

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Valéria de Oliveira Ambrósio

MORTALIDADE INFANTIL: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança em Governador Valadares/MG

Belo Horizonte
2020

Valéria de Oliveira Ambrósio

MORTALIDADE INFANTIL: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança em Governador Valadares/MG

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa de Almeida Guerra.

Belo Horizonte
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Ambrósio, Valéria de Oliveira.
AM496m Mortalidade infantil [manuscrito]: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança em Governador Valadares/MG. / Valéria de Oliveira Ambrósio. - - Belo Horizonte: 2020.

96 f.: il.

Orientador (a): Vanessa de Almeida Guerra.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Mortalidade Infantil. 2. Saúde Materno-Infantil. 3. Fatores de Risco. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Políticas Públicas de Saúde. 6. Gestor de Saúde. 7. Pessoal de Saúde. 8. Dissertação Acadêmica. I. Guerra, Vanessa de Almeida. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 910



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP




FOLHA DE APROVAÇÃO

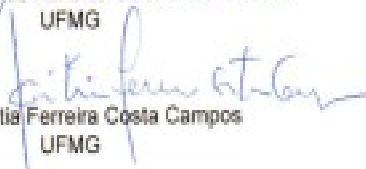
MORTALIDADE INFANTIL: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança em Governador Valadares/MG

VALÉRIA DE OLIVEIRA AMBRÓSIO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, área de concentração GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.


Aprovada em 20 de fevereiro de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra - Orientador
UFMG


Prof(a). Kátia Ferreira Costa Campos
UFMG


Prof(a). Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Professora Associada Aposentada da Faculdade de M

Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2020.


Davidson Luis Braga Lopes
Escola de Enfermagem/UFMG
SIAPE 2410180
Matrícula 311758

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, pelo presente da vida e por me permitir realizar tantos sonhos. Obrigada por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível” que não me permitiu desistir e, principalmente, por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigada por tudo.

À minha família por sempre acreditar em mim. O amor que vocês têm por mim é o que me estimula a lutar e vencer todos os dias.

AGRADECIMENTOS

“Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito? (Salmos 116: 12)”

A Deus, mesmo sem palavras para fazê-lo, a não ser, tudo sou Naquele que me fortalece.

Agora, são tantas pessoas a agradecer que nem sei por qual começar. Para não ser injusta, agradecerei coletivamente por categorias (risos).

À minha família por acreditar em mim e por não medirem esforços para me auxiliarem nesta caminhada que foi longa e exaustiva. Mãe, suas orações e cuidados foram essenciais, fortaleceram-me, encheram-me de esperança e certeza para seguir nesta caminhada.

Ao meu querido e amado Wilson que seguiu comigo cada dia, incentivando e ajudando no que era possível, levando-me, a cada aula, na rodoviária, animando-me com um “bom passeio amor”. Ai de mim se não fosse você!

Aos meus filhos (norinha e genro) quanto amor envolvido, obrigada por cada cuidado, cada palavra de incentivo, cada oração, por entender a minha distância em momentos especiais.

Aos meus irmãos (cunhado e cunhada) que mesmo de longe me deram força e torceram muito por mim.

Os amigos, todos eles! Aqui não vou citar nomes para não correr o risco de esquecer alguns, vocês são fundamentais na minha vida, são balsamos nos momentos difíceis e nas alegrias.

À coordenadora do mestrado, Adriane Vieira, em nome de quem estendo os agradecimentos a todos os professores que foram fundamentais nesta construção.

À minha orientadora Vanessa. Obrigada por me aceitar como orientanda. Obrigada por me apoiar. Obrigada por tudo!

Às professoras Regina Aguiar e Kátia que foram essências na banca de defesa, suas palavras, e sugestões foram com balsamo e luz na conclusão deste trabalho.

Agradeço aos colegas de mestrado, cada um com seu jeito contribuiu para meu aprendizado, algumas agradeço especialmente e elas sabem de quem estou falando, vivenciaram as dificuldades de morar longe e ter que viajar toda semana, também àqueles que morando em Belo Horizonte me ajudaram muito, imprimiram trabalho, entregaram trabalhos e outras coisinhas mais.

Ao Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno Infantil e Fetal, que sempre contribuiu muito com minha formação e interesse pelo tema, despertou em mim a responsabilização e o reconhecimento de que a vigilância do óbito também é uma forma de cuidado, principalmente quando o óbito não é apenas um número, mas um processo de busca para prevenção de novos casos.

À Univale pelo incentivo para formação, aos meus colegas de trabalho, alunos e ex-alunos que torceram por mim, facilitaram as trocas de aulas necessárias para as minhas viagens a Belo Horizonte para as aulas.

Agradecimento, muito especial, a todos os profissionais que prontamente me receberam para participarem da pesquisa, entendendo a importância da pesquisa científica na melhoria da assistência.

Agradeço à Universidade Federal de Minas Gerais por me permitir realizar este sonho.

Enfim, a todos aqueles que torceram para que eu pudesse concluir, com êxito, o curso de Mestrado, obrigada!

RESUMO

AMBRÓSIO, V. O. **Mortalidade Infantil: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança em Governador Valadares/MG.** 2020. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

A mortalidade infantil é um indicador das condições de vida e de saúde de uma população, por expressar não somente causas biológicas, mas também determinações de ordem socioeconômica e ambiental e da saúde de mulheres e crianças, constituindo-se em um evento sentinela devido a sua inevitabilidade. Sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde. As falhas na atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido são, particularmente, relevantes na ocorrência dos óbitos no primeiro ano de vida. Este estudo objetivou analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento da mortalidade infantil direcionadas à população materno-infantil, executadas na Atenção Primária à Saúde do Município de Governador Valadares/MG. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizando como método o estudo de caso. A coleta de dados foi realizada através de 21 entrevistas semiestruturadas, teve como unidade de análise os profissionais e gestores de saúde responsáveis pela atenção à saúde da mulher e da criança da Secretaria Municipal de Saúde. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Os dados foram organizados em 3 categorias e 2 subcategorias. Os resultados mostraram o pouco conhecimento dos gestores e profissionais de saúde sobre as taxas de mortalidade infantil do município, a incipiente presença de discussão do assunto na gestão e nas unidades de atenção primária à saúde e a necessidade de uma aproximação entre o comitê de prevenção da mortalidade materno, infantil e fetal com os profissionais da atenção primária em saúde. Conclui-se que na percepção de gestores e profissionais de saúde da atenção primária, o óbito infantil é um evento distante do cotidiano profissional, que desconhecem as taxas do município e suas principais causas, por isso a discussão sobre o assunto é tão frágil. Foi observado a não apropriação deste indicador como instrumento de gestão em saúde, mas todos reconhecem a importância do mesmo.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Atenção primária à saúde. Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

AMBRÓSIO, V. O. Infant Mortality: perceptions of managers and professionals about health actions and policies aimed at women and children in **Governador Valadares/MG**. 2020. 94 f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Child mortality is an indicator of health and living conditions, as it expresses not only biological causes, but also socioeconomic and environmental determinations and the health of women and children, constituting a sentinel event due to its avoidability. Its reduction depends on the effective improvement in living conditions and public health policies. Failures in care for pregnant women, childbirth and newborns are particularly relevant in the occurrence of deaths in the first year of life. This study aimed to analyze the perception of managers and health professionals about the causes and possible actions to face child mortality directed at the maternal and child population performed in the Primary Health Care of Governador Valadares. Methodology: This is a descriptive study of qualitative approach, using the case study method. Data collection was performed through 21 semi-structured interviews. The unit of analysis was the health professionals and managers responsible for the health care of women and children of the Municipal Health Department. For data analysis was used de content analysis according to Bardin 2011. The data were organized into 3 categories and 2 subcategories. The results showed the lack of knowledge of managers and health professionals about the infant mortality rates of the municipality, the incipient presence of discussion of the subject in the management and primary health care units, the need for an approach between the prevention committee of maternal, child and fetal mortality with primary health care professionals. It is concluded that in the perception of managers and health professionals of primary care, child death is a distant event from professional daily life, unaware of the rates of the municipality and its main causes, so the discussion on the subject is so fragile. The non-appropriation of this indicator as a health management instrument was observed, but all recognize the importance of the indicator.

Keywords: Infant Mortality. Primary health care. Maternal and Child Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
CADEF	Centro de Apoio ao Deficiente Físico Doutor Octavio Soares
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEAE	Centro Estadual de Atendimento Especializado
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – UNIVALE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Grupo Gestor de Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CPMMIF	Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno Infantil
CRASE	Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde Ladislau Salles
CREDEN-PES	Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais
CROS	Centro de Referência em Oftalmologia Social
DVS	Departamento de Vigilância em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIES	Núcleo de Integração Ensino e Serviço
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Primária
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVALE	Universidade Vale do Rio Doce

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Nuvem de Palavras. Bloco 1: discussão sobre a mortalidade infantil e conhecimento das taxas em Governador Valadares/MG.....52
- Figura 2 - Nuvem de Palavras. Bloco 2: conhecimento, presença e/ou ausência de políticas voltadas para a saúde materno infantil em Governador Valadares/MG.....53
- Figura 3 - Nuvem de Palavras. Bloco 3: atenção à saúde na atenção primária que contribuem na redução do óbito infantil em Governador Valadares/MG53
- Figura 4 - Sistematização das categorias de análise da percepção do óbito infantil por gestores e profissionais de saúde.54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide etária, Governador Valadares/MG, 2012.....	20
Gráfico 2 - Número absoluto de nascidos vivos de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	22
Gráfico 3 - Nascidos vivos por peso ao nascer de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	23
Gráfico 4 - Nascidos vivos por idade gestacional de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	23
Gráfico 5 - Nascimentos por tipo de parto em Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	24
Gráfico 6 - Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos de Governador Valadares/MG, 2001 a 2018.....	26
Gráfico 7 - Taxa de mortalidade infantil por faixa etária de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	27
Gráfico 8 - Taxa de mortalidade infantil por idade gestacional de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	27
Gráfico 9 - Taxa de mortalidade infantil por peso de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	28
Gráfico 10 - Óbito infantil por causa básica em Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.....	29
Gráfico 11 - Taxa de mortalidade infantil óbito infantil por evitabilidade Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.	30
Gráfico 12 - Taxa de mortalidade infantil óbito infantil por evitabilidade Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA	18
2 CENÁRIO DE GOVERNADOR VALADARES/MG.....	20
2.1 CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO	20
2.2 CONTEXTO DA REDE DE SAÚDE.....	21
2.3 CONTEXTO DO NASCIMENTO.....	22
2.4 CONTEXTO DO ÓBITO INFANTIL	26
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	33
3.1 MORTALIDADE INFANTIL E SUAS IMPLICAÇÕES	33
3.2 POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	36
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	39
3.4 PERCEPÇÕES SOBRE O ÓBITO INFANTIL.....	42
4 OBJETIVOS	44
4.1 OBJETIVO GERAL.....	44
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
5 METODOLOGIA.....	45
5.1 TIPO DE PESQUISA QUANTO À ABORDAGEM	45
5.2 TIPO DE PESQUISA QUANTO AOS FINS	45
5.3 TIPO DE PESQUISA QUANTO AO MÉTODO	46
5.4 UNIDADES DE ANÁLISE E SUJEITOS DA PESQUISA	46
5.5 COLETA DE DADOS	47
5.6 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	48
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	48
5.8 ANÁLISE DOS DADOS	49
5.9 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51

6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	51
6.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS	52
6.2.1 Vigilância do óbito infantil.....	55
6.2.2 Políticas Públicas de Saúde Materno-Infantil.....	59
6.2.2.1 Fragilidade da Rede de Atenção	62
6.2.2.2 Intersetorialidade	63
6.2.3 Atenção à saúde da mulher e da criança.....	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Gestores	85
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Profissionais de Saúde ...	86
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	87
APÊNDICE D – Produtos Técnico.....	90
ANEXO A – Solicitação de Autorização da Instituição para realização de pesquisa	92
ANEXO B – Declaração de Autorização da Instituição para realização de pesquisa.....	93
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	94

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é um importante indicador da saúde de mulheres e crianças, constituindo-se em um evento sentinela devido a sua evitabilidade. Ela relaciona-se aos determinantes biossocioculturais e assistenciais, e sua redução depende da melhoria efetiva nas condições de vida e de políticas públicas de saúde que impactem na assistência dessa parcela da população em todos os níveis de atenção. As falhas na atenção à saúde da mulher, no pré-natal, no parto e ao recém-nascido são particularmente relevantes na ocorrência dos óbitos no primeiro ano de vida das crianças (OLIVEIRA et al., 2017).

Além de atividades coletivas e individuais relacionadas diretamente ao cuidado, o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde, tais como a investigação de óbitos, podem contribuir para uma melhor compreensão da cadeia de determinantes das mortes, especialmente aquelas que são evitáveis. A vigilância do óbito é apontada como um bom indicador de efetividade dos sistemas de saúde, com vistas à melhoria da qualidade das informações vitais e à promoção de reflexões para trabalhadores e gestores sobre a assistência prestada às mulheres e crianças (CALDAS et al., 2017).

De acordo com o Relatório de Níveis e Tendências em Mortalidade Infantil, ao longo das duas últimas décadas o mundo teve uma substancial redução na taxa de mortalidade infantil, em mais de 74 países a taxa de mortalidade em crianças decresceu para menos de um terço, porém, essa taxa continua alta principalmente em países de baixa renda. No Brasil, de 1990 a 2017 registrou-se redução histórica no total de mortes de crianças menores de um ano de idade. Nesse período a taxa nacional caiu de 47,1 para 13,4 a cada um mil nascidos vivos. Além disso, entre 1996 e 2017, 827 mil vidas foram salvas. Essa queda também é observada em Minas Gerais, que em 2006 apresentava uma taxa de 16,34, caindo para 11,43 a cada um mil nascidos vivos em 2017 (BRASIL, 2017e; ONU, 2018).

Por volta da década de 1980, a modernização do serviço público de saúde, a ampliação e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) associada à melhoria da qualidade de vida dos brasileiros tiveram impactos relevantes para a redução da mortalidade infantil. Essa redução também teve o objetivo de atender a meta proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), em que o Brasil assume o compromisso de reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 e 2015 (VICTORA et al., 2011).

A avaliação da assistência prestada à mulher e à criança na rede de atenção à saúde, aliadas à vigilância e investigação dos óbitos infantis são de extrema importância, uma vez que possibilitam a identificação de fortalezas e fragilidades que permitam a manutenção ou

adequação necessárias para aprimoramento dos serviços e enfrentamento da mortalidade infantil (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

Estudos sobre a mortalidade na infância são imprescindíveis para análise do nível de saúde e para avaliação do impacto evidenciados pelas intervenções e políticas de saúde voltadas para a atenção à saúde integral da criança e da mulher. Os resultados destes estudos, integrados à profissionais e gestores conscientes do papel que exercem nos níveis de saúde, aliados à vigilância epidemiológica dos óbitos, constroem um arcabouço minimizador do evento (PIZZO, 2010).

A percepção do óbito infantil pode acontecer de diversas formas na atenção à saúde e a sua compreensão está ligada a identificação das causas do óbito e dos seus fatores determinantes, permitindo uma abordagem mais apurada do ponto de vista clínico, além de subsidiar a gestão e o planejamento dos serviços de saúde (MALTA, 2007). Compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade infantil são fatores primordiais para diminuição dessa (ARAÚJO, 2012).

As reflexões acerca da mortalidade infantil, em especial no Município de Governador Valadares/MG, e sua relação com as políticas de saúde envolvendo a gestão e intervenções na APS, bem como as possíveis relações com a evitabilidade do óbito infantil, têm acumulado preocupações que se estendem desde a gestão do serviço de saúde até a oferta de ações de promoção, recuperação da saúde, prevenção e cura de doenças.

Essas inquietudes ainda perpassam pelo conhecimento dos gestores e profissionais de saúde sobre a realidade local da taxa de mortalidade infantil, processo de gestão e intervenções possíveis de evitá-la. Assim, pensa-se a respeito da contra vertente entre disponibilidade de serviços de saúde, atendimentos e melhoria de condições sensíveis à APS e a redução do óbito infantil.

Nesse sentido, a seguinte questão foi formulada: *Como se apresenta a percepção de gestores e profissionais de saúde diante da mortalidade infantil e sua relação com as ações e políticas direcionadas a população materno-infantil de Governador Valadares?*

Existem inúmeras pesquisas sobre o óbito infantil, principalmente estudos epidemiológicos mostrando o perfil do óbito, os fatores de riscos em relação a gestação, classificação do óbito, condição do nascimento, por ser esse evento um importante indicador de saúde (CALDAS et al., 2017; CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014; LANSKY, 2014; CARETI, 2015; FRANÇA et al., 2017; CAMPOS, 2017 e LEAL, 2018). No entanto, na busca bibliográfica para construção desta pesquisa, foram identificados poucos estudos que apontam

a percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o tema. Nesse contexto, será de expressiva relevância entender a percepção de gestores e profissionais de saúde da APS a respeito do tema, pela proximidade e por estarem envolvidos na condução e atendimento da mulher e da criança.

A compreensão dos achados da mortalidade infantil no município, refletindo sobre os fatores que podem influenciar em sua redução, como as políticas e gestão dos serviços de saúde e as intervenções da APS, podem contribuir para elaboração de uma proposta específica de assistência e, conseqüentemente, modificar a tendência da mortalidade infantil em Governador Valadares/MG, a partir de achados locais.

Nesse sentido, este estudo propôs explorar a percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o óbito infantil, a partir da atenção materno-infantil desenvolvida na atenção primária.

1.1 IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA

O início da minha jornada na área de saúde foi em 1985, quando tinha 17 anos, cursava técnico em enfermagem e fui trabalhar na pediatria de um hospital geral, naquela época os óbitos de crianças ocorriam por desnutrição, diarreia e doenças respiratórias, cada óbito me impactava consideravelmente. Posteriormente, em 1987, fui trabalhar na APS, atuando principalmente na saúde da mulher e da criança, visto que naquele período o Governo estava implementando os programas de atenção à saúde da mulher e da criança. Continuei durante toda a graduação em enfermagem trabalhando na APS, principalmente na imunização.

Graduada, voltando para a minha cidade natal, Governador Valadares/MG, fui trabalhar em um hospital pediátrico, onde percebia que as condições de saúde pouco tinham modificado em relação ao meu primeiro trabalho. Em 1998, retorno à APS na recém instituída estratégia de saúde da família, que busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, nesse período foi que observei resultados consideráveis em relação à internação e à mortalidade infantil.

Em 2005 fui convidada para assumir o Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), que integra as Gerências de Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Zoonoses e Vigilância Ambiental. Foi um período de grande aprendizagem e desafios em fazer gestão e vigilância em saúde. Trabalhei em muitas frentes, desenvolvi projetos propostos pelo Ministério da Saúde (MS), fiz parcerias consistentes com a atenção primária, realizamos congressos, seminários e treinamentos com toda a Rede de Saúde.

Nessa época conheci o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno, Infantil e Fetal (CPMMIF), onde vislumbrei o desafio que é a atenção à saúde da mulher, que antecede e ultrapassa o período gravídico puerperal. Desde o início do CPMMIF observamos pouco interesse em utilização dos dados como instrumento de gestão para a melhoria do cuidado da saúde da mulher e da criança. Todos os anos são construídos relatórios, enviados com sugestões para todas as instâncias da gestão local, mas nos frustramos com a sua não utilização.

Associada à minha vida profissional na atenção e gestão de saúde, está a docência. Sou professora há 16 anos na Universidade Vale do Rio Doce (Univale), onde ministro aulas nas áreas de Semiologia e Semiotécnica; Enfermagem materno-infantil; Enfermagem pediátrica, trabalho com projetos de extensão e sou orientadora de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) na linha de pesquisa de saúde da mulher e da criança. Também, participo como membro do Grupo Gestor de Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), importante instância, formada por representantes do município e de todas as universidades desse, que tem o intuito de organizar a integração ensino-serviço.

As preocupações e expectativas geradas a partir da minha trajetória profissional, em especial a longa vivência em gestão do Departamento de Vigilância em Saúde (DVS), gestão e assistência na APS, a participação no CPMMIF, principalmente, com a identificação do crescimento da mortalidade infantil com percentual considerável de óbitos evitáveis nos últimos anos, constituíram as motivações para desenvolver esta pesquisa, com a perspectiva de trazer os olhares e vivência dos gestores e profissionais de saúde sobre o tema, possibilitando intervenções para amenizar o óbito infantil.

2 CENÁRIO DE GOVERNADOR VALADARES/MG

Este capítulo apresenta o cenário do Município de Governador Valadares/MG, discorre sobre o contexto sociodemográfico do município, o nascimento e o óbito infantil, a fim de delinear um cenário do nascimento e da mortalidade infantil nesse município.

2.1 CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

O Município de Governador Valadares possui cerca de 266.190 habitantes, conforme estimativa censitária pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2012. É o nono maior município do Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2017b).

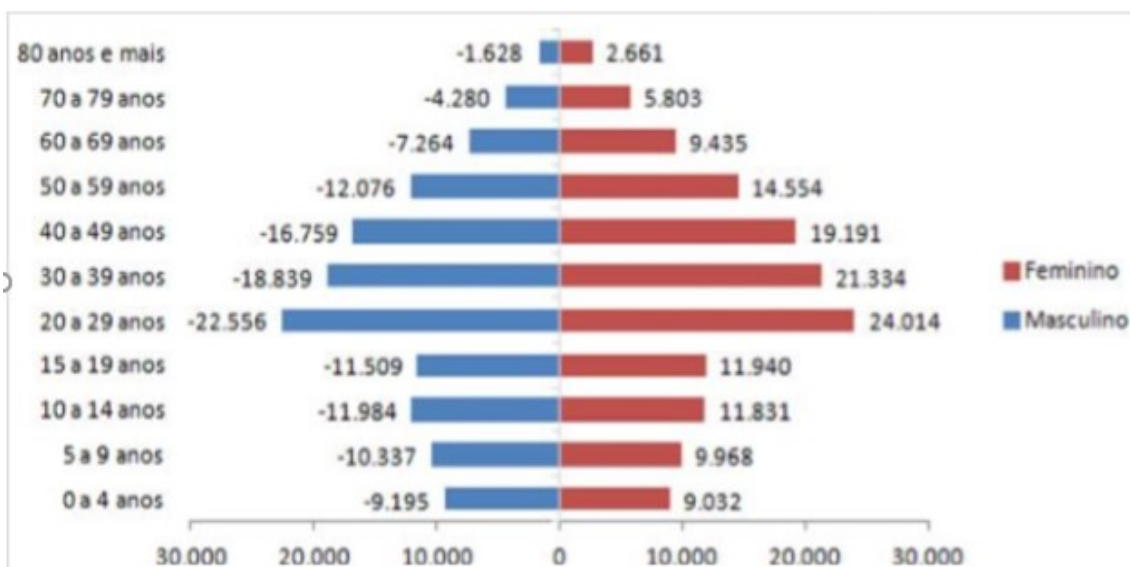
Em 2015, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de dois salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 25.1%. Dos domicílios com rendimentos, 35,3% tinham até meio salário mínimo por pessoa mensalmente (BRASIL, 2017b).

A análise da distribuição da população por faixa etária e sexo apresentada no Gráfico 1, mostra uma pirâmide transitória, chamada de pirâmide adulta, pois a maior concentração da população está entre as faixas de 20 a 59 anos. Isso significa que a população Valadarense, assim como a população brasileira, está envelhecendo.

Lado outro, o alto número de crianças percebida na pirâmide mostra que a taxa de natalidade no município vem se mantendo estável. Ademais, a população em maior número é a da faixa produtiva, a chamada população economicamente ativa. Também se destaca a predominância das mulheres sobre os homens, devido a maior expectativa de vida e longevidade daquelas. Esta estrutura de pirâmide adulta, em que há alto percentual de crianças, com uma faixa de transição entre jovens e adultos mais expandida, demonstra um crescimento menor da qualidade de vida e da expectativa de vida, típica de países em desenvolvimento (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Podemos relacionar a pirâmide etária do município com a necessidade de fortalecer as políticas de saúde voltadas à atenção materno-infantil, população predominante e susceptível a eventos adversos, mas preveníveis com atenção à saúde e melhorias estruturais governamentais.

Gráfico 1 - Pirâmide etária, Governador Valadares/MG, 2012.



Fonte: Brasil, 2017b.

A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97,2% em 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – do município é 0,727, em 2010, o que o situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto. O IDH é um indicador utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), como parâmetro de bem-estar das populações. Apresenta 92,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 77,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (BRASIL, 2017b).

2.2 CONTEXTO DA REDE DE SAÚDE

Governador Valadares/MG é polo macro e microrregional dentro do Plano Diretor de Regionalização, delineado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), ou seja, 51 municípios referenciam atenção secundária e terciária a Governador Valadares/MG (BRASIL, 2017a).

A Rede de Atenção Primária à Saúde conta com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe de Saúde da Família, equipe de Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que vem se desenvolvendo e ampliando nos últimos anos. Essa rede encontra-se dividida em nove regiões de saúde que compreende 55 Estratégias de Saúde da Família (ESF) na zona urbana e 06 ESF na zona rural, além de 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 consultório de rua que presta atendimento às pessoas em condições de rua com vulnerabilidade social, representando 74% de cobertura da população residente (BRASIL, 2018).

O citado município possui Rede de Atenção Secundária à Saúde para atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que compreende: Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde Ladislau Salles (CRASE); Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD); Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS-I), Centro Estadual de Atendimento Especializado (CEAE); Policlínica Central; Centro de Apoio ao Deficiente Físico Doutor Octavio Soares (CADEF); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (CREDEN-PES); Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Centro de Referência em Oftalmologia Social (CROS) e Centro de Convivência (BRASIL, 2018).

Na atenção terciária o município possui 07 hospitais, sendo que 05 prestam atendimento ao SUS, prioritariamente, o Hospital Municipal de Governador Valadares (100% SUS), seguido do Hospital Samaritano, entidade filantrópica. Dos Hospitais do município 04 possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e 01 UTI neonatal. A UTI neonatal foi inaugurada em 26 de junho de 2000, com 8 leitos, sendo ampliada para 20 leitos, em 28 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2018).

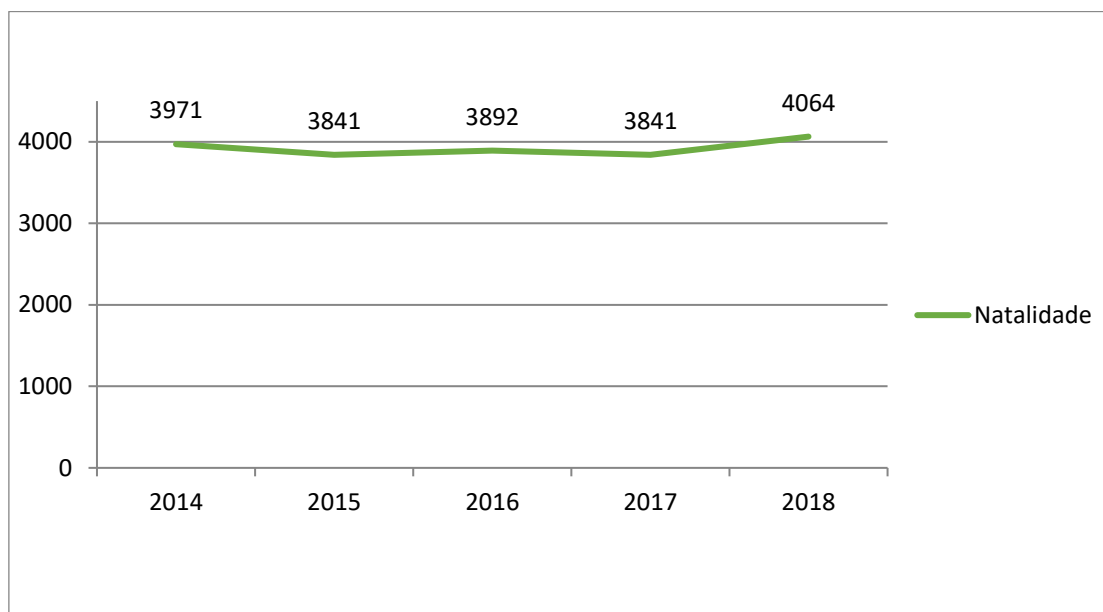
Na vigilância em saúde o município possui o Departamento de Vigilância em saúde, composto pelos setores de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Centro de controle de Zoonoses, Vigilância ambiental, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.

2.3 CONTEXTO DO NASCIMENTO

A ocorrência do nascimento no Município de Governador Valadares/MG não difere do panorama do parto e do nascimento no restante do país, caracterizado por excessivas intervenções e, até mesmo, iatrogenia, tanto nas mulheres quanto em seus bebês (BRASIL, 2017a). Mudanças relevantes nas políticas públicas de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, somadas a outras iniciativas como capacitação e modificação na formação dos profissionais, deveriam ser dirigidas a dar resposta aos anseios das mulheres, famílias, gestores e profissionais de saúde (LEAL, 2018).

O número absoluto de nascidos vivos encontra-se no Gráfico 2, mostrando que a natalidade vem se mantendo estável nos últimos anos.

Gráfico 2 - Número absoluto de nascidos vivos de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.



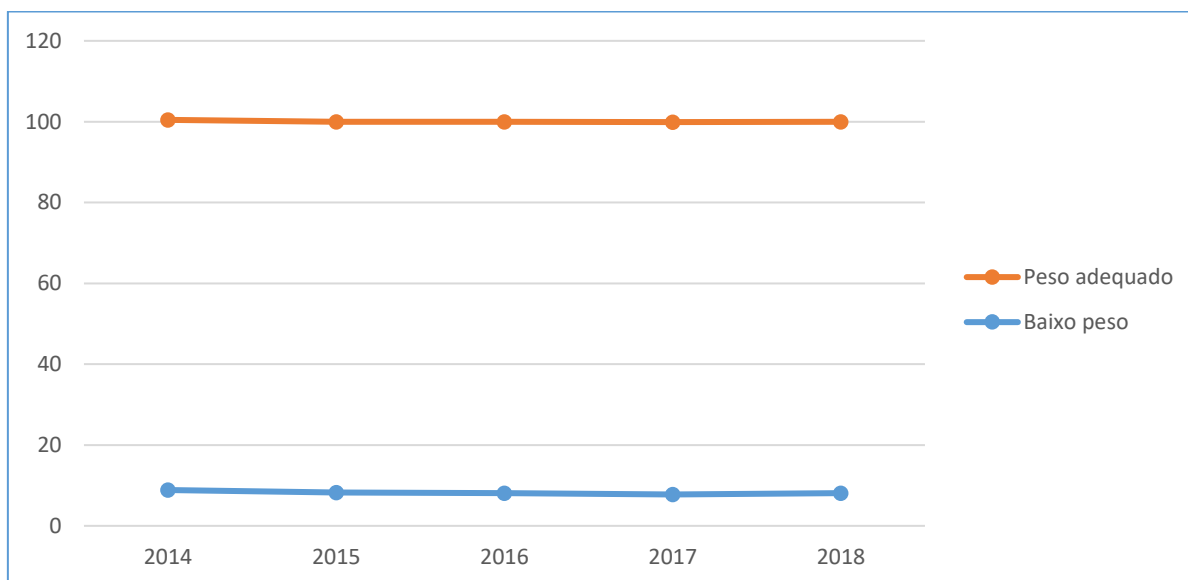
Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

O Gráfico 3 apresenta uma relação da proporção de nascimentos com o peso adequado (acima de 2500g) e o baixo peso ao nascer (abaixo 2500g) por mil nascidos vivos. O baixo peso ao nascer pode ser decorrente da restrição do crescimento intrauterino, de uma menor duração da gestação ou, ainda, de uma combinação de ambos. É um dos principais fatores relacionados ao nascimento preditor da sobrevivência infantil (FRANÇA et al., 2015).

Quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Em países desenvolvidos, observam-se valores em torno de 5-6% do total de nascidos vivos. Identifica-se no Gráfico 3 que o município estudado apresenta nos últimos anos média acima de 8%. Lansky et al. (2006) cita que proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso, conforme as descritas na série abaixo, estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

Infere-se dos gráficos 3 e 4 que o baixo peso ao nascer e a prematuridade estão diretamente relacionados, essa associação é um importante fator de risco para a mortalidade.

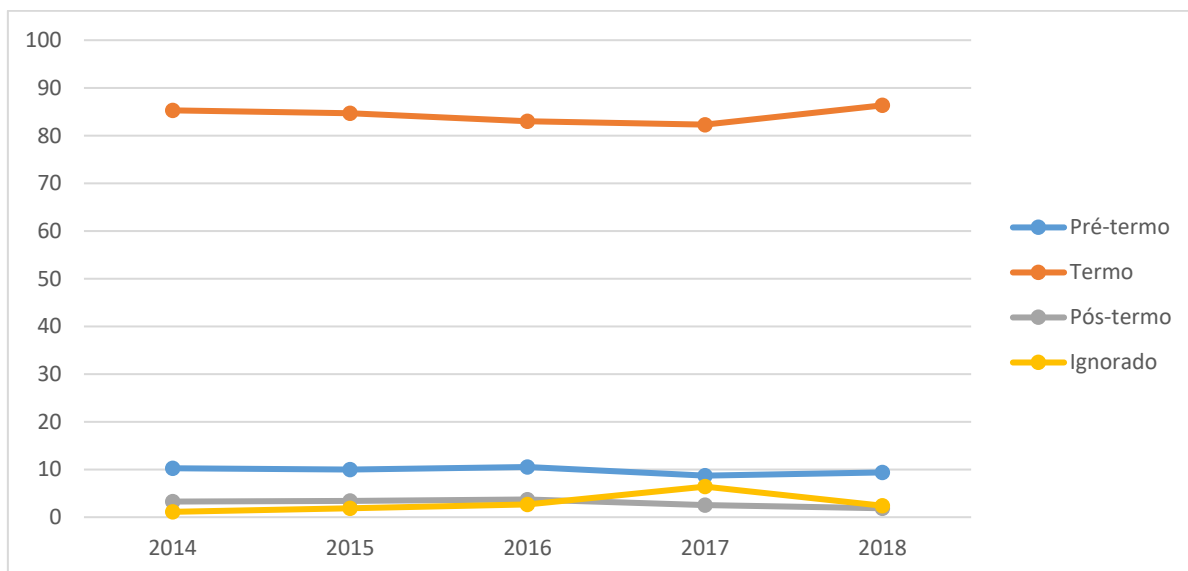
Gráfico 3 - Nascidos vivos por peso ao nascer de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.



Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

O Gráfico 4 apresenta o percentual de nascidos vivos em relação à idade gestacional. O peso ao nascer e a idade gestacional são as condições relacionadas ao nascimento que mais impactam nas suscetibilidades para o óbito infantil.

Gráfico 4 - Nascidos vivos por idade gestacional de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.



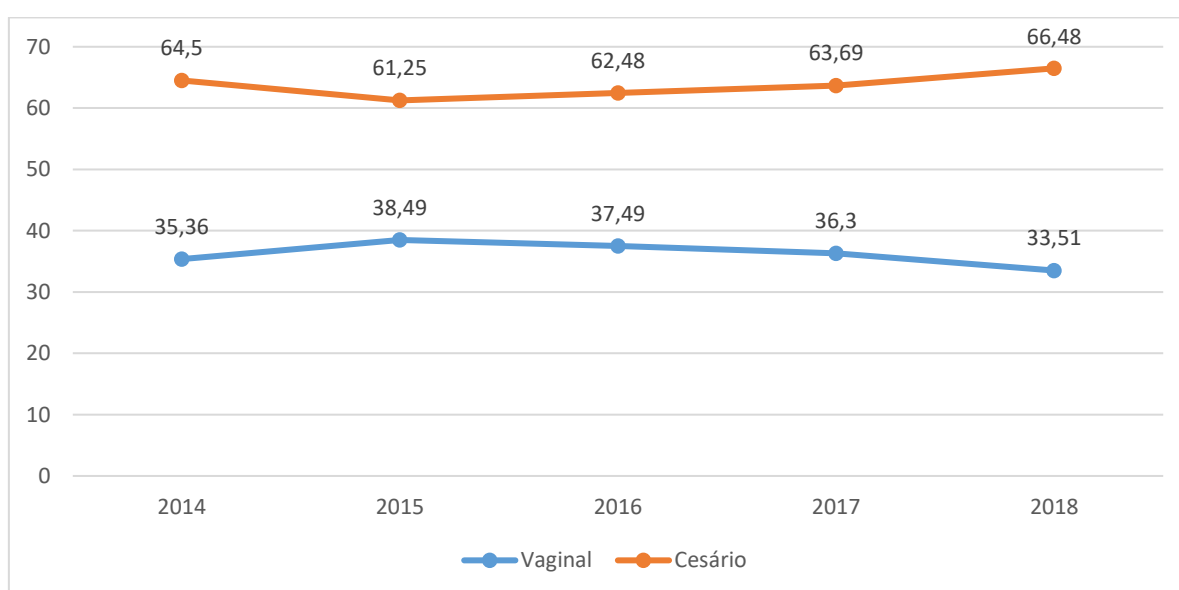
Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

A prematuridade é uma das principais causas de óbito perinatal e está diretamente relacionada com atenção à saúde da gestante. Essa situação leva a pensar na melhoria da assistência, em especial a cobertura do pré-natal, que é uma realidade no município. Contudo,

o desafio atual está na melhoria na qualificação do cuidado, de forma a promover a saúde da gestante e do feto e assegurar o diagnóstico e a intervenção oportunos, contribuindo para prevenção da prematuridade e das infecções durante a gestação (VICTORA et al., 2011; LAWN et al., 2011; BRASIL, 2012; ALMEIDA et al., 2015).

O Gráfico 5 apresenta o nascimento por tipo de parto, demonstra que Governador Valadares/MG mantém um número acentuado de cesarianas e uma tendência de crescimento, mesmo que discreta, desse tipo de procedimento.

Gráfico 5 - Nascimentos por tipo de parto em Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.



Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

O parto normal está relacionado às menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido. Assim, esse indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pode ser reflexo de um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal (LEAL, 2018).

Em Governador Valadares/MG há certa linearidade na proporção de partos normais, que estão muito abaixo do preconizado pela OMS, com contribuição da indicação maciça (próxima a 100%) de cesarianas nos hospitais conveniados.

Governador Valadares/MG mantém durante os anos uma tendência nas características do nascimento, tanto a natalidade quanto ao tipo de parto, idade gestacional e peso ao nascer, mostrando que para mudar a realidade do nascimento em relação essas variáveis que são

importantes na redução da mortalidade, será preciso intervenções planejadas e específicas na saúde da mulher.

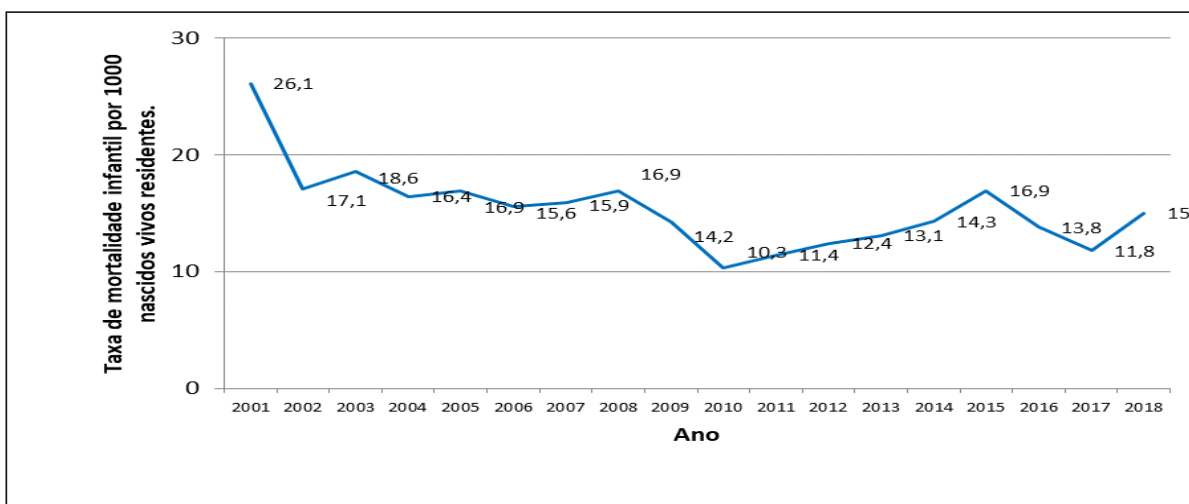
2.4 CONTEXTO DO ÓBITO INFANTIL

A mortalidade infantil é um indicador de saúde tradicional que expressa a combinação de fatores contextuais, hereditários e fatores relacionados à atenção prestada à saúde da criança. Reflete a situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda (VICTORA et al., 2011; BRASIL, 2016a).

Observa-se que em Governador Valadares/MG, no período de 2014 a 2018, há uma instabilidade na taxa de óbito infantil, com decréscimos e crescimentos. Essa instabilidade com ausência de uma tendência dificulta estabelecer causas ou ações para o respectivo movimento, o que causa uma situação de alerta digna de intervenção estruturada. Apesar da expansão recente da cobertura da atenção primária no modelo de saúde da família e da disponibilidade dos serviços nos pontos de atenção distribuídos da rede, em suas múltiplas complexidades, não se notou um declínio significativo e duradouro do indicador de óbito infantil.

O Gráfico 6 mostra em uma série histórica, na qual a taxa de mortalidade infantil do município apresenta oscilações há mais de uma década, com períodos de crescimento da taxa seguidos de declínios, sem eventos específicos a serem observados. Ainda que se faça um recorte no período de 2014 a 2018, em que há um crescimento na taxa nos anos de 2014 para 2015, seguida de um declínio até 2017 e ascensão em 2018, essa situação permanece.

Gráfico 6 - Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos de Governador Valadares/MG, 2001 a 2018.

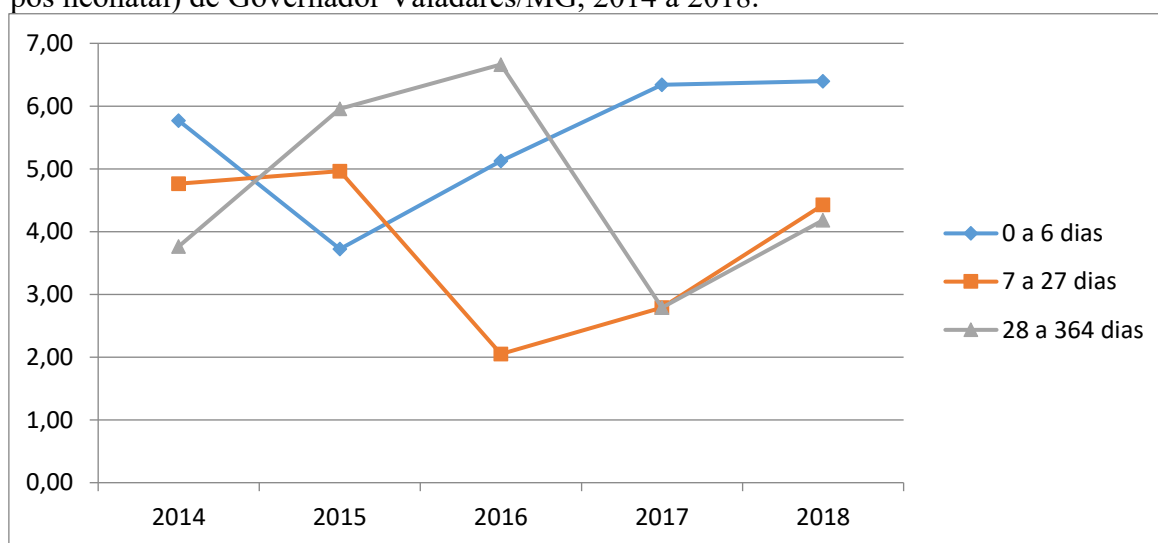


Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

O Gráfico 7 – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) por faixa etária (neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal), exibe também uma variação na faixa etária de prevalência dos óbitos. A mortalidade neonatal precoce reflete de maneira geral as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. A existência e funcionamento de UTI neonatal podem contribuir, sobremaneira, para o decréscimo deste componente observados em anos anteriores, mas essa tendência não continuou (LANSKY et al., 2006).

Especificamente em 2015 e 2016, percebe-se que o componente que mais contribuiu para o aumento da taxa de mortalidade infantil foi a mortalidade pós-neonatal, os óbitos ocorridos nessa faixa etária destacam a interferência da qualidade da assistência ao recém-nascido e à criança, com destaque para a puericultura, ações primordialmente executadas pela atenção primária.

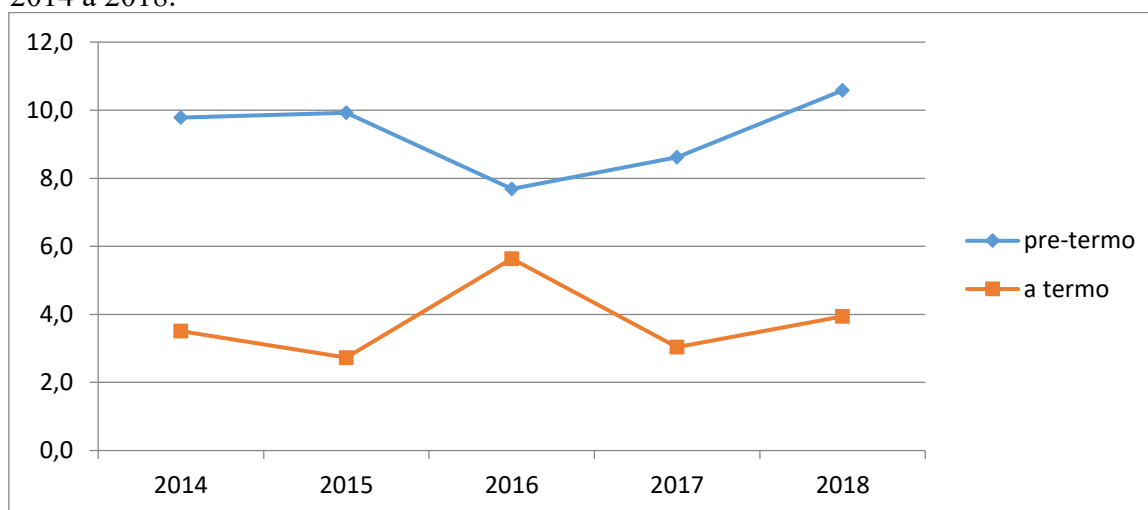
Gráfico 7 - Taxa de mortalidade infantil por faixa etária (neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal) de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.



Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

O Gráfico 8 mostra o óbito infantil por idade gestacional. A idade gestacional menor que 37 semanas é um dos fatores de risco para o óbito infantil. A prematuridade manteve-se fortemente ligada às mortes neonatais precoces, o que não foi observado apenas no ano de 2016. A viabilidade do conceito está proporcionalmente ligada à idade gestacional e ao peso ao nascer.

Gráfico 8. Taxa de mortalidade infantil por idade gestacional de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.

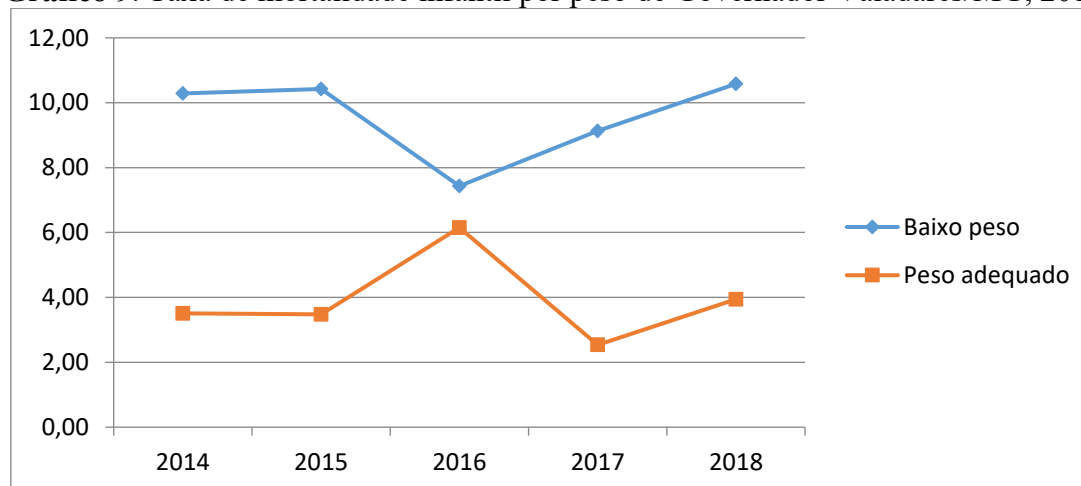


Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

Os óbitos na infância concentram-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês de vida. As causas perinatais como a prematuridade e baixo peso, evidenciam a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade (LANSKY, 2014).

O Gráfico 9 apresenta a mortalidade infantil por peso ao nascer. O peso ao nascer é um dos fatores de risco mais significativos para o óbito infantil, está intimamente associado à prematuridade.

Gráfico 9. Taxa de mortalidade infantil por peso de Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.

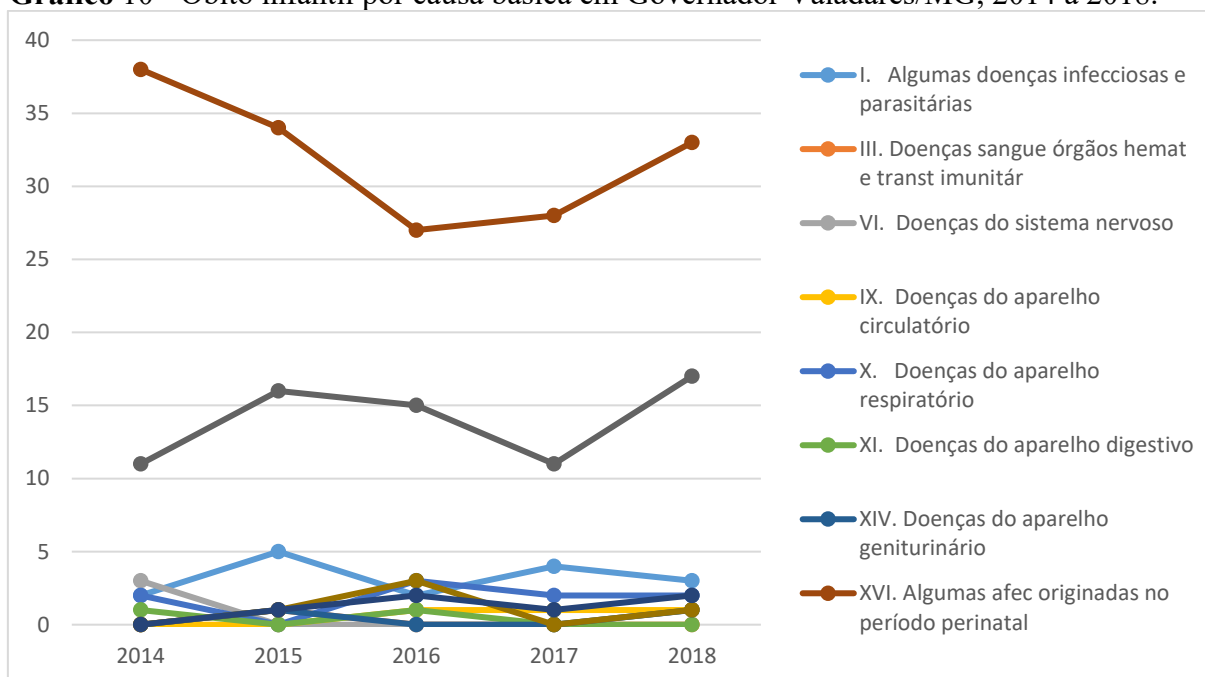


Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

É possível observar no gráfico acima que somente entre os anos de 2015 a 2016 houve uma inversão na proporção de óbitos com baixo peso ao nascimento, nesse mesmo período foi observado a queda da prematuridade.

O Gráfico 10 aponta para as causas dos óbitos infantis, dentre as causas mais frequentemente elencadas na análise desses óbitos, destacam-se as afecções originadas no período perinatal que corresponde a mais de 60% dos óbitos, em sua maioria passíveis de prevenção, detectáveis e tratáveis pela rede de atenção à saúde.

Gráfico 10 - Óbito infantil por causa básica em Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.



Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESM, outubro 2019.

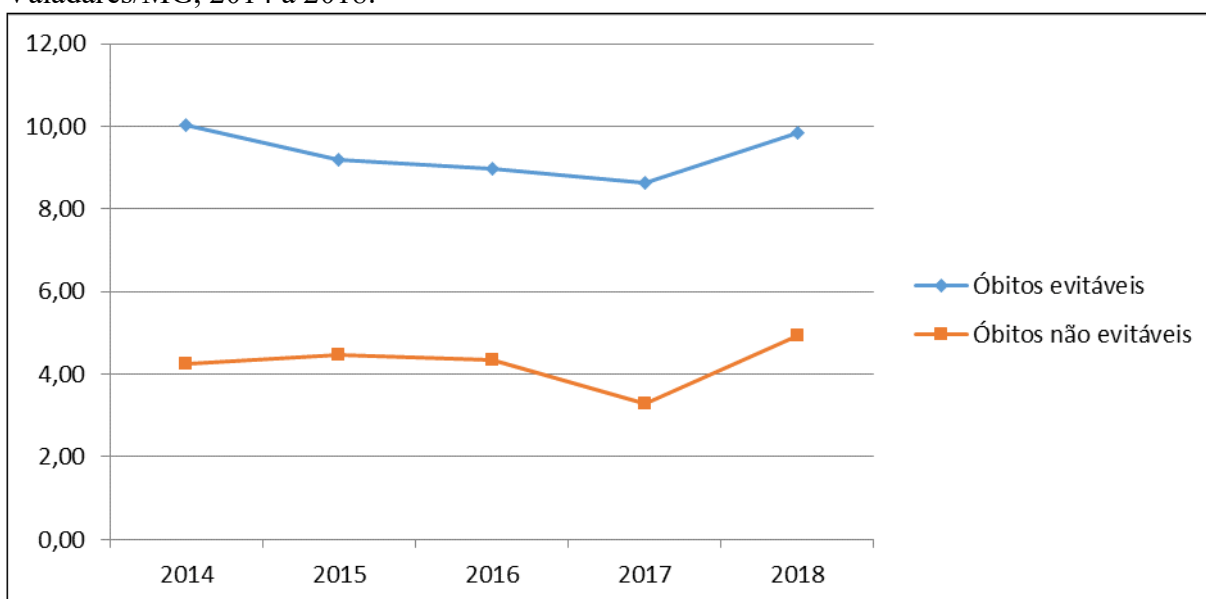
O Gráfico 10 apresenta que a maior causa do óbito infantil no período estudado está relacionada com afecções originadas no período gestacional, como a infecção do trato urinário, hipertensão, diabetes gestacional, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, para a redução da mortalidade na infância relacionados a essa causa. É necessário o fortalecimento da rede de atenção perinatal, com a continuidade do cuidado integral desde o pré-natal até a assistência neonatal (SALTARELLI et al., 2019).

Saltarelli (2019), citando um estudo que identificou o aumento das causas de morte relacionadas à adequada atenção à mulher na gestação, revelou a necessidade de aprimoramento da atenção pré-natal e apontou também o importante papel da prematuridade na mortalidade infantil, o que corrobora os dados do Município de Governador Valadares/MG, apontando a gravidade das causas relacionadas ao pré-natal.

A vigilância do óbito infantil é fundamental na especificação das causas básicas, pois quando se classifica corretamente a causa se favorece a identificação da evitabilidade das mortes infantis. Essa estratégia beneficia o fortalecimento do sistema de saúde, pela análise sistemática dos eventos que desencadearam a ocorrência do óbito, possibilitando à evitabilidade de óbitos semelhantes (MARQUES et al., 2018).

O Gráfico 11 apresenta classificação da taxa de mortalidade infantil por evitabilidade, é sabido que o setor da saúde pode influenciar decisivamente a queda da mortalidade por causas evitáveis.

Gráfico 11 - Taxa de mortalidade infantil óbito infantil por evitabilidade Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.

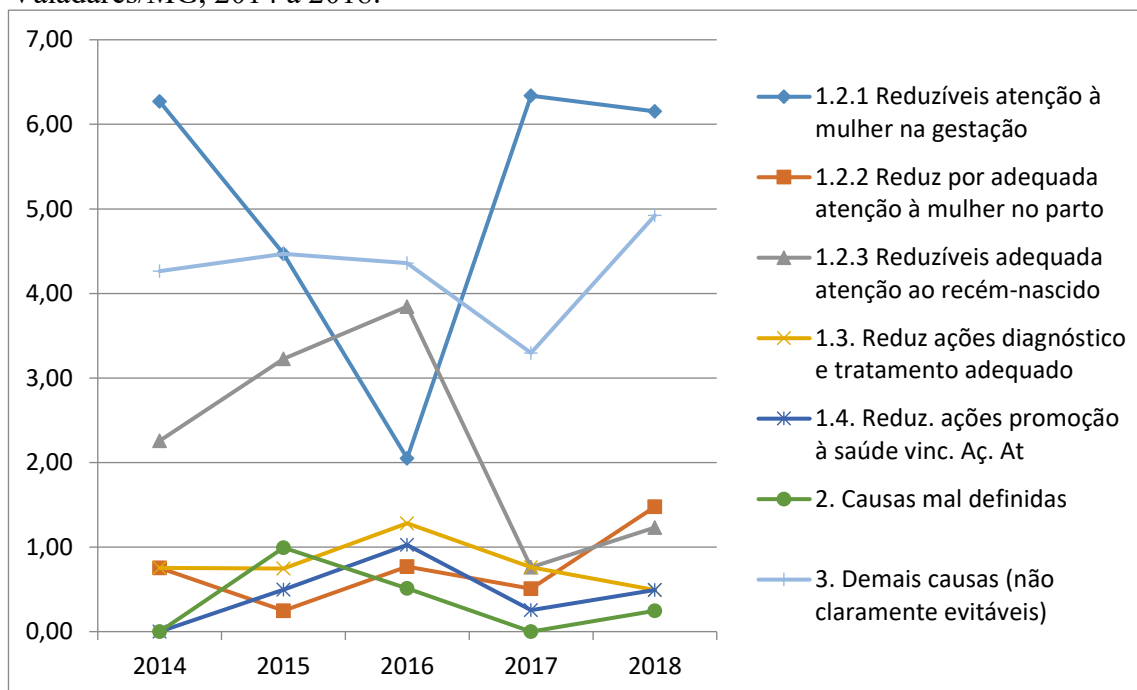


Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

A classificação da evitabilidade aperfeiçoa a análise da taxa de mortalidade infantil, o que possibilita acompanhar as variações quanto a evitabilidade. O Gráfico 11 possibilita a identificação de que em todos os anos estudados a maioria dos óbitos infantis foram classificados como evitáveis, enfocando a possibilidade de aprimoramento da atenção à saúde da mulher e da criança, integrada nas diversas políticas públicas. É senso comum que a atenção à saúde influencia categoricamente a redução da mortalidade por causas evitáveis. Assim, utilizar um indicador que considere o conceito de morte evitável é uma ferramenta sensível e útil na avaliação de sistemas de saúde (SALTARELLI et al., 2019).

O Gráfico 12 apresenta a mortalidade infantil por causas evitáveis redutíveis por ações da atenção à saúde.

Gráfico 12 - Taxa de mortalidade infantil, óbito infantil por causas evitáveis* Governador Valadares/MG, 2014 a 2018.



Fonte: SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, outubro 2019.

*Critério de evitabilidade baseada na Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Em análise dessa classificação, no cenário estudado, observa-se que o percentual de óbitos evitáveis por adequada atenção à mulher na gestação sobressai de maneira significativa, no entanto, identifica-se que no ano de 2016 teve queda nesse indicador, também menos óbitos com baixo peso ao nascer e prematuridade, confirmando que a atenção ao pré-natal está diretamente ligada a esses indicadores.

Destaca-se que o emprego dos métodos de avaliação da evitabilidade consiste em um importante instrumento para o diagnóstico das falhas de desempenho dos serviços de saúde e a orientação de medidas para reduzir os óbitos infantis evitáveis. Portanto, o fortalecimento da assistência materno-infantil, o investimento em treinamentos e a capacitação dos profissionais de saúde configuram foco prioritário para o avanço de políticas públicas direcionadas à redução da mortalidade infantil.

A utilização da lista de evitabilidade do óbito infantil atualizada é um instrumento de avaliação da qualidade da atenção à saúde oferecida às gestantes e aos recém-nascidos. Cabe ressaltar que para um monitoramento de qualidade destes óbitos é preciso diagnosticar e reconhecer as falhas existentes nos serviços de saúde, a fim de oferecer subsídios de forma a cessar esses problemas (DIAS; ANDRADE, 2017; LEAL, 2018).

Diante de todo o exposto, infere-se que os dados sociodemográficos do Município de Governador Valadares/MG expõem uma necessidade de investimento no desenvolvimento da cidade, para melhorar as condições econômicas, sociais e de trabalho. Por seu turno, os dados do nascimento e mortalidade indicam uma necessidade na melhoria da atenção à saúde da mulher, da gestante e da criança, principalmente na atenção primária, proporcionando uma atenção integral materno-infantil, fortalecendo a rede de atenção à saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta pesquisa está inserida na linha de Política, Planejamento e Avaliação em saúde, este capítulo apresenta a construção do arcabouço bibliográfico do estudo, a partir de produções acadêmicas que fundamentam os conceitos que constituem a problematização da pesquisa.

3.1 MORTALIDADE INFANTIL E SUAS IMPLICAÇÕES

A taxa de mortalidade infantil diminuiu consideravelmente nas três últimas décadas, esse fato é atribuído a priorização dada à saúde infantil na agenda política do país. Nesse período, as desigualdades regionais também diminuíram, assim como as disparidades sociais, embora em menor grau (CALDAS et al., 2017).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é um indicador de saúde tradicional bastante utilizado, que expressa a combinação de fatores contextuais, hereditários e fatores relacionados à atenção prestada à saúde materno-infantil. Reflete a situação de saúde e o desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda. Crianças estão entre as mais vulneráveis diante dos determinantes sociais, de saúde, especialmente por limitações ao acesso a serviços primários, e são potencialmente sensíveis a melhorias na sua condição de saúde, a partir de investimentos nesse nível de atenção, com redução das internações hospitalares e mortalidade (VICTORA et al., 2011, 2014; BRASIL, 2016a).

A análise da Mortalidade Infantil permite entender o panorama de suas principais causas, contribuindo, assim, para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, sendo capaz de subsidiar o processo de planejamento, avaliação e gestão de políticas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à atenção ao pré-natal, parto, saúde na infância, além dos fatores ambientais (PINHEIRO, 2017).

Assim, acompanhar as taxas de mortalidade na infância representa uma oportunidade para o desenvolvimento de estratégias preventivas direcionadas à redução do risco de morte nessa faixa etária por meio de políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil (FRANÇA et al., 2017).

A mortalidade infantil é dividida em componentes de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal, sendo a mortalidade neonatal a de maior volume. No Brasil, estima-se que cerca de 60% dos óbitos neonatais ocorram por causas evitáveis (BRASIL, 2012; ALMEIDA et al., 2015). A maior parte dos óbitos na infância concentra-se no primeiro ano de

vida, sobretudo no primeiro mês. Há uma elevada participação das causas perinatais como a prematuridade, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade (LANSKY, 2014).

Identificar a causa da mortalidade infantil é extremamente relevante para vigilância do óbito, entretanto, os autores afirmam que a identificação das circunstâncias dos óbitos apenas por grupos de causas não é suficiente para compreender as condições de sua ocorrência. Ressaltam, ainda, que as alterações na causa de morte e sua classificação quanto à evitabilidade redirecionam as ações para sua redução, constituindo elemento definidor de maior ou menor possibilidade de êxito no enfrentamento e prevenção das mortes infantis (MARQUES et al., 2018).

As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto. Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados a falhas na capacidade de prevenção e resposta em face de intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, coincidindo com o período perinatal. O fortalecimento da rede de atenção perinatal, com a continuidade do cuidado integral desde o pré-natal da gestante até a assistência neonatal, é uma estratégia que vem sendo progressivamente reorganizada no país. O Brasil avançou na cobertura de atenção pré-natal e o desafio atual é a qualificação do cuidado de forma a promover a saúde da gestante e do feto e assegurar o diagnóstico e a intervenção oportunos para prevenção da prematuridade e das infecções durante a gestação (VICTORA et al., 2011; LAWN et al., 2011; BRASIL, 2012; LANSKY et al., 2014; ALMEIDA et al., 2015).

É necessário acompanhar os complexos processos que envolvem a mortalidade infantil, mas não somente na busca por informações nacionais; é importante, também, a busca por dados que permitam a análise da situação local da saúde e das ações que estão sendo realizadas, para identificar onde a intervenção deve ser executada mais efetivamente. A redução da mortalidade infantil encontra-se vinculada ao reconhecimento de sua relevância pelos gestores do SUS. Oferecer visibilidade a essa situação constitui-se em importante passo com vistas à tomada de decisões. Além disso, as ações em saúde também devem contribuir para a melhoria das condições de vida e da saúde materno-infantil com reflexo na redução da mortalidade (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

Reconhecidamente, a maioria das mortes precoces poderiam ser evitadas por ações do setor de saúde ou por suas parcerias com outros setores sociais. Isso sugere a existência de barreiras de acesso às ações e serviços de saúde resolutivos e qualificados em tempo oportuno.

A extensa literatura que relaciona a mortalidade infantil evitável ao acesso aos serviços de saúde utiliza como principal ferramenta de investigação os métodos epidemiológicos ou avaliativos. Esses métodos mostram a magnitude do problema, mas não aprofundam a perspectiva dos atores sociais (usuários, profissionais) ou fatores contextuais (políticas e características da oferta) que influem sobre o acesso (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014; VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

O monitoramento das informações permite a análise da situação de saúde, aqui especificamente da saúde materno-infantil e das ações que estão sendo desenvolvidas para esse público, direcionando para onde a intervenção deve ser realizada mais efetivamente. Estudos revelam que mesmo quando a rotina e o número de consultas de pré-natal foram suficientes, ocorreram óbitos evitáveis, reafirmando a necessidade de rever as ações que estão sendo realizadas na atenção primária (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

Esse monitoramento deve ocorrer em todos os âmbitos da atenção à saúde, mas os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CPMMIF) que fazem parte do sistema de vigilância epidemiológica e constituem um instrumento governamental e de controle social são os principais responsáveis em mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o monitoramento destes óbitos, na busca de soluções (CARNEIRO, 2012).

Os CPMMIF são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, cuja atuação preserva o caráter confidencial, não coercitivo ou punitivo, ético, técnico, educativo e consultivo. Tem por finalidade: analisar os óbitos, identificando fatores de evitabilidade; avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e à criança, para subsidiar as políticas públicas, e elaborar propostas de medidas de intervenção para redução destes óbitos (BRASIL, 2009a, 2015a).

Eles ainda são ferramentas importantes para a qualificação da assistência e para uma melhor compreensão sobre os óbitos ocorridos. Nesse sentido, o apoio institucional, juntamente com os técnicos, assegura a necessidade da constituição de um CPMMIF (GRYSCHER et al., 2014). A vigilância das mortes é uma estratégia de redução da mortalidade infantil e materna, que dá visibilidade as taxas de mortalidade, contribuindo para melhorar o registro dos óbitos e possibilitar adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde, sendo uma das mais exitosas estratégias para se conhecer e monitorar a situação de mortalidade nos diversos países (BRASIL, 2009).

A vigilância do óbito é uma reconhecida estratégia de gestão, capaz de proporcionar informações para as equipes de saúde, gerando consciência crítica sobre o cuidado ofertado,

além de favorecer o aprimoramento dos sistemas de informações. Adicionalmente, possibilita o planejamento de intervenções direcionadas aos principais problemas e às barreiras assistenciais do sistema de saúde contribuindo para redução de mortes evitáveis e das iniquidades (OLIVEIRA et al., 2017).

Reconhecendo a importância da mortalidade infantil como evento sentinela e com base nas informações construídas a partir dos dados, o município pode estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher e à criança, seja no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

3.2 POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Políticas públicas são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam ao bem-estar da sociedade e ao interesse público. As ações podem ser planejadas e implementadas pelos dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões). As políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas e outros materiais ou imateriais (LOPES, 2008).

O governo brasileiro tem como uma de suas prioridades, na área da saúde, as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido em Conferências Internacionais, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como com a redução da morte materna e infantil. No entanto, ainda se faz necessário que as iniciativas governamentais tenham esforços coletivos e simultâneos para garantir a execução destas ações com a participação social efetiva, assim, assegurar-se-ia o exercício da cidadania das mulheres e das crianças (BRASIL, 2004a).

No Brasil, em sua trajetória histórica, a política de saúde materno-infantil apresenta pontos de fragilidades e fortalezas no processo de cuidar implementado por meio das políticas públicas. Nesse sentido, ao longo dos anos e décadas foram propostas diretrizes novas que vão ao encontro de uma assistência qualificada à saúde materno-infantil (JUSTINO et al., 2019).

O elevado patamar do óbito materno e infantil levou o Brasil a propor o Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, decorrente de um movimento político que precisa estar calcado na estrutura, nos programas e nas ações do setor de saúde, mas que não se restringe a esse setor. A execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica, neonatal e infantil é uma política de governo para o

enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e infantil, que não pode prescindir da atuação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004a, 2004b, 2011b).

Para o atendimento aos acordos firmados são propostas ações estratégicas envolvendo todas as esferas governamentais, amparadas em parcerias com diferentes instituições e atores sociais (sociedades científicas, conselhos profissionais, movimentos sociais, organizações governamentais e não-governamentais, entre outros) para apoiar os gestores na qualificação da atenção. Essas ações compreendem a expansão da APS, qualificação e humanização da atenção ao pré-natal e ao nascimento, bem como o planejamento familiar, entre outras ações de acompanhamento da criança e da puérpera (BRASIL, 2004b).

Em 2004, foi instituída a agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, que traz orientações para a ação dos profissionais de saúde relacionadas ao cuidado da criança, almejando o cuidado integral e multiprofissional, ainda, disciplina os instrumentos de gestão como sistemas de informação, formas de análises das informações que possibilitam o planejamento de ações que atendam todas as necessidades e direitos dessa população (BRASIL, 2004b).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes. Essa política enfoca o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores que buscam consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento seguro e no combate à violência doméstica e sexual. Nesse sentido, refletem o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004c).

A Portaria nº 399, de 23 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde (MS), contempla o Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida tem o compromisso com as prioridades das situações de riscos ou danos à saúde da população. Dentre as seis prioridades trazidas por esse pacto, tem-se a redução da mortalidade infantil e materna, com objetivos de reduzir a mortalidade neonatal e os óbitos por doença preveníveis, apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção à saúde e criar comitês de vigilância do óbito (BRASIL, 2006a; JUSTINO et al., 2019).

Em 2009, por meio da Portaria nº 2.395, de 27 de outubro, do MS, criou-se a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, com o objetivo de oferecer cuidados humanizados e

fortalecer a atenção já dirigida as mulheres e crianças, nos atendimentos de crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos de idade (BRASIL, 2009b).

Em 2011, o MS ampliou as ações por meio da implantação da Rede Cegonha, que tem por finalidade estruturar e organizar a atenção materno-infantil no país. Implementa a rede de cuidados, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Assegura às crianças o direito ao nascimento seguro, assim como ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

Seguindo a linha das políticas de atenção à criança, em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção, cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. A PNAISC ainda visa à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento, esse documento descreve detalhadamente as ações para uma atenção integral e de qualidade à criança (BRASIL, 2015c).

Ainda, dentro das ações governamentais propostas para atenção à saúde da mulher e da criança, em 2017, a Portaria nº 02, de 28 de setembro, do MS consolidou as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Consta em seu Título V a necessidade da constituição do CPMMIF, suas funções e o estímulo da constituição desses nas demais instâncias governamentais, fortalecendo assim o documento de 2009, que afirma que a vigilância do óbito infantil contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos em defesa da criança (BRASIL, 2009, 2017).

A Portaria nº 02 do MS de 2017 reafirma ainda a PNAISC e a PNAISM como políticas públicas que impactam na qualidade de vida da mulher e da criança, reforçando a importância de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desses seguimentos populacionais (BRASIL, 2017c).

A ONU propõe objetivos para o desenvolvimento das nações, intitulando de “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015” (ODM). As metas incluídas nesses objetivos dizem respeito às áreas ditas como prioritárias no que se refere às condições de saúde e de educação, além de eliminar a extrema pobreza. Na Agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, propõe-se promover a saúde física, mental e o bem-estar. Para aumentar a expectativa de vida para todos, tem-se que alcançar a cobertura universal de saúde e o acesso aos cuidados de saúde de qualidade. Comprometendo a acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um

fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030. Empenhados em garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o planejamento familiar, para a informação e para a educação (VIEIRA et al., 2015).

O compromisso político dos gestores municipais são um dos principais fatores na redução da mortalidade infantil. Abraçar essa causa, fazer campanhas e reconhecer a importância de implantar medidas eficazes como: monitoramento, exames de pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, diagnóstico e tratamento precoce das infecções respiratórias agudas, engajar os profissionais e comunidade nessas ações, entre outras, são primordiais para conseguir reduzir a taxa de mortalidade infantil (SOUSA, 2011).

Atuando nesses compromissos, o governo brasileiro mostrou grande interesse na redução da mortalidade infantil nas três últimas décadas. Essas ações, junto com a importante queda da fecundidade nesse período, contribuíram para o declínio no seu coeficiente. Entretanto, persistem óbitos infantis considerados evitáveis no país (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

O Brasil é um país com alta desigualdade regional, social, o que dentre vários fatores, dificulta a gestão em saúde de forma que essa venha a ser equitativa para a população. E mesmo com todos os desafios que a gestão enfrenta para implantação de cada política é possível ver os resultados satisfatórios e implementação de ações de gestão, de vigilância e assistência à saúde.

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O sistema brasileiro de saúde expressa-se pela diversidade de contextos regionais presentes no país e às distintas necessidades de saúde da população entre as regiões. Para atender a este sistema complexo propõe-se a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de reestruturação e superação de um sistema fragmentado, com objetivo de assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência, uma atenção contínua e integral, devendo ser coordenadas pela atenção primária à saúde (ARRUDA et al., 2015).

A APS apresenta-se como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada a responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção aos indivíduos e comunidades (PEREIRA, 2008).

Segundo a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b, p. 10.).

Obedecer aos atributos da APS, entendido como o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural são necessários para uma assistência de qualidade (MENDES, 2011). Starfield (2004) afirma que longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção em seu uso ao longo do tempo, enquanto que a integralidade implica que as unidades básicas de saúde façam arranjos para que o usuário receba todos os tipos de atenção à saúde, mesmo os que não possam ser ofertados na unidade. É nesse contexto que a atenção materno-infantil deve ocorrer.

A assistência pré-natal de qualidade mostra-se como forte aliada na luta contra a morbimortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil. O conhecimento na perspectiva do cuidado e de suas potencialidades acolhedoras provocam importantes reflexões e questionamentos a respeito da atuação dos profissionais da área da saúde da mulher e da criança. Isso posto, fica claro que a maior proximidade entre profissionais e gestantes é de extrema relevância para uma efetiva adesão dessas aos programas de saúde, favorecendo o vínculo e a humanização da assistência (VIEIRA et al., 2015).

Careti, Scarpelini e Furtado (2014) relatam o avanço ocorrido na organização dos serviços de saúde no Brasil e a relação desse com a saúde materno-infantil. Tais transformações incidem na redução significativa dos coeficientes de mortalidade infantil. O acesso aos serviços de saúde e às intervenções de saúde, direcionadas a essa população, foram ampliadas. As desigualdades regionais foram reduzidas. Ainda, foram implementadas algumas medidas com enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco, tais como: promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida da criança, que são consideradas fundamentais para a redução da mortalidade e ocorrência do crescimento infantil adequado, imunização, a duração da amamentação e alimentação saudável.

Mesmo sendo visível essa melhora, ainda há muito por fazer, pois existe uma estreita relação entre mortalidade infantil evitável, componente da mortalidade infantil muito presente, e o acesso oportuno aos serviços de saúde, uma vez que os óbitos evitáveis são conceituados, como: mortes que poderiam ter sido evitadas, parcial ou totalmente, pela presença de serviços de saúde efetivos. A mortalidade infantil evitável teve como principal determinante a exclusão social das famílias, pobreza elevada, desemprego, violência, uso de drogas e falta de rede de apoio social (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

Segundo Duarte e Mamede (2013), a atenção adequada pode evitar importantes desfechos negativos na mãe e no recém-nascido, como complicações obstétricas, retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição não só da morbidade, mas também da mortalidade materno-infantil.

Mendes (2011), em sua análise avalia os projetos propostos de atenção à saúde, dentre eles discorre sobre o projeto Travessia de Minas Gerais, apontando a necessidade de formação e fortalecimento de redes de saúde (implantação da rede de atenção às mulheres e às crianças, com centro de comunicação na atenção primária à saúde, a fim de reduzir a mortalidade infantil) com o fortalecimento das representações das comunidades, sustentabilidade dos programas executados e, ainda, ressalva a importância de ações intersetoriais com os setores de saneamento (melhoria do abastecimento e distribuição de água e esgoto), intervenções urbanas (pavimentação, melhorias habitacionais e construção de espaços públicos), organização da gestão social (implantação dos Centros de Referências de Assistência Social), educação (melhoria da infraestrutura das escolas, capacitação de diretores e professores) e renda (qualificação profissional, doação de insumos agrícolas, constituição e acompanhamento de cooperativas).

A formação de redes ainda é um desafio para o SUS, pois elas devem ter como atributos a coordenação do cuidado na APS, organização dos pontos de atenção especializadas interligadas, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS. Capacitação dessa rede para que sejam capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e que forneçam uma resposta adequada, planejada a partir de uma vigilância em saúde pautada em um diagnóstico das necessidades de saúde do território (MENDES, 2011).

Tudo isso aponta para uma APS fortalecida nas suas diversas necessidades, desde capacitação dos profissionais até as condições materiais e de insumos, pautadas nos princípios já citados pela portaria que a institui.

3.4 PERCEPÇÕES SOBRE O ÓBITO INFANTIL

O termo percepção tem origem etimológica no latim *perceptio, ónis*, que significa compreensão, faculdade de perceber (HOUAISS, 2015).

Para Forgas (1971), a percepção é o processo de extrair informações dentro do contexto da necessidade geral que o homem possui de se adaptar ao seu ambiente, para enfrentar com eficiência as exigências da vida.

Segundo Penna (1997), perceber é conhecer objetos e situações através dos sentidos, sendo que o ato implica a proximidade do objeto no tempo e no espaço. Logo, objetos distantes no tempo não podem ser percebidos, podem ser evocados, imaginados ou pensados, mas nunca percebidos, no intuito de quem percebe compreende e entende aquilo que é vivenciado.

Diante desses conceitos podemos considerar a percepção dos profissionais como processos de entendimentos e adaptações pelos quais esses mantêm contato cotidiano em seu ambiente de trabalho, construindo compreensões para delinear suas ações.

A compreensão e percepção do óbito infantil pode acontecer de diversas formas pelos atores que compõem a atenção à saúde. O entendimento do óbito infantil está ligado as compreensões das causas do óbito e dos seus fatores determinantes, permitindo uma abordagem mais acurada do ponto de vista clínico e, ainda, subsidiando a gestão e planejamento dos serviços de saúde (MALTA; DUARTE, 2007). Compreender as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade infantil são fatores primordiais para redução dessa (ARAÚJO, 2012).

Para tanto, é necessária a vigilância do óbito infantil que é responsabilidade do município. A equipe do município deve envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da atenção primária, referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde da criança e adolescente. Ressalta-se a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção primária, secundária e terciária), 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 (BRASIL, 2009a).

Sobre a investigação do óbito, estudo realizado no estado da Bahia aponta a necessidade de capacitação dos profissionais da equipe de saúde para a atenção à investigação dos óbitos infantil, para que esses juntos com os comitês possam desenvolver ações na assistência

destinada à saúde materno-infantil com melhor qualidade, desencadeando a redução da mortalidade infantil (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

A percepção dos profissionais e gestores de saúde sobre o óbito facilita a implementação de ações efetivas à saúde da mulher e da criança que levam ao reconhecimento da necessidade da integração entre os níveis de atendimentos e a intersetorialidade, condições essenciais para a redução do óbito infantil (CARETI, 2015).

Compreender as diferenças de percepção e/ou de intensidade nos discursos, provavelmente devidas ao posicionamento do ator social diante do fenômeno, reconhecer o olhar de cada um, pode ser essencial para descobrir novas barreiras pouco analisadas, que podem influenciar na persistência desses óbitos evitáveis ou não (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento da mortalidade infantil direcionadas à população materno-infantil, executadas na APS do Município de Governador Valadares/MG.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as ações desenvolvidas na APS no olhar de gestores e profissionais de saúde que contribuem na redução ou não do óbito infantil;
- Identificar pelo olhar de gestores e profissionais de saúde as políticas de saúde que contribuem na redução do óbito infantil;
- Analisar o conhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre os determinantes para o declínio da mortalidade infantil no município.

5 METODOLOGIA

Este capítulo descreve a metodologia, o caminho e instrumentais próprios da abordagem utilizada nesta pesquisa. Estão descritos a abordagem, o tipo de pesquisa, os meios e os fins, como também as unidades de análise, os sujeitos da pesquisa e as técnicas de coleta e análise de dados.

5.1 TIPO DE PESQUISA QUANTO À ABORDAGEM

Este estudo foi realizado numa abordagem qualitativa, Alves-Mazzotti e Gewandensnadjer (2000) afirmam que a pesquisa qualitativa é considerada uma estratégia independente, na qual o pesquisador é o principal instrumento de investigação e o ambiente natural é a fonte direta dos dados. O foco da pesquisa qualitativa está no processo e não simplesmente nos resultados e no produto. O significado é o foco essencial desta abordagem. Para tal permanece em contato direto e prolongado com o campo, a fim de captar os comportamentos observados, descrever as situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos. Minayo (2014) aponta que a pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar o significado e a intencionalidade ao ato, às relações e às estruturas sociais.

5.2 TIPO DE PESQUISA QUANTO AOS FINS

Este estudo é descritivo que, segundo Triviños (1987), tem como foco o desejo de conhecer uma comunidade/organização, seus traços característicos, seus sujeitos, seus problemas, sua preparação para o trabalho e seus valores. Preocupamos aqui em descrever os fenômenos por meio dos significados que o ambiente manifestou e que exigiu do pesquisador uma série de informações sobre o que estava pesquisando.

Ainda, para Triviños (1987), as pesquisas descritivas permitem interpretar as características a serem observadas nos fenômenos investigados, propiciando ao investigador a possibilidade de estabelecer relações entre variáveis. Esse tipo de estudo se denomina estudo descritivo e correlacional. Nesse sentido, as pesquisas descritivas permitem interpretar, delimitando com precisão as características a serem observadas nos fenômenos investigados. Para este estudo foram descritas as contribuições e percepções dos profissionais e gestores sobre as ações e políticas de saúde da mulher e da criança e sua relação com a mortalidade infantil.

5.3 TIPO DE PESQUISA QUANTO AO MÉTODO

Foi utilizado como método o estudo de caso para entender as percepções de gestores e profissionais sobre as ações e políticas de saúde direcionadas à mulher e à criança, executadas na atenção primária a saúde e relacionadas ao óbito infantil.

O estudo de caso, para Yin (2001), é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Portanto, as relações sociais estão embutidas nas questões que foram investigadas, sendo um componente presente nas observações e análises, não permitindo ao pesquisador as desconsiderar. Ao contrário, é instrumento fundamental na formulação do conhecimento tácito do investigador.

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Assim, a pesquisa é empírica, numa situação específica, bem delimitada e inserida na realidade social.

Para Lüdke e André (1986), os estudos de caso visam à descoberta, enfatizam a interpretação em contexto, buscam retratar a realidade de forma completa e profunda, representam os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação.

5.4 UNIDADES DE ANÁLISE E SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa teve como unidade de análise o Município de Governador Valadares/MG, a partir da percepção dos profissionais e gestores de saúde, que trabalham na atenção à saúde da mulher e da criança na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Vergara (1998) define que sujeitos da pesquisa são as pessoas que fornecem os dados necessário à pesquisa. O universo desta pesquisa foi composto pelos profissionais médicos e enfermeiros das 59 ESF do citado município e pelos gestores envolvidos na temática da saúde materno-infantil, totalizando 140 médicos e enfermeiros e 3 gestores. Foram convidados a participar da pesquisa profissionais das nove regiões sanitárias do município. Participaram enfermeiro e médico que atenderam os seguintes critérios: trabalhar na ESF há pelo menos um ano e atuar em ações voltadas ao público materno-infantil.

Os sujeitos da presente pesquisa foram escolhidos de maneira não probabilística, por acessibilidade e intencionalidade. Para Flick (2009) a amostragem se refere à seleção de pessoas, sujeitos ou situações a serem observadas, bem como à seleção de lugares esperados

que possam encontrar essas pessoas ou situações. Para a seleção dos profissionais foi necessário considerar a divisão por região sanitária do município, fazer o levantamento dos profissionais que atendiam os critérios de seleção e posterior convite para a participação na pesquisa.

Para a seleção de gestores, foram convidados todos aqueles que atuam especificamente na área de ações e políticas materno-infantis da SMS. A escolha desses atores permitiu identificar as percepções e relatos acerca da mortalidade infantil e das ações desenvolvidas com foco na saúde materno-infantil, a partir de políticas ou estratégias municipais.

5.5 COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos da pesquisa foi utilizada entrevistas semiestruturadas, como técnica de coleta de dados, objetivando a compreensão detalhada das atitudes e comportamentos dos entrevistados, no contexto das atividades exercidas na atenção à saúde da mulher e da criança.

As entrevistas tiveram como objetivo a compreensão detalhada das percepções dos profissionais e gestores de saúde a respeito do tema. Para Maccoby e Maccoby (1954), citados por Machado (2002, p. 37), a entrevista corresponde a um tipo espacial de relação interpessoal entre duas pessoas, na qual o “comportamento de cada membro do par é determinado em grande parte por sua percepção do outro: sua percepção da posição de poder e status dele, de seus pontos de vista prováveis, da semelhança dele com pessoas com as quais interage ou gostaria de interagir”. Essa interação entre o entrevistador e o respondente foi fundamental para estreitar as relações, propiciando a confiança do entrevistado no entrevistador, uma vez que as interações advindas desse processo determinaram o grau de informações disponibilizadas, construído o conteúdo essencial nas pesquisas qualitativas.

Para Machado (2002, p. 38), “[...] quando estiver face a face com o entrevistado, deve explicar brevemente a natureza e os objetivos da pesquisa, induzindo-o, pelo seu próprio interesse científico, a colaborar [...]”; então, o fluxo das informações prestadas pelos entrevistados se tornará mais consistente e confiável, uma vez que é fundamental para o entrevistador conseguir extrair o maior número de falas condizentes com a realidade. Foi utilizado um roteiro semiestruturado, elaborado previamente que:

[...] parte de certos questionamentos apoiadas em teorias que interessam a pesquisa e que em seguida oferece amplo campo de interrogativas, o informante segue espontaneamente sua linha de pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo entrevistador (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

Os instrumentos utilizados foram construídos a partir de estudos do referencial teórico que compõe esta pesquisa, atentando para os objetivos propostos. Os roteiros de entrevista semiestruturada com gestores (APÊNDICE A); e o roteiro de entrevista semiestruturada com profissionais de saúde (APÊNDICE B) foram construídos a partir do referencial teórico desta pesquisa.

5.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

A participação envolveu riscos de insegurança de avaliação da prática profissional; conflitos entre o que se pensa e o que se imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento.

Ao encontro de possíveis riscos e desconfortos, foram realizadas medidas que minimizaram tais riscos, como: foi respeitado à vontade em responder ou não determinada pergunta, criou-se um ambiente calmo e confortável, com agendamento de dia, horário e local, conforme a disponibilidade do entrevistado. Direito a leitura e retificação da entrevista após transcrição e antes do seu uso na pesquisa. Foi realizada uma abordagem clara, de fácil entendimento e humanizada, repetiu-se diversas vezes a pergunta quando solicitado, para que tivessem segurança e confiança para responder ao questionário de forma fidedigna, além de garantir sigilo dos entrevistados e da instituição.

Como benefícios indiretos na realização deste trabalho encontram-se a produção de conhecimentos úteis às intervenções necessárias ao problema de saúde pública, conforme se apresenta no Produto Técnico (APÊNDICE D). Tal produção será divulgada a toda comunidade científica, gestores e profissionais de saúde, na forma de publicações científicas em periódicos e eventos. A comunidade participante da pesquisa se beneficiará com as melhorias em ações e atendimentos destinados ao público materno-infantil, cujas origens estão na difusão dos resultados e produtos aos profissionais técnicos responsáveis pela assistência e gestão em saúde no município objeto deste trabalho.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi apresentada a Secretaria Municipal de Saúde através do NIES (Núcleo de Integração Ensino e Serviço), encaminhada para assinatura da Diretora de Departamento de Atenção à Saúde, que após a leitura aprovou e autorizou (ANEXO A). Em 20 de junho de 2019,

antes da sua execução, recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-Univale), sob o número 3.403.792, (ANEXO B).

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e Declaração de Autorização da Instituição (ANEXO C), foi realizada uma reunião com os gestores da atenção primária, na qual foi apresentado os objetivos da pesquisa e a necessidade de indicação dos sujeitos do estudo que atendessem os critérios de inclusão, ressaltado que seria importante uma equipe de cada região, para que todo o município fosse contemplado. Após essa primeira seleção, os possíveis participantes foram contactados e agendado dia, horário e local para a apresentação do estudo. No encontro foi explicado os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade das respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a melhoria da implementação das políticas públicas. Ao agendar a entrevista foi reforçado que a pesquisa não interferiria no funcionamento das atividades nas unidades de saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais. Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), duas cópias foram assinadas, ficando uma de posse do entrevistado e a outra da pesquisadora.

Os dados coletados dos roteiros das entrevistas e da análise dos documentos do Comitê serão armazenados durante 5 anos em locais seguros sob a responsabilidade da professora orientadora da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016 (BRASIL, 2016b) e CNS 580/2018 (BRASIL, 2018).

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo, que se baseia na análise de mensagens embutidas em textos, nas quais seus significados são considerados como elementos de compreensão, mapeando, tanto a sua objetividade, quanto subjetividade. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Assim, a técnica buscou, através da sistematização, elucidar conhecimentos embutidos nas mensagens advindas da interação entre entrevistador/entrevistado, ultrapassar o alcance meramente descritivo das técnicas quantitativas, para atingir interpretações mais profundas com base na inferência, nas

características do texto, nas causas ou antecedentes das mensagens, nos efeitos da comunicação (BARDIN, 2011).

Tal processo seguiu os cinco passos propostos por Bardin (2011), a saber: os discursos coletados foram, inicialmente, gravados e transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes. Na pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante, disposição das respostas em tabelas segundo os questionamentos, a partir da qual emergiu impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes, surgindo a princípio cinco grandes categorias.

Para facilitar a compreensão da pré-análise e construção das categorias e subcategorias, foram organizadas a partir das falas dos entrevistados três nuvens de palavra, utilizando o site (<https://www.wordclouds.com/>), onde pode ser evidenciadas as palavras mais mencionadas pelos entrevistados em cada categoria, essa nuvem compôs e ajudou na percepção do entrevistador quanto aos temas mais relevantes para os entrevistados, além de permitir avaliar a apropriação do conteúdo pelos entrevistados.

As leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitiram o agrupamento dos mesmos em grandes categorias e o refinamento das categorias, chegando a três categorias finais. A partir das análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, reunidas por categorias, identificadas por unidades de significados, estabeleceu-se as subcategorias que no início foram 12, sendo refinadas para duas e procedendo-se aos agrupamentos finais. Por fim, foi realizada a análise e interpretação dos dados por categorias e subcategorias, o que possibilitou a descrição dos resultados e significados dos conteúdos.

Os textos não sofreram correções linguísticas, preservado o caráter espontâneo dos discursos. Esses foram pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocados, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007).

5.9 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados aos participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo, atendendo a Resolução CNS nº 580/2018 (BRASIL, 2018).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados o perfil dos entrevistados, a sistematização das categorias e subcategorias, dos resultados e discussões que contemplam os objetivos deste estudo.

6.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

A amostra constituiu de 21 entrevistados, composta por 3 gestores e 18 profissionais de saúde que atuam na atenção primária em regiões e localizações com coordenadas diferentes.

Quanto a amostra de gestores, foi feito o convite para participar da pesquisa todos os gestores relacionados à saúde da mulher e da criança no município. Aceitaram e participaram da entrevista 3 gestoras, em relação a formação das gestoras entrevistadas, trata-se de duas enfermeiras e uma médica, todas com período de um ano de atuação na gestão da atenção à saúde do município, o que coincide com o período de substituição do novo secretário de saúde municipal. As gestoras possuem experiência e atuação na APS, porém, sem formação específica em gestão pública, sendo que uma das entrevistadas possui graduação em administração de empresas.

Os demais profissionais entrevistados atuam na APS em Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo um médico e um enfermeiro de cada uma das nove regiões de saúde, constituindo um grupo de 18 profissionais.

Dentre os profissionais de saúde da atenção primária entrevistados, 8 são do sexo masculino e 10 do sexo feminino, todos com média de tempo de atuação na atual estratégia de saúde de 2,3 anos, sendo que 8 possuem especialização em Saúde da família ou estão cursando residência em saúde e comunidade. Desses, 3 estavam em seu primeiro trabalho, 4 tinham experiência em outros níveis de atenção e 11 já tinham trabalhado em outras unidades de ESF.

Foi observado uma rotatividade grande entre os profissionais, especialmente com os profissionais médicos, vindo de outros municípios para residência em saúde e comunidade. Também há uma rotatividade entre as estratégias de saúde da família dentro do próprio município.

Figura 2 - Nuvem de Palavras. Bloco 2: conhecimento, presença e/ou ausência de políticas voltadas para a saúde materno infantil em Governador Valadares/MG.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Figura 3 - Nuvem de Palavras. Bloco 3: atenção à saúde na atenção primária que contribuem na redução do óbito infantil em Governador Valadares/MG.

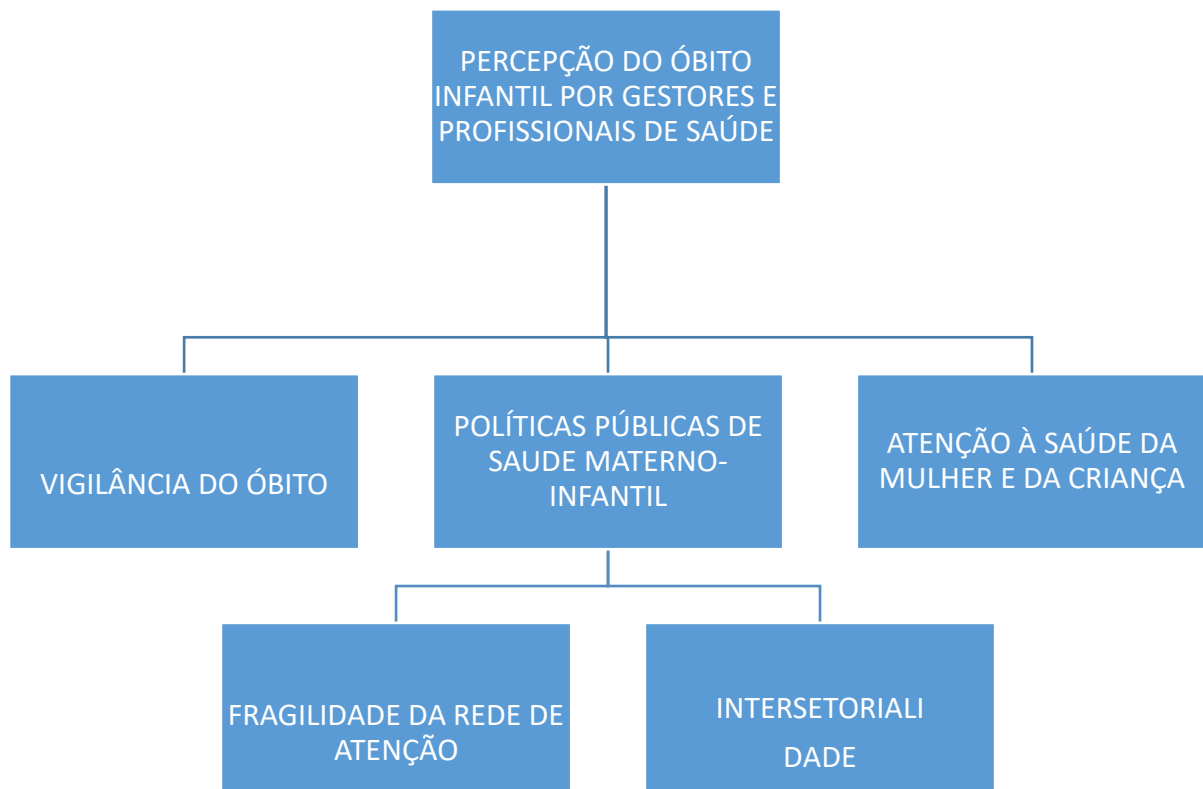


Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

As nuvens de palavras fortaleceram as impressões e firmaram a identificação das três categorias e das duas subcategorias que compõem a pesquisa. Além de contribuir no levantamento das falas mais expressivas para a discussão.

Em relação aos discursos sobre a percepção da mortalidade infantil emergiram três categorias e duas subcategorias, apresentadas na Figura 04. As categorias e subcategorias foram apresentadas e discutidas com base nos discursos dos entrevistados e do referencial bibliográfico que compõe este estudo.

Figura 4 - Sistematização das categorias de análise da percepção do óbito infantil por gestores e profissionais de saúde



As entrevistas das três gestoras identificadas com a letra (G) formaram um áudio de 1h05min. e 14 laudas de transcrições. Os 18 profissionais de saúde da atenção primária foram identificados com as letras (PS), sendo constituídos 3h56min. de áudio e 64 laudas de transcrições. Foi possível observar que o assunto não era de domínio e de interesse dos entrevistados, não fazia parte do cotidiano deles. As entrevistas, mesmo com estímulo da pesquisadora, eram curtas, repetitivas e cheias de questionamentos. Era observável durante as entrevistas a falta de domínio sobre o tema e a pouca percepção, mostrando o distanciamento. Alguns momentos eram até constrangedores o silêncio e a resposta em forma de pergunta para o pesquisador, como se estivéssemos falando de um assunto longe da realidade presente.

6.2.1 Vigilância do óbito infantil

A vigilância do óbito é descrita como um bom indicador de efetividade dos sistemas de saúde, com vistas à promoção de reflexões para trabalhadores e gestores sobre a assistência prestada às mulheres e crianças (CALDAS et al., 2017).

Por meio da discussão, a relevância da vigilância do óbito infantil foi enfatizada por todos os entrevistados, sejam eles gestores ou profissionais de saúde atuantes na atenção primária. A importância foi referida por diversos fatores, desde a melhoria dos indicadores de saúde até as intervenções na atenção à população. Esta categoria será discutida assinalando o valor da vigilância em saúde, da prevenção do óbito, da identificação das causas da mortalidade infantil como indicador de gestão e planejamento assistencial.

Considerando a frequências entre as respostas, foi possível identificar o valor dado à discussão voltado principalmente para identificação dos motivos (causas) que levaram ao óbito, com o olhar de que sabendo a causa é possível evitar novos casos. O reconhecimento da mortalidade infantil como um indicador epidemiológico, a identificação da evitabilidade do óbito, a preocupação com a não discussão na gestão e nas unidades.

Questionados aos gestores sobre a importância e existência da discussão sobre mortalidade infantil, verificamos que pouco se tem discutido:

“Enquanto gestora eu penso que quanto mais a gente discute (o óbito infantil), melhora a condição principalmente de Valadares, hoje eu fico muito preocupada quanto estão os nossos números de mortalidade materna e infantil.” (G3)

“Eu vejo muito pouco, (discussão da mortalidade infantil) mas eu percebo que a epidemiologia é mais preocupada com isto, eles têm o comitê de mortalidade materno-infantil, isto é trabalhado lá, mas assim nós aqui na coordenação ouvimos pouco, pior ainda na ponta, quase não se fala.”(G1)

“A nível dos profissionais eu não sei dizer, da gestão existe a discussão do pré-natal se ele é bem feito, se ele é mal feito.” (G2)

Sousa (2011) afirma que o compromisso político dos gestores municipais são um dos principais fatores na redução da mortalidade infantil. Mobilizar a favor dessa causa, fazer campanhas e reconhecer a importância de implantar medidas eficazes como: acompanhamento da criança durante os primeiros anos de vida, realização do pré-natal, incentivar o aleitamento materno, detecção e tratamento precoce das patologias próprias da infância, engajar os profissionais e comunidade nessas ações, entre outras, são primordiais na redução da taxa de mortalidade infantil.

A discussão da mortalidade infantil por gestores da atenção primária deveria ser uma situação natural, cotidiana, já que a taxa de mortalidade infantil é um indicador de saúde tradicional bastante utilizado, que reflete a situação de saúde e do desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda. As vulnerabilidades das crianças aos determinantes sociais e de saúde, especialmente por limitações ao acesso a serviços primários, são evidentes, assim como são identificados o potencial de sensibilidade às melhorias a partir de investimentos nesse nível de atenção, com redução das internações hospitalares e mortalidade (VICTORA et al., 2011; SILVA et al., 2014; BRASIL, 2016a).

Os discursos vistos acima contradizem os achados de Pinheiro (2017) e França et al. (2017), eles apontam que a discussão da mortalidade infantil permite entender o panorama e as principais causas do óbito, sendo oportunidade para subsidiar o processo de gestão em saúde, possibilitando a avaliação da assistência à saúde prestada e das condições de desenvolvimento sócio econômicas de uma população.

O estudo deste indicador é fundamental para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil (BRASIL, 2009a). No entanto, o que observamos na fala é que essa discussão é incipiente, delegada na maioria das vezes ao CPMMIF e ao departamento de Vigilância em Saúde, contradizendo o referencial citado sobre a importância deste indicador como instrumento de gestão.

Sobre a importância e existência da discussão do óbito infantil, nota-se que as falas dos profissionais de saúde da atenção primária não se diferem muito da gestão, eles reconhecem a importância da discussão, contudo, essa acontece muito pouco e quando acontece está ligada a um episódio de óbito na área de abrangência. Veja-se:

“Acho importantíssimo, a gente tem que analisar onde está ocorrendo as falhas para tentar capacitar os profissionais no sentido de não ocorrerem estas falhas né, ou seja e pesquisar a mortalidade infantil, tipo assim o que está acontecendo, os médicos estão cometendo erro no pré-natal? Estão ocorrendo erro no trabalho de parto?” (PS1)

“Até para evitar um novo óbito, eu acredito que seja isso, tem que investigar as causas, os motivos, para não ter novamente, descobrir a causa.” (PS4)

“Quando a gente tem óbitos de criança, ai sim.” (PS2)

“Pouco... Pouco, se discute quando tem algum fato de agravo, [...]” (PS9)

“Não é tanto o foco não, hoje em dia mortalidade infantil sumiu muito.” (PS10)

“Ela (a discussão do óbito) não é tão presente na rede de um modo geral, [...]” (PS14)

“Não, dentro aqui da unidade não, e nem entre os profissionais da área, muito pouco.” (PS18)

Segundo Careti (2015), discutir e construir uma percepção da mortalidade infantil facilita a prática de ações concretas na atenção à saúde materno-infantil por parte de gestores e profissionais da atenção primária, impactando diretamente no óbito infantil.

É preocupante identificar que a discussão de um evento dessa magnitude não está presente na rotina da gestão da atenção à saúde e na atenção primária que é a porta de entrada da rede. Por isso, a vigilância do óbito infantil deve acontecer em todas as instâncias de saúde, não devendo ser responsabilidade de um setor específico. O setor de epidemiologia junto com o CPMMIF é responsável pelo acompanhamento e investigação, no entanto, o monitoramento deve ocorrer em todos os âmbitos da atenção à saúde. Os CPMMIF que fazem parte do sistema de vigilância epidemiológica e constituem um instrumento governamental e de controle social são os principais responsáveis em mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando ao monitoramento desses óbitos, na busca de soluções (CARNEIRO, 2012).

Careti, Scarpelini e Furtado (2014) apontam que os profissionais da atenção primária precisam ser capacitados para a investigação do óbito infantil, a fim de que se possa melhorar a atenção materno-infantil, impactando na redução desse evento.

Torna-se necessário a alocação de investimentos em educação permanente, produzida no cotidiano da APS, que provoquem reflexões sobre suas ações, proporcionando mudanças e crescimento tanto dos trabalhadores como de usuários, levando a processos e abordagens que favoreçam o acesso para as gestantes e crianças. Buscando na organização da APS, estratégias que provoquem valorização da experiência e saberes, interações e trocas no dia a dia, que procuram captar e entender as necessidades de saúde dos usuários (CAMPOS, 2019).

A identificação das causas do óbito infantil, muito citada pelos entrevistados, está diretamente ligada às responsabilidades de prevenção. É necessário acompanhar os complexos processos que envolvem a mortalidade infantil, a busca por dados que permitam a análise da situação local da saúde e das ações que estão sendo realizadas, com o objetivo de identificar onde a intervenção deve ser executada mais efetivamente. A redução da mortalidade infantil encontra-se vinculada ao reconhecimento de sua relevância. Oferecer visibilidade a essa situação, constitui-se em importante passo com vistas à tomada de decisões (VICTORA et al., 2011; LAWN et al., 2011; BRASIL, 2012; ALMEIDA et al., 2015).

A discussão do óbito infantil e o conhecimento das taxas locais são essenciais no planejamento de ações, buscando através das perdas aprendizados que impactem na atenção à saúde, para que novos óbitos não venham a acontecer, fazendo com que a morte não seja um fim, mas um evento sentinela. Os atores desta pesquisa se mostraram desconhecedores das taxas e das causas dos óbitos, mas muito interessados a aprender, por vezes até preocupados com o desconhecimento presente:

“Eu ousou falar que é alta (Taxa de Mortalidade Infantil) porque isto está ligado mais ao hospital, porque é lá que as pessoas morrem, os partos são feitos lá, eu não sei dizer para você quanto é, é pouco divulgado, é pouco discutido e pouco divulgado.” (G1)

“Se eu te falar que desde que eu sai do comitê de mortalidade materno infantil eu não tenho avaliado, essa informação ela não está chegando no setor.” (G2)

“olha para te falar verdade eu não sei quanto está a taxa atualmente, eu não sei se ela tá [...]” (PS1)

“Acho que poderia ser menor, porque eu perdi uma criança de 4 meses, uma morte muito estranha, e perdi uma de Iano, mas que tinha má formação.” (PS4)

“Não sei como está, eu não sei falar, até fiz um trabalho de territorialização para a residência quando eu entrei e nem pediram para a gente abordar, a gente só abordava isto, diabéticos, hipertensos estas coisas assim.” (PS5)

“Acho que vem crescendo muito a taxa de mortalidade, porque antigamente não tinha muita morte de recém-nascido agora tem. Aqui teve um óbito recente agora de 15 dias, mas não passaram pra gente o que foi.” (PS6)

A taxa de mortalidade infantil é um indicador de saúde que expressa a combinação de fatores contextuais, hereditários e fatores relacionados à atenção prestada à saúde materno-infantil, reflete a situação de saúde e do desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda (VICTORA et al., 2011; SILVA et al., 2014; BRASIL, 2016a). Conhecer, discutir e fazer o planejamento de intervenções de saúde, a partir deste indicador, deveria ser uma ação básica

para todo gestor e profissional de saúde, contradizendo as falas acima em que estes atores declaram abertamente não saber e nem utilizar este indicador no planejamento e implementação de saúde.

Pinheiro (2017) e França et al. (2017) destacam que este indicador permite analisar e entender o panorama de suas principais causas, contribuindo assim com a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, sendo capaz de subsidiar o processo de planejamento, o desenvolvimento de estratégias preventivas, avaliação e gestão de políticas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à atenção ao pré-natal, parto, saúde na infância, além dos fatores ambientais.

O conhecimento da situação do município em relação à taxa de forma genérica, sem a utilização dela, não traz contribuições para a melhoria da condição de saúde, no entanto, percebe-se que alguns conhecem a situação e demonstram alguma preocupação com ela:

“Péssimo, está altíssimo, nós estamos com a taxa de mortalidade infantil mais alta que municípios maiores que o nosso, então assim está péssimo.” (G3)

“Muito alta, extremamente preocupante, né? No mínimo devia não só alertar a gestão, mas acho que conscientizar os profissionais do que ele realmente está fazendo.” (PS17)

Observando as falas desta categoria, deparamo-nos com um desconhecimento generalizado sobre a vigilância do óbito infantil e suas implicações.

6.2.2 Políticas Públicas de Saúde Materno-Infantil

As políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança são ações realizadas, planejadas e implementadas por governantes ou tomadores de decisões para atender a demanda dessa parcela da sociedade (LOPES, 2008). Esta categoria foi trabalhada juntamente com as subcategorias, fragilidade da rede de atenção e intersetorialidade.

As políticas de saúde materno-infantil mais enfatizadas foram relacionadas ao pré-natal, capacitação, educação em saúde, puericultura, fragilidade da rede de atenção e da necessidade da participação de outros setores.

Ao longo do tempo o governo brasileiro vem priorizando na área de saúde as políticas de atenção à saúde materno-infantil, assumindo compromissos internacionais nesse segmento. Entretanto, são necessários esforços coletivos na implementação de políticas públicas capazes

de garantir uma qualidade na assistência a esta parcela da sociedade (BRASIL, 2004a; JUSTINO et al., 2019).

A gestão de saúde é essencial para o enfrentamento da mortalidade infantil para articulação e execução de um conjunto de ações das diferentes esferas de governo, bem como para qualificar a atenção obstétrica, neonatal e infantil que não pode prescindir da atuação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004a, 2004b, 2011).

A proposição de políticas de saúde voltadas a atenção materno-infantil, a organização financeira, a manutenção material e de pessoal, a capacitação dos profissionais, estão na responsabilidade da gestão em saúde do município, em seus diversos níveis da rede, desde o secretário de saúde até aos coordenadores, gerentes, chefes de equipes e profissionais de saúde atuantes na atenção primária.

Ao serem questionadas sobre as políticas de saúde já implantadas e as que precisam ser implantadas que contribuem na redução do óbito infantil, as gestoras relatam:

“Na verdade nós implantamos uma referência técnica de saúde da mulher eu acho que demos um passo a mais. Uma pessoa responsável para trabalhar, a assistência a mulher, a criança.” (G2)

“Vai haver capacitação do pré-natal, a gestão já está preparando, é, penso que seja isto, o fortalecimento do pré-natal vai melhorar a mortalidade” (G1)

“Eu acho que a educação permanente ela tem que ser implantada e ser fortalecida, porque a gente capacitando os profissionais sempre, estando sempre eles vão estar atentos. Os nossos protocolos saúde da mulher e da criança.” (G3)

As gestoras se posicionaram apontando as ações que implantaram ou que estão implantando, enfatizam a capacitação, a construção de protocolos e a inserção do gerente nas unidades de atenção primária, corroborando com Machado (2013) que explicita que dentre as funções dos gestores da atenção primária está a de estimular, viabilizar a capacitação e educação permanente dos profissionais e das equipes.

A Política da Atenção Primária (PNAB) de 2017 recomenda a inclusão do gerente de atenção básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde, em especial, fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. Esse mesmo documento traz que este gerente deve contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, participando da definição de fluxos assistenciais na rede de atenção à saúde, bem como da elaboração, implementação de protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos (BRASIL, 2017d).

Em alguns momentos, os profissionais de saúde lotados na atenção primária demonstram pouco conhecimento sobre o que é política de saúde. Quando questionados sobre o tema, se confundem, e às vezes respondem com as ações que fazem sem relacioná-las com uma política. Como observa-se:

“Políticas como assim?”(PS2)

“ [...] Não sei” (PS6)

“Então assim essas políticas acho que tem que ser mais divulgadas.” (PS1)

A necessidade de conhecer, de empoderar, de colocar-se como proponente e implementador das políticas de saúde muitas vezes esbarra no desconhecimento conceitual e prático dessas. Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) confirmam a necessidade de conhecimento do profissional da atenção básica sobre as políticas de saúde e destacam que as iniciativas nas políticas de saúde fazem com que os profissionais formados com essas informações adquiram, frequentemente, uma postura de compromisso em sua atuação com as necessidades locais e de um novo desenho tecnoassistencial, comprometido com a integralidade.

Ao citar as políticas de saúde materno-infantil, os profissionais de saúde não só destacam em suas falas as conquistas mas também o que ainda tem que construir a partir de políticas locais que melhorem a infraestrutura, os recursos humanos e fortaleçam a rede de atenção à saúde.

“Agora a gente está fazendo capacitação, a gente fez esta semana de pré-natal.” (PS16)

“Apresentar o número que está no nosso município, até hoje eu não sei, então é uma falha que está apresentando, qual é a faixa etária mais provável, qual é a causa mais provável, e fazer capacitações pra diminuir mais isto (mortalidade infantil) [...].” (PS2)

“Disponibilizar material também, igual meu sonar está estragado, então eu não estou auscultando BCF[...].” (PS6)

“Melhorar um pouco a questão de infraestrutura, nas unidades, estão as vezes a gente aqui, precisa um pouco mais de material [...].” (PS8)

“Falta as coisas, se a gente vai fazer um projeto de educação em saúde, tudo isto tem que sair da gente com recurso nosso, o que pega pra gente não conseguir muita coisa principalmente da mortalidade são recursos financeiros[...].” (PS11)

“Falta Gerente na unidade, ele cuidaria de todas as questões burocráticas, ai sim a gente tinha tempo livre para cuidar da assistência.” (PS12)

“Esta questão de contratação de profissionais assim por política isto é muito ruim.” (PS14)

Todas essas questões citadas nas falas acima transcritas são retratadas na PNAB 2017, não só como atribuição da gestão local mas também das outras esferas governamentais, com o fim de subsidiar e dar condição de funcionamento da atenção primária, garantindo a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBSs, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, equipe multiprofissional capacitada e boa comunicação da rede (BRASIL, 2017d).

Observa-se que algumas fragilidades apresentadas pelos profissionais, foram ao encontro das ações que os gestores colocaram, que estão em fase de implantação e que consideram importantes para impactarem no óbito infantil, como a contratação de gerentes para as unidades, capacitação dos profissionais, essas também estão presentes nas legislações acima citadas como funções da gestão.

6.2.2.1 Fragilidade da Rede de Atenção

A criação de rede de atenção interligada com a finalidade de intervir na fragmentação do sistema de saúde é essencial para fortalecer a atenção materno-infantil. Os atores desta pesquisa apontam para a necessidade de atuação em rede e que suas falhas dificultam a redução do óbito infantil, conforme veremos abaixo:

“A vigilância tem que trabalhar em conjunto com a gente, [...]” (G2)

“Eu acho que aquele feedback a contrarreferência quando a gente encaminha para o especialista, a gente não tem esse retorno, então a gente está faltando muito isto, interligar a nossa rede da atenção primária, da atenção secundária, dos ambulatoriais, das outras especialidades.” (PS8)

“Então precisa melhorar a articulação entre os pontos de atenção, dentro das redes de atenção à saúde.” (PS14)

“Vejo algumas áreas para complementar umas coisas outras, mais estabelecer melhor estas ligações das redes.” (PS17)

Mendes (2011) e Arruda et al. (2015) apontam para a necessidade da instituição das redes de atenção à saúde como estratégias de reestruturação do sistema, no sentido de melhorar a efetividade e eficiência das intervenções prestadas ao usuário, no entanto, a comunicação dessa rede tem que estar fortalecida, e a APS estruturada e capacitada para coordená-la. A não resposta da rede, a dificuldade de encaminhamentos e de *feedback* apontadas pelos entrevistados, o pouco conhecimentos sobre os pontos da rede, a interação principalmente com

o departamento de Vigilância em Saúde e das informações construídas pelo Comitê impactam de forma negativa na prevenção do óbito infantil.

O funcionamento da rede ultrapassa a questão de referência e contrarreferência. A ligação entre a vigilância e a assistência favorecem a qualidade da assistência prestada, além do aprimoramento dos sistemas de informação. Adicionalmente, possibilita o planejamento de intervenções direcionadas aos principais problemas e às barreiras assistenciais do sistema de saúde contribuindo para redução de mortes evitáveis e das falhas na atenção materno-infantil (OLIVEIRA et al., 2017). O reconhecimento e a vigilância do óbito infantil devem ser estratégia para a gestão e para as equipes de saúde, gerando consciência crítica sobre as políticas de saúde necessárias e o cuidado ofertado.

Dessa forma o fortalecimento da APS com a integração de ações de vigilância em saúde se tornam importante e urgente, para o enfrentamento do óbito infantil por proporcionar a melhoria dos processos de trabalho com vistas à eficiência, efetividade e qualidade das ações propostas.

6.2.2.2 Intersetorialidade

A intersetorialidade foi citada por alguns dos entrevistados como políticas de saúde, fundamental para a redução da mortalidade infantil, visto que essa reflete a situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda.

“[...] talvez uma outra política seja a bolsa família que a mãe tem que pesar a criança, tem que mostrar que a criança está indo na escola, [...]”.(PS1)

“[...] trabalho de educação em saúde com a população, um trabalho na escola que é o PSE [...]”.(PS9)

“Envolve esta população que não tem acesso à educação adequada, questão social, cultural, não tem acesso a isto que faz com ele pense diferente.” (G2)

“O que precisa ser implantado não é no município, o que precisa ser implantado é maior condição de vida, que não é nem para o recém-nascido, é para os pais, para ter melhor condição pra poder, repassar isto para os filhos, isso ai não é a nível municipal, é a nível do país.” (PS10)

“A comunidade aqui é carente de lazer, lazer uma praça onde pode ter um evento comunitário, que vai está a família reunida e a comunidade, e também o saneamento básico, tem muitas partes aqui ainda, que o saneamento é a céu aberto e isso sempre implica na saúde do município, individual e da comunidade.” (PS13)

“Bolsa família vinculado a isto outras coisas tipo cobrar mesmo o acompanhamento de consultas, cobrar o cartão vacinal em dia, política que seria atrelada.” (PS15).

Corroborando com a fala dos entrevistados, a saúde é um complexo equilíbrio de condições biológicas, fisiológicas e mentais, a todo esse complexo não se pode associar apenas uma boa qualidade da assistência. São fundamentais a integração intersetorial e a articulação de políticas públicas universais, tais como a representada pela relação entre o programa bolsa família com atenção primária à saúde, às condições de saneamento básico e ao desenvolvimento global do indivíduo (RASELLA et al., 2013; BRASIL, 2015a).

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança descrevem em seu item nove, a Intersetorialidade como a promoção de ações intersetoriais para a superação da fragmentação das políticas sociais no território, mediante a articulação entre agentes, setores e instituições para ampliar a interação, favorecendo espaços compartilhados de decisões, que gerem efeitos positivos na produção de saúde e de cidadania. A imaturidade, inclusive imunológica, associada a condições de vida desfavoráveis, relacionadas à ausência de saneamento básico, de segurança alimentar e nutricional, de situações de violência intrafamiliar, de baixa escolaridade materna, além de condições específicas das populações vulneráveis, baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, são determinantes não apenas de maior morbidade e mortalidade, tanto infantil quanto na infância, mas também de riscos ao pleno desenvolvimento destas crianças (BRASIL, 2015a).

6.2.3 Atenção à saúde da mulher e da criança

A categoria Atenção à Saúde da Mulher e da Criança é trabalhada demonstrando as diversas ações inerentes à atenção à saúde desse seguimento.

Fica evidenciado nesta categoria o que tem sido feito e ao mesmo tempo o que precisa melhorar na atenção primária para redução do óbito infantil nas microáreas e, conseqüentemente, no município. Pré-natal, educação em saúde, planejamento familiar, busca ativa, detecção e tratamento da sífilis, a participação da família, participação da comunidade, entre outras ações que foram analisadas nesta categoria.

Descrevem-se aqui as ações que já acontecem e as que faltam implementar na atenção primária, partindo do princípio que a atenção primária é a porta de entrada da rede de atenção à saúde, coordena o cuidado, é responsável por interligar os pontos de atenção, prestar um cuidado longitudinal, integral, de qualidade, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo e continuidade, da

integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2004c; STARFIELD 2004; MENDES, 2011).

Na percepção dos gestores, as ações que contribuem na redução do óbito infantil foram variadas, conforme observa-se em algumas falas:

“Agora neste momento é isto aí que estou te falando, estamos organizando a capacitação de pré-natal, a descentralização do Benzetacil e capacitação sobre sífilis [...]” (G1)

“Então a gente buscou agora a implantação de duas unidades que vão funcionar em horários estendidos [...] a gente está fazendo consciência também com os agentes, começou também este mês, uma capacitação com todos os agentes.” (G3)

Pizzo (2010), reforça as percepções dos gestores em relação à expansão da rede, o aprimoramento das ações relacionadas à saúde reprodutiva, pré-natal e puericultura, a organização da assistência. Luz, Aquino e Medina (2018) destacam, assim como um dos gestores, a percepção do funcionamento de horários estendidos para garantir maior adesão ao pré-natal, aumentar a satisfação das gestantes e favorecer a continuidade do acompanhamento.

A descentralização do Benzetacil, citada mais de uma vez por gestores e profissionais de saúde como ação que contribui na redução da mortalidade infantil, justifica-se pelo momento preocupante que o município vive em relação a sífilis congênita e suas implicações. O Benzetacil é o tratamento estipulado pelo MS como efetivo para a sífilis em gestante e a prevenção da sífilis congênita, sendo, ainda, importante na redução do óbito infantil. Essa ação vem sendo pensada há um longo período, mas sofre resistência dos profissionais da atenção primária, médicos e principalmente da enfermagem.

Em janeiro de 2006, foi publicada a Portaria Ministerial n°. 156, de 19 de janeiro, que preconizou a necessidade de disponibilização de material de primeiros socorros nas unidades básicas para utilização em caso de anafilaxia (reação alérgica à Penicilina) e o treinamento de profissionais nesse procedimento, como condição para aplicação do medicamento, como fator importante para o enfrentamento da epidemia de sífilis e em especial da Sífilis Congênita que está ligada ao aborto tardio ou óbito fetal, óbito neonatal de recém-natos a termo, parto prematuro ou baixo peso ao nascer apresentando sinais clínicos de sífilis congênita (BRASIL, 2015b).

Quanto a capacitação dos profissionais, referida por gestores e profissionais da atenção primária, Campos et al. (2019) confirmam que em busca de um modelo assistencial que atendesse às necessidades sociais em saúde, a capacitação dos profissionais, em especial aqueles que estão inseridos na atenção primária, que é preferencialmente a porta de entrada da

rede, é uma estratégia para as mudanças necessárias, pois busca profissionais capazes de atuar criticamente em relação à realidade, transformando-a. A educação permanente produzida no serviço, valoriza a experiência e os saberes cotidianos, podendo, assim, construir novas formas de interação entre serviço e população, entre trabalhador e usuário. Este processo de educação permanente de aprendizagem significativa também foi balizado por Pizzo (2010), que afirma que precisa incorporar tecnologias e mecanismos para que esta educação seja transformadora das práticas profissionais.

Entre as ações que executam e que são importantes na redução do óbito, os profissionais de saúde enfatizam a realização do pré-natal de qualidade:

*“[...] além disto eu considero o pré-natal da nossa unidade muito bem feito[...]”
(PS1)*

“[...] então a gente dá uma assistência muito grande na questão do pré-natal, não só nós mas as ACS, fazem busca ativa caso alguma venha a faltar na consulta agendada, a gente vai atrás pra saber porque que faltou, a enfermeira também está sempre atenta para a questão[...].” (PS8)

“O pré-natal, né? Um pré-natal de qualidade para poder identificar mais rápido possível, qualquer co-morbidade que possa levar a um parto prematuro ou a uma mortalidade, [...].” (PS9)

A busca por um pré-natal de qualidade está entre as ações mais citadas por artigos, documentos governamentais e profissionais, como essencial para a redução da mortalidade infantil, visto que a detecção precoce de alterações facilita o tratamento e previne possíveis desfechos desfavoráveis.

Como evidenciaram Beeckman, Louckx e Putman (2011), Brasil (2012) e Vieira et al. (2015), para que se obtenham bons resultados no desfecho da gestação, a qualidade do pré-natal é fundamental. A qualidade está relacionada com a disponibilidade de recursos em âmbito gerencial e assistencial, bem como ao desenvolvimento de ações de forma rotineira, obedecendo a padrões técnicos-científicos. Para que seja efetivo, recomenda-se que o pré-natal seja iniciado no início da gestação e seja constituído por um conjunto de ações estabelecidas por protocolos assistenciais que orientem as condições e os procedimentos necessários ao cuidado das gestantes.

Estudos têm demonstrado a associação do pré-natal com a prevenção de riscos gestacionais, redução de complicações no parto, puerpério e perinatais; melhores condições de saúde do concepto, como melhor crescimento intrauterino, menor incidência de baixo peso ao

nascer, redução da mortalidade materno-infantil e da morbimortalidade neonatal e perinatal (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

Apesar das falas afirmando a qualidade da assistência pré-natal os profissionais não relatam de que forma chegaram a esse posicionamento, o que demonstra a necessidade de uma avaliação, reflexiva e crítica das ações desenvolvidas no cotidiano dos processos de trabalho. Cunha et al. (2019) afirma que na análise da atenção ao pré-natal deve-se utilizar três aspectos: acesso e utilização dos serviços; qualidade da atenção; e desfechos do pré-natal, esses devem estar muito bem fundamentados e registrados.

Cunha et al. (2019), acrescenta que o pré-natal inclui ações de promoção, educação em saúde, identificação de riscos, prevenção e tratamento de complicações e doenças, exigindo planejamento e estruturação para garantir o acesso e a continuidade do cuidado. A institucionalização da avaliação do pré-natal é uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade, com consequente redução da morbimortalidade infantil, pois revela e produz subsídios para conscientização e enfrentamento de falhas, revendo políticas públicas e adaptações gerenciais e processuais, a fim de responder de forma mais adequada a esse grupo populacional.

Por seu turno, Careti, Scarpelini e Fortunado (2014) revelam que mesmo quando a rotina e o número de consultas de pré-natal foram suficientes, ocorreram óbitos evitáveis, reafirmando a necessidade de rever as ações que estão sendo realizada na atenção primária, isso nos leva a atentar às falas dos profissionais que alegam fazer um pré-natal de qualidade, com qual parâmetros eles estão se respaldando para classificá-los como tal?

A educação em saúde, grupos operativos, orientações, palestras, trabalho em equipe, consultas alternadas médico e enfermeiro, foram citados como parte do pré-natal e como fator de qualidade:

“[...] palestras com principalmente as populações mais jovens no sentido de planejar a gravidez e aproveitar e aborda a prevenção de DSTs... pré-natal da nossa unidade muito bem feito [...] a puericultura palestra sobre prevenções de acidentes, [...]” (PS1)

“[...] o grupo de gestante... foca muito nas vacinas, nos hábitos de higiene, desde tudo relacionado aos cuidados da criança, até um ano e 3 meses, [...]” (PS2)

“Eu faço o pré-natal com o médico, um mês ela consulta com o médico, outro mês comigo, eu faço visita puerperal, eu auxilio na questão da amamentação, porque eu observo que as mulheres têm dificuldade de amamentar e isto também é uma causa da mortalidade.”(PS11)

“Assim acompanhamento integral do paciente, desde a gestante, a gente sempre faz grupos aqui mensal de puericultura e de pré-natal, a gente sempre orienta mulheres que estão querendo engravidar, nos procurar antes de estar grávida, pra gente fazer

o aconselhamento, olhar a questão de vacina, olhar de exames, e as mulheres que já chegam grávidas a gente dá o máximo de assistência.” (PS8)

Vale ressaltar que na atenção primária as ações de educação em saúde são inerentes ao processo de trabalho das equipes. Contudo, para realizar educação em saúde é necessário permitir-se compartilhar vivências, experiências, sentimentos e percepções e, ainda, perceber a criança como um ser único, em processo de crescimento, desenvolvimento e descoberta do mundo e das relações com o outro, situação vivenciada durante o grupo de gestantes, nas visitas ao lar, nas consultas de puericultura e em outros momentos (XIMENES NETO et al., 2011).

Os processos de trabalho na atenção primária, a educação em saúde e outros fatores como a falta de recurso material e de tempo foram citados como fatores de fragilidades na atenção à gestante e a criança:

“Acho que ter um tempo maior com esta gestante, a gente sabe que o volume de atendimentos aqui é grande.” (PS16)

“[...]faltar as coisas, se a gente vai fazer um projeto de educação em saúde, tudo isto tem que sair da gente com recurso nosso, [...]” (PS11)

A organização da agenda de trabalho priorizando o atendimento à gestante e criança faz parte do planejamento da unidade de saúde, devendo ser estruturado de forma a disponibilizar o tempo necessário para essas atividades. Quanto ao material, é função da gestão a manutenção das unidades provendo material e pessoal necessário, conforme citado na PNAB 2017 (BRASIL, 2017d).

Em relação à puericultura, alguns profissionais a cita como ações planejadas e executadas, essas são fundamentais na atenção à saúde da criança:

“É primeiro a educação em saúde, orientar desde a escola, até aqui dentro da unidade, em alguma área do bairro, é... a puericultura, a busca ativa pelas crianças, a gente tem arquivo[...]” (PS20).

“Então o que a gente faz aqui dentro, nós temos a oferta de testes rápidos, nós temos uma comunicação muito boa entre médico e enfermeiro, da equipe de um modo geral, busca ativa, as agentes de saúde já têm uma sensibilização maior pra isto, participo dos treinamentos, os médicos vão a todos os treinamentos, as gestantes participam dos grupos, a gente consegue uma comunicação boa com a saúde bucal, [...]” (PS14)

“Consulta de pré-natal, grupo de gestante, as vezes faz o grupo de criança, faço consulta de puericultura e passa pelo pediatra, aqui tem pediatra também.” (PS6)

“Então, puericultura a tempo e a hora, pré-natal de qualidade, visita puerperal e a primeira consulta que é feita até no 5º dia, [...]” (PS12)

A puericultura está inserida na atenção primária para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. Inicia-se na maternidade e tem sua continuidade de cuidado na atenção primária à saúde, mediante consultas de rotina, conforme calendário de puericultura previsto no planejamento da unidade e sugerido no caderno de atenção à criança, pressupondo ações de promoção, de proteção, de detecção precoce, de atendimento e de reabilitação de alterações que possam repercutir em sua vida futura (BRASIL, 2015a).

Abel e Ferrari (2008) descrevem que a puericultura tem comprovado efeito na redução da mortalidade infantil, dentre as quais a atenção ao recém-nascido, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, a imunização, a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, visando aumentar a capacidade de resolução dos serviços na atenção à criança.

Após apresentar as ações que estão realizando que impactam na mortalidade infantil, foi questionado, na percepção dos profissionais, o que ainda falta ser implementado. Muita coisa foi levantada, como: capacitação, estrutura física e insumos materiais, trabalho em equipe, discussão e apresentação dos dados e outros que já discutidos anteriormente, conforme se comprova:

“Eu acho que o que está precisando é a equipe toda mobilizar mesmo, pra poder capacitar, na verdade fazer uma educação em saúde para estas mulheres, porque fica ainda a desejar de um ou outro profissional, geralmente é o enfermeiro, o nutricionista que está sempre falando e os outros profissionais ficam mais lá perto, e o vacinador também ele ajuda bastante.” (PS2)

“[...] programa de educação da população em geral sobre o assunto, seria interessante, para poder aumentar a vontade deles em aderir a prevenção, [...]” (PS7)

“Eu acho que muita coisa poderia melhorar, eu acho que questão de políticas mesmo, divulgação, propagandas, eu acho que seria trabalhos efetivos nas escolas para poder começar, nas creches [...]” (PS3)

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com esse princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras (BRASIL, 1990).

Em relação ao fornecimento de orientações, Tomasi et al. (2017), em estudo que avaliou a assistência pré-natal nas unidades básicas do Brasil, afirmam que tais ações não implicam custos para o SUS, sendo unicamente dependentes das atitudes dos profissionais. E aponta

alguns motivos que inviabilizam a realização dessas ações, como: escassa formação dos profissionais de saúde para fazer educação em saúde, afetando não somente o baixo fornecimento mas também a qualidade das orientações prestadas, falta de tempo durante a jornada de trabalho.

Outra coisa relevante a ser registrada é a necessidade da divulgação e discussão dos dados de mortalidade na atenção primária:

“Mas eu acho realmente, igual eu não sabia o dado, acho que não é muito debatido assim, não tem muita coisa sobre isto[...].” (PS5)

“Eu acharia legal o comitê sair dessas reuniões só num lugar, e começar a fazer estas reuniões cada mês num [...]”. (PS9)

“[...]se esses profissionais tivesse uma sensibilização maior de participar das reuniões dos comitês, talvez a gente conseguiria ter um resultado melhor, porque quando você vai pra lá você vê uma fragilidade que talvez você comete sem perceber, e que dá errado, de modo geral eu enxergo isto.” (PS14)

A maior proximidade entre o comitê e a atenção primária, a divulgação das informações, o sentido de pertencimento dos profissionais de saúde da atenção primária com o comitê e a vigilância em saúde são fatores primordiais para planejar uma assistência efetiva. Esse monitoramento deve ocorrer em todos os âmbitos da atenção à saúde, mas os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, que fazem parte do sistema de vigilância epidemiológica e constituem um instrumento governamental e de controle social, são os principais responsáveis em mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o monitoramento destes óbitos, na busca de soluções para os mesmos (CARNEIRO, 2012). O CPMMIF precisa ter iniciativa e mudar esta realidade percebida por gestores e profissionais de saúde atores deste estudo.

O planejamento familiar foi pouco lembrado, tanto como ação realizada ou como ação a ser melhor trabalhada, apesar de ser fundamental na redução do óbito infantil:

“[...]planejamento familiar melhor. [...]fazer são estes grupos operacionais funcionar.” (PS9)

“[...] a gente tem que trabalhar questões de prevenção desta gestação, porque uma gestação não planejada, que tem risco grande, numa adolescente, numa mulher que a gente sabe que vai abortar essa criança, então se você tem grupos que evite que a mulher engravide,[...]” (PS16)

Vieira et al. (2015), amparado no documento da ONU, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que propõe o comprometimento de acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas

mortes evitáveis antes de 2030, destacam que é preciso empenhar na garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive, planejamento familiar.

Rocha et al. (2011) e Campos (2014) afirmam que para reduzir a mortalidade infantil é preciso consolidar a organização da atenção perinatal, compreendida em sua dimensão ampla, desde a saúde integral, preconcepção até o planejamento familiar. A disponibilidade de ações eficazes com o acompanhamento ginecológico e o planejamento familiar tornam-se importantes elementos para prevenção de óbitos infantis.

É preciso compreender que a prevenção da mortalidade infantil deve ocorrer mesmo antes da gestação, com um planejamento familiar eficaz, no qual o casal pode ser avaliado e aconselhado para a concepção.

Destacamos, ainda, a participação da comunidade como condição importante ao atendimento da saúde da mulher e da criança. Nas transformações dos modelos de atenção, a participação social é apresentada como elemento essencial da APS. O envolvimento da comunidade se constitui em elemento importante para consolidação da ESF, bem como para viabilizar a democratização do SUS. A participação social é atributo imprescindível da APS, por sua capacidade de construir corresponsabilidades de um fazer em saúde comprometido com o contexto e as exigências locais (BISPO; MARTINS, 2014).

Os entrevistados apontam sobre as dificuldades e pouca participação da comunidade em grupos, palestras e ações de prevenção:

“E o que eu não consegui, foi a comunidade aceitar esse grupo, por ser um processo que a gente discute e a pessoa não dá valor[...] então a dificuldade da adesão, da população ao projeto é a barreira que eu tenho aqui pra não acontecer ainda.” (PS9)

“A questão da mãe não aderir o pré-natal. Acontece muito da mulher descobrir a gestação com 6 meses, aí chega aqui pra gente sem fazer nada, não fez um exame, não fez nada.” (PS5)

“Ai tem a questão que todas as ações que são preventivas o povo ainda não gosta. Comparecem, mas muito pouco, poderia vir muito mais, eles gostam de vir quando estão passando mal, [...]” (PS6)

Os entrevistados demonstram frustrações em relação a participação da comunidade às ações de educação em saúde, no entanto, Bispo e Martins (2014) afirmam que as frustrações percebidas nas iniciativas de participação da comunidade são, em parte, decorrentes de expectativas irreais, pois ainda vivencia um modelo biomédico e utilitarista de intervenção.

As falas acima remetem a duas situações que devem fazer parte da atenção primária, e que são princípios da mesma, quais sejam, a participação social e a corresponsabilização. A

corresponsabilização está diretamente ligada ao desenvolvimento pelos profissionais de saúde da empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade das outras pessoas, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível transmite serenidade, confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade.

A medida que se reduz o número de óbito infantil, aumenta-se a complexidade das ações para o enfrentamento do evento. Conhecer a percepção dos gestores e profissionais de saúde pode dar subsídio para melhoria da atenção e construção de políticas de saúde, mesmo que este estudo tenha ocorrido de forma focal em um município de médio porte, a realidade desse não difere da maioria do país.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O óbito infantil permanece sendo um problema de saúde pública, um indicador das condições socioeconômica da população e da qualidade da assistência à saúde prestada à população. Apesar da queda na taxa de mortalidade infantil no Brasil, nas últimas décadas, por diversos fatores, esta tendência sofreu uma inversão a partir de 2017.

A taxa de mortalidade infantil no Município de Governador Valadares/MG não apresenta na série histórica uma tendência linear, mas sim uma oscilação no decorrer dos anos, entre elevações e reduções, como demonstrado no contexto do município, permanecendo um percentual considerável de óbitos evitáveis, especialmente por ações de atenção à mulher na gestação, parto e puerpério e ao recém-nascido.

O estudo demonstrou que pouco se discute, tanto no âmbito da gestão da atenção primária quanto nas unidades de saúde, sobre o óbito infantil. Não se trabalha o indicador, as causas e as formas de prevenir novos óbitos. Gestores e profissionais de saúde apontam não conhecer as taxas, que esta não é uma discussão frequente entre eles, que referido assunto é comum no cotidiano da epidemiologia e dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, afirmam, ainda, que os dados não são frequentemente divulgados por quem os constrói e fazem a vigilância.

A atenção primária em saúde com seus princípios organizativos de acessibilidade, coordenação, vínculo e continuidade do cuidado mostra-se distante de um evento que deveria ser trabalhado enfaticamente, já que a taxa de mortalidade infantil é um indicador da qualidade de vida de uma população e também da efetividade da assistência de saúde prestada a esta população.

Gestores e profissionais de saúde apontam a capacitação, o pré-natal de qualidade, puericultura, educação em saúde, descentralização da Benzetacil para o controle da sífilis, como ações importantes na redução do óbito infantil, porém, afirmam que há necessidade de melhorar estas ações e às vezes questionam se a qualidade destas ações desenvolvidas na atenção primária está sendo suficientes para impactar na redução do óbito infantil.

As políticas públicas voltadas ao público materno-infantil foram citadas de forma superficial, mostrando desconhecimento, em especial pelos profissionais da atenção primária, sobre o que é política pública e qual a atribuição destes profissionais em transformar essas políticas em ações e em buscar propor novas políticas públicas a partir da realidade local.

Fica evidente nas respostas que assim como não têm conhecimento das taxas de óbito infantil e seus desdobramentos, também se têm dificuldades em relacionar os determinantes

para o declínio da mortalidade infantil, ficando repetitivo que as ações necessárias são os pré-natais de qualidade e o que eles afirmam fazer, relatando, ao mesmo tempo, a necessidade de capacitação sobre o tema, puericultura, enfatizando as ações do quinto dia, bem como a visita puerperal precoce. Contudo, relatam dificuldades para realizar essas ações, como falta de adesão da população e necessidade de treinamento em puericultura.

A adesão da comunidade nas ações de prevenção e grupos operativos são relatadas como fator dificultador na redução do óbito infantil, na qualidade do pré-natal, na detecção e na intervenção precoce em eventos que possam desencadear o óbito infantil. A corresponsabilização da população é fundamental, para que ações de promoção à saúde e prevenção de doença tenham êxito, no entanto, isso não é observado nas unidades básicas. Porém, como anteriormente relatado, a corresponsabilização está diretamente ligada com a criação de vínculo da população com a equipe, e para essa acontecer é necessário o desenvolvimento de empatia por parte dos profissionais.

O estudo evidenciou que os gestores da atenção primária percebem a mortalidade infantil como um indicador importante, que não está inserido nas discussões do cotidiano deles. A realidade de estudo e discussão deste indicador é de responsabilidade principalmente do Departamento de Vigilância em Saúde e do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno Infantil e Fetal, que os dados não chegam com frequência até eles e por isso não há muita discussão e intervenções sobre o mesmo. Reconhecem a importância da participação da atenção primária mais efetivamente no comitê e da necessidade de trabalhar juntos, e que a comunicação entre os setores precisa ser mais efetiva e rotineira. Ainda, destacam a importância da implementação da atenção à saúde da mulher e da criança em todos os aspectos e que essas ações na atenção primária são fundamentais na redução da mortalidade desta parcela da população.

Os profissionais de saúde percebem a mortalidade infantil como um evento que está distante deles, que não acontece na área adscrita da equipe na qual estão inseridos e por isso não ocorre com frequência a discussão deste evento. Sabem descrever ações que executam que consideram importantes para a redução do óbito infantil e reconhecem que algumas precisam ser melhor trabalhadas, que necessitam de estudar o assunto, aprimorando o conhecimento.

Percebe-se, então, que existe um distanciamento entre a vigilância epidemiológica e a atenção primária em relação à divulgação e à discussão do óbito infantil, que esse distanciamento leva os gestores e profissionais de saúde não trabalhar este indicador de forma mais eficaz para o fortalecimento da assistência materno-infantil.

Entende-se que existe um reconhecimento da necessidade de investimento no processo de educação permanente em saúde e capacitação que envolva processos avaliativos e reflexivos na atenção à saúde materno-infantil. Entretanto esse conhecimento não se dá baseado em informação e estudo do indicador, mas de forma empírica.

Mostra-se necessário que o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno, Infantil e Fetal seja mais presente na atenção primária, que responsabilize em mobilizar a rede de atenção à saúde, em especial a atenção primária sobre o tema, visando à vigilância e o monitoramento destes óbitos, identificando os fatores de evitabilidade; avaliando a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e à criança, e subsidiando as políticas públicas para elaborar propostas de medidas de intervenção factíveis na redução destes óbitos.

Este estudo apresenta como limitações, o pouco conhecimento dos entrevistados sobre o assunto, o que levou a entrevistas pouco densas e com pouco envolvimento. A presença do pesquisador conhecido por grande parte dos entrevistados levando ao medo de responder errado, a falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas por não se tratar de um tema do cotidiano.

REFERÊNCIAS¹

- ABEL, R.; FERRARI, R. A. P. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12.4, p. 523-530, 2008. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/297>>. Acesso em: 14 out. 2019.
- ALMEIDA, M. F. B. et al. Early neonatal deaths with perinatal asphyxia in very low birth weight Brazilian infants. **Journal of Perinatology**, v. 35, n. 11, p. 954, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/23707210_Ascertaining_causes_of_neonatal_deaths_using_verbal_autopsy_Current_methods_and_challenges>. Acesso em: 21 out. 2019.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. In: **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2000. 203 p. Disponível em: < http://gephisnop.weebly.com/uploads/2/3/9/6/23969914/0_metodo_nas_ciencias_naturais_e_sociais_-_pesquisa_quantitativa_e_qualitativa.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.
- ARAÚJO, L. B. **Análise da implementação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no estado do Ceará**. 2012. 100 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará: Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: < www.uece.br/arquivos/doc_download/305-luciana-barreto-araujo>. Acesso em: 18 dez. 2019.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atención a la salud bajo la teoría de la complejidad. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.
- BEECKMAN, K.; LOUCKX, F.; PUTMAN, K. Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of late initiation of prenatal care. **Maternal and child health journal**, v. 15, n. 7, p. 1067-1075, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20661634>>. Acesso em: 21 out. 2019.
- BISPO, J. P. e MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300440&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2019.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016(a). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2019.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

BRASIL. Governador Valadares. **Relatório Anual de Mortalidade Materno-Infantil**. Governador Valadares: Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materno-Infantil. 2017(a). Disponível em: Departamento de Vigilância em Saúde, rua Israel Pinheiro, nº 1600, Centro Governador Valadares, Minas Gerais. Acesso em: 13 mar. 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Governador Valadares** 2017(b). Disponível em: <www.ibge.br> Acesso em: 31 mai. 2019.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. 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, 20 set. 1990; Seção 1. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/549956/publicacao/15808140>>. Acesso em: 21 set. 2019.

_____. Ministério da Educação (MEC). **Documento de Área – Área 22: Saúde Coletiva**. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diretoria de Avaliação (DAV). 2019. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/Documento_de_%C3%A1rea_2019/SAUDE_COLETIVA.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 17 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**, 2017(e) Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pesquisa/39/30279?ano=2017>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a). Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>> Acesso em: 27 mar. 2019.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2004(b). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf> Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(c). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. DF. 2006(b). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>
Acesso em: 18 jan. 2019

BRASIL. Secretaria de saúde de Minas Gerais - Portal de vigilância em saúde. **SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, 2019**. Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/tag/sinasc/>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006(a), Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 26 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009. **Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009(b). Disponível em:<http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_10_2010_11.16.43.65b95c61d58a83838c56077c9465aae5.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015c. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2015; 6 ago. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 27 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009(a). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf> Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(b). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf> Acesso em: 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. 2011(a). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816>. Acesso em: 21 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(a). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em**

Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015(b). Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20brasil.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017(d). Disponível em: <

<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

_____. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017(c). Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/10_Portaria_de_Consolidacao_n_2_2017_Contratualizacao_COSEMS.pdf> Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES/MG nº. 5.016 de 18 de novembro de 2015**. 2015(a). Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/imagens/2015RESOLUCAO-SES-MG-N-516.PDF>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. **Resolução CNS 580/2018**: Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2018, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

_____. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581>. Acesso em: 17 out. 2019.

CALDAS, A. D. R. et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00046516, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000705007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 nov. 2019.

CAMPOS, D. A. Identificação das causas evitáveis, que levaram à mortalidade fetal e de crianças menores de um ano no município de Angelândia-MG em 2013.2014. 31p. **Especialização saúde da Família**. UFMG 2017.

CAMPOS, K. F. C. et. al. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 2, p. 132-140, 2019. Disponível em: < <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28/26>>. Acesso em: 17 dez. 2019. v 1, n.1(2), 132-140.

CARETI, C. M. **Mortalidade Infantil**: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível

em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28012016-143111/pt-br.php> >. Acesso em: 18 dez. 2019.

CARETI, C. M.; SCARPELINI, A. H. P.; FURTADO, M. C. C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.2, p. 352-60, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20321>>. Acesso em: 18 set. 2018.

CARNEIRO, S. R. L. et al. **Implantação do comitê de estudo de mortalidade infantil e materna do município de Jaboatão dos Guararapes-PE**. 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30597>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

COÊLHO, L.S. et al. Formação do enfermeiro na prevenção da hepatite B: análise de similitude e nuvens de palavras. **Rev. Pre. Infec e Saúde**. Teresina, n. 2, v.1, p. 34-40, mai, 2015. Disponível em: < <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3624><. Acesso em: 08 jan. 2020.

CUNHA, A. C. et al. Avaliação do pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil**. Recife, v. 19, n. 2, p. 447-458, junho de 2019. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292019000200447&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19 nov. 2019.

DIAS, G. R.; DE ANDRADE, F. S. Mapeamento de pontos de concentração de crianças e adolescentes em situação de risco em vilhena (RO). In: **Anais do XXVI Seminário Final do PIBIC-Ciclo 2016/2017**. 2017. Disponível em: < <http://www.ri.unir.br/jspui/handle/123456789/2344>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermeria**, v. 19, n. 1, p. 117-129, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441812011>>. Acesso em: 21 out. 2019.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009. 399 p.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500046&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2019.

FRANCO, M. L. P. **Análise do conteúdo**. Série Pesquisa. Brasília: Liber Livro. 2007. v. 6. 96 p.

GRYSCHKEK ALF, et. al. **Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo**. Saúde soc., São Paulo, n. 2, p. 689-700, Junho 2014. v. 23. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000200689&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 24 janeiro 2019

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. 1ª Edição. São Paulo, Editora Objetiva, 2015. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/houaiss/>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

JUSTINO, D. C. P. et al. Avaliação Histórica das Políticas Públicas de Saúde Infantil no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 71-88, 2019. Disponível em: < <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17946>>. Acesso em: 28 out. 2019.

LANSKY, S. et al. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 117-130, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2006000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 out. 2019.

_____. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024>. Acesso em: 27 set. 2019.

LAWN, J. E. et al. Setting research priorities to reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. **Plos medicine**, v. 8, n. 1, p. e1000389, 2011. Disponível em: < <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000389&type=printable>>. Acesso em: 19 out. 2019.

LEAL, M. C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esp/v34n5/1678-4464-esp-34-05-e00063818.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 975 p.

LUZ, L. A., AQUINO, R., MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, 2018. Edição especial 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>. Acesso em: 9 out. 2019.

MACHADO, R. N. **A coordenação municipal de atenção primária e sua importância para o desempenho das Equipes de Saúde da Família**. 2013. 36 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Uberaba, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_coordenacao_municipal_de_atencao_primaria_e_sua_importancia_para_o_desempenho_das_Equipes_de_Saude_da_Familia_/461>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MACHADO, M. N. M. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador /entrevistado**. Belo Horizonte: Com Arte, 2002. 150 p.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 765-776, 2007.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232007000300027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2019.

MARQUES, L. J. P. et al. Agreement between underlying cause and preventability of infant deaths before and after the investigation in Recife, Pernambuco State, Brazil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/323243821_Agreement_between_underlying_cause_and_preventability_of_infant_deaths_before_and_after_the_investigation_in_Recife_Pernambuco_State_Brazil_2014>. Acesso em: 19 out. 2019.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliação da vigilância do óbito infantil: estudo de caso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 4, p. 801-815, Dez. 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400801&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança**. 2018. Disponível em: <[https://weshare.unicef.org/archive/Child-Mortality-Report-2018-\(pdf\)_2AMZIFVG3LVA.html](https://weshare.unicef.org/archive/Child-Mortality-Report-2018-(pdf)_2AMZIFVG3LVA.html)>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PENNA, A. G. **Percepção e realidade: introdução ao estudo da realidade perceptiva**. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1997. 192 p.

PEREIRA, I. B.; JÚLIO C. F. L. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rev. Ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS R. A. Experiência, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ; ABRASCO, 2006. p. 13-35. Disponível em: < <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Sa%C3%BAde-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-gradua%C3%A7%C3%A3o-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2019.

PINHEIRO, J. V. O.; JUNIOR, D. N. L.; FIUZA, T. M. Análise Epidemiológica do Impacto das Ações Sociais na Mortalidade Infantil em uma População da Barra do Ceará. **Encontros Universitários da UFC**, v. 3, n. 1, 2017, p. 884.

PIZZO, L. G. P. **Mortalidade Infantil em Londrina (PR) em anos recentes: Características e Percepções de Gestores de Profissionais de Saúde**. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2010.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(13\)607151/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(13)607151/fulltext)>. Acesso em: 12 out. 2019.

ROCHA, R. et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, p. 114-120, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a19.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2019.

SALTARELLI, R. M. F. et al. Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 887-898, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000300887&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2019.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Políticas Públicas: Conceitos e Prática**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, v. 7, p. 48, 2008. Disponível em: <<http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%A9BLICAS.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 02, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.22312012>. Acesso em: 18 dez. 2019.

SOUSA, J. R. P.; NAÇÕES, M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 260-268, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004. 726 p.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 379-389, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2013.v47n2/379-389/pt/>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998. 175 p.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561656>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

VIEIRA, L. B. et al. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o compromisso social das pesquisas de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 12-13, 2015. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/53436>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré–Ceará. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 11, n. 1, p. 9-16, 2011. Disponível em: < https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol11-n1/v.11_n.1-art1.pesq-pratica-do-enfermeiro-da-estrategia-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre, 2001. 200 p.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Gestores

Nº _____

Nome _____

1. Formação _____
2. Quanto tempo exerce a função de gestor _____
3. Qual era sua atuação anterior _____
4. Em sua visão porque é importante discutir o óbito infantil?
5. Em sua opinião quais fatores, associados à APS, podem estar relacionados à mortalidade infantil no município?
6. Como avalia a taxa de mortalidade infantil no município?
7. Em sua opinião quais as políticas de saúde implantadas na Atenção primária do seu município impactam na mortalidade infantil?
8. Em sua opinião quais as políticas de saúde ainda precisam ser implantadas ou fortalecidas para redução das taxas de mortalidade infantil no município?
9. Quais as ações que você realizou que considera importante para a diminuição da mortalidade infantil?

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Profissionais de Saúde

Nº _____

Nome _____

1. Formação _____
2. Quanto tempo exerce a função nesta unidade _____
3. Qual era sua atuação anterior _____
4. Em sua visão porque é importante discutir o óbito infantil?
5. Em sua opinião quais fatores, associados à APS, podem estar relacionados à mortalidade infantil no município?
6. Como você avalia a taxa de mortalidade infantil no município?
7. Em sua opinião quais políticas de saúde implantadas na Atenção primária impactam na mortalidade infantil?
8. Em sua opinião quais as políticas de saúde ainda precisam ser implantadas ou fortalecidas para redução das taxas de mortalidade infantil no município?
9. Quais as ações que você realiza que considera importante para a diminuição da mortalidade infantil?
10. Na sua opinião o que mais poderia ser feito para diminuir a mortalidade infantil?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

1 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DA PESQUISA:

Título: MORTALIDADE INFANTIL: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança na Atenção Primária de Governador Valadares
Pesquisador Responsável: Valéria de Oliveira Ambrósio
Contato com pesquisador responsável Endereço: Rua Santo Estevão, N° 60 Vila Mariana – Governador Valadares Minas Gerais Telefone(s): (33) 991360214

2 – IDENTIFICAÇÃO INSTITUIÇÃO:

Instituição: Universidade Vale do Rio Doce – Univale
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

3 – INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL:

3.1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada MORTALIDADE INFANTIL: percepções de gestores e profissionais de saúde acerca das ações e políticas de saúde direcionadas à mulher e à criança de Governador Valadares.

3.2) A pesquisa terá como objetivo(s): Analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento do problema.

3.3) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:

3.3.1) Trata de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a coleta de dados será por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, onde você terá total liberdade para expressar. Sua participação será respondendo às perguntas de forma espontânea, podendo acrescentar informações que achar necessário para o entendimento do tema.

3.3.2) A entrevista será gravada e depois transcrita na íntegra, após a transcrição a mesma passará por você para aprovação antes da utilização na pesquisa. A entrevista será agendada e

você poderá marcar o local e horário melhor para atender a pesquisadora, sendo que esta não deve interferir no seu trabalho.

3.4) Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta que por ventura lhe causar (em) algum constrangimento.

3.5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

3.6) A sua participação na pesquisa será como voluntária, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

3.7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança de avaliação da prática profissional; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; os riscos para a instituição são a violação dos termos da pesquisa, ações que levam a denegrir a imagem da instituição.

3.8) Ao encontro de possíveis riscos e desconfortos, serão realizadas medidas que minimizem tais, como: respeitar a sua vontade em responder ou não determinada pergunta, criar um ambiente calmo e confortável. Direito a leitura e retificação da entrevista após transcrição, antes do seu uso na pesquisa. Será realizada uma abordagem clara, de fácil entendimento e humanizada que tragam segurança e confiança para responder ao questionário de forma fidedigna além de garantir sigilo dos entrevistados e da instituição.

Atendendo a resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 580/2018, os resultados e/ou achados da pesquisa serão comunicados às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, em especial aqueles que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;

3.9) Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de ____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D – Produtos Técnico

O mestrado profissional é um meio de articulação entre a universidade e o mundo do trabalho, auxiliando a encurtar a distância entre a produção científica e as situações adversas da sociedade. Capacitando profissionais para torná-los capazes de enfrentar ambiguidades, complexidades e dificuldades apresentadas pelo contexto real no qual a prática se desenvolve. Para isso é necessário integrar habilidades, conhecimentos, comportamentos éticos e capacidade de julgamento ao lidar com problemas não usuais em contextos diversos, contribuindo para a mudança, além de criar as bases para a qualificação de profissionais criativos, inovadores e comprometidos com as mudanças necessárias para a melhoria das condições da saúde da população brasileira. Melhorando a gestão dos serviços de saúde, otimizando os recursos existentes, viabilizando a concretização das diretrizes contidas nas políticas sociais (BRASIL, 2019).

Com esse olhar, como produto deste estudo apresentamos os resultados alcançados e os propostos a serem desenvolvidos.

1 PRODUTOS ALCANÇADOS

Reunião com a Diretora do Departamento de Atenção à Saúde e coordenadores para apresentação do projeto e sensibilização sobre o tema, oportunizando o reconhecimento da necessidade da discussão na gestão da atenção primária sobre a mortalidade infantil e a utilização das informações geradas como subsidio para a tomada de decisões, também foi realizado o levantamento dos possíveis atores que seriam a mostra deste estudo.

Apresentação e discussão dos dados de mortalidade infantil em Governador Valadares/MG com cada entrevistado pós entrevista, permitindo que os entrevistados ao tomar posse dos dados reconhecessem o óbito infantil como problema local e trouxessem a discussão do mesmo para a equipe.

2 PRODUTOS PROPOSTOS

Construção de estratégias para sistematização da apresentação e discussão dos dados da mortalidade infantil com os gestores e profissionais da atenção primária à saúde. Com o objetivo de que com o conhecimento das informações de forma clara, os gestores e profissionais tomem posse dessas para planejamento de ações, construção de políticas públicas voltadas ao

público materno-infantil e realizações de intervenções específicas para a redução da mortalidade infantil.

Formalização de sugestão de realização pelo Comitê de Prevenção de Mortalidade Materno Infantil e Fetal (CPMMIF) do geoprocessamento dos óbitos infantis semestralmente e apresentação desse em reunião para a atenção primária e gestores municipais. Objetivando o reconhecimento da região de saúde onde ocorre o óbito, permitindo realização de intervenção específica para o local da ocorrência.

Construir dentro do portal da saúde um link onde disponibilize os relatórios semestrais e anuais do CPMMIF para acesso universal.

Encaminhamento em reunião do CPMMIF para realização de reuniões itinerantes, de forma a atender todas as regiões de saúde do município. Com o objetivo de aproximação do Comitê e da realidade da mortalidade infantil no município com as equipes de saúde.

Apresentação dos resultados da pesquisa em reunião ordinária do departamento de Atenção à Saúde, preservando o nome dos participantes e das Unidades de Estratégias de saúde onde aconteceram o estudo. Exposição das propostas de intervenção para as lacunas identificadas.

Objetivo promover discussão sobre o tema, possibilitar que os profissionais que estão diretamente ligados a assistência materno-infantil se identifiquem com o tema e o reconheça como problema de saúde pública da sua área adscrita e atender a resolução CNS 580/18, em seu artigo 9º que cita “dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo”.

ANEXO A – Solicitação de Autorização da Instituição para realização de pesquisa

À Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares/Minas Gerais

Eu Valeria de Oliveira Ambrósio, cursando Mestrado Profissional em Gestão de Serviço de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais, solicito autorização para realização da pesquisa, intitulada **MORTALIDADE INFANTIL: percepções de gestores e profissionais acerca das ações e políticas de saúde direcionada à mulher e à criança de Governador Valadares**, com o objetivo de: Analisar os óbitos infantis em Governador Valadares nos últimos 5 anos, além da percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento do problema.

A pesquisa será realizada com coleta de dados em duas técnicas, sendo a primeira documental, onde serão utilizados os dados do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, infantil e fetal, os relatórios de gestão e no segundo momento serão entrevistados gestores e profissionais da atenção primária. Declaro que será mantido sigilo e não identificação dos profissionais/usuário do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas; a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme Resolução 466/12 e suas atualizações.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do responsável pela instituição

ANEXO B – Declaração de Autorização da Instituição para realização de pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NUCLEO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

DECLARAÇÃO

Eu, **CARMEM RITA AUGUSTO**, na qualidade de Diretora do Departamento de Atenção à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada **“MORTALIDADE INFANTIL: contribuições e percepções de gestores e profissionais de saúde acerca das ações e políticas de saúde direcionadas a mulher e a criança na Atenção Primária à Saúde”**, nas Estratégias de Saúde da Família, no Município de Governador Valadares a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Valéria de Oliveira Ambrósio** e **DECLARO** que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da coleta de dados para a referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFMG para a referida pesquisa.

Governador Valadares, 05 de fevereiro de 2019.



CARMEM RITA AUGUSTO

Diretora Departamento de Atenção à Saúde

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MORTALIDADE INFANTIL: contribuições e percepções de gestores e profissionais de saúde acerca das ações e políticas de saúde direcionadas à mulher e à criança na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Valeria de Oliveira Ambrósio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07833019.9.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.403.792

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um mestrado profissional em Gestão de Serviço de Saúde/UFMG. O estudo proposto é qualitativo descritivo (estudo de caso) sobre as contribuições e/ou percepções de gestores e profissionais de saúde em relação à redução da mortalidade infantil decorrente de ações e políticas direcionadas a população materno-infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo conhecer as contribuições e ou percepções de gestores e profissionais de saúde em relação à redução da mortalidade infantil decorrente das ações e políticas de saúde direcionadas à população materno-infantil em Governador Valadares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentou devidamente claro, em todos os documentos, os Riscos e Benefícios da pesquisa para o participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente tendo em vista a incidência de mortalidade infantil na região de Governador Valadares.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02

Bairro: Universitário

CEP: 35.020-220

UF: MG

Município: GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (11)1111-1111

Fax: (33)3279-5543

E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 3.403.792

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos necessários devidamente assinados e datados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

Este Comitê, em reunião ordinária, acompanha o Parecer do relator e considera o projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	29/04/2019 16:53:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/04/2019 16:51:57	Valeria de Oliveira Ambrósio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/04/2019 16:49:26	Valeria de Oliveira Ambrósio	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	17/04/2019 08:25:59		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	SMS.pdf	17/04/2019 08:25:54	Valeria de Oliveira Ambrósio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SMS.pdf	17/04/2019 08:24:40	Valeria de Oliveira Ambrósio	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1288001.pdf	09/02/2019 08:49:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_ESCLARECIDO.pdf	09/02/2019 08:46:26	Valeria de Oliveira Ambrósio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	09/02/2019 08:46:14	Valeria de Oliveira Ambrósio	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/02/2019 08:45:44	Valeria de Oliveira Ambrósio	Aceito

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02

Bairro: Universitário

CEP: 35.020-220

UF: MG

Município: GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (11)1111-1111

Fax: (33)3279-5543

E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 3.403.792

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 20 de Junho de 2019

Assinado por:

Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02

Bairro: Universitário

CEP: 35.020-220

UF: MG

Município: GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (11)1111-1111

Fax: (33)3279-5543

E-mail: cep@univale.br