão voltadas, em sua maioria, para mudanças nas práticas relacionadas à assistência no pré-natal, parto e cuidados com a criança.

Nos Estados Unidos as recomendações estão centradas na qualidade dos registros e das estatísticas vitais realizadas pelos obstetras, pois estes são os responsáveis por garantir a representação precisa das causas das mortes relacionadas à gestação (COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN, 2015).

Em Gana, a dificuldade em relação às recomendações do Comitê de Auditoria do Óbito Materno e Neonatal está na não adesão, tendo uma taxa de implementação das recomendações de apenas 30%, pois os gestores do sistema de saúde ainda são resistentes a esse processo para melhorar a qualidade do atendimento (ISSAH; BEIFUBAH; OPOKU, 2011).

No Brasil, no estado do Paraná, as recomendações estão voltadas para ações de promoção de saúde e prevenção primária, com destaque para ações de educação em saúde, avaliação do risco gestacional e planejamento familiar, e à qualidade dos registros nos prontuários (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013).

Em relação à qualidade dos registros, estudos realizados no Rio Grande do Sul, São Paulo e Paraná, mostram que os registros nos prontuários devem ser completos e as informações devem ser precisas, tendo em vista a importância destes para a classificação de evitabilidade, que só é confiável quando se dispõe de minuciosas informações das causas que suscitaram no óbito (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014; JODAS et al., 2011; SILVA et al., 2012).

Outro estudo relaciona a ausência dos dados nos documentos com a possibilidade dos profissionais, tanto da atenção básica, como dos serviços de saúde mais complexos, terem dificuldade na compreensão de sua importância ou por falta de treinamento, falta de tempo e até mesmo por dificuldade do reconhecimento da necessidade de bons registros e anotações, como parte do processo de apreensão da realidade para o cuidado da criança e família e da prevenção do óbito infantil (SANTANA et al., 2011).

Por outro lado, um estudo analisou a percepção dos gestores e dos profissionais da saúde da cidade de Londrina em relação aos determinantes para a redução da MI. Estes profissionais reconhecem que as recomendações devem estar voltadas à qualificação da assistência no pré-natal, à redução da gravidez na adolescência, à melhoria da atenção ao recém-nascido prematuro, à prevenção da prematuridade e ao financiamento do SUS, sendo necessárias melhorias nas condições de vida e nas políticas públicas com ações setoriais e extra setoriais (PIZZO et al., 2014).

Com as recomendações, o Comitê Floripa pela Vida faz as devolutivas às instituições e aos profissionais de saúde dos locais em que ocorreram os óbitos. Essas devolutivas são realizadas por meio de relatórios ou reuniões, de forma individual ou em grupo, na rede pública ou privada. No entanto, essas devolutivas ainda são incipientes e poderiam estar sendo realizadas de forma mais incisiva, estruturada e frequente. Algumas barreiras ainda devem ser superadas para a realização das devolutivas junto às instituições e aos profissionais, entre elas, a dificuldade de acesso aos hospitais e clínicas privadas. Esta mesma dificuldade de acesso à rede privada é encontrada pelo comitê da cidade de Maringá, na região sul do Brasil (JODAS et al., 2011).

A análise dos óbitos infantis e fetais também propicia a qualificação da informação ao corrigir a causa básica na DO, tornando os indicadores nos sistemas de informação em saúde mais fidedignos.

Os comitês internacionais, da Rede Euro-Peristat e da Rede FIGO, consideram importante às informações sobre a mortalidade para uma análise mais significativa das variações das taxas entre os países, tornando possível avaliar deficiências específicas, propor ações de melhoria universais e monitorar a mortalidade no mundo (LALONDE; GRELLIER, 2012; MOHANGOO et al., 2011).

Nos Estados Unidos, o sistema de comunicação descentralizado, permite que os registros vitais sejam lançados de forma confiável por se dar de forma pontual e precisa, de acordo com a região de ocorrência (COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN, 2015).

Em Gana, as informações permitem ter uma imagem mais clara do número real de óbitos e os fatores à ele relacionados, fornecendo aos sistemas de saúde as ferramentas necessárias para melhorar a assistência à saúde por meio de estratégias que evitem mortes futuras (ISSAH; BEIFUBAH; OPOKU, 2011).

No Brasil, um estudo que analisou a concordância entre a causa básica de morte infantil informada na DO e a definida após investigação pelo comitê, mostrou que há uma baixa concordância entre as fontes pesquisadas, indicando ou melhora do processo de investigação dos óbitos infantis pelo comitê e/ou piora na qualidade da informação original na DO (SANTOS et al., 2014). Dessa forma, devido ao preenchimento incorreto ou incompleto da DO e o elevado número de óbitos por causas mal definidas, os sistemas de informação ainda apresentam limitações (JODAS et al., 2013).

O Comitê Floripa pela Vida, por meio de uma gestão colegiada, possibilita o fortalecimento da representação e participação de seus membros em reuniões deliberativas. Os representantes institucionais têm a possibilidade de participar e ajudar a decidir, a partir do compartilhamento de experiências. Essa discussão possibilita desencadear construções decisórias, numa perspectiva coletiva, para os problemas que devem ser enfrentados para prevenir a MI e fetal no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso único com UIAs evidenciou que os representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida analisam a evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal com base em vários fatores que interferem na mortalidade. Além disso, as diferentes perspectivas interinstitucionais, como a experiência pessoal e profissional dos representantes, apresentaram-se importantes nesse processo.

As UIAs apresentaram relatos semelhantes, no entanto algumas especificidades foram identificadas. A UIA da SMS preocupa-se com questões sobre a operacionalização do Comitê e dificuldades relacionadas ao processo de análise da evitabilidade. A UIA das IE elucidou questões relativas à importância do enfermeiro nas análises.

Ressalta-se que a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal mostra-se essencial para formulação de estratégias, recomendações e devolutivas, para a prevenção de novas ocorrências. Ainda, serve como uma importante ferramenta para qualificar as informações que alimentam os sistemas de informação em saúde.

Nesse sentido, espera-se que os resultados desse estudo contribua com a gestão local, de modo a fomentar a articulação interinstitucional neste e outros municípios e demais instâncias gestoras do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, I.C.A.; GODEIRO, A.L.S.; MONTEIRO, A.I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 596-602. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade - Dezembro de 2015. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.

Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>

Acesso em: 12. 09. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2 ed. Brasília, 2009.

BRITO, P.P; SOUZA, L.M. Fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um hospital público do Distrito Federal. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v.8, n.4, p.239-255.2014.

CARETI, C.M; SCARPELINI, A.H.P; FURTADO, M.C.C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Rev. Eletr. Enf.*, v.16, n.2, p.352-60, 2014.

COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. The Importance of Vital Records and Statistics for the Obstetrician–Gynecologist. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, v. 126, n.3. 2015.

FERNANDES, C.A; VIEIRA, V.C.L; SCOCHI, M.S. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15 regional de saúde paraná. *Cienc Cuid Saude*, v.12, n.4, p.752-759. 2013.

FERRARI, R.A. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n.3, p.354-359. 2014.

FIGUEIREDO, P.P. et al. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.20, n.1. 2012.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Saúde. Regimento Interno do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal-“Floripa pela Vida”de Florianópolis – SC. Programa Capital Criança, 2011.

HIGASHI, G.D.C; ERDMANN, A.L. 2014. Tecendo significados do processo deliberativo da gestão colegiada na enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.22, n.2, p.269-76. 2014.

ISSAH, K.; BEIFUBAH, A.N.; OPOKU, C.F. Maternal and neonatal survival and mortality in the Upper West Region of Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.113, p.208-210. 2011.

JODAS, D.A. et al. Atendimento à crianças e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos. *Rev. gaúch. Enferm, Porto Alegre (RS)*, v.32, n.4, p.669-75.2011.

JODAS, D.A. et al. Análise dos óbitos evitáveis de menores de cinco anos no município Maringá-PR. *Esc Anna Nery (impr.)*, v.17, n.2, p. 263-270. 2013.

KASSAR, S.B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J Pediatr, Rio de Janeiro*, v.89, p. 269-277. 2013.

LACOMBE, F.; HEILBORN, G. *Administração: princípios e tendências*. 2 ed. São Paulo: Saraiva 2008.

LALONDE, A.B.; GRELLIER, R. FIGO Saving Mothers and Newborns Initiative 2006–2011. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Elsevier Ireland, v. 119, p. 18-21. 2012.

LU, M.C; JOHNSON, K.A. Toward a National Strategy on Infant Mortality. *American Journal of Public Health*, v.104, n.1, p.13-16. 2014.

MENEZES, S.T. et al. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife*, v.14, n.2, p. 137-145. 2014.

MOHANGOO, A.D. et al. Gestational Age Patterns of Fetal and Neonatal Mortality in Europe: Results from the Euro-Peristat Project. *PLoS ONE, Austrália*, v.6, n.11. 2011.

- NASCIMENTO, R.M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.559-572. 2012.
- NOVAES, E.S. et al. Perfil obstétrico de usuárias do sistema único de saúde após implantação da rede mãe paranaense. *Cienc Cuid Saude*, v.14, n.4, p.1436-1444.2015.
- OLIVEIRA, E. et al. Mortalidade infantil evitável em montes claros, Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Rev. baiana saúde pública*, v. 39, n. 2, p. 397-407. 2015.
- PIZZO, L.G.P. et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.23, n.3, p.908-918. 2014.
- PONCE, V.A.A. et al. Mortalidad infantil en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa (1998-2010). *Rev Cubana Med Gen Integr*, Ciudad de La Habana, v.27, n.4. 2011.
- PROGRAMA PARA AS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. PNUD, 2016. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ods.aspx>>. Acesso em 02.05.2016.
- SANTANA, I.P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm*, v.24, n.4, p.556-62. 2011.
- SANTOS, H.G. et al. Concordância sobre causas básicas de morte infantil entre registros originais e após investigação: análise de dois biênios nos anos 2000. *Rev Bras Epidemiol*, p.313-322. 2014.
- SILVA, A.L.; MATHIAS, T.A. Fatores de risco independentes associados a óbitos infantis. *Acta Paul Enferm*, v.27, n.1, p.48-55. 2014.
- SILVA, V.L.S. et al. Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n.2, p.265-274. 2012.

SOUZA, A. C. Democracia, participação e representação: os espaços deliberativos no Brasil: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara (2001-2007). 2008, 206 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2008.

SUN, B. et al. Child health in China in the Millennium Development Goal era. *Arch Dis Child*, v.100, n.1, p. 61-62. 2015.

VENÂNCIO, S.I; PAIVA, R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.10, n.3, p.369-375. 2010.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso com duas UIAs buscou evidenciar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida. A descrição sólida a respeito do processo de criação e implantação do Comitê Floripa pela Vida, suas características e atribuições, a operacionalização das atividades, dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de suas atribuições e sua contribuição para redução da MI e fetal, permitiu conhecer o contexto no qual ocorrem as análises.

Os resultados mostraram que a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal se dá por meio da análise de diversos fatores que interferem na mortalidade, destacando-se aqueles que se referem aos aspectos socioeconômicos das famílias. Além disso, as diferentes perspectivas interinstitucionais, a partir da experiência pessoal e profissional de cada representante, permitem uma análise mais profunda e minuciosa do caso.

As duas UIAs, representadas por membros da SMS e por membros das IEs, mostraram-se semelhantes no que tange ao processo e à finalidade da análise da evitabilidade dos óbitos, no entanto também apresentaram algumas especificidades. A unidade integrada da SMS apontou questões sobre a operacionalização do Comitê e dificuldades relacionadas ao processo de análise da evitabilidade, por outro lado, a unidade integrada das IE elucidou questões relativas à importância do enfermeiro nas análises.

Ressalta-se que a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal mostrou-se essencial para formulação de estratégias com vistas a interferir na qualidade da assistência prestada à saúde materno-infantil, prevenindo, assim, novos casos de óbito infantil e fetal. Ainda, serve como uma importante ferramenta para qualificar as informações, ao corrigir a causa básica na DO e ao classificar o óbito quanto ao seu potencial de prevenção, alimentando os sistemas de informação em saúde com dados mais fidedignos. O uso dessas informações permite aos gestores subsidiarem suas ações de mudanças nas políticas públicas e traçar estratégias que contribuam para a redução da MI e fetal no município.

Apesar dos objetivos do estudo ter sido alcançado, admite-se como limitação a escassa literatura produzida acerca da temática relacionada ao processo de análise dos casos de óbito infantil e fetal, que

limitou a realização de comparações deste estudo com outros. Este estudo também está restrito a um único contexto, o que limita a generalização dos seus resultados. Contudo, estudos de caso não utilizam a generalização de resultados como premissa metodológica, mas ele é generalizável às proposições teóricas, tendo como meta expandir e generalizar as teorias.

Acredita-se que os objetivos deste estudo possam ser propostos para outros contextos que tenham comitês de prevenção do óbito infantil e fetal atuantes. Recomendam-se novos estudos na área da MI e de novas investigações que focalizem especificamente no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito.

A realização deste estudo permitiu muitas reflexões acerca dos fatores que interferem na mortalidade, principalmente os relacionados ao contexto social das famílias. A ausência de apoio dos outros setores públicos precisa ser superada, para estarem, em conjunto, contribuindo com ações que busquem reduzir o número de óbitos. É necessário ampliar o olhar, focando na saúde da criança em seu conceito ampliado, integrando os setores públicos e superando a fragmentação das ações.

Essas reflexões suscitaram a possibilidade de identificar novas proposições teóricas, dentre elas: (1) a saúde da criança está associada a fatores socioeconômicos e aos determinantes das condições de vida; (2) a integração intersetorial permite a formulação de ações efetivas e de recomendações voltadas à qualificação da atenção à saúde da criança. O que nos motivou a propor uma nova pergunta de pesquisa: **como os diferentes setores governamentais vêm desenvolvendo ações voltadas à saúde da criança? Como poderia se dar a integração intersetorial para o alcance das metas de redução da mortalidade infantil?**

REFERÊNCIAS

ADEDINI, S.A. et al. Regional variations in infant and child mortality in Nigeria: a multilevel analysis. *J. Biosoc. Sci.*, v.47, p.165–187. 2015.

AKSEER, N. et al. Ending preventable newborn deaths in a generation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.131, p.43-48. 2015.

ANDRADE, S.M. et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.181-189. 2006.

ARECO, K.C.N.; KONSTANTYNER, T.; TADDEI, J.A.A.C. Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo - 1996 a 2012. *Rev Paul Pediatr*. 2016.

AZEVEDO, E.B. et al. Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v.33, p.93-9. 2012.

BARBOSA, T.A.G.S. et al. Determinantes da mortalidade infantil em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *REME rev. min. enferm.*, v.18, n.4, p.907-914. 2014.

BARRAL, L.N.M. et al. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. *Rev. Min. Enferm.*, v.16, n.2, p.188-193. 2012.

BARROS, D.B; MACHADO, M.M.T. A importância da gestão em saúde. *Rev. Saúde Criança Adolesc.*, v.3, n.1, p. 9-13.2011.

BARROS, G.A.; LIMA, P.C.M.; MATA, M.S. Análise dos determinantes sociais dos anos potenciais de vida perdidos no estado do Rio Grande do norte. *Revista Ciência Plural*, v.1, n.3, p.14-25. 2016.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 861-870. 2007.

BERNARDES, A; ÉVORA, Y. D. M. ; NAKAO, J. R. S. Gestão colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital publico brasileiro. *Ciencia y Enfermería*, v. 14, p. 65-74. 2008.

BERNARDINO, L.C.S. et al. Mortalidade infantil e desigualdade social: análise fundamentada na Bioética de Intervenção. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, v.4, n.2, p.42-60. 2015.

BOTELHO, L.L.R; CUNHA, C.C.A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v.5, n. 11, p. 121-136. 2011.

BRANDÃO, I.C.A.; GODEIRO, A.L.S.; MONTEIRO, A.I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 596-602. 2012.

BRASIL, A.M.F.E.; MEDEIROS, C.R.G.; SALDANHA, O.M.F.L. Estratégia saúde da família: análise dos registros em prontuários. *Caderno pedagógico*, Lajeado, v.12, n.1, p.265-276. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 19 set. 1990. (1990a)

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 19 set. 1990. (1990b)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de

compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2 ed. Brasília, 2009. (2009a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (2009b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. v.1 . Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (2011a)

_____. 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. Brasília Ministério da Saúde, 2011. (2011b)

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Conheça a CGSCAM, 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/513-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/11-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/12864-conheca-a-cgscam>>. Acesso em 12.09.2016.

_____. Portal Brasil. ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. Portal Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>. Acesso em: 02.05.2016.(2015a)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade - Dezembro de 2015. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>> Acesso em: 12. 09. 2016.(2015b)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (2015c)

BRENNEMAN, G.; RHOADES, E.; CHILTON, L. Forty Years in Partnership: The American Academy of Pediatrics and the Indian Health Service. *PEDIATRICS*, v.118, n.4, p. 1257-63. 2006.

BRITO, P.P; SOUZA, L.M. Fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um hospital público do Distrito Federal. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v.8, n.4, p.239-255.2014.

CAETANO, S.F.; VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas. *Cad. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.309-17. 2013.

CARETI, C.M; SCARPELINI, A.H.P; FURTADO, M.C.C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Rev. Eletr. Enf.*, v.16, n.2, p.352-60. 2014.

CARVALHO, M.; SANTOS, R.N.; CAMPOS, G.W.F. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387. 2013.

COMMITTEE ON HEALTH CARE FOR UNDERSERVED WOMEN. The Importance of Vital Records and Statistics for the Obstetrician–Gynecologist. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, v.126, n.3. 2015.

DIAS, M.S.A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.11, p.4371-4382. 2014.

DUNN, P.M. History of the FIGO Standing Committee on Perinatal Mortality and Morbidity 1979–1991. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Elsevier Ireland, v. 96, p. 131-137. 2007.

EAGLESTAFF, M.L.; KLUG, M.G.; BURD, L., Infant Mortality Reviews in the Aberdeen Area of the Indian Health Service: Strategies and Outcomes. Public Health Reports, v.121, p. 140-8. 2006.

FARIA, H. P. Gestão colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. Saúde Digital. 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/outubro2003/especializacao.html>>. Acesso em: 01 set. 2015.

FERNANDES, C.A; VIEIRA, V.C.L; SCOCHI, M.S. Mortalidade infantil e classificação de evitabilidade: pesquisando municípios da 15 regional de saúde paraná. Cienc Cuid Saude, v.12, n.4, p.752-759. 2013.

FERRARI, R.A. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. Rev Bras Enferm, v. 67, n.3, p.354-359. 2014.

FERRARI, R.A.P.; BERTOLOZZI, M.R. Idade materna e características de recém-nascidos em óbito no Período neonatal, 2000 a 2009. Cienc Cuid Saude, v.11, p.16-22. 2012.

FIGUEIREDO, P.P. et al. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.20, n.1. 2012.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis- PMF. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria/SS/GAB/ n°174 de 20 de julho de 2006. Criar o Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal - CPOIF, com caráter ético, técnico, educativo e consultivo. Florianópolis, 2006.

_____. Secretaria de Saúde. Regimento Interno do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal-“Floripa pela Vida”de Florianópolis – SC. Programa Capital Criança, 2011. (2011a)

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis- PMF. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto n° 9070 de 13 de junho de 2011. Institui o Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal de Florianópolis- Comitê “Floripa pela Vida”. Florianópolis, 2011. (2011b)

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis- PMF. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária. Capital Criança. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+crianca&menu=5>> Acesso em: 17.04.2016.

FORTUNA, C.B.; LIMA, E.; LIMA, M.R. Óbitos Neonatais: uma experiência de trabalho do Comitê Regional de Vigilância ao Óbito Infantil e Fetal (CRVOIF) no Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-VII), no ano 2005. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1. 2009.

FRIAS, P.G.; SZWARCOWALD, C.L.; LIRA, P.I.C. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.10, p.2068-2080. 2014.

HIGASHI, G.D.C; ERDMANN, A.L. 2014. Tecendo significados do processo deliberativo da gestão colegiada na enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.22, n.2, p.269-76. 2014.

ISSAH, K.; BEIFUBAH, A.N.; OPOKU, C.F. Maternal and neonatal survival and mortality in the Upper West Region of Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.113, p.208–210. 2011.

ITABASHI, K. et al. Mortality Rates for Extremely Low Birth Weight Infants Born in Japan in 2005. *PEDIATRICS*, v.123, n.2, p. 445-450. 2009.

JODAS, D.A. et al. Análise dos óbitos evitáveis de menores de cinco anos no município Maringá-PR. *Esc Anna Nery (impr.)*, v.17, n.2, p. 263-270. 2013.

JODAS, D.A. et al. Atendimento à crianças e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos. *Rev. gaúch. Enferm, Porto Alegre (RS)*, v.32, n.4, p.669-75.2011.

KASSAR, S.B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v.89, p. 269-277. 2013.

LACOMBE, F.; HEILBORN, G. Administração: princípios e tendências. 2 ed. São Paulo: Saraiva 2008.

LALONDE, A.B.; GRELLIER, R. FIGO: Saving Mothers and Newborns Initiative 2006–2011. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Elsevier Ireland, v. 119, p. 18-21. 2012.

LEVINE, R.S. et al. Social Determinants and the Classification of Disease: Descriptive Epidemiology of Selected Socially Mediated Disease Constellations. *PLoS ONE*, v.9, n.11. 2014.

LISBOA, L. et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.24, n.4, p.711-720. 2015.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.23, n.2, p.417-25. 2014.

LU, M.C; JOHNSON, K.A. Toward a National Strategy on Infant Mortality. *American Journal of Public Health*, v.104, n.1, p.13-16. 2014.

LUCK, H. Gestão escolar e formação de gestores. Brasília, v.17, n.72, p. 156-62. 2000.

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. 233-244.2007.

MANSANO, N.H. et al. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.329-332. 2004.

MATHIAS, T.A.F. et al. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.62, n.2, p.305-11. 2009

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*, v.43, n.3, p.445-53. 2008.

- MENEZES, S.T. et al. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, Recife, v.14, n.2, p. 137-145. 2014.
- MOHANGOO, A.D. et al. Gestational Age Patterns of Fetal and Neonatal Mortality in Europe: Results from the Euro-Peristat Project. *PLoS ONE*, Austrália, v.6, n.11. 2011.
- MORAIS, C.G.X. et al. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. *Revista ACRED*, v.5, n.9, p. 64-84. 2015.
- MOREIRA, M.D.S; GAÍVA, M.A.P. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *R. pesq.: cuid. fundam. Online*, v.5, n.2, 3757-66. 2013.
- NABHAN, S.S.; OLIVEIRA, R.Z. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v.31, n.1, p.71-76. 2009.
- NASCIMENTO, R.M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.559-572. 2012.
- NOVAES, E.S. et al. Perfil obstétrico de usuárias do sistema único de saúde após implantação da rede mãe paranaense. *Cienc Cuid Saude*, v.14, n.4, p.1436-1444.2015.
- OLIVEIRA, E. et al. Mortalidade infantil evitável em montes claros, Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Rev. baiana saúde pública*, v. 39, n. 2, p. 397-407. 2015.
- ORLANDI, M.H.F. Comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil no Paraná: estratégia de sucesso na vigilância da saúde de mulheres e crianças. *Cienc Cuid Saude*, v.7, n.1, p.7-8. 2008.
- PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*, v.40, p.73-8.2006.

PIZZO, L.G.P. et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.23, n.3, p.908-918. 2014.

PONCE, V.A.A. et al. Mortalidad infantil en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa (1998-2010). *Rev Cubana Med Gen Integr*, Ciudad de La Habana, v.27, n.4. 2012.

PROGRAMA PARA AS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. PNUD, 2016. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ods.aspx>>. Acesso em 02.05.2016.

RANDALL, B.; WILSON, A. The 2005 Annual Report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.59, n.11, p.473-7. 2006.

_____. The 2006 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.60, n.9, p.343-51. 2007.

_____. The 2007 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.61, n.8, p.287-9. 2008.

_____. The 2008 annual report of the Regional Infant and Child Mortality Review Committee. *SD Med.*, v.62, n.12, p.471-75. 2009.

_____. Regional Infant and Child Mortality Review Committee: 2009 final report. *SD Med.*, 2010.

_____. Regional Infant and Child Mortality Review Committee 2010 final report. *SD Med.*, p.455-63. 2011.

SANTANA, I.P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm*, v.24, n.4, p.556-62. 2011.

SANTOS, H.G. et al. Concordância sobre causas básicas de morte infantil entre registros originais e após investigação: análise de dois biênios nos anos 2000. *Rev Bras Epidemiol*, p.313-322. 2014.

SANTOS, S.P.C. et al. Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.15, n.4, p.389-399. 2015.

SILVA, A.L.; MATHIAS, T.A. Fatores de risco independentes associados a óbitos infantis. *Acta Paul Enferm*, v.27, n.1, p.48-55. 2014.

SILVA, J.A.C. et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: avaliação em Belém - Pará, em 2010. *Rev assoc med bras*, v.59, n.4, p.335-340. 2013.

SILVA, N.S. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v.66, n.5. 2013.

SILVA, R. Child mortality estimation: consistency of under-five mortality rate estimates using full birth histories and summary birth histories. *PLoS Med*, v.9. 2012.

SILVA, V.L.S. et al. Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n.2, p.265-274. 2012.

SOARES, M.I. et al. Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. *Enfermería Global*, n.42, p.353-64. 2016.

SOUZA, A. C. Democracia, participação e representação: os espaços deliberativos no Brasil: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara (2001-2007). 2008, 206 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2008.

STRULOV, A. The Western Galilee Experience: Reducing Infant Mortality in the Arab Population. *Focus*, v.7. 2005.

SUN, B. et al. Child health in China in the Millennium Development Goal Era. *Arch Dis Child*, v.100, n.1, p. 61-62. 2015.

THOMAS, D. et al. Closing the health and nutrition gap in Odisha, India: A case study of how transforming the health system is achieving greater equity. *Social science & medicine*, v.145, p.154-62. 2015.

VASCONCELOS, J.P.R; ROSA, C.S. Mortalidade infantil em menores de cinco anos de idade no município de Águas Lindas de Goiás. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.7, n.1, p.176-190. 2016.

VENÂNCIO, S.I.; PAIVA, R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.10, n.3, p.369-375. 2010.

VIEIRA, T.M.M. et al. Mortalidade perinatal e diferenças regionais no estado do Paraná. *Cogitare Enferm*, v.20, n.4, p.783-791. 2015.

WARDLAW, T. et al. Child survival: a message of hope but a call for renewed commitment in UNICEF report. *Reproductive Health*, v.10, n.64. 2013.

WILSON, A.L; SIDERAS, J. Regional Infant and Child Mortality Review Committee 2012 final report. *SD Med.*,v.66, n.10, p.415-9. 2013.

WILSON, A.L; SIDERAS, J. Regional Infant and Child Mortality Review Committee 2013 final report. *SD Med.*, v. 68, n.2, p.57-9. 2015.

YAO, G.M. et al. Sistema de Investigação dos Óbitos Perinatais e Neonatais por meio de Comitês de Mortalidade Perinatal e Infantil na Cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1. 2009.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO ÚNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROPOSIÇÕES TEÓRICAS

Admite-se as seguintes proposições teóricas: (1) mais da metade (67,6%) dos óbitos infantis no Brasil são classificados como evitáveis; (2) os comitês de prevenção do óbito infantil e fetal são organizações colegiadas, de natureza interinstitucional, que analisam os óbitos com a perspectiva da evitabilidade; (3) a análise interinstitucional da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal possibilita a formulação de estratégias para prevenir novas ocorrências.

PERGUNTA DE PESQUISA

Como os representantes da diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida analisam a evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal?

OBJETIVO GERAL

Evidenciar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sistematizar o conhecimento, produzido em nível nacional e internacional, sobre as atividades desenvolvidas por comitês que atuam com a prevenção do óbito infantil e fetal.
- Descrever e explicar sobre a estrutura, a organização e o funcionamento do Comitê Floripa pela Vida.
- Identificar e comparar as perspectivas interinstitucionais no processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal.
- Examinar como a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal contribui para a formulação de estratégias para a prevenção de novas ocorrências.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O contexto deste estudo é o município de Florianópolis, o caso é o Comitê Floripa pela Vida e as duas unidades integradas de análise são constituídas pelo grupo de representantes da Secretaria Municipal de Saúde e, a outra, pelo grupo de representantes das Instituições Externas.

Os participantes deste estudo serão os membros titulares, que estiveram no ano de 2014 em, pelo menos, duas reuniões ordinárias do Comitê, totalizando nove participantes.

Com o intuito de garantir o anonimato dos participantes e das instituições, estes serão identificados da seguinte forma: SMS1, SMS2, SMS3, SMS4 e SMS5, IE1, IE2, IE3, IE4.

Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência que irão convergir de modo triangular: entrevista focada, observação direta não participante pesquisa e pesquisa documental.

Quadro 1 - Fontes de evidência

FONTE DE EVIDÊNCIA	PARTICIPANTE
Entrevista	Representante do Comitê
Observação	Reunião ordinária do Comitê
Documental	Comitê e Ministério da Saúde

RELATO DO ESTUDO DE CASO

O relato do estudo de caso é desenvolvido como um relatório descritivo parcial. Posteriormente acontece a análise dos achados. As entrevistas e as observações são analisadas de acordo com a técnica analítica de construção da explanação e a pesquisa documental corrobora com as outras evidências, auxiliando na triangulação dos dados. Os agrupamentos da análise dos dados referentes ao Comitê Floripa pela Vida compõem o relatório final, representado pela dissertação de mestrado.

OBSERVAÇÕES GERAIS- ENTREVISTA FOCADA

Verificar as seguintes atividades e/ou documentos necessários antes da realização da entrevista.

Quadro 2- Check-list entrevista focada

ATIVIDADE	
ANTERIOR À ENTREVISTA	
Confirmar o dia e o horário da com o participante por meio de contato telefônico;	
Imprimir e preencher protocolo do estudo de caso;	
Realizar 1 cópia do parecer substanciado do CEP;	
Realizar 2 cópias do TCLE;	
Separar roteiro de entrevista;	
Testar e separar o gravador;	
Separar prancheta, papel e caneta;	
NO MOMENTO DA ENTREVISTA	
Solicitar que a entrevista ocorra em um local calmo e reservado;	
Reservar um tempo adequado para a realização da entrevista;	
Fornecer uma cópia do TCLE ao participante;	
Ler o TCLE e pedir ao entrevistado que assine as duas cópias, caso concorde em participar da pesquisa;	
Explicar ao entrevistado que irá gravar a entrevista para posterior transcrição;	
Explicitar ao entrevistado que o questionário de entrevista possui questões abertas;	

Esclarecer as questões e solicitar aprofundamento de certos assuntos da entrevista, caso seja necessário;	
Deixar claro que, se após a data de realização da entrevista o participante quiser fazer algum comentário adicional ou acréscimo em alguma de suas respostas, ele poderá entrar em contato com o pesquisador;	
Solicitar a permissão para poder enviar ao entrevistado, alguma nova questão que surja, posteriormente, durante a pesquisa, caso o pesquisador considere importante conhecer a opinião do entrevistado.	

OBSERVAÇÕES GERAIS- OBSERVAÇÃO NÃO

Verificar as seguintes atividades e/ou documentos necessários antes da realização da observação.

Quadro 3- Check-list observação não participante

ATIVIDADE	
ANTERIOR À OBSERVAÇÃO	
Verificar com coordenador do Comitê dia e horário da reunião ordinária	
Imprimir e preencher protocolo do estudo de caso;	
Realizar 1 cópia do parecer substanciado do CEP;	
Separar roteiro de observação	
Separar prancheta, papel e caneta;	
NO MOMENTO DA OBSERVAÇÃO	
Apresentar o objetivo da pesquisa e informar estar realizando a observação não participante	
Anotar gestos não verbais, sentimentos e outros.	

OBSERVAÇÕES GERAIS- PESQUISA DOCUMENTAL

Solicitar ao coordenador do Comitê os documentos regimentais e legislativos. Organizar os documentos conforme o quadro 4.

Quadro 4- Pesquisa Documental

Tipo de documento	Informações importantes
1.	
2.	

APÊNDICE B– ROTEIRO ENTREVISTA FOCADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO ENTREVISTA FOCADA

Roteiro individual para entrevista focada sobre a análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal a partir da perspectiva interinstitucional dos membros componentes do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal- “Floripa pela Vida”

Entrevista n°:	Letra correspondente:
Data:	Horário:
Entidade/Instituição Representante:	
Formação:	
Tempo neste cargo:	
Idade:	Sexo: () feminino () masculino

Questão norteadora: Como os representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida analisam a evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal?

1. Como ocorrem as reuniões do Comitê?
2. Como se dá a participação dos representantes? E a sua participação? Qual sua atribuição?
3. Quais são as principais atribuições do Comitê?

4. E o que fazem no Comitê? Como fazem?
 - 4.1 (Como é feita a análise dos óbitos infantis e fetais)
 - 4.2 (Como se dá a discussão dos casos)
5. Quais critérios você utiliza para analisar os casos de óbito? Esses critérios são os mesmos para analisar a evitabilidade de um óbito? Se não, quais são para a evitabilidade.
6. Como você considera que sua experiência profissional vem contribuindo para a análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais?
7. Como o olhar dos representantes das diferentes instituições presentes no Comitê contribui para a análise dos casos? Você considera que estes diferentes olhares contribuem para a redução da mortalidade infantil e fetal? (Se sim, Como? Se não, por que?)
 - 7.1 As diferentes perspectivas são levadas em consideração na discussão de um caso?
 - 7.2 Para analisar a evitabilidade de um óbito quais contextos são considerados (materno, social, psicológico, acesso, políticas)?
8. Gostaria de falar mais alguma coisa que possa complementar as questões da evitabilidade dos óbitos infantis/mortalidade infantil e fetal?

APÊNDICE C– ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

1. Observar durante a reunião do Comitê como é realizada a análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais;
2. Observar quais informações (contextos) são levadas em consideração para analisar a evitabilidade;
3. Observar como os diferentes olhares sobre o óbito são levados em consideração pelo grupo;
4. Observar divergências e convergências nas decisões;
5. Observar as distintas atuações das instituições representadas.

Registros - Diário de Campo

Dia	Horário	Observação n°	N° de participantes
Observações			

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profa. Dra. Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Andriela Backes Ruoff, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal: perspectiva interinstitucional para a análise da evitabilidade dos óbitos, que tem como objetivo evidenciar o processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal realizado pelos representantes das diferentes instituições componentes do Comitê Floripa pela Vida. Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humano da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será áudio-gravada, com duração de aproximadamente 40 minutos e pela observação nas reuniões ordinárias do Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Fetal. Posteriormente a entrevista será transcrita, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo.

A você, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito do método individual de análise da evitabilidade dos óbitos, podendo variar de curto a longo prazo tais reflexões, a partir da compreensão das ações desenvolvidas interinstitucionalmente. Os resultados pretendem

beneficiar a sociedade, contribuindo com as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam no Comitê e proporcionando novas tecnologias para a sua prática. Pretende contribuir também com a gestão municipal de saúde, com a área de Gestão da Saúde da Criança e o monitoramento para redução da mortalidade infantil e fetal. De modo indireto, este estudo contribuirá com para o reconhecimento dos óbitos evitáveis a partir de diferentes olhares e abordagens envolvidos em sua análise, oferecendo ao sistema de saúde novas perspectivas para aqueles que vivenciam, em seu cotidiano de trabalho e de vida, o óbito infantil ou fetal.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista e a observação, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir.

O material coletado durante as entrevistas e a observação poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Selma Regina de Andrade pelo telefone (48) 88126688, email selma.regina@ufsc.br ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Poderá entrar em contato com a pesquisadora Andriela Backes Ruoff pelo telefone (48) 88126688, email andriback@gmail.com ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 402. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, email CEP.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

Selma Regina de Andrade

Pesquisadora responsável

Andriela Backes Ruoff

Pesquisadora principal

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante:

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

_____ Data: ____ / ____ / ____

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise de evitabilidade dos óbitos

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50640215.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.358.892

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado em Enfermagem orientado por Dra. Selma Regina de Andrade Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Prezando entrevistar os membros do Comitê de Óbito Infantil, espera-se produzir uma descrição sólida e confiável a respeito das ações interinstitucionais, realizadas pelos membros do Comitê, na análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Evidenciar como os representantes das diferentes instituições componentes do Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Fetal- Comitê "Floripa pela Vida" do município de Florianópolis analisam a evitabilidade dos óbitos infantis e fetais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a estrutura, a organização, as atribuições do Comitê de Prevenção de Óbito Materno, Infantil e Fetal-Comitê "Floripa pela Vida".

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R. Desembargador Manoel Lima, nº 202, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-800
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3221-8004 **E-mail:** cep.projeto@comite.ufsc.br

Continuação do Projeto 1.208.602

Buscar as contribuições dos estudos relacionados ao tema por meio de uma revisão integrativa de literatura nacional e internacional.

Descrever, comparativamente, similaridades e contrastes em relação à análise de evitabilidade dos óbitos infantil e fetal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora prevê riscos aos participantes de ordem físico-emocional e os descreve do seguinte modo:

"O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-las (as), interromper a entrevista e a observação, retornando a coletar os dados sob a anuência tão logo o participante se sinta à vontade para continuá-la."

São previstos benefícios diretos e indiretos: Aos participantes, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito do método individual de análise de evitabilidade dos óbitos, podendo variar de curto a longo prazo tais reflexões, a partir da compreensão das ações desenvolvidas interinstitucionalmente. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, contribuindo com as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam no Comitê e proporcionando novas tecnologias para a sua prática. Pretende contribuir também com a gestão municipal de saúde, com a área de Gestão de Saúde da Criança e o monitoramento para redução da mortalidade infantil e fetal. De modo indireto, este estudo contribuirá com para o reconhecimento dos óbitos evitáveis a partir de diferentes cenários e abordagens envolvidos em sua análise, oferecendo ao sistema de saúde novas perspectivas para aqueles que vivem em, em seu cotidiano de trabalho e de vida, o óbito infantil ou fetal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância acadêmica e no âmbito do SUS, haja vista que a formação deste comitê é recomendada pelo Ministério de Saúde PORTARIA 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).

Endereço:	Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R. Desembargador Vilhena, nº 232, sala 401
Bairro:	Tirolândia CEP: 88.040-800
UF:	SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone:	(51)3721-8024 E-mail: cep.propesq@comite.ufsc.br

Continuação do Parecer 1.336/03

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto devidamente assinada e apresentada

Declaração de anuência do órgão gestor do Comitê de Ética Infantil devidamente apresentada;

Projeto apresentado com os dados necessários para análise;

Cronograma: início da coleta em fev de 2016.

TCLE apresentado atendendo a todos os itens de Resolução 466/12.

Recomendações:

O projeto está de acordo com a Resolução 466/12, atende a todas as exigências da legislação vigente e está aprovado para sua execução no calendário proposto.

Recomenda-se encaminhar relatório final a este comitê para apreciação das conclusões do projeto conforme recomenda a Res 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta parecer elige a aprovação da presente pesquisa, sendo comprometido da pesquisadores cumprir a Resolução que rege as pesquisas com seres humanos - 466/12, em sua íntegra zelando pela participação íntegra dos sujeitos participantes e pelos dados coletados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_003672.pdf	03/11/2015 16:44:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/11/2015 16:26:06	Andriela Backes Ruoff	Aceito
Outros	Roteiro_observacao_nao_participante.pdf	03/11/2015 13:36:17	Andriela Backes Ruoff	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_focada.pdf	03/11/2015 13:27:56	Andriela Backes Ruoff	Aceito
Outros	Protocolo_revisao_integrativa.pdf	03/11/2015 13:26:40	Andriela Backes Ruoff	Aceito
TCLÉ / Termos de Assentamento / Justificativa de Anuência	TCLÉ.pdf	03/11/2015 13:25:14	Andriela Backes Ruoff	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Comite_final.pdf	03/11/2015 13:24:03	Andriela Backes Ruoff	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.043-800
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (51) 3721-8334 E-mail: cep.projeto@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.265.620

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração_Instituição.pdf	03/11/2015 13:22:34	Andriela Beckes Ruoff	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	03/11/2015 13:18:45	Andriela Beckes Ruoff	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/11/2015 13:17:00	Andriela Beckes Ruoff	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 08 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)