



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Letícia Alves Rodrigues

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE
ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E INFANTIS EM UMA REGIÃO DE
SAÚDE DE MINAS GERAIS, BRASIL**

Belo Horizonte

2016

Letícia Alves Rodrigues

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE
ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E INFANTIS EM UMA REGIÃO DE
SAÚDE DE MINAS GERAIS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Controle de Agravos à Saúde

Orientador: Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta

Co-orientadora: Profa. Dra. Eunice Francisca Martins

Belo Horizonte

2016

Rodrigues, Leticia Alves.
R696a Avaliação do processo de investigação e análise de óbitos maternos, fetais e infantis em uma região de saúde de Minas Gerais, Brasil [manuscrito]. / Leticia Alves Rodrigues. - - Belo Horizonte: 2016. 113f.: il.
Orientador: Adriano Marçal Pimenta.
Coorientador: Eunice Francisca Martins.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Avaliação em Saúde. 2. Mortalidade Infantil. 3. Mortalidade Materna. 4. Mortalidade Perinatal. 5. Vigilância em Saúde Pública. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Pimenta, Adriano Marçal. II. Martins, Eunice Francisca. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 900

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 502 (QUINHENTOS E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LETÍCIA ALVES RODRIGUES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 18 (dezoito) dias do mês de abril de dois mil e dezesseis, às 13:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "AVALIAÇÃO DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E INFANTIS EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS, BRASIL", da aluna **Leticia Alves Rodrigues**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Adriano Marçal Pimenta (orientador), Eunice Francisca Martins (coorientadora), Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar e Deborah Carvalho Malta, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de abril de 2016.

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta
Orientador (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Eunice Francisca Martins
(Coorientadora)

Profª. Drª. Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
(Fac. de Medicina/UFMG)

Profª. Drª. Deborah Carvalho Malta
(Esc. Enf./UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião de CPEI
dia 02 / 05 / 2016

Profª. Dra. Andréa Gazzinelli
Sub-Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Dedico este trabalho *aos meus pais, Wellington e Vera*, por serem meu maior e melhor exemplo na vida, guiando minha conduta e valores. Por incentivarem desde sempre a minha formação, permitindo que eu chegasse onde estou. E por apoiarem de forma irrestrita todas as minhas escolhas, estando sempre ao meu lado. A eles devo todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Vera e Wellington**, pelo exemplo, incentivo, apoio e amor. Sem eles nada disso seria possível.

Aos meus irmãos, **Leonardo e Lucas**, pelo apoio e companheirismo. Nesta conquista agradeço especialmente ao Lucas, que caminhou comigo fazendo seu mestrado no mesmo período, tornando o processo mais tranquilo e agradável.

Ao meu amor, **Paulo**, pelo incentivo, por vibrar comigo a cada conquista, pela paciência nos momentos mais tensos e pelo carinho e amor.

Aos meus **familiares e amigos**, que estiveram sempre ao meu lado, fazendo da caminhada um percurso sempre alegre e prazeroso.

Aos meus orientadores, **Prof. Dr. Adriano Pimenta e Profa. Dra. Eunice Martins**, por acreditarem na minha proposta, por contribuírem de forma pioneira para minha formação com todo o seu conhecimento e experiência, por serem verdadeiros parceiros e pela atitude sempre respeitosa. A Profa. Eunice, juntamente com a **Profa. Dra. Edna Rezende**, à qual também sou muito grata, foram as que me incentivaram a retomar o meu sonho de ingressar no Mestrado, estudando aquilo que me move no trabalho há 8 anos.

Aos **Secretários de Saúde e referências técnicas da Vigilância da Mortalidade dos municípios estudados**, que sempre foram parceiros no trabalho e, ao aceitarem participar deste estudo, contribuíram para minha formação e para o trabalho em busca da redução da mortalidade materna, fetal e infantil.

À **Débora e Rojane**, da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, pelo incentivo e por terem, desde o início, me oferecido todo o apoio para que eu pudesse concluir o mestrado conciliando com minhas atividades no trabalho.

Às colegas **Amanda, Carina e Gabriela**, por todo o esforço e dedicação na coleta de dados do estudo, viajando para cerca de 30 municípios. O trabalho ágil e de qualidade foi essencial para que concluíssemos a coleta em tempo hábil. Um agradecimento especial à Carina, que continuou contribuindo com a construção e análise de consistência do bando de dados, pelo trabalho cuidadoso e eficiente.

À parceira **Izabella R. Dutra Silva**, hoje Doutora pela Escola de Enfermagem, por contribuir de forma tão generosa com este trabalho, nos apresentando o instrumento de coleta de dados de seu estudo, que foi utilizado como base para o nosso instrumento.

À **Profa. Dra. Regina Aguiar**, da Faculdade de Medicina da UFMG, **Dra. Sonia Bittencourt**, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, **Simone e Eliane**, da

Comissão Perinatal de Belo Horizonte, por, também de forma extremamente generosa, aceitarem participar do estudo como validadoras do instrumento de coleta de dados, contribuindo com todo seu conhecimento.

À equipe de orientandos do Prof. Adriano (**Aline, Carina, Cinthia, Lucas, Luís e Natália**), que mesmo tendo convivido por tão pouco tempo, mostraram sempre ser pessoas extremamente generosas e competentes.

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A mágica presença das estrelas!*

Mário Quintana

RODRIGUES, Letícia Alves. **Avaliação do Processo de Investigação e Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis em uma Região de Saúde de Minas Gerais, Brasil**. 2016. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

RESUMO

Introdução: A redução da mortalidade materna, fetal e infantil é uma prioridade internacional e nacional devido ao alto potencial de evitabilidade desses óbitos. A vigilância de óbitos e a implantação dos Comitês de Prevenção de Óbitos se configuram como importantes mecanismos para o alcance deste objetivo. Na Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS/BH), que incorpora 39 municípios de Minas Gerais, os indicadores de mortalidade materna, perinatal e infantil ainda podem ser melhorados e a vigilância e os Comitês de Prevenção de Óbitos encontram-se em estágios diversos de estruturação e organização. **Objetivo:** Avaliar a Vigilância de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis e os Comitês de Prevenção de Óbitos nos municípios da SRS/BH em relação à estrutura, aos processos e aos resultados. **Métodos:** Trata-se de estudo ecológico descritivo. Para avaliar a vigilância e os comitês municipais, foi utilizado um questionário validado, aplicado às referências técnicas municipais nestas ações. Os municípios foram avaliados e classificados quanto à adequação às normas do Ministério da Saúde nas áreas componentes dos domínios Estrutura, Processo e Resultado. A análise descritiva destas variáveis de adequação nas áreas e domínios foi realizada por categorias de porte populacional e tipo de gestão dos municípios estudados. **Resultados:** Do total de 38 municípios estudados, somente 5,3% foram classificados como adequados em sua estrutura e 8,4% adequados com relação ao processo. Já no domínio Resultado, 27,8% dos municípios estavam adequados. Na avaliação detalhada por área, observou-se que, de modo geral, os municípios de grande porte e de Gestão Plena do Sistema Municipal apresentaram melhores percentuais de adequação. **Conclusões:** A avaliação realizada permitiu identificar que a vigilância de óbitos e os Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis nos municípios da SRS/BH apresentam-se, de forma geral, com inadequações. As heterogeneidades dos municípios quanto ao porte populacional e tipo de gestão precisam ser reconhecidas para melhor atuação na vigilância e nos Comitês. Estudos são necessários para avaliar o impacto da estratégia de vigilância de óbitos proposta no Brasil na redução da mortalidade.

Descritores: Avaliação em Saúde; Mortalidade Infantil; Mortalidade Materna; Mortalidade Perinatal; Vigilância em Saúde Pública

RODRIGUES, Leticia Alves. **Assessment of Investigation and Analysis Processes of Maternal, Infant Deaths and Stillbirths in a Health Region of Minas Gerais, Brazil.** 2016. 113f. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

ABSTRACT

Introduction: Reducing stillbirths and mortality in mothers and infants is a national and international priority due to the high potential preventability of these deaths. Mortality surveillance and the implantation of Committees for the Prevention of Mortality are an important mechanism to reach this target. In the State of Minas Gerais, Brazil, the Regional Health Superintendence of Belo Horizonte incorporates 39 municipalities in which indicators of maternal, infant, and perinatal mortality can stand to be further improved; surveillance and these Committees are in various stages of structuring and organization. **Objective:** To evaluate the structure, process, and outcomes of mortality surveillance and the Committees for the Prevention of Stillbirths, Infant and Maternal Mortality in the municipalities of the Regional Health Superintendence of Belo Horizonte. **Methods:** This is an ecological descriptive study. A validated questionnaire was applied to the municipal technical references to assess surveillance of stillbirths, maternal, and infant mortality and the municipal committees. Municipalities were evaluated and classified according to their appropriation to the standard of the Health Ministry in the component areas of Structure, Process, and Outcome domains. The descriptive analysis of these appropriation variables, in the areas and domains, was performed by population size and management type categories of the municipalities. **Results:** From the 38 municipalities analyzed, only 5.3% had their Committees' structures classified as appropriate and 8.4% were appropriate concerning its process. In Result domain, 27.8% of the municipalities were appropriate. In the detailed analysis of the areas, it was observed, in general, large municipalities and those with full management of the municipal system presented the best percentages of appropriation. **Conclusions:** This assessment identified mortality surveillance and the Committees for the Prevention of Stillbirths, Infant and Maternal Mortality in the municipalities of the Regional Health Superintendence are, in general, inappropriate. Municipalities' heterogeneities in population size and management type have to be recognized so surveillance and committees can better operate. Studies are necessary to analyze the impact of mortality surveillance strategy recommended in Brazil on mortality reduction.

Descriptors: Health Evaluation; Infant Mortality; Maternal Mortality; Perinatal Mortality; Public Health Surveillance

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Mapa da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, com sua divisão em Regiões de Saúde.....	34
-----------------	--	----

LISTA DE QUADROS

1	Classificação das variáveis no domínio Estrutura	40
2	Classificação das variáveis no domínio Processo	44
3	Classificação das variáveis no domínio Resultado	48

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Estrutura por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015	52
2	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Estrutura por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015	53
3	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Existência, Oficialização e Implantação dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.....	53
4	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Existência, Oficialização e Implantação dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.....	54
5	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Composição, Capacitação e RH dos CPOMFI Municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.....	55
6	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Composição, Capacitação e RH dos CPOMFI Municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015....	55
7	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Processo por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.....	56
8	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Processo por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.....	56
9	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS - protocolo, Tipo de formulário usado, Existência de cronograma e de ata de reuniões e Funcionamento/protocolo dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.....	57
10	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS - protocolo, Tipo de formulário usado, Existência de cronograma e de ata de reuniões e Funcionamento/protocolo dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.....	58
11	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Notificação, Prazo de notificação e Notificação final por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.....	59
12	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Notificação, Prazo de notificação e Notificação final por tipo de gestão dos municípios,	

	SRS/BH, 2015.....	59
13	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Investigação de óbitos de MIF, maternos e fetais/infantis, Critérios de investigação de óbitos fetais, infantis e maternos/MIF, Prazo de investigação e Investigação final por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.....	60
14	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Investigação de óbitos de MIF, maternos e fetais/infantis, Critérios de investigação de óbitos fetais, infantis e maternos/MIF, Prazo de investigação e Investigação final por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.....	61
15	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS - análise, Documentos usados para análise de óbitos e Análise/discussão dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.....	62
16	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS - análise, Documentos usados para análise de óbitos e Análise/discussão dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015....	63
17	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Resultado por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.....	64
18	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Resultado por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.....	64
19	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Classificação de evitabilidade de óbitos fetais/infantis e maternos, Critérios utilizados, Discussão e Classificação de evitabilidade final dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.....	65
20	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Classificação de evitabilidade de óbitos fetais/infantis e maternos, Critérios utilizados, Discussão e Classificação de evitabilidade final dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.....	66
21	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação do Acesso ao SIM WEB, Correção de causa do óbito, Prazo de registro e Registro no SIS dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.....	67
22	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação do Acesso ao SIM WEB, Correção de causa do óbito, Prazo de registro e Registro no SIS dos	

	CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.....	67
23	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Divulgação, Encaminhamento de relatório para a APS, hospitais e gestão municipal e Divulgação final dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.....	68
24	Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Divulgação, Encaminhamento de relatório para a APS, hospitais e gestão municipal e Divulgação final dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH , 2015.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
CPOMFI	-	Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis
DNV	-	Declaração de Nascido Vivo
DO	-	Declaração de Óbito
GPSM	-	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MIF	-	Mulher em idade fértil
MS	-	Ministério da Saúde
PNAISM	-	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
ODM	-	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
RH	-	Recursos Humanos
RMM	-	Razão de Mortalidade Materna
RN	-	Recém-nascido
SEADE	-	Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	-	Secretaria de Estado de Saúde
SES/MG	-	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIM	-	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIM WEB	-	Sistema de Informação sobre Mortalidade – Módulo de Investigação
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	-	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	-	Sistema de Informação em Saúde
SRS	-	Superintendência Regional de Saúde
SRS/BH	-	Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	-	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
3.1	Situação da mortalidade materna, fetal e infantil	20
3.2	Vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil	26
4	METODOLOGIA	34
4.1	Tipo de estudo e população	34
4.2	Instrumentos e coleta de dados	35
4.2.1	Validação de face e de conteúdo do questionário	35
4.2.2	Pré-teste e versão final do questionário	36
4.2.3	Coleta de dados	36
4.3	Variáveis do estudo	37
4.3.1	Variáveis relacionadas à Vigilância de Óbitos e CPOMFI	37
4.3.2	Porte populacional e tipo de gestão	50
4.4	Análise estatística	50
4.5	Aspectos éticos	51
5	RESULTADOS	52
5.1	Estrutura.....	52
5.2	Processo.....	56
5.3	Resultado.....	63
6	DISCUSSÃO	70
6.1	Estrutura.....	70
6.2	Processo.....	74
6.3	Resultado.....	78
6.4	Potencialidades e limitações	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXO	97
	APÊNDICES	98

1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna, da natimortalidade e da mortalidade infantil continua como desafio mundial após o ano de 2015, com o término do prazo estabelecido para o alcance das metas do Desenvolvimento do Milênio. Essas metas ainda não foram alcançadas de forma global e, assim, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) incorporam, de forma geral, essas metas (UNITED NATIONS, 2015b).

Para a redução da mortalidade, é necessário compreender quais óbitos seriam potencialmente evitáveis e as mudanças necessárias para preveni-los (BERG et al., 2005). Nessa perspectiva, a implantação de Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis (CPOMFI) é um importante mecanismo, pois estes são parte da estrutura do sistema de vigilância de óbitos e possuem como propósito principal identificar e analisar os óbitos investigados pela equipe de vigilância de óbitos para proposição de medidas preventivas (BRASIL, 2009a; 2009b). As análises empreendidas pelos comitês buscam a avaliação dos serviços de saúde, uma das condições básicas para a organização da assistência e de grande relevância na produção de informações para a melhoria das intervenções. Essa avaliação pode realizar-se sob diferentes perspectivas e abordagens, seja pela análise do sistema de saúde como um todo por meio da cobertura dos serviços, acesso da população aos mesmos e equidade em sua oferta, pela qualidade técnica do cuidado em saúde oferecido, ou pelos resultados do próprio serviço (SILVA, 2005).

Internacionalmente, a vigilância de óbitos e avaliação da qualidade da assistência em saúde é realizada de diferentes formas, sendo comumente chamada de Revisão ou Auditoria de Óbitos. As revisões de óbitos mais bem-sucedidas são caracterizadas por três fatores culturais, a saber: liderança e responsabilidade individuais; instituições de saúde proativas e promotoras da educação como parte crucial da melhoria da qualidade dos serviços; e um ambiente político apoiador nos níveis local e nacional (LEWIS, 2014). Deste modo, a introdução bem-sucedida e continuada de um programa efetivo de auditoria da mortalidade demanda compromisso político, um sistema de saúde organizado e suporte legal, administrativo e financeiro. Isso possivelmente explica a adoção ainda limitada desta prática de auditoria em países em desenvolvimento (PEARSON et al., 2009).

O Brasil tem adotado um sistema de vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil que inclui a atuação dos Comitês de Prevenção de Óbitos. Para que o trabalho dos comitês seja desempenhado de forma satisfatória, faz-se necessário que sua implantação seja ampla,

com ação contínua, atribuições claras, infraestrutura adequada e respaldo das autoridades e instituições responsáveis pela implantação das medidas de redução da mortalidade (BRASIL, 2009a; 2009b; VENÂNCIO et al., 2010). Muitos municípios, por dificuldades diversas, não conseguem obter sucesso na implantação e implementação desse comitê, assim como das ações de vigilância dos óbitos. Estas dificuldades envolvem a não efetivação das atividades investigativas, infraestrutura insuficiente, problemas políticos, dentre outras (CECATTI et al., 2009; MACEDO et al., 2013; VENÂNCIO et al., 2010). Lewis (2014) afirma que se a abordagem de vigilância e revisão dos óbitos não for bem planejada e conduzida, com o intuito de desafiar o *status quo* e melhorar os serviços e a qualidade do cuidado prestado, pode ser contra produtiva e a tendência é o fracasso. Assim, é preciso que os comitês produzam respostas, ou seja, que os achados obtidos a partir do processo de auditoria e revisão culminem em ação, com o intuito de salvar vidas (BERG, 2012; DANIEL et al., 2011).

A auditoria de óbitos maternos e neonatais, mesmo que com bases já sólidas em outros países, ainda precisa ser melhor documentada e compreendida em seus modos de funcionamento (KONGNYUY, VAN DEN BROEK; 2009c). Embora esteja clara a importância da condução de auditorias ou revisão dos óbitos, são necessários ainda mais estudos sobre o processo envolvido na implementação da auditoria, especialmente em sistemas de saúde de países em desenvolvimento, e sobre as condições que facilitam ou dificultam a implementação e sustentabilidade destes processos.

Considerando o potencial de contribuição dos CPOMFI para a vigilância da mortalidade e as dificuldades ainda vigentes para sua operacionalização, assim como das próprias ações de vigilância, de forma peculiar em municípios de pequeno porte (DUTRA, 2015), propôs-se avaliar a estrutura e funcionamento da vigilância de óbitos e dos CPOMFI nos municípios jurisdicionados à Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS/BH), Minas Gerais. Nessa região, assim como na maioria das regiões do estado de Minas Gerais, houve redução da mortalidade materna e infantil ao longo dos anos, mas as taxas encontram-se, ainda, superiores ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A taxa de mortalidade infantil nesta região passou de 32,96 óbitos por mil nascidos vivos em 1996 para 10,64 óbitos/mil nascidos vivos em 2013. No mesmo período, a taxa de mortalidade perinatal reduziu de 39,89 óbitos/mil nascimentos totais para 16,13. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) corrigida diminuiu de 50,98 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1996, para 45,87 em 2013 (DATASUS, 2015). A RMM corrigida é obtida multiplicando-se um fator de ajuste ao valor da RMM calculada com base nas estatísticas oficiais, devido à

declaração não totalmente exata das causas maternas na Declaração de Óbito (DO) (LAURENTI et al., 2004).

A região do estado de Minas Gerais estudada compreende municípios com estruturas, populações e situações de saúde extremamente diversas. Assim como em outras regiões, observa-se que estes municípios enfrentam dificuldades de várias ordens para a implantação, estruturação e funcionamento dos processos de vigilância do óbito e dos CPOMFI. Ressalta-se que a capital de Minas Gerais, Belo Horizonte, localizada nesta região, apresenta um Comitê de Prevenção de Óbitos bem estruturado e atuante. Entretanto, essa não é a realidade predominante.

Diante deste contexto, a seguinte questão foi colocada: como estão a estrutura, o processo de trabalho e os resultados da vigilância de óbitos e dos Comitês de Prevenção de Óbitos nesses municípios? Propôs-se, então, avaliar a vigilância e os comitês nos municípios da SRS/BH e classificar sua adequação aos padrões normativos técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria de Estado de Saúde (SES), nos domínios Estrutura, Processo e Resultado, que seriam, potencialmente, indicadores da qualidade dos aspectos estudados.

Este estudo se justifica, para além de avaliar a situação da vigilância da mortalidade em si, pelo fato da prática em Saúde Pública baseada em evidências científicas, como proposto por Habicht et al. (2004), ser essencial para a tomada de decisões na implantação e implementação de políticas de saúde. Assim, acredita-se que a análise realizada neste estudo permitirá construir um instrumento de avaliação para incorporação no contexto da saúde pública, visando avaliar os mecanismos de vigilância à saúde e alcançar um melhor entendimento da situação vigente, ao identificar a estrutura e a operacionalização das ações de vigilância.

Outra possível contribuição do estudo será dada à SRS/BH e à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), que apoiam técnica e administrativamente o processo de implantação e de implementação das ações de vigilância de óbitos e dos CPOMFI nos municípios. A SES atua na capacitação, assessoria técnica, definição de estratégias e acompanhamento das ações. Deste modo, o estudo poderá respaldar e contribuir para este trabalho, ao possibilitar um diagnóstico sistematizado, permitindo avaliação de forma contínua e apoio efetivo ao desenvolvimento das ações. Ressalta-se que a oferta de suporte às iniciativas e programas locais e regionais de revisão dos óbitos é essencial. Estas abordagens em menor escala podem responder mais rapidamente aos achados locais (LEWIS, 2014).

Ademais, este estudo tem caráter pioneiro na Região Metropolitana de Belo Horizonte e poderá estimular a expansão desta proposta de avaliação em todo o território do Estado de Minas Gerais. Poderá gerar subsídios importantes para nortear os métodos de vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil, bem como as políticas públicas preventivas. Portanto, os resultados desta avaliação situacional da vigilância de óbitos e dos comitês na região metropolitana e circunvizinha poderão contribuir para o fortalecimento da estratégia de vigilância proposta pelo MS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Avaliar a vigilância de óbitos maternos, fetais e infantis e os Comitês de Prevenção de Óbitos nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte em relação à estrutura, aos processos e aos resultados.

2.2. Objetivos específicos

- Classificar os municípios quanto à adequação da vigilância de óbitos e dos comitês às normas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais nos domínios Estrutura, Processo e Resultado;
- Analisar a distribuição destas categorias de adequação por porte populacional e tipo de gestão dos municípios.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. Situação da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil

O ano de 2015 marca o fim do primeiro ciclo global de ações coordenadas de promoção do desenvolvimento humano e social no novo milênio. Este ciclo começou na Declaração do Milênio em 2000 (UNITED NATIONS, 2000) e, desde então, os governos dos países signatários; as Nações Unidas e agências especializadas; a sociedade civil e diversos parceiros em todo o mundo mobilizaram um esforço sem precedentes para atingir as oito metas globais estabelecidas (UNITED NATIONS, 2014). A iniciativa dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) utilizou como base o ano de 1990, e as prioridades incluíam a melhoria da saúde materna e reprodutiva, assim como da saúde das crianças. O Objetivo número 4 teve como meta a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2015. E o quinto objetivo a redução da RMM global em 75% com relação ao nível observado em 1990, assim como a oferta de acesso universal à assistência em saúde reprodutiva (UNITED NATIONS, 2014).

Os quatro pilares que suportam as estratégias para alcance dos ODM 4 e 5 são (1) acesso ao planejamento familiar, (2) assistência qualificada na gestação e parto, (3) assistência obstétrica de emergência para complicações maternas e do neonato e (4) cuidados pós-natais para mãe e bebê. A qualidade da assistência é um requisito crucial para todos esses quatro pilares (BULLOUGH et al., 2005; WHO, 2005).

Para se alcançar o quinto ODM seria necessário reduzir a RMM, que é o número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, em 5,5% anualmente. Entretanto, os resultados mostram uma redução anual inferior a 1%. De acordo com o Relatório dos ODM 2015, elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), houve redução de 45% na RMM de 1990 a 2013, sendo a maior parte desta redução a partir de 2000 (UNITED NATIONS, 2015a). A meta não foi alcançada globalmente no fechamento do período, em 2015. O alcance do ODM relacionado à saúde materna requer não somente o aumento da cobertura e acesso às intervenções de saúde essenciais, como também a melhoria da qualidade do cuidado em saúde (VAN DEN BROEK, GRAHAM; 2009). O mesmo relatório da ONU sobre os ODM concluiu que a falta de informações de saúde básicas, especificamente aquelas sobre nascimentos e óbitos, dificultam a formulação de políticas públicas efetivas (UNITED NATIONS, 2015a).

Ainda de acordo com o Relatório dos ODM 2015, o primeiro dia, primeira semana e primeiro mês de vida são os mais críticos para a sobrevivência de crianças. Entre 1990 e 2015, no mundo, a taxa de mortalidade neonatal caiu de 33 para 19 óbitos por 1000 nascidos

vivos. Em todo o mundo, o que se observa é um aumento da proporção de óbitos de crianças com menos de 5 anos ocorridos no período neonatal. Deste modo, apesar da redução expressiva da mortalidade de menores de 5 anos em algumas regiões, os resultados atuais não são suficientes para o alcance da meta (UNITED NATIONS, 2015a). A diminuição da mortalidade infantil para alcance do ODM nº 4 só pode ser alcançada, hoje, com o foco voltado para a saúde neonatal (DARMSTADT et al., 2014; UNITED NATIONS, 2015a) e sobrevivência perinatal aumentada. Alguns estudos indicam que mais da metade dos óbitos perinatais, de um modo geral, ocorrem como consequência direta da assistência ao parto não qualificada (LAWN et al., 2005; WHO, 2005).

Ainda que muitos desafios precisem ser vencidos, a diminuição pela metade dos óbitos maternos e infantis nas últimas duas décadas representa um progresso sem precedentes no mundo, e tem sido considerada “o maior sucesso da história do desenvolvimento humano” (BRYCE et al., 2013; JAMISON et al., 2013; UNITED NATIONS, 2013).

A mortalidade materna é um evento sentinela, sendo um importante indicador de saúde da população e da qualidade do cuidado em saúde oferecido à sociedade (BURCH et al., 2012; MITCHELL et al., 2014). No mundo, estima-se que ocorreram 289000 óbitos maternos em 2013. Muitos destes óbitos ocorreram nas regiões em desenvolvimento, onde a RMM é aproximadamente 14 vezes maior quando comparada à das regiões desenvolvidas (UNITED NATIONS, 2015a). Estas mortes têm sempre graves repercussões no núcleo familiar, resultando em desestruturação e desestabilização, além de causar, também, grande impacto na comunidade. A grande tragédia é que mais de 80% destes óbitos poderiam ser prevenidos ou evitados por meio de uma assistência oportuna, efetiva e acessível (KHAN et al., 2006; ROBLEDO, 2011; UNFPA, 2012; WHO, 2004; 2014; 2015).

Observa-se hoje, mundialmente, a chamada “transição obstétrica”, fenômeno de mudanças graduais experimentadas pelos países em seu progresso em direção à eliminação da mortalidade materna evitável. Este fenômeno caracteriza-se essencialmente pelo predomínio de causas obstétricas indiretas dos óbitos sobre as causas diretas; de óbitos devido a doenças não transmissíveis sobre os causados por doenças transmissíveis. Finalmente, há uma diminuição da RMM, acompanhada de predomínio do cuidado em saúde institucionalizado e, eventualmente, excesso de medicalização (SOUZA, 2013; SOUZA et al., 2014).

A maioria dos óbitos maternos é evitável, sendo hemorragia a principal causa. Outras complicações altamente prevalentes incluem infecções, doenças hipertensivas durante a gravidez e complicações do parto e do aborto inseguro (UNITED NATIONS, 2015a). Ainda que as causas clínicas dos óbitos maternos estejam bem estabelecidas, são muitos os caminhos

que podem levar estas mulheres a desenvolverem determinadas condições ou adoecerem a ponto de ir a óbito (BERG, 2012). Diversos fatores, dentre individuais, sociais e relacionados ao sistema de saúde, podem agravar a vulnerabilidade de gestantes, puérperas e, inclusive, seus bebês, às complicações e óbitos relacionados à gestação, parto e nascimento. Gestantes podem morrer porque elas mesmas ou os profissionais de saúde falharam em reconhecer sintomas indicativos de gravidade de suas doenças; por falta de acesso ao cuidado antes, no momento ou após o parto; devido a uma pobre infraestrutura dos serviços de saúde; ou porque receberam um cuidado inapropriado ou inadequado de profissionais não capacitados (BERG et al., 2005; ROBLEDO, 2011).

Os índices de mortalidade materna refletem o investimento financeiro dos governos em infraestrutura de saúde e a eficácia das políticas públicas (ROBLEDO, 2011). Evidências científicas mostram que altas taxas de mortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil estão associadas com a existência de serviços de saúde inadequados e de má qualidade (CAMPBELL et al., 2006; COSTELLO et al., 2006; DARMSTADT et al., 2005). Já um tratamento adequado e oportuno pode aumentar muito a sobrevivência destas mães e seus bebês. Planejamento familiar, cuidado pré-natal, assistência ao parto de qualidade e assistência obstétrica de emergência têm sido identificadas como estratégias-chave para a redução da mortalidade materna (GILMORE, GEBREYESUS; 2012). Como em muitos países em desenvolvimento estes serviços não são universais e/ou acessíveis, a mortalidade materna mantém-se nestes locais como um problema de saúde pública sem solução (ACHEM, AGBOGHOROMA; 2014).

No Brasil, a mortalidade materna é compreendida como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. Sua redução, assim como em outros países em desenvolvimento, é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo (BRASIL, 2009a). Os resultados para o indicador RMM no país apontam valores superiores aos que deveriam ter sido alcançados de acordo com a quinta meta do milênio, mas houve um decréscimo de 55% no período de 1990-2011, passando de 141 para 64 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, desempenho melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina (BRASIL, 2014; SZWARCOWALD et al., 2014).

Os óbitos de crianças ocorridos no primeiro ano de vida são, assim como os maternos, considerados um evento-sentinela e são um excelente indicador para medir a qualidade de vida de uma população, a eficácia e o acesso aos serviços de saúde (JOBIM, AERTS; 2008). Por estarem relacionados à qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nato,

grande parte deles são considerados como eventos desnecessários ou consentidos, na medida em que muitos poderiam ter sido evitados (MANSANO et al., 2004).

As taxas de mortalidade infantil de muitos países desenvolvidos começaram a melhorar a partir do século XIX, principalmente devido a progressos significativos nas condições sociais, econômicas e sanitárias, muito mais do que nas práticas médicas. Entretanto, após o desenvolvimento das tecnologias médico-sanitárias a partir da década de 1950, estas passaram a ser fundamentais para a melhoria das condições de saúde da população, a despeito de grandes avanços socioeconômicos (BEZERRA-FILHO et al., 2007).

O momento de maior risco de morte para mulheres e bebês é o período em torno do nascimento (perinatal) (LAWN et al., 2014). A série *The Lancet* “Sobrevivência infantil”, em 2003, pontuava a importante carga da mortalidade neonatal dentre os óbitos infantis (BLACK et al., 2003). Os óbitos neonatais contribuem com uma proporção cada vez maior dos óbitos de crianças menores que 5 anos (UNITED NATIONS, 2015a; WHO, 2013) e sua diminuição tem sido mais lenta quando comparada à da mortalidade materna e de crianças menores que 5 anos e a situação é ainda pior nos países em desenvolvimento. Estes óbitos associam-se mais fortemente ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, principalmente no que tange ao atendimento durante a gestação e parto, enquanto que os pós-neonatais estão mais relacionados às condições gerais de vida da população e a outros fatores externos (LAWN et al., 2014).

No mundo, as três principais causas de óbitos neonatais são infecções, condições relacionadas ao intraparto e as relacionadas à prematuridade. Baixo peso ao nascer é o principal fator de risco em mais de 80% dos casos de óbito neonatal e aumenta o risco também de óbito pós-neonatal (LAWN et al., 2014). Se por um lado a prevenção de óbitos neonatais devido a infecções ou complicações em prematuros é muito viável (KNIPPENBERG et al., 2005), até mesmo em sistemas de saúde enfraquecidos (BHUTTA et al., 2005), soluções para os desfechos relacionados ao intraparto são mais desafiadoras e demandam melhoria da qualidade e poder de resposta do sistema de saúde em todos os níveis (LAWN et al., 2009).

Os óbitos neonatais precoces estão intimamente relacionados aos óbitos fetais, estando ambos predominantemente relacionados a eventos agudos no intraparto, principalmente em países em desenvolvimento (LAWN et al., 2005). Em tempos de foco global na questão da maternidade, com atenção e investimentos crescentes voltados para a saúde materna e infantil, os óbitos fetais continuam sendo, muitas vezes, subnotificados e excluídos como prioridade nos programas de saúde. Não há objetivos globais ou dados rotineiros sobre os pelo menos

2,65 milhões de óbitos fetais que ocorrem anualmente, 98% deles em países em desenvolvimento (BHUTTA et al., 2011; FRØEN et al., 2011; GOLDENBERG et al., 2011; LAWN et al., 2011).

As causas de óbitos fetais não são muito distintas das que levam à ocorrência de óbitos de gestantes e neonatos (BHUTTA et al., 2011). No Brasil, apesar da baixa qualidade dos registros sobre este tipo de óbito, suas causas, quando adequadamente investigadas, indicam morbidades maternas passíveis de prevenção e tratamento, sendo os principais fatores associados ao óbito fetal o pré-natal inadequado ou ausente, baixa escolaridade e morbidades maternas e história reprodutiva desfavorável (BARBEIRO et al., 2015). Deste modo, uma alta cobertura de um pacote de ações, aplicado em países prioritários, incluindo assistência obstétrica de emergência; detecção e tratamento de sífilis; detecção e manejo de doenças hipertensivas associadas à gestação, de crescimento fetal restrito e de diabetes gestacional, reduziria em milhões por ano o número de óbitos fetais, neonatais e maternos (BHUTTA et al., 2011).

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM 2013, o Brasil já atingiu a meta estabelecida nos ODM em relação às mortes de crianças com menos de 1 ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos de 1990 a 2011, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015. O decréscimo da fecundidade, melhoria das condições de habitação e ampliação do acesso à atenção à saúde contribuíram para essa queda no País. Entretanto, os patamares nacionais ainda são elevados quando comparados aos de países com características econômicas semelhantes (BRASIL, 2013). Diferenças consideráveis desse indicador persistem entre regiões, estados e municípios brasileiros, dadas as desigualdades sociais que excluem significativos contingentes populacionais do acesso a bens e serviços básicos (AQUINO et al., 2009; BARRETO, CARMO; 2007).

Para o cumprimento das metas 4 e 5 dos ODM das Nações Unidas, o Ministério da Saúde do Brasil propôs algumas políticas e programas de saúde, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004c), inserindo a questão da Saúde Materna e Infantil como prioridade na agenda de saúde do país. Ainda em 2004, o MS elaborou também o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), que reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004e). Com foco na Saúde da Criança, o Método Mãe Canguru e a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno são iniciativas que promoveram mudanças na assistência, reduzindo tempo de internação e a incidência de

infecções hospitalares em crianças (BRASIL, 2004c). Ainda com o objetivo de redução da mortalidade, em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha, buscando sistematizar e institucionalizar um modelo de atenção à saúde que possa garantir a gestantes, puérperas e crianças uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2011). E finalmente, em 2015, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, buscando integrar as diversas ações já existentes (BRASIL, 2015a).

Em Minas Gerais foi lançado, em 2003, o Programa Viva Vida, com o objetivo de sistematizar ações, com parceria entre governo e sociedade civil organizada, para a redução da mortalidade infantil e materna (MINAS GERAIS, 2006). As ações deste programa foram importantes para a redução destes óbitos no estado. No período de 2004 a 2013, observou-se, em Minas Gerais, uma redução consistente e gradativa da taxa de mortalidade infantil, que passou de 16,85 óbitos por mil nascidos vivos em 2004 para 12,15 óbitos/mil nascidos vivos em 2013. No mesmo período, a taxa de mortalidade perinatal passou de 21,54 para 17,34 óbitos/mil nascimentos totais. A razão de morte materna corrigida (LAURENTI et al., 2004), que era de 65,86 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2004, reduziu para 49,46 em 2013 (DATASUS, 2015). Apesar deste declínio observado nos últimos anos, o estado de Minas Gerais ainda não atingiu os índices considerados aceitáveis pela OMS, que seria de menos de 10 óbitos infantis para cada mil nascidos vivos e entre 10 e 20 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos.

Chega ao fim o período dos ODM e a urgente preocupação em acelerar o progresso rumo ao alcance das metas direcionou as atenções para a questão da qualidade (VAN DEN BROEK, GRAHAM; 2009). Sendo assim, é imprescindível uma avaliação profunda das causas dos óbitos e da qualidade dos serviços de saúde e processos de trabalho (BERG, 2012; D'ALTON et al., 2014). Estudos mostraram que a qualidade da assistência prestada a mães e bebês, particularmente de grupos marginalizados, é pobre em muitos países em desenvolvimento, o que contribui para os altos índices de mortalidade materna e neonatal (ALTHABE et al. 2008; FAUVEAU, DE BERNIS; 2006). A energia e recursos renovados na reta final do período dos ODM representam uma oportunidade para se acelerar o progresso rumo ao acesso universal, muitas vezes em situações de emergência, a uma assistência à saúde de alta qualidade, ofertada por profissionais de saúde capacitados, especialmente para gestantes e neonatos (KONGNYUY, VAN DEN BROEK; 2009c; VAN DEN BROEK, GRAHAM; 2009). Sucedendo e atualizando os ODM, a partir de 2015 os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) passam a orientar as políticas para a saúde das mulheres e crianças. Dentre os dezessete objetivos, destaca-se o quinto, que é alcançar a igualdade de

gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (UNITED NATIONS, 2015b). Este novo objetivo vai de encontro aos determinantes básicos da maioria das mortes maternas, perinatais e infantis evitáveis, ou seja, a interferência das desigualdades sociais e iniquidades de acesso à saúde e condições básicas de vida.

3.2. Vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil

A falta de dados confiáveis sobre nascimentos, óbitos e causas de óbitos e a necessidade de contabilizar adequadamente estes eventos para disparar o processo de redução dos índices de mortalidade evitável é uma dificuldade ainda vigente em termos globais (SETEL et al., 2007).

As dificuldades na obtenção de dados confiáveis sobre óbitos maternos geram empecilhos no monitoramento dos avanços alcançados na redução da mortalidade (GRAHAM et al., 2008; HILL et al., 2007). Para a identificação do verdadeiro número de óbitos maternos, é preciso realizar investigações específicas sobre as condições de ocorrência dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) (DENEUX-THARAUX et al., 2005). No Brasil, trabalhos dirigidos a dimensionar a mortalidade materna ainda são escassos, pois as estimativas da RMM no Brasil são afetadas pelo sub-registro de óbitos, principalmente nas áreas de pior nível socioeconômico, e pela subnotificação de causas maternas nas mortes informadas de MIF (BARROS et al., 2010).

A situação da mortalidade perinatal também não é conhecida de forma sistemática para todo o país, devido à importante subnotificação dos óbitos fetais (MARTINS, 2010). A qualidade de preenchimento da DO fetal mostra-se ainda deficiente, tanto na completude de variáveis, principalmente sociodemográficas, como na definição da causa básica (BARBEIRO et al., 2015). Estudos recomendam especificamente a inserção deste tipo de óbito nos sistemas nacionais de vigilância (GOLDENBERG et al., 2011; LAWN et al., 2011).

Estudos mostram que a morte de uma criança, especialmente uma morte evitável, configura-se como evento que deve ser desencadeador de ações para: diminuir o sub-registro de óbitos e nascimentos; melhorar a qualidade das informações sobre as causas de óbito; avaliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde; detectar falhas e, enfim, planejar e organizar intervenções voltadas para o cuidado materno-infantil, com foco na melhoria dos serviços de saúde e equipamentos, capacitação de recursos humanos e qualificação do processo de trabalho (RHODA et al., 2014; SANTANA et al., 2012). Acelerar o processo de

diminuição da mortalidade só é possível com a qualificação das informações em saúde (DARMSTADT et al., 2014), que é um dos objetivos dos sistemas de vigilância.

A vigilância de óbitos envolve a identificação e notificação de todos os casos de óbito elegíveis e coleta qualificada de dados demográficos e clínicos (KURINKZUK et al., 2014). Internacionalmente, a vigilância de óbitos e avaliação da qualidade da assistência em saúde é realizada de diferentes formas, sendo chamada de Revisão ou Auditoria. A auditoria consiste em um processo sistemático de avaliação crítica da qualidade da assistência à saúde materna e perinatal. Adota critérios baseados em evidência científica ou apresentados em protocolos e guias locais e/ou nacionais, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria (LEWIS et al., 2007; LEWIS, 2014). A auditoria da mortalidade tem como objetivo determinar causas primárias e finais dos óbitos, assim como fatores subótimos e oportunidades perdidas, para mudar o comportamento e prática dos profissionais de saúde (ALTHABE et al., 2008; JAMTVEDT et al., 2006) e qualificar a assistência. No Reino Unido, é realizada uma investigação profunda das causas e inclusive fatores pessoais, familiares e comunitários que possam ter contribuído para os óbitos (LEWIS et al., 2007).

A auditoria clínica está baseada no modelo clássico de Donabedian (1966), ou seja, seu objetivo é avaliar a qualidade do cuidado por meio da identificação de resultados indesejados (óbitos) e, a partir daí, da procura por falhas na estrutura do sistema de saúde e nos processos de assistência clínica.

A introdução do processo de auditoria como ferramenta chave para melhoria contínua da qualidade do cuidado é compreendida como prioridade absoluta para todos os países (KONGNYUY, VAN DEN BROEK; 2009c), especialmente aqueles com altos índices de mortalidade, onde assume-se que fatores relacionados a cada óbito individualmente estão difundidos e não são particulares do caso em específico. Deste modo, a correção de fatores envolvidos em um óbito tem o potencial de melhorar a qualidade do cuidado de gestantes e bebês no sistema de saúde como um todo (BURCH et al., 2012; PATTINSON et al., 2009). Uma revisão de ensaios clínicos da Cochrane sobre o tema mostrou grande impacto da auditoria nas práticas de saúde, com resultados importantes quando comparada a outras estratégias (JAMVEDT et al., 2006). Outro estudo mostrou uma forte associação do estabelecimento de um processo efetivo de auditoria com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde voltados para gestantes e redução dos indicadores de mortalidade materna, perinatal e fetal, especialmente em locais com recursos limitados (DRIFE, 2006). Em uma metanálise de sete estudos realizados em países em desenvolvimento, a auditoria da mortalidade perinatal mostrou associação com uma redução de mais de 30% dos óbitos deste

tipo. A consistência do efeito sugere que a auditoria pode ser um instrumento útil para a melhoria da qualidade e redução da mortalidade, mas só é bem-sucedida se resultar em alguma atuação que impacte na assistência em saúde (PATTINSON et al., 2009). A mesma metanálise apontou ainda que a auditoria parece ser um instrumento promissor para se lidar com atrasos e práticas de assistência subótimas. A falta de progresso em prevenir óbitos neonatais e maternos é frequentemente atribuída à necessidade de uma melhor abordagem individual dos casos no momento do nascimento.

Em 2004, a OMS publicou documento que recomendou a auditoria de óbitos maternos para a identificação de fatores a serem abordados para a prevenção de óbitos evitáveis (WHO, 2004). Esse documento apresentou cinco métodos para se conduzir uma revisão e análise estruturada dos óbitos. O primeiro método apresentado é a auditoria de óbitos baseada nos serviços de saúde, que consiste na avaliação das causas e circunstâncias dos óbitos nos serviços. Com o mesmo nível de complexidade, o segundo método é a revisão da morbidade grave (*near miss*), especialmente para gestantes e puérperas, avaliando casos em que estas mulheres sobreviveram a complicações potencialmente mortais. A terceira abordagem é a revisão de óbitos baseada na comunidade, ou autópsia verbal, que irá avaliar o impacto de fatores familiares, sociais e da comunidade nos óbitos. Assim como os dois primeiros métodos, permite uma resposta rápida. Para os óbitos perinatais, as auditorias também podem ser conduzidas no nível da comunidade ou do serviço de saúde, assim como do distrito, estado ou país.

O quarto método é a auditoria clínica baseada em critérios, também utilizada para os óbitos perinatais. É definida como uma análise objetiva, sistemática e crítica da qualidade da assistência à saúde, confrontada com critérios e padrões do que seria a melhor prática (WHO, 2004). Recomendações são traçadas e implementadas e a prática é reavaliada. Este método mostrou ser viável e efetivo em países em desenvolvimento para a avaliação e melhoria da qualidade da assistência à saúde materna e de neonatos (KONGNYUY et al., 2009a; 2009b).

O quinto e mais complexo método de abordagem é o inquérito confidencial, conduzido em larga escala e que promove uma revisão sistemática e multidisciplinar, qualitativa e quantitativa, de todos os óbitos de uma região, estado ou país, ou uma amostra representativa dos mesmos (WHO, 2004). Os achados dos inquéritos têm sido utilizados para identificar áreas dos serviços que precisam de mudança ou para o desenvolvimento de protocolos e modelos de assistência (GRAHAM, 2009; KONGNYUY et al. 2008). Este tipo de auditoria funciona melhor em locais com um sistema de saúde fortalecido, suporte das instâncias governamentais e profissionais bem informados e participativos (KURINCZUK et

al., 2014; LEWIS, 2014). Deve ser conduzida por um Comitê Local, Estadual, Regional ou Nacional de experts em Saúde Materna e Infantil (LEWIS, 2014). O Reino Unido obteve grande sucesso na implantação do inquérito confidencial de óbitos maternos e, posteriormente, neonatais, e as recomendações implementadas contribuíram em grande parte para a redução destes tipos de óbito (KURINCZUK et al., 2014; LEWIS et al., 2007). Outros países implantaram de forma bem-sucedida ou estão em processo de implantação de inquéritos confidenciais em nível nacional, similares ao sistema utilizado no Reino Unido, como Sri Lanka, Tunísia, Quênia e África do Sul (KONGNYUY, VAN DEN BROEK; 2009c; LEWIS et al., 2007).

A abordagem da revisão de óbitos dependerá de fatores como a estrutura e funcionamento do sistema de saúde, a facilidade de identificação dos casos, a carga da mortalidade e morbidade e outras circunstâncias locais (LEWIS, 2014). Se por um lado o Reino Unido obteve grande sucesso na implantação do inquérito confidencial, (KURINCZUK et al., 2014, LEWIS et al., 2007), o uso da auditoria em países em desenvolvimento, que é onde ocorrem a grande maioria destes óbitos, tem sido limitado (PATTINSON et al., 2009). Nestes países, a experiência com auditoria de mortalidade tem sido testada primeiramente no nível dos serviços de saúde e mais comumente focada em óbitos maternos, notadamente influenciada pelo Guia da OMS com os cinco métodos para revisão de óbitos (WHO, 2004). Por outro lado, a auditoria de óbitos perinatais tem sido utilizada com menos frequência nestes países, embora exista um número crescente de estratégias de avaliação de fatores evitáveis não relacionados aos serviços de saúde, e até mesmo de auditorias de mortalidade conduzidas no nível da comunidade (PATTINSON et al., 2009).

Um modelo de vigilância da mortalidade, chamado Revisão dos Óbitos, é utilizado nos Estados Unidos e possui algumas particularidades. Lá, a revisão de óbitos é realizada por Comitês de Revisão da Mortalidade Materna ou Infantil, de caráter multidisciplinar e, idealmente, ligados ao órgão de saúde pública de um estado ou grande cidade, havendo também comitês regionais. O aprimoramento da vigilância de óbitos com base em dados de saúde pública disponíveis é utilizado para a implementação destes comitês (BERG, 2012; MAIN, 2012; MITCHELL et al., 2014; WILSON et al., 2013). O manual “*How to conduct maternal death reviews: Guidelines and tools for health professionals*” contém os passos para a condução da revisão de óbitos maternos, indo desde a identificação e seleção dos membros do comitê de revisão até a produção de relatórios (DE BROUWERE et al., 2013).

No Brasil, inicialmente foram implantados Comitês Estaduais de Morte Materna, como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL,1984). Mas

foi a partir de 1987 que, de fato, se deu o desenvolvimento dos comitês de morte materna em todo o Brasil. Mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país, o Ministério da Saúde conseguiu que fossem implantados comitês estaduais de morte materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996 (BRASIL, 2009a). Também em meados da década de 90, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), com ações e metas definidas para cada estado, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos infantis. Diversas iniciativas estaduais e municipais de organização destes comitês e da investigação foram realizadas, cada uma de acordo com a realidade local, interesse e condições de operacionalização (BRASIL, 2009b).

Em anos recentes, várias iniciativas governamentais foram adotadas para ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das informações vitais, com um reconhecimento do papel fundamental da vigilância do óbito na redução da mortalidade evitável. A criação, estruturação, fortalecimento e aprimoramento das atividades desenvolvidas pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar foi incluída no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Esses comitês e a vigilância de óbitos são hoje regulamentados e apoiados por manuais normativos e portarias ministeriais que subsidiam sua implantação e funcionamento (BRASIL, 2008; 2009a; 2009b; 2010). O modelo de vigilância proposto no Brasil se assemelharia a um inquérito confidencial, quinto modelo proposto no documento da OMS sobre auditoria de óbitos (WHO, 2004) ou aos Comitês de Revisão de Mortalidade dos Estados Unidos. Em Minas Gerais, desde novembro de 2013, os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e os Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil se reorganizaram na forma de Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

Os comitês no Brasil são organismos de natureza interinstitucional e multiprofissional, de caráter técnico-científico, sigiloso e educativo. Possuem as funções de avaliação, informação e educação, além das funções normativa e mobilizadora. São parte da estrutura do sistema de vigilância, com o propósito de identificar e analisar todos os óbitos maternos, fetais e infantis investigados pela equipe de vigilância de óbitos; corrigir, quando necessário, a causa básica desses óbitos; avaliar a evitabilidade dos mesmos; e apontar medidas para prevenção e redução desses eventos (BRASIL, 2009a; 2009b). O MS propõe que os comitês sejam compostos por representantes da Secretaria de Saúde nas áreas relacionadas (Saúde da Mulher e da Criança, Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária à Saúde), profissionais responsáveis pela atenção à saúde de gestantes, puérperas e crianças e outras instituições que possam contribuir para o desempenho das funções. A participação de entidades da sociedade

civil organizada, de defesa dos direitos das mulheres e das crianças, sociedades científicas, entidades de classe e instituições de ensino tem se mostrado fundamental na análise dos óbitos e definição e implementação das medidas (BRASIL, 2009a; 2009b).

De posse da notificação dos óbitos, cujo principal instrumento é a DO, o profissional ou equipe responsável pela Vigilância Epidemiológica realiza o mapeamento daqueles que obedecem aos critérios para investigação (BRASIL, 2008; 2010). A investigação é realizada por meio de entrevistas domiciliares e com profissionais que prestaram atendimento à gestante, puérpera ou criança, assim como pesquisa nos prontuários ambulatoriais e hospitalares, declarações de óbito e declarações de nascido vivo (BRASIL, 2009a; 2009b), e outros instrumentos de registro, estabelecendo um itinerário desde o pré-natal, passando pelo nascimento da criança até o desfecho fatal, reconstituindo, assim, a história de cada óbito (MATHIAS et al., 2009).

O Ministério da Saúde estabelece que os óbitos infantis e maternos são eventos de investigação obrigatória e de competência da Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 1999; 2004b; 2008; 2010). Ainda assim, abre-se precedente para que esta investigação seja realizada por profissionais do comitê, nos locais onde o setor de Vigilância Epidemiológica não esteja capacitado ou, ainda, quando essa for a decisão local. Ressalta-se, contudo, a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e daqueles responsáveis pela assistência à saúde, bem como dos comitês, uma vez que os objetivos principais deste processo não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também da qualidade e organização do cuidado à saúde (BRASIL, 2009a; 2009b).

De 2009 a 2013, em todo o país, houve um aumento significativo na proporção de óbitos de mulheres em idade fértil, maternos, infantis e fetais investigados, tanto em municípios de pequeno porte populacional como nos maiores, devido às estratégias desenvolvidas pelas três instâncias de direção do Sistema Único de Saúde (SUS). Este importante avanço na estruturação e no desenvolvimento da vigilância de óbito no Brasil permite que os municípios possam realizar ações e políticas locais para evitar que estes eventos ocorram novamente (BRASIL, 2015b).

Para a redução da mortalidade, é necessário compreender quais óbitos seriam potencialmente evitáveis e as mudanças necessárias para preveni-los (BERG et al., 2005). Com este objetivo, após o término da investigação, o comitê promove discussões para análise de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito. O propósito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas sensibilizar os profissionais de saúde envolvidos, identificar a precariedade do acesso e da qualidade da assistência prestada às gestantes e às crianças e agir

sobre estes fatores, prevenindo mortes por causas similares no futuro. (BARBEIRO et al., 2015; BRASIL, 2009a; 2009b; MATHIAS et al., 2008; SANTANA et al., 2011).

Óbitos evitáveis são aqueles que, considerando-se a ciência e a tecnologia existentes atualmente, poderiam ter sido poupados ou não deveriam ter ocorrido, segundo conceito da Associação Médica Americana. Desde a década de 1970, quando Rutstein et al. (1976) pioneiramente trabalharam com o conceito de evitabilidade do óbito, propostas de classificação de eventos evitáveis vêm sendo aprimoradas internacionalmente, destacando-se o estudo de Korda e Butler (2006), e no Brasil (LANSKY et al., 2002; MALTA, DUARTE; 2007a; MALTA et al., 2007b), embora a questão ainda seja pouco explorada neste País.

Estudo que realizou uma análise da mortalidade materna no Brasil nos últimos 30 anos, por meio de revisão da literatura científica, mostrou que a análise de evitabilidade dos óbitos, embora por critérios nem sempre explicitados, encontrou percentuais de óbitos evitáveis sempre elevados (MORSE et al., 2011). Há diferenças de grau de evitabilidade entre as várias etiologias de mortalidade materna. Algo repentino e inesperado como uma embolia de líquido amniótico será menos frequentemente evitável se comparada a uma hemorragia, por exemplo, que tem etiologia progressiva e mais claramente definida. Berg et al. (2005) enumeraram as etiologias de mortalidade materna com alto grau de evitabilidade, a saber: hemorragia, doença crônica pré-existente, pré-eclâmpsia, infecção e distúrbios cardiovasculares.

Já para os óbitos infantis, pesquisa que analisou os óbitos de residentes em Belo Horizonte, segundo critérios de evitabilidade propostos na Atualização da Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenção do SUS, encontrou que 63% foram classificados como mortes evitáveis, especialmente por adequada atenção à mulher na gestação e adequada atenção ao feto e ao recém-nascido (RN). Os transtornos relacionados com gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, transtornos respiratórios específicos do período perinatal e infecções específicas do período perinatal representaram as principais causas evitáveis de óbito infantil em Belo Horizonte (MENEZES et al., 2014). Martins et al. (2013) estudaram os óbitos perinatais investigados pelo Comitê de Prevenção de Óbitos deste mesmo município e observaram que 65,6% desses óbitos ocorreram por falhas na assistência, principalmente relacionadas ao acompanhamento da gestante durante o trabalho de parto e parto, com grande potencial de evitabilidade destes eventos.

Existem critérios específicos para a classificação da evitabilidade de óbitos fetais e infantis, que permitem esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores para a mortalidade e avaliar a efetividade dos serviços. No Brasil são

recomendadas (BRASIL, 2009b): a classificação proposta pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) (FUNDAÇÃO SEADE, 1991; ORTIZ, 2000), que baseia-se na causa básica do óbito infantil de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) (OMS, 1995); a Lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS (MALTA et al., 2007b), que também utiliza como referência a causa básica de óbitos de crianças menores de 5 anos de idade; e a Classificação de *Wigglesworth* (KEELING et al, 1989; WIGGLESWORTH, 1980), que é utilizada para análise do óbito perinatal (podendo também ser aplicada para óbitos infantis por causas perinatais) e considera o peso ao nascer e sua relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde.

No Brasil não são propostos critérios específicos para a classificação de evitabilidade do óbito materno, mas recomenda-se a análise das medidas terapêuticas tomadas, aliada à identificação de fatores de evitabilidade da comunidade e da mulher, profissionais, institucionais, sociais e intersetoriais (BRASIL, 2009a).

A conclusão da investigação, com a análise da evitabilidade do caso, é uma atribuição do CPOMFI do município de residência da mulher (BRASIL, 2009a; 2009b). A síntese dos dados de investigação, classificação de evitabilidade, assim como possíveis correções na DO deverão ser inseridas, conforme estabelecido pelas Portarias Ministeriais, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Existe um Módulo específico para inserção destas informações no Sistema, o SIM WEB (BRASIL, 2008; 2010).

Reunidos os registros e após análise e discussão, como parte do trabalho da vigilância de óbitos, as recomendações para redução da mortalidade devem ser encaminhadas aos gestores de saúde, diretores dos serviços de saúde e todos aqueles que possam conduzir ou realizar as mudanças propostas para prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e reorganização da assistência (BRASIL, 2009a; 2009b). A auditoria de óbitos só é efetiva se há disposição para a ação, de modo que estas recomendações sejam implantadas e sua implementação avaliada, levando à melhoria da qualidade da assistência em saúde e impactos positivos no sistema de saúde local e regional (KONGNYUY, VAN DEN BROEK; 2009c; SOUTH AFRICA EVERY DEATH COUNTS WRITING GROUP, 2008). Só desta forma será possível contribuir para a redução da mortalidade materna, fetal e infantil.

Conclui-se que todo o processo estaria baseado em um ciclo de revisão da mortalidade. Ele se inicia com a definição de casos, coleta padronizada de dados, revisão sistemática das circunstâncias dos óbitos, identificação de deficiências, erros e oportunidades e ação baseada nos resultados (BERG, 2012; LEWIS, 2014).

4.2. Instrumentos e Coleta de dados

4.2.1. Validação de face e de conteúdo do questionário

Para a coleta de dados sobre a vigilância de óbitos e os comitês municipais foi elaborado um questionário (**APÊNDICE A**). Este instrumento de avaliação foi adaptado do questionário utilizado no trabalho “Investigação dos óbitos infantil e fetal da Região Ampliada de Saúde de Jequitinhonha, Minas Gerais” (DUTRA, 2015), e abordou questões relativas aos aspectos gerais, estrutura, processos e resultados da vigilância e dos comitês. O instrumento foi construído, para este estudo, sob a lógica das normas e fluxos estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2009a; 2009b).

O questionário foi avaliado com base na estratégia metodológica de validação de face e conteúdo (POLIT et al., 2004). A validação de face compreende na avaliação qualitativa dos itens quanto à clareza e à compreensão (HEREDIA et al., 2012) e a validação de conteúdo verifica a relevância dos itens propostos e sua representatividade em captar adequadamente o conceito que se deseja medir (POLIT et al., 2004; SÁNCHEZ, ECHEVERRY; 2004), ou seja, determina o grau em que um instrumento reflete um domínio específico de conteúdo daquilo que é medido (HEREDIA et al., 2012). Na avaliação de conteúdo, também foi solicitado aos especialistas sugestões de inserção de novos itens no questionário caso as questões previamente elaboradas não estivessem retratando os aspectos fundamentais a respeito da vigilância de óbitos e dos CPOMFI. Sendo assim, essa etapa verificou se o instrumento elaborado considerou todos os aspectos relevantes do conceito em estudo (HARZHEIM et al., 2013).

Os especialistas foram selecionados segundo os seguintes critérios: ter experiência mínima de um ano como membro de CPOMFI e/ou desenvolver pesquisas na área de conhecimento. Quatro profissionais avaliaram o instrumento, sendo todos da área da saúde (um da gestão federal, um da gestão estadual e dois da gestão municipal). Três deles desenvolveram pesquisa na área de estudo.

Primeiramente, estes especialistas foram convidados a participarem do processo de avaliação do questionário e a validação de face e conteúdo dos itens do instrumento ocorreu por *e-mail* nos meses de novembro de 2014 a março de 2015.

Para a avaliação dos itens quanto à clareza, facilidade de leitura e compreensão, os especialistas inseriram suas sugestões na própria pergunta. No final do questionário, também havia um espaço reservado para que eles registrassem suas impressões e para a inclusão de

perguntas (conteúdos) que julgaram faltantes. Após a exclusão dos itens inadequados e considerando as sugestões dos especialistas, foi construída a segunda versão do “Questionário sobre os Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis”.

4.2.2. Pré-teste e versão final do questionário

A segunda versão do “Questionário sobre os Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis”, construída após a validação de face e conteúdo pelos especialistas, foi submetida a um pré-teste com dois membros do CPOMFI de um Distrito Sanitário no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O pré-teste ocorreu no mês de março de 2015 e teve como objetivo avaliar o formato e características do instrumento, como a compreensão dos itens pelos participantes do estudo, além do tempo requerido para a sua aplicação.

O instrumento foi aplicado mediante entrevista, conduzida por uma das entrevistadoras previamente treinada, no ambiente de trabalho do respondente, marcada em horário de acordo com a disponibilidade deste profissional, em local reservado para que não ocorressem interrupções. O tempo de aplicação do questionário foi de aproximadamente 60 minutos.

Os sujeitos participaram do pré-teste do instrumento mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE B**).

A partir do pré-teste, foi construída a terceira e última versão do questionário.

4.2.3. Coleta de dados

A versão final do questionário foi então aplicada às referências municipais nas ações de vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil ou membros dos comitês municipais.

O convite para participação foi feito por meio de contato telefônico com o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde de cada município ou diretamente com a referência municipal nomeada por este(esta) Secretário(a). Neste contato, eram repassadas informações básicas sobre o estudo, sobre o questionário e sua aplicação e sobre o caráter confidencial das informações a serem fornecidas. Após contato e autorização para realização da pesquisa no município, era enviado e-mail diretamente ao respondente, com cópia para o(a) Secretário(a) Municipal de saúde, para formalizar a autorização e marcação da entrevista. Somente um dos

39 municípios da SRS/BH não participou do estudo, por recusa da referência técnica em responder ao questionário.

O agendamento das entrevistas foi realizado conforme disponibilidade do profissional respondente, de preferência no próprio ambiente de trabalho no município participante do estudo, ou em Belo Horizonte, conforme escolha do respondente, em local o mais reservado possível para que não ocorressem interrupções.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2015. Após agendamento, cada uma das duas entrevistadoras treinadas aplicava oralmente o questionário.

Todos os respondentes foram submetidos à entrevista mediante a assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

Foi necessário o deslocamento para 31 dos municípios da SRS/BH, com distâncias que variaram de 20 a 119 km do município de Belo Horizonte. Sete entrevistas foram realizadas no município de Belo Horizonte: uma delas com a referência do próprio município, no local de trabalho; as outras seis com referências que preferiram que a entrevista fosse realizada neste município.

4.3. Variáveis do estudo

4.3.1. Variáveis relacionadas à Vigilância de Óbitos e CPOMFI

O questionário iniciava com questões sobre o perfil do respondente e aspectos gerais do comitê, dividindo-se, posteriormente, em três grandes domínios: Estrutura, Processo e Resultado. Esta divisão baseou-se no modelo de Donabedian (1996) para avaliação da qualidade.

O conceito de qualidade no contexto do estudo foi operacionalizado pelos padrões normativos técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Deste modo, foi avaliada a adequação da vigilância de óbitos e dos comitês a estes padrões normativos em três domínios que seriam, potencialmente, indicadores da qualidade dos aspectos estudados: Estrutura, Processo e Resultados.

A estrutura foi avaliada com base nos recursos físicos e humanos disponíveis para a vigilância de óbitos e comitês, assim como na existência, em si, de um comitê municipal formalizado. O processo foi composto pelo funcionamento da vigilância e dos comitês em si, protocolo utilizado, notificação, investigação, análise e discussão dos óbitos. Resultado foram os produtos finais e essenciais obtidos a partir do processo, a saber: classificação de

evitabilidade, registro no Sistema de Informação em Saúde (SIS), divulgação das medidas propostas para redução da mortalidade e parceria com a mobilização social. Não se pode perder de vista que estes domínios estão sempre inter-relacionados (DONABEDIAN, 1966).

A partir das questões sobre o respondente e aspectos gerais do comitê, foram obtidas quatro variáveis de caracterização geral do respondente, a saber: formação, cargo, carga horária e tempo de participação em atividades de vigilância do óbito e do CPOMFI; e uma variável de caracterização geral do comitê, data de implantação.

Cada um dos três grandes domínios dividiu-se em áreas específicas, que seguem discriminadas a seguir. No que tange à “Estrutura”, o questionário coletou informações relativas à implantação dos comitês; recursos humanos (RH); recursos físicos; e principais dificuldades enfrentadas. Com relação ao “Processo”, o questionário investigou as seguintes áreas: funcionamento e protocolos utilizados; notificação dos óbitos; investigação; análise e discussão dos casos; e principais dificuldades enfrentadas. No domínio “Resultado”, o questionário permitiu obter dados sobre: classificação de evitabilidade; registro no SIS; divulgação das medidas propostas para redução da mortalidade; ações de mobilização social; e principais dificuldades enfrentadas.

As variáveis categóricas obtidas a partir das respostas às questões fechadas foram divididas em dois tipos: variáveis de caracterização e de adequação. As variáveis de caracterização são: aquelas que descrevem aspectos que caracterizam o comitê ou a vigilância da mortalidade no município, não existindo um parâmetro do MS ou SES que permita a classificação deste aspecto em adequado ou não; impressões e opiniões do respondente sobre os aspectos investigados no questionário; e dificuldades encontradas. As variáveis de adequação são aquelas que poderiam ser classificadas como adequadas ou não com base nas normas do MS e SES; e itens compreendidos como essenciais para o bom funcionamento da vigilância da mortalidade e do CPOMFI, sendo assim classificados como adequados quando presentes.

Assim, dentro do domínio Estrutura foram criadas as seguintes variáveis, correspondentes às áreas deste domínio: Implantação, RH e Recursos Físicos. O **QUADRO 1** mostra o detalhamento destas variáveis.

A área Implantação inclui os itens Existência e Oficialização. Para o item Existência, foi considerada adequada a existência de comitê no município, ainda que separadamente (Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos separado do Comitê de Óbitos Fetais e Infantis) ou em formato de comitê compartilhado (agrupamento de municípios de uma mesma região de saúde em um único comitê). Inadequada seria a não existência de comitê; a existência de

somente um, de Óbitos Maternos ou de Fetais e Infantis; ou a implantação em andamento. Para o item Oficialização, a não oficialização ou oficialização parcial do comitê foi considerada inadequada, assim como comitês oficializados, mas não atuantes e quando o respondente dizia não saber se o comitê estava oficializado. O comitê oficializado foi classificado como adequado. Quanto à área Implantação, foi considerada inadequada a não adequação para os itens Existência e Oficialização; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para ambos.

A área RH contém os itens Composição e Capacitação. No item Composição, foi considerado adequado o comitê completo, conforme composição mínima recomendada no Estado de Minas Gerais, a saber: obstetra/ginecologista; pediatra; generalista de Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS); enfermeiro de UAPS, Referências Técnicas Municipais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Vigilância Epidemiológica; representantes de instituição hospitalar (se houvesse hospital no município); de movimentos sociais e do Conselho Municipal de Saúde (MINAS GERAIS, 2013a). A ausência de um destes membros ou quando o respondente declarava não saber a composição caracterizou o comitê como inadequado. Para o item Capacitação, foi considerada adequada a participação em capacitação sobre Vigilância de Óbitos nos últimos 3 anos. Quanto à área RH, classificou-se como inadequada a não adequação para os itens Composição e Capacitação; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para ambos.

Foi considerado adequado para a área Recursos Físicos quando a equipe de vigilância e comitê possuía infraestrutura física e equipamentos mínimos para funcionamento, a saber: sala própria ou compartilhada para realização das ações, computador para uso de cada um dos profissionais, impressora, telefone e transporte para realização das investigações. Foi considerado inadequado quando o comitê/equipe de vigilância não possuía alguma destas estruturas/equipamentos, ainda que possuísse outros, como Kit multimídia, gravador ou fax, ou quando não possuía nenhuma estrutura física.

Por fim, para a avaliação do domínio Estrutura, foram somados os itens adequados nas áreas Implantação, RH e Recursos Físicos, estabelecendo-se um escore de adequação. A partir daí os comitês também foram divididos em categorias de adequação, considerando-se inadequados os municípios no primeiro tercil, parcialmente adequados aqueles no segundo tercil e, finalmente, adequados aqueles no terceiro tercil.

QUADRO 1. Classificação das variáveis no domínio Estrutura

Domínio	Classificação	Áreas	Classificação	Itens	Classificação
Estrutura (Total=5)*	Inadequado (0-1)*	Implantação	Inadequado (0)*	Existência	Inadequado
	Parcialmente adequado (2-3)*		Parcialmente adequado (1)*		Adequado
	Adequado (4-5)*		Adequado (2)*	Oficialização	Inadequado
		RH	Inadequado (0)*	Composição	Inadequado
			Parcialmente adequado (1)*		Adequado
			Adequado (2)*	Capacitação	Inadequado
		Recursos Físicos			Adequado

Nota: RH – Recursos Humanos. * Escore

Dentro do domínio Processo foram criadas as seguintes variáveis correspondentes às áreas deste domínio: Funcionamento/protocolo, Notificação final, Investigação final e Análise/discussão. O **QUADRO 2** mostra o detalhamento das variáveis.

A área Funcionamento/protocolo incluiu os itens Uso dos manuais do MS - protocolo, Tipo de formulário usado, Existência de cronograma de reuniões e Existência de ata das reuniões. Para o item Uso dos manuais do MS - protocolo, foi considerado adequado o uso destes manuais como referência, na íntegra ou com adequações locais; e inadequado o não uso. Para o item Tipo de formulário usado, a utilização, para a investigação, somente dos formulários preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) ou formulários próprios foi considerada inadequada, assim como quando o respondente declarava não saber qual o tipo de formulário utilizado. O uso dos formulários do MS, ainda que juntamente com outros tipos de formulários, foi classificado como adequado. Quanto ao item Existência de cronograma de reuniões, foi considerado adequado possuir cronograma para as reuniões do comitê, assim como para o item Existência de ata das reuniões, a existência deste registro oficial foi classificada como adequada. Na área Funcionamento/protocolo, foi considerada inadequada a não adequação para os itens Uso dos manuais do MS - protocolo, Tipo de formulário usado, Existência de cronograma de reuniões e Existência de ata das reuniões; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequado a adequação para todos.

A área Notificação final foi composta pelos itens Notificação e Prazo de notificação. No item Notificação, foi considerada adequada a realização de notificação dos óbitos pelos serviços de saúde para o município por meio da DO, de ficha de notificação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ou do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e seu módulo de investigação (SIM WEB). Foi classificado inadequado quando o respondente relatou não saber se a notificação era realizada. Para o item Prazo de notificação, foi considerado adequado quando a notificação ocorria, na maioria das vezes, de acordo com o prazo de 48h especificado nas Portarias Ministeriais; e inadequado quando o prazo era cumprido somente para óbitos ocorridos no mesmo município; quando raramente era cumprido, ainda que permitisse que a investigação fosse concluída no prazo estabelecido nestas Portarias; ou quando o respondente relatava não saber se os prazos eram cumpridos. Quanto à área Notificação final, classificou-se como inadequada a não adequação para os itens Notificação e Prazo de notificação; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para ambos.

A área Investigação final incluiu os itens Investigação – MIF, Investigação – materno, Investigação – fetal/infantil, Critérios – fetal, Critérios – infantil, Critérios – materno/MIF e Prazo de investigação. Para os itens Investigação – MIF, Investigação – materno e Investigação – fetal/infantil, foi considerada adequada a realização de investigação de cada um destes tipos de óbito, e inadequada a não realização, assim como o respondente ter relatado não saber se cada um dos tipos de óbito era ou não investigado. Para o item Critérios – fetal, investigar óbitos fetais com peso maior ou igual a 500 gramas, excluir óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal ou não utilizar critérios, investigando todos os óbitos, foi considerado adequado. Não saber os critérios utilizados para definir os óbitos fetais a serem investigados ou utilizar outro ponto de corte de peso maior que 500g como critério foi classificado como inadequado. No item Critérios – infantil, excluir óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal ou não utilizar critérios, investigando todos os óbitos, foi considerado adequado. Não saber os critérios utilizados para definir os óbitos infantis a serem investigados ou utilizar qualquer ponto de corte de peso como critério foi classificado como inadequado. Quanto ao item Critérios – materno/MIF, não utilizar critérios, investigando todos os óbitos, foi considerado adequado. Não saber se há critérios utilizados para definir os óbitos maternos ou de MIF a serem investigados ou utilizar qualquer critério foi classificado como inadequado. No item Prazo de investigação, foi considerado adequado cumprir o prazo de 120 dias para conclusão da investigação, especificado nas Portarias Ministeriais. Não cumprir o prazo, ainda que inserindo as informações da Parte I da Ficha Síntese no SIM WEB dentro do prazo; cumprir o prazo de investigação sem, no entanto, conseguir inserir as informações no SIM WEB sempre dentro do prazo; ou cumprir o prazo de investigação às vezes foi classificado como inadequado. Quanto à área Investigação final, foi considerada inadequada a não adequação para os itens Investigação – MIF, Investigação – materno, Investigação – fetal/infantil, Critérios – fetal, Critérios – infantil, Critérios – materno/MIF e Prazo de investigação; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para todos.

A área Análise/discussão é composta pelos itens Uso dos manuais do MS - análise, Documentos usados – MIF e Documentos usados – materno e fetal/infantil. No item Uso dos manuais do MS - análise, foi considerada adequada a utilização da metodologia proposta nos Manuais para discussão, análise e fechamento dos casos. Para o item Documentos usados - MIF, foi considerado adequado o uso de prontuário hospitalar, registros da UAPS, entrevista domiciliar, relatório do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) ou laudo de necropsia para a análise destes óbitos. Inadequado seria quando o documento utilizado era

somente a DO. No item Documentos usados – materno e fetal/infantil, quando foram utilizados qualquer documento hospitalar, como prontuário ou o formulário de investigação, em conjunto com entrevista domiciliar e qualquer documento ambulatorial, ou seja, prontuário, Caderneta da Criança, Cartão da Gestante ou formulário de investigação, foi considerado adequado. A não utilização de qualquer uma destas fontes, ainda que usando outras como ficha de referência ou de atendimento, DO ou SIM, Declaração de Nascido Vivo (DNV) ou SINASC, receita médica, resultado de exame ou laudo de necropsia, foi classificada como inadequada. Quanto à área Análise/discussão, classificou-se como inadequada a não adequação para os itens Uso dos manuais do MS - análise, Documentos usados – MIF e Documentos usados – materno e fetal/infantil; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para todos.

Por fim, para o domínio Processo, foram somados os itens adequados nas áreas Funcionamento/protocolo, Notificação final, Investigação final e Análise/discussão, estabelecendo-se um escore de adequação. A partir daí os comitês também foram divididos em categorias de adequação, considerando-se inadequados os municípios no primeiro tercil, parcialmente adequados aqueles no segundo tercil e, finalmente, adequados aqueles no terceiro tercil.

QUADRO 2. Classificação das variáveis no domínio Processo

(continua)

Domínio	Classificação	Áreas	Classificação	Itens	Classificação		
Processo (Total=16)*	Inadequado (8-12)*	Funcionamento/ protocolo	Inadequado (0)*	Uso dos Manuais MS-protocolo	Inadequado		
	Parcialmente adequado (13-14)*		Parcialmente adequado (1-3)*	Tipo de formulário usado	Adequado		
	Adequado (15)**		Adequado (4)*	Existência de cronograma de reuniões	Inadequado		
					Adequado		
				Existência de ata das reuniões	Inadequado		
					Adequado		
				Notificação final	Inadequado (0)*	Notificação	Inadequado
					Parcialmente adequado (1)*		Adequado
					Adequado (2)*	Prazo de notificação	Inadequado
							Adequado
				Investigação final	Inadequado (0)*	Investigação-MIF	Inadequado
					Parcialmente adequado (1-6)*		Adequado
					Adequado (7)*	Investigação-materno	Inadequado
							Adequado
				Investigação-fetal/infantil	Inadequado		
					Adequado		

QUADRO 2. Classificação das variáveis no domínio Processo

						(conclusão)
Domínio	Classificação	Áreas	Classificação	Itens	Classificação	
				Critérios-fetal	Inadequado	
					Adequado	
				Critérios-infantil	Inadequado	
					Adequado	
				Critérios-materno/MIF	Inadequado	
					Adequado	
				Prazo de investigação	Inadequado	
					Adequado	
		Análise/discussão	Inadequado (0)*	Uso dos Manuais do MS-análise	Inadequado	
			Parcialmente adequado		Adequado	
			(1-2)*	Documentos usados-MIF	Inadequado	
			Adequado (3)*		Adequado	
				Documentos usados-materno, fetal/infantil	Inadequado	
					Adequado	

Nota: MS – Ministério da Saúde; MIF – Mulher em Idade Fértil. * Escore

** Neste domínio, nenhum município conseguiu alcançar o escore máximo (16), assim como nenhum município obteve escore menor que 8.

Dentro do domínio Resultado foram criadas as seguintes variáveis, correspondentes às áreas deste domínio: Classificação de evitabilidade final, Registro no SIS, Divulgação final e Parceria com a mobilização social. O **QUADRO 3** mostra o detalhamento das variáveis.

A área Classificação de evitabilidade final incluiu os itens Classificação – fetal/infantil, Classificação – materno, Critérios utilizados e Discussão. Para os itens Classificação – fetal/infantil e Classificação - materno, foi considerado adequado classificar a evitabilidade de cada um destes tipos de óbito, assim como foi considerada inadequada a classificação parcial ou não realização de classificação. Especificamente para o item Classificação – materno, foi classificado como adequado quando o respondente relatava não ter ocorrido óbito materno em seu período de participação no comitê. Para o item Critérios utilizados, a adoção dos critérios de *Wigglesworth*, da Fundação SEADE ou da Lista Brasileira foi considerada adequada. Não saber o(s) critério(s) adotado(s) foi classificado como inadequado. No item Discussão, a realização de discussão pelo comitê para classificar a evitabilidade foi considerada adequada. Quanto à área Classificação de evitabilidade final, foi considerada inadequada a não adequação para os itens Classificação – fetal/infantil, Classificação – materno, Critérios utilizados e Discussão; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para todos.

A área Registro no SIS é composta pelos itens Acesso ao SIM WEB, Correção de causa e Prazo de registro. No item Acesso ao SIM WEB, foi considerado adequado o acesso ao SIM WEB por profissional do comitê vinculado ou não ao setor de Epidemiologia, por profissional do setor de Epidemiologia não membro do comitê municipal, pelo Secretário Municipal de Saúde ou por profissional da SRS, para inserção dos dados obtidos a partir das investigações e análises. Foi classificado como inadequado o não acesso ao SIM WEB. Para o item Correção de causa, foi considerada adequada a correção das causas dos óbitos maternos ou fetais e infantis no SIM, quando necessário, após a investigação e análise dos óbitos. No item Prazo de registro, a inserção das informações da Ficha Síntese no SIM WEB dentro do prazo, para óbitos maternos ou fetais e infantis, foi considerada adequada. Foi classificada como inadequada a inserção dentro do prazo às vezes ou a inserção fora do prazo, ainda que os dados da Parte I fossem lançados dentro do prazo. Quanto à área Registro no SIS, classificou-se como inadequada a não adequação para os itens Acesso ao SIM WEB, Correção de causa e Prazo de registro; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para todos.

A área Divulgação final inclui os itens Divulgação, Relatório para a APS, Relatório para os hospitais e Relatório para a gestão. Para o item Divulgação, foi considerado adequado

divulgar os dados e análises do comitê para os atores envolvidos, de diversas maneiras, como encaminhando para a SES e SRS, ou por meio de reunião, boletim, relatório, seminário, debate ou audiência pública. Foi classificada como inadequada a não divulgação. Para os itens Relatório para a APS, Relatório para os hospitais e Relatório para a gestão, o envio de relatório ou outro documento contendo a análise dos casos e as medidas propostas para redução da mortalidade para cada uma destas instâncias (equipes de APS, hospitais/maternidades e Gestão Municipal) foi considerado adequado. Quanto à área Divulgação final, foi considerada inadequada a não adequação para os itens Divulgação, Relatório para a APS, Relatório para os hospitais e Relatório para a gestão; parcialmente adequada a não adequação para somente um destes; e adequada a adequação para todos.

Foi considerado adequado para a área Parceria com a mobilização social quando o comitê realizava esta parceria com foco na prevenção da mortalidade materna, fetal e infantil.

Por fim, para o domínio Resultado, foram somados os itens adequados nas áreas Classificação de evitabilidade Final, Registro no SIS, Divulgação final e Parceria com a mobilização social, estabelecendo-se um escore de adequação. A partir daí os comitês também foram divididos em categorias de adequação, considerando-se inadequados os municípios no primeiro tercil, parcialmente adequados aqueles no segundo tercil e, finalmente, adequados aqueles no terceiro tercil.

QUADRO 3. Classificação das variáveis no domínio Resultado

(continua)

Domínio	Classificação	Áreas	Classificação	Itens	Classificação		
Resultado (Total=12)*	Inadequado (1-5)*	Classificação de evitabilidade final	Inadequado (0)*	Classificação-fetal/infantil	Inadequado		
	Parcialmente adequado (6-9)*		Parcialmente adequado (1-3)*		Adequado		
	Adequado (10-11)**		Adequado (4)*		Adequado		
					Critérios utilizados	Inadequado	
						Adequado	
						Adequado	
				Registro no SIS	Inadequado (0)*	Acesso ao SIM WEB	Inadequado
					Parcialmente adequado (1-2)*		Adequado
					Adequado (3)*	Correção de causa	Inadequado
						Prazo de registro	Adequado
							Inadequado
				Divulgação final	Inadequado (0)*	Divulgação	Inadequado
		Parcialmente adequado (1-3)*	Adequado				
		Adequado (4)*	Relatório para a APS		Inadequado		
					Adequado		

QUADRO 3. Classificação das variáveis no domínio Resultado

(conclusão)

Domínio	Classificação	Áreas	Classificação	Itens	Classificação
				Relatório para os hospitais	Inadequado Adequado
				Relatórios para a gestão	Inadequado Adequado
		Parceria com a mobilização social	Inadequado Adequado		

Nota: SIS – Sistema de Informação em Saúde; SIM WEB – Módulo de Investigação do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade);
APS – Atenção Primária à Saúde. * Escore

** Neste domínio, nenhum município conseguiu alcançar o escore máximo (12), assim como nenhum município obteve escore nulo.

4.3.2. Porte populacional e tipo de gestão

Foi realizada a análise da distribuição das categorias de adequação por porte populacional e tipo de gestão dos municípios.

As categorias de porte populacional foram estabelecidas conforme parâmetros da Política Nacional de Assistência Social. Para esta divisão, na política, foi adotada como referência a definição de municípios como de pequeno, médio e grande porte, utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), agregando-se outras referências de análise realizadas pelo Centro de Estudos das Desigualdades Socioterritoriais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em parceria com o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (BRASIL, 2004d).

Os municípios foram agrupados da seguinte forma: Pequeno Porte I, menos de 20.000 habitantes; Pequeno Porte II, de 20.001 a 50.000 habitantes; Médio Porte, de 50.001 a 100.000 habitantes; Grande Porte, de 100.000 habitantes a 900.000; e MetrÓpole, mais de 900.000 habitantes. As categorias Grande Porte e MetrÓpole, neste estudo, foram reunidas e transformadas na Categoria Grande Porte, uma vez que somente um município da região estudada é classificado como MetrÓpole.

No Brasil, os municípios podem habilitar-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), em que assumem a gestão, além da APS, de seus prestadores de serviços de média e alta complexidade. Os municípios não habilitados nesta condição são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de APS (BRASIL, 2004a). Para este estudo, os municípios foram categorizados como habilitados ou não em Gestão Plena.

4.4. Análise Estatística

Um banco de dados contendo as informações coletadas junto aos respondentes da pesquisa foi construído, com digitação por entrada dupla, para garantir maior confiabilidade. Ao final, foi realizada análise da consistência dos bancos de dados e as diferenças foram corrigidas com base nas respostas ao questionário original. Para tal, foi utilizado o programa estatístico Epi Info (versão 3.5.2). Em seguida, o banco de dados final foi exportado para uma planilha de Excel.

Para a análise dos dados, a planilha de Excel foi importada para o programa estatístico Stata (versão 13.1). Esta etapa envolveu a distribuição de frequências absolutas e relativas das

variáveis de caracterização, dos itens componentes de cada área e das variáveis de escore de adequação por domínio. Mesmo os municípios sem comitê permaneceram em todas as análises, uma vez que as perguntas do questionário foram direcionadas, caso não existisse comitê, para a equipe ou pessoa responsável pela Vigilância da Mortalidade no município. Já nas análises de adequação dentro dos domínios Processo e Resultado, foram excluídos os dois municípios que relataram não realizar a investigação dos óbitos de MIF, maternos, fetais e infantis, restando, deste modo, 36 municípios analisados nestes domínios.

A análise descritiva destas variáveis de adequação nas áreas e domínios também foi realizada por categorias de porte populacional e tipo de gestão dos municípios estudados.

4.5. Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa está de acordo com os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pela SES/MG e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFMG (Parecer nº 39701714.9.0000.5149 de 03/03/2015) (**ANEXO A**).

Além disso, foi entregue aos respondentes do questionário um TCLE, informando sobre os objetivos da pesquisa e seus direitos (**APÊNDICE B**). Também foi assegurada a manutenção do caráter anônimo dos indivíduos, a proteção de suas identidades e a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do estudo.

5. RESULTADOS

Foram estudados 38 municípios da SRS/BH. Do total, 39,5% eram de pequeno porte I, 23,7% de pequeno porte II, 15,8% de médio e 21% de grande porte populacional. Com relação ao tipo de gestão, a maioria (68,4%) não possuía GPSM.

Do total de respondentes, 65,8% eram enfermeiros, 13,2% médicos, 7,9% biólogos e este mesmo percentual de técnicos de enfermagem. Do total de profissionais que responderam ao questionário, 44,7% exerciam cargo de chefia, coordenação, gerência ou superintendência de algum setor ou serviço na Secretaria Municipal de Saúde, 7,9% eram o próprio presidente do comitê e 2,6% (uma) era a Secretária Municipal de Saúde. A carga horária de 60,5% dos respondentes era de 40 horas semanais de trabalho, 20 horas para 23,7% e 30 horas semanais para 7,9% dos profissionais. A data de implantação dos comitês naqueles municípios que o possuíam variou de abril de 2002 a agosto de 2014. A mediana do tempo de participação dos respondentes em atividades do comitê e/ou Vigilância da Mortalidade foi de 24 meses, com mínimo de 3 e máximo de 192 meses (16 anos).

5.1. Estrutura

Na análise de adequação da Estrutura, 52,6% dos municípios foram classificados como parcialmente adequados e somente 5,3% como adequados. Observou-se importante diferença nestes valores quando consideramos o porte populacional e o tipo de gestão dos municípios. O percentual de municípios inadequados diminuiu progressivamente a medida que aumentou o porte. Entre os de grande porte, 12,5% foram classificados como inadequados em sua estrutura. Já entre os municípios de pequeno porte I, 60% estavam inadequados (TABELA 1).

TABELA 1

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Estrutura por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estrutura										
Inadequado	9	60	4	44,4	2	33,3	1	12,5	16	42,1
Parcialmente adequado	6	40	5	55,6	4	66,7	5	62,5	20	52,6
Adequado	0	0	0	0	0	0	2	25	2	5,3

Nota: SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Na análise por tipo de gestão, observou-se que dentre os municípios que não são de GPSM, 57,7% apresentavam estrutura inadequada e nenhum teve a estrutura classificada

como adequada. Para os municípios de GPSM, 75% e 16,7% possuíam, respectivamente, estruturas parcialmente e totalmente adequadas (**TABELA 2**).

TABELA 2

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Estrutura por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estrutura						
Inadequado	15	57,7	1	8,3	16	42,1
Parcialmente adequado	11	42,3	9	75	20	52,6
Adequado	0	0	2	16,7	2	5,3

Nota: SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Dentro do domínio Estrutura, observou-se que 47,4% dos municípios estavam adequados para a Implantação do comitê, sendo que 63,2% estavam adequados para a existência e metade dos municípios estava adequada com relação à oficialização deste comitê. O percentual de municípios inadequados com relação à implantação do comitê diminuiu conforme aumentou o porte populacional. Estavam adequados para a Implantação 50% e 87,5% dos municípios de médio e grande porte, respectivamente. Entre os municípios de pequeno porte I, 53,3% estavam inadequados nesta área. Para a existência e oficialização do comitê, o percentual de adequação dos municípios aumentou conforme aumentou o porte populacional (**TABELA 3**).

TABELA 3

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Existência, Oficialização e Implantação dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Existência										
Não	8	53,3	4	44,4	1	16,7	1	12,6	14	36,8
Sim	7	46,7	5	55,6	5	83,3	7	87,5	24	63,2
Oficialização										
Não	10	66,7	5	55,6	3	50	1	12,5	19	50
Sim	5	33,3	4	44,4	3	50	7	87,5	19	50
Implantação										
Inadequado	8	53,3	3	33,3	1	16,7	1	12,5	13	34,2
Parcialmente adequado	2	13,3	3	33,3	2	33,3	0	0	7	18,4
Adequado	5	33,3	3	33,3	3	50	7	87,5	18	47,4

Nota: A variável “Adequação da Implantação” foi criada a partir da soma das outras duas variáveis da tabela. CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte.

Do total de municípios de GPSM, 75% estavam adequados para a Implantação do comitê, enquanto somente 34,6% daqueles sem GPSM foram classificados como adequados (TABELA 4).

TABELA 4

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Existência, Oficialização e Implantação dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Existência						
Não	13	50	1	8,3	14	36,8
Sim	13	50	11	91,7	24	63,2
Oficialização						
Não	16	61,5	3	25	19	50
Sim	10	38,5	9	75	19	50
Implantação						
Inadequado	12	46,2	1	8,3	13	34,2
Parcialmente adequado	5	19,2	2	16,7	7	18,4
Adequado	9	34,6	9	75	18	47,4

Nota: A variável “Adequação da Implantação” foi criada a partir da soma das outras duas variáveis da tabela. CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Ainda neste mesmo domínio, 50% dos municípios foram inadequados com relação ao RH, com 94,7% não adequados para a Composição dos comitês e 52,6% não adequados para a Capacitação de seus membros. O percentual de municípios classificados como inadequados quanto ao RH diminuiu conforme aumenta o porte populacional: 100% dos municípios de pequeno porte I e II estavam inadequados com relação à composição de seus comitês ou equipe responsável. Mesmo para os municípios de médio e grande porte, mais de 80% também estavam inadequados. Observa-se maior diferença com relação à Capacitação, cujo percentual de adequação aumentou conforme aumenta o porte populacional dos municípios. Do total de municípios de grande porte, 75% estavam adequados (TABELA 5). Cenário semelhante pôde ser observado na análise dos municípios por tipo de gestão (TABELA 6).

TABELA 5

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Composição, Capacitação e RH dos CPOMFI Municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Composição										
Não	15	100	9	100	5	83,3	7	87,5	36	94,7
Sim	0	0	0	0	1	16,7	1	12,5	2	5,3
Capacitação										
Não	10	66,7	5	55,6	3	50	2	25	20	52,6
Sim	5	33,3	4	44,4	3	50	6	75	18	47,4
RH										
Inadequado	10	66,7	5	55,6	2	33,3	2	25	19	50
Parcialmente adequado	5	33,3	4	44,4	4	66,7	5	62,5	18	47,4
Adequado	0	0	0	0	0	0	1	12,5	1	2,6

Nota: A variável “Adequação de RH” foi criada a partir da soma das outras duas variáveis da tabela.

CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte; RH – Recursos Humanos

TABELA 6

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Composição, Capacitação e RH dos CPOMFI Municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Composição						
Não	26	100	10	83,3	36	94,7
Sim	0	0	2	16,7	2	5,3
Capacitação						
Não	17	65,4	3	25	20	52,6
Sim	9	34,6	9	75	18	47,4
RH						
Inadequado	17	65,4	2	16,7	19	50
Parcialmente adequado	9	34,6	9	75	18	47,4
Adequado	0	0	1	8,3	1	2,6

Nota: A variável “Adequação de RH” foi criada a partir da soma das outras duas variáveis da tabela. CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte; RH – Recursos Humanos

Do total de municípios, 89,5% estavam inadequados para Recursos físicos. Não foram observadas grandes diferenças entre os municípios quando estratificados por porte populacional ou tipo de gestão. Somente 13,3% e 25% dos municípios de pequeno porte I e grande porte estavam adequados, respectivamente. Dentre os municípios de pequeno porte II e médio porte, nenhum foi classificado como adequado para recursos físicos. Na distribuição

por tipo de gestão, 92,3% dos municípios que não possuem GPSM foram classificados como inadequados e para os municípios de GPSM este percentual foi de 83,3% (dados não apresentados em tabelas).

5.2. Processo

Na análise de adequação no domínio Processo, 47,2% foram classificados como parcialmente adequados e somente 11,1% com processo considerado adequado. Observou-se diferença nestes valores quando considerados o porte populacional e tipo de gestão dos municípios. Entre os municípios de grande porte, 25% foram classificados como inadequados em seu processo, enquanto 61,5% dos municípios de pequeno porte I estavam inadequados (**TABELA 7**). A diferença foi ainda maior na análise por tipo de gestão, em que se observou que dentre os municípios que não são de GPSM, 62,5% apresentavam processo inadequado, enquanto nenhum entre aqueles de GPSM foi classificado como inadequado (**TABELA 8**).

TABELA 7

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Processo por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Processo										
Inadequado	8	61,5	4	44,4	1	16,7	2	25	15	41,7
Parcialmente adequado	3	23,1	5	55,6	4	66,6	5	62,5	17	47,2
Adequado	2	15,4	0	0	1	16,7	1	12,5	4	11,1

Nota: SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

TABELA 8

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Processo por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Processo						
Inadequado	15	62,5	0	0	15	41,7
Parcialmente adequado	7	29,2	10	83,3	17	47,2
Adequado	2	8,3	2	16,7	4	11,1

Nota: SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Dentro do domínio Processo, observou-se que nenhum dos municípios teve seu funcionamento/protocolo classificado como inadequado e 72,2% estavam parcialmente adequados. Do total de municípios, 100% estavam adequados quanto ao uso dos manuais do

MS, 69,4% quanto ao tipo de formulário de investigação usado e 58,3% para a existência de ata das reuniões do comitê. Entretanto, somente 36,1% dos municípios revelou-se adequado para a existência de cronograma destas reuniões. Já na análise por porte populacional, percentual semelhante (37,5%) dos municípios de grande porte teve este aspecto classificado como inadequado (TABELA 9).

TABELA 9

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS, Tipo de formulário usado, Existência de cronograma e de ata de reuniões e Funcionamento/protocolo dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município										
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Uso dos manuais MS – protocolo											
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sim	13	100	9	100	6	100	8	100	36	100	
Tipo de formulário usado											
Não	6	46,2	2	22,2	1	16,7	2	25	11	30,6	
Sim	7	53,8	7	77,8	5	83,3	6	75	25	69,4	
Existência de cronograma de reuniões											
Não	10	76,9	7	77,8	3	50	3	37,5	23	63,9	
Sim	3	23,1	2	22,2	3	50	5	62,5	13	36,1	
Existência de ata das reuniões											
Não	7	53,9	4	44,4	1	16,7	3	37,5	15	41,7	
Sim	6	46,1	5	55,6	5	83,3	5	62,5	21	58,3	
Funcionamento/protocolo											
Inadequado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parcialmente adequado	11	84,6	7	77,8	3	50	5	62,5	26	72,2	
Adequado	2	15,4	2	22,2	3	50	3	37,5	10	27,8	

Nota: A variável “Adequação do Funcionamento/protocolo” foi criada a partir da soma das outras quatro variáveis da tabela

MS – Ministério da Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Entre os municípios de GPSM, 91,7% estavam adequados para o tipo de formulário utilizado, 75% para a existência de cronograma e 83,3% para a existência de ata das reuniões (TABELA 10).

TABELA 10

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS, Tipo de formulário usado, Existência de cronograma e de ata de reuniões e Funcionamento/protocolo dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uso dos manuais MS - protocolo						
Não	0	0	0	0	0	0
Sim	24	100	12	100	36	100
Tipo de formulário usado						
Não	10	41,7	1	8,3	11	30,6
Sim	14	58,3	11	91,7	25	69,4
Existência de cronograma de reuniões						
Não	20	83,3	3	25	23	63,9
Sim	4	16,7	9	75	13	36,1
Existência de ata das reuniões						
Não	13	54,2	2	16,7	15	41,7
Sim	11	45,8	10	83,3	21	58,3
Funcionamento/protocolo						
Inadequado	0	0	0	0	0	0
Parcialmente adequado	21	87,5	5	41,7	26	72,2
Adequado	3	12,5	7	58,3	10	27,8

Nota: A variável “Adequação do Funcionamento/protocolo” foi criada a partir da soma das outras quatro variáveis da tabela.

MS – Ministério da Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Ainda no domínio Processo, constatou-se que 61,1% dos municípios estavam parcialmente adequados na área Notificação final e somente 2,8% inadequados. Especificamente com relação à realização de notificação dos óbitos para o município, 94,4% estavam adequados. Já para o prazo de notificação, este percentual de adequação caiu para 38,9% dos municípios. As **TABELAS 11 e 12** mostram a análise destas variáveis por porte populacional e tipo de gestão, respectivamente. Para qualquer categoria de porte, o percentual de adequação foi de mais de 85% para a realização de notificação para o município. Já na análise de adequação do prazo de notificação, 38,5% e 50% dos municípios de pequeno porte I e grande porte, respectivamente, foram classificados como adequados. Esta diferença é ainda maior quando analisamos os municípios por tipo de gestão. Do total de municípios de GPSM, 66,7% estavam adequados com relação a este prazo, enquanto somente 25% dos municípios sem GPSM possuíam esta classificação (**TABELA 12**).

TABELA 11

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Notificação, Prazo de notificação e Notificação final por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Notificação										
Não	1	7,7	1	11,1	0	0	0	0	2	5,6
Sim	12	92,3	8	88,9	6	100	8	100	34	94,4
Prazo de notificação										
Não	8	61,5	5	55,6	5	83,3	4	50	22	61,1
Sim	5	38,5	4	44,4	1	16,7	4	50	14	38,9
Notificação final										
Inadequado	1	7,7	0	0	0	0	0	0	1	2,8
Parcialmente adequado	7	53,9	6	66,7	5	83,3	4	50	22	61,1
Adequado	5	38,4	3	33,3	1	16,7	4	50	13	36,1

Nota: A variável “Adequação da Notificação final” foi criada a partir da soma das outras duas variáveis da tabela.

SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

TABELA 12

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Notificação, Prazo de notificação e Notificação final por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Notificação						
Não	2	8,3	0	0	2	5,6
Sim	22	91,7	12	100	34	94,4
Prazo de notificação						
Não	18	75	4	33,3	22	61,1
Sim	6	25	8	66,7	14	38,9
Notificação final						
Inadequado	1	4,2	0	0	1	2,8
Parcialmente adequado	18	75	4	33,3	22	61,1
Adequado	5	20,8	8	66,7	13	36,1

Nota: A variável “Adequação da Notificação final” foi criada a partir da soma das outras duas variáveis da tabela.

SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Observou-se que nenhum município foi classificado como inadequado na área Investigação final, sendo que 75% dos municípios estavam parcialmente adequados nesta área. Mais de 80% dos municípios estavam adequados com relação à investigação por tipo de óbito e aos critérios para investigação por tipo de óbito. Especificamente para a investigação de óbitos maternos e fetais/infantis, 100% dos municípios analisados estavam adequados.

Somente para o prazo de investigação, o percentual de adequação foi baixo, de somente 30,6%. Na análise por porte populacional, chama a atenção o prazo de investigação, em que 100% dos municípios de grande porte estavam inadequados (TABELA 13).

TABELA 13

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Investigação de óbitos de MIF, maternos e fetais/infantis, Critérios de investigação de óbitos fetais, infantis e maternos/MIF, Prazo de investigação e Investigação final por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Investigação - MIF										
Não	0	0	1	11,1	0	0	0	0	1	2,8
Sim	13	100	8	88,9	6	100	8	100	35	97,2
Investigação - materno										
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sim	13	100	9	100	6	100	8	100	36	100
Investigação – fetal/infantil										
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sim	13	100	9	100	6	100	8	100	36	100
Critérios - fetal										
Não	2	15,4	0	0	0	0	0	0	2	5,6
Sim	11	84,6	9	100	6	100	8	100	34	94,4
Critérios - infantil										
Não	1	7,7	2	22,2	0	0	2	25	5	13,9
Sim	12	92,3	7	77,8	6	100	8	75	31	86,1
Critérios – materno/MIF										
Não	2	15,4	2	22,2	1	16,7	1	12,5	6	16,7
Sim	11	84,6	7	77,8	5	83,3	7	87,5	30	83,3
Prazo de investigação										
Não	8	61,5	6	66,7	3	50	8	100	25	69,4
Sim	5	38,5	3	33,3	3	50	0	0	11	30,6
Investigação final										
Inadequado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parcialmente adequado	9	69,2	6	66,7	4	66,7	8	100	27	75
Inadequado	4	30,8	3	33,3	2	33,3	0	0	9	25

Nota: A variável “Adequação da Investigação final” foi criada a partir da soma das outras sete variáveis da tabela.

MIF – mulher em idade fértil; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Na estratificação por tipo de gestão, o percentual de adequação dos municípios de GPSM para a investigação por tipo de óbito foi sempre maior ou igual ao dos municípios sem GPSM, embora com diferenças não muito grandes. Por outro lado, para as variáveis

relacionadas aos critérios para investigação dos óbitos maternos e infantis e cumprimento do prazo, os municípios sem GPSM apresentavam percentuais de adequação um pouco melhores quando comparados aos de GPSM (TABELAS 14).

TABELA 14

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Investigação de óbitos de MIF, maternos e fetais/infantis, Critérios de investigação de óbitos fetais, infantis e maternos/MIF, Prazo de investigação e Investigação final por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Investigação - MIF						
Não	1	4,2	0	0	1	2,8
Sim	23	95,8	12	100	35	97,2
Investigação - materno						
Não	0	0	0	0	0	0
Sim	24	100	12	100	36	100
Investigação – fetal/infantil						
Não	0	0	0	0	0	0
Sim	24	100	12	100	36	100
Critérios - fetal						
Não	2	8,3	0	0	2	5,6
Sim	22	91,7	12	100	34	94,4
Critérios - infantil						
Não	2	8,3	3	25	5	13,9
Sim	22	91,7	9	75	31	86,1
Critérios – materno/MIF						
Não	3	12,5	3	25	6	16,7
Sim	21	87,5	9	75	30	83,3
Cumprimento do prazo						
Não	16	66,7	9	75	25	69,4
Sim	8	33,3	3	25	11	30,6
Investigação final						
Inadequado	0	0	0	0	0	0
Parcialmente adequado	17	70,8	10	83,3	27	75
Inadequado	7	29,2	2	16,7	9	25

Nota: A variável “Adequação da Investigação final” foi criada a partir da soma das outras sete variáveis da tabela.

MIF – mulher em idade fértil; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Com relação à Análise e Discussão dos casos, nenhum município foi classificado como inadequado e o percentual de adequação foi de 86,1%. Para todas os itens componentes

desta área, o percentual de adequação foi alto, mais de 88%. Na análise mais detalhada por porte populacional foi observado que 100% dos municípios de pequeno porte II, médio e grande porte foram classificados como adequados com relação aos documentos utilizados para análise de óbitos maternos, fetais e infantis, mas este percentual de adequação caiu para 69,2% para os municípios de pequeno porte I (TABELA 15). Na comparação por tipo de gestão constatou-se que, enquanto 100% dos municípios de GPSM estavam adequados com relação à análise e discussão dos óbitos; este percentual de adequação foi de 79,2% para os municípios sem GPSM (TABELA 16).

TABELA 15

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS – análise, Documentos usados para análise de óbitos e Análise/discussão dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município										
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Uso dos manuais do MS – análise											
Não	0	0	1	11,1	0	0	0	0	1	2,8	
Sim	13	100	8	88,9	6	100	8	100	35	97,2	
Documentos usados – MIF											
Não	0	0	1	11,1	0	0	0	0	1	2,8	
Sim	13	100	8	88,9	6	100	8	100	35	97,2	
Documentos usados – materno, fetal/infantil											
Não	4	30,8	0	0	0	0	0	0	4	11,1	
Sim	9	69,2	9	100	6	100	8	100	32	88,9	
Análise/discussão											
Inadequado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parcialmente adequado	4	30,8	1	11,1	0	0	0	0	5	13,9	
Adequado	9	69,2	8	88,9	6	100	8	100	31	86,1	

Nota: A variável “Adequação da Análise/discussão” foi criada a partir da soma das outras três variáveis da tabela.

MS – Ministério da Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte; MIF – mulher em idade fértil

TABELA 16

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Uso dos manuais do MS - análise, Documentos usados para análise de óbitos e Análise/discussão dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uso dos manuais do MS - análise						
Não	1	4,2	0	0	1	2,8
Sim	23	95,8	12	100	35	97,2
Documentos usados - MIF						
Não	1	4,2	0	0	1	2,8
Sim	23	95,8	12	100	35	97,2
Documentos usados – materno, fetal/infantil						
Não	4	16,7	0	0	4	11,1
Sim	20	83,3	12	100	32	88,9
Análise/discussão						
Inadequado	0	0	0	0	0	0
Parcialmente adequado	5	20,8	0	0	5	13,9
Adequado	19	79,2	12	100	31	86,1

Nota: A variável “Adequação da Análise/discussão” foi criada a partir da soma das outras três variáveis da tabela.

MS – Ministério da Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte; MIF – mulher em idade fértil

5.3. Resultado

Para o Resultado, o percentual de municípios por categoria de adequação não foi muito diferente: 33,3% foram classificados como inadequados e 27,8% como adequados. A diferença pode ser observada quando avaliamos os municípios por porte populacional e por tipo de gestão, conforme detalhado nas **TABELAS 17 e 18**, respectivamente. O percentual de municípios classificados como inadequados diminuiu à medida que aumenta o porte. Deste modo, o percentual de 69,2% de inadequação com relação ao Resultado entre os municípios de pequeno porte I caiu para 0% entre os de grande porte (**TABELA 17**). Entre os municípios que não são de GPSM, somente 12,5% apresentaram Resultado classificado como adequado. Este percentual aumentou para 58,3% entre os municípios de GPSM (**TABELA 18**).

TABELA 17

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Resultado por porte populacional dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Resultado										
Inadequado	9	69,2	2	22,2	1	16,7	0	0	12	33,3
Parcialmente adequado	3	23,1	5	55,6	1	16,7	5	62,5	14	38,9
Adequado	1	7,7	2	22,2	4	66,6	3	37,5	10	27,8

Nota: SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

TABELA 18

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio Resultado por tipo de gestão dos municípios, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Resultado						
Inadequado	12	50	0	0	12	33,3
Parcialmente adequado	9	37,5	5	41,7	14	38,9
Adequado	3	12,5	7	58,3	10	27,8

Nota: SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Dentro do domínio Resultado, observou-se que 47,2% dos municípios tiveram a Classificação de evitabilidade avaliada como adequada e somente 16,7% como inadequada. Destaca-se, na análise mais detalhada, a classificação de evitabilidade de óbitos maternos, observando-se que 50% dos municípios estavam inadequados. Na análise por porte populacional observaram-se outras discrepâncias. Conforme dados da **TABELA 19**, 100% dos municípios de médio e grande porte estavam adequados para a classificação de evitabilidade dos óbitos fetais/infantis e critérios utilizados para tal, enquanto entre os municípios de pequeno porte I o percentual de adequação foi de somente 38,5% e 46,1% para estes itens, respectivamente. O percentual de adequação com relação à classificação de evitabilidade de óbitos maternos foi de 75% entre os municípios de grande porte e de somente 15,4% entre os de pequeno porte I. Com relação à discussão com o objetivo de classificar a evitabilidade, o percentual de adequação aumentou progressivamente conforme aumenta o porte.

TABELA 19

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Classificação de evitabilidade de óbitos fetais/infantis e maternos, Critérios utilizados, Discussão e Classificação de evitabilidade final dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Classificação – fetal/infantil										
Não	8	61,5	2	22,2	0	0	0	0	10	27,8
Sim	5	38,5	7	77,8	6	100	8	100	26	72,2
Classificação – materno										
Não	11	84,6	4	44,4	1	16,7	2	25	18	50
Sim	2	15,4	5	55,6	5	83,3	6	75	18	50
Critérios utilizados										
Não	7	53,9	1	11,1	0	0	0	0	8	22,2
Sim	6	46,1	8	88,9	6	100	8	100	28	77,8
Discussão										
Não	5	38,5	3	33,3	1	16,7	1	12,5	10	27,8
Sim	8	61,5	6	66,7	5	83,3	7	87,5	26	72,2
Classificação de evitabilidade final										
Inadequado	5	38,5	1	11,1	0	0	0	0	6	16,7
Parcialmente adequado	6	46,2	3	33,3	1	16,7	3	37,5	13	36,1
Adequado	2	15,3	5	55,6	5	83,3	5	62,5	17	47,2

Nota: A variável “Adequação da Classificação de evitabilidade final” foi criada a partir da soma das outras quatro variáveis da tabela.

CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Diferenças semelhantes puderam ser observadas na comparação dos municípios por tipo de gestão. Entre os municípios de GPSM, nenhum foi classificado como inadequado nesta área, enquanto 25% daqueles sem GPSM estavam inadequados (**TABELA 20**).

TABELA 20

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Classificação de evitabilidade de óbitos fetais/infantis e maternos, Critérios utilizados, Discussão e Classificação de evitabilidade final dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Classificação – fetal/infantil						
Não	10	41,7	0	0	10	27,8
Sim	14	58,3	12	100	26	72,2
Classificação – materno						
Não	15	62,5	3	25	18	50
Sim	9	37,5	9	75	18	50
Critérios utilizados						
Não	8	33,3	0	0	8	22,2
Sim	16	66,7	12	100	28	77,8
Discussão						
Não	9	37,5	1	8,3	10	27,8
Sim	15	62,5	11	91,7	26	72,2
Classificação de evitabilidade final						
Inadequado	6	25	0	0	6	16,7
Parcialmente adequado	9	37,5	4	33,3	13	36,1
Adequado	9	37,5	8	66,7	17	47,2

Nota: A variável “Adequação da Classificação de evitabilidade final” foi criada a partir da soma das outras quatro variáveis da tabela.

Nota: CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Ainda no domínio Resultado, 50% dos municípios estavam parcialmente adequados com relação ao Registro das informações no SIS e somente 5,6% inadequados. Especificamente com relação ao acesso ao SIM WEB, 88,9% dos municípios estavam adequados. Por outro lado, quanto à correção de causa dos óbitos pós investigação/análise e ao prazo de registro, estes percentuais de adequação foram de 69,4% e 61,1%, respectivamente. As **TABELAS 21** e **22** mostram a análise destes itens por porte populacional e tipo de gestão. Pode-se observar que, para a correção de causa, o percentual de adequação aumentou progressivamente a medida que aumenta o porte, passando de 46,1% nos municípios de pequeno porte I para 100% nos de grande porte. O mesmo não se observa com relação ao prazo de registro. Nos municípios de pequeno porte I este percentual foi de 69,2%, sendo de 50% para os municípios de grande porte (**TABELA 21**). Análise semelhante pode ser feita na comparação dos municípios por tipo de gestão (**TABELA 22**).

TABELA 21

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Acesso ao SIM WEB, Correção de causa do óbito, Prazo de registro e Registro no SIS dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acesso ao SIM WEB										
Não	2	15,4	1	11,1	1	16,7	0	0	4	11,1
Sim	11	84,6	8	88,9	5	83,3	8	100	32	88,9
Correção de causa										
Não	7	53,9	3	33,3	1	16,7	0	0	11	30,6
Sim	6	46,1	6	66,7	5	83,3	8	100	25	69,4
Prazo de registro										
Não	4	30,8	4	44,4	2	33,3	4	50	14	38,9
Sim	9	69,2	5	55,6	4	66,7	4	50	22	61,1
Registro no SIS										
Inadequado	0	0	1	11,2	1	16,7	0	0	2	5,6
Parcialmente adequado	9	69,2	4	44,4	1	16,7	4	50	18	50
Adequado	4	30,8	4	44,4	4	66,6	4	50	16	44,4

Nota: A variável “Adequação do Registro no SIS” foi criada a partir da soma das outras três variáveis da tabela. SIS – Sistema de Informação em Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

TABELA 22

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação de Acesso ao SIM WEB, Correção de causa do óbito, Prazo de registro e Registro no SIS dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Acesso ao SIM WEB						
Não	4	16,7	0	0	4	11,1
Sim	20	83,3	12	100	32	88,9
Correção de causa						
Não	11	45,8	0	0	11	30,6
Sim	13	54,2	12	100	25	69,4
Prazo de registro						
Não	8	33,3	6	50	14	38,9
Sim	16	66,7	6	50	22	61,1
Registro no SIS						
Inadequado	2	8,3	0	0	2	5,6
Parcialmente adequado	12	50	6	50	18	50
Adequado	10	41,7	6	50	16	44,4

Nota: A variável “Adequação do Registro no SIS” foi criada a partir da soma das outras três variáveis da tabela. SIS – Sistema de Informação em Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Prosseguindo na análise do domínio Resultado, com relação à área Divulgação final, foi observado que 52,8% e 19,4% dos municípios estavam parcialmente e totalmente adequados, respectivamente. Analisando os itens componentes desta área, 66,7% dos municípios estavam adequados com relação à realização da divulgação do resultado das análises do comitê e medidas propostas para redução da mortalidade. Entretanto, com relação especificamente à elaboração e encaminhamento de relatório para as equipes de APS, hospitais e gestão, o cenário mudou. Do total de municípios, 50% estavam adequados com relação aos relatórios para a APS, 44,4% para os relatórios para a gestão e somente 19,4% para os relatórios direcionados aos hospitais. Na análise por porte populacional, o percentual de municípios adequados para a realização de divulgação aumentou progressivamente com o aumento do porte. Para os outros itens, ainda que o percentual de adequação de um modo geral não tenha ultrapassado os 50%, para os municípios de grande porte ele foi quase o dobro daquele dos municípios de pequeno porte I (TABELA 23).

TABELA 23 – Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Divulgação, Encaminhamento de relatório para a APS, hospitais e gestão municipal e Divulgação final dos CPOMFI municipais por porte populacional, SRS/BH, 2015.

Adequação	Porte do Município									
	Pequeno I		Pequeno II		Médio		Grande		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Divulgação										
Não	7	53,9	3	33,3	1	16,7	1	12,5	12	33,3
Sim	6	46,1	6	66,7	5	83,3	7	87,5	24	66,7
Relatório para a APS										
Não	8	61,5	6	66,7	2	33,3	2	25	18	50
Sim	5	38,5	3	33,3	4	66,7	6	75	18	50
Relatório para os hospitais										
Não	11	84,6	9	100	4	66,7	5	62,5	29	80,6
Sim	2	15,4	0	0	2	33,3	3	37,5	7	19,4
Relatório para a gestão										
Não	10	76,9	5	55,6	1	16,7	4	50	20	55,6
Sim	3	23,1	4	44,4	5	83,3	4	50	16	44,4
Divulgação final										
Inadequado	7	53,8	2	22,2	1	16,7	0	0	10	27,8
Parcialmente adequado	4	30,8	7	77,8	3	50	5	62,5	19	52,8
Adequado	2	15,4	0	0	2	33,3	3	37,5	7	19,4

Nota: A variável “Adequação da Divulgação final” foi criada a partir da soma das outras quatro variáveis da tabela.

APS – Atenção Primária à Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Na estratificação por tipo de gestão, a diferença foi ainda maior. Na área de divulgação como um todo, 41,7% dos municípios de GPSM estavam adequados, contra somente 8,3% de adequação dos municípios que não possuem GPSM (TABELA 24).

TABELA 24

Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação da Divulgação, Encaminhamento de relatório para a APS, hospitais e gestão municipal e Divulgação final dos CPOMFI municipais por tipo de gestão, SRS/BH, 2015.

Adequação	Gestão Plena do Sistema Municipal					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Divulgação						
Não	11	45,8	1	8,3	12	33,3
Sim	13	54,2	11	91,7	24	66,7
Relatório para a APS						
Não	16	66,7	2	16,7	18	50
Sim	8	33,3	10	83,3	18	50
Relatório para os hospitais						
Não	22	91,7	7	58,3	29	80,6
Sim	2	8,3	5	41,7	7	19,4
Relatório para a gestão						
Não	17	70,8	3	25	20	55,6
Sim	7	29,2	9	75	16	44,4
Divulgação final						
Inadequado	10	41,7	0	0	10	27,8
Parcialmente adequado	12	50	7	58,3	19	52,8
Adequado	2	8,3	5	41,7	7	19,4

Nota: A variável “Adequação da Divulgação final” foi criada a partir da soma das outras quatro variáveis da tabela.

APS – Atenção Primária à Saúde; CPOMFI – Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis; SRS/BH – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

Enfim, com relação à realização de parceria para ações de mobilização social, 86,1% dos municípios foram classificados como inadequados. Neste aspecto, não se observa grande diferença entre os municípios na análise estratificada por porte populacional. Os percentuais de adequação foram de 15,4% para os municípios de pequeno porte I, 11,1% para os de pequeno porte II, 16,7% para os de médio e 12,5% para os municípios de grande porte. Já na comparação por tipo de gestão observa-se que 25% dos municípios de GPSM estavam adequados quanto à realização destas parcerias, contra somente 8,3% dos municípios sem GPSM (dados não apresentados em tabelas).

6. DISCUSSÃO:

De forma geral, os municípios da SRS/BH tiveram seus piores níveis de adequação para a estrutura e processo. Faz-se necessário avançar na melhoria destes aspectos para o cumprimento dos objetivos da vigilância de óbitos e dos comitês e o alcance de resultados capazes de desencadear ações para a redução da mortalidade materna, perinatal e infantil. Para que as mudanças necessárias ocorram é importante a interação dos vários fatores incluídos no contexto, contribuindo para a implementação e manutenção bem-sucedida do programa de auditoria (GROL, WENSING; 2004).

6.1.Estrutura

Com relação à estrutura, especificamente, a maioria dos municípios não foi classificada como adequada. Esta dificuldade em manter uma estrutura mínima necessária para o bom andamento do processo de trabalho e obtenção de resultados satisfatórios foi maior para os municípios de pequeno porte e/ou que não possuem GPSM. Até mesmo entre os municípios de grande porte e com GPSM, houve dificuldades para manutenção desta estrutura mínima necessária.

Para melhor compreensão desta dificuldade, serão discutidos detalhadamente os componentes deste domínio. O primeiro deles refere-se à implantação dos comitês nos municípios. A partir dos resultados obtidos no item Existência, pôde-se observar que o percentual de municípios na SRS/BH com comitê implantado foi superior ao encontrado em outros estudos nacionais (SANTANA et al., 2012; VENÂNCIO, PAIVA; 2010). Estudo realizado por Dutra (2015) em outra região do Estado de Minas Gerais também encontrou percentual menor de municípios com comitê implantado quando comparado a este estudo. Em Minas Gerais está estabelecido que os comitês devem se organizar no nível municipal, sendo imprescindível sua estruturação (MINAS GERAIS, 2015). A inserção governamental institucionaliza o processo, facilita o acesso às informações necessárias e a implementação das recomendações do Comitê de Revisão (BERG et al. 2005; BERG, 2012). A implantação de um sistema de auditoria de óbitos em nível local tem maior viabilidade prática e financeira, quando comparada ao nível nacional, e pode disparar mais fácil e rapidamente ajustes locais nos protocolos de assistência, qualidade do cuidado e cooperação interprofissional (DE REU et al., 2009). Deste modo, justifica-se a necessidade de investimentos pelas gestões de saúde

municipais, estadual e nacional na organização e apoio técnico e operacional a esta estratégia nos municípios (SANTANA et al., 2012).

Apesar de o MS estabelecer que a oficialização do comitê deve ser realizada por meio de publicação de Portaria e/ou elaboração de Regimento Interno (BRASIL, 2009a; 2009b) e de o comitê existir na maioria dos municípios estudados, somente metade do total possuía comitê oficializado. Esta oficialização é importante para legitimar e fortalecer as ações do comitê. O alto percentual de inadequação para este item pode revelar a pouca importância que as instâncias gestoras conferem a esta estratégia de vigilância. Chama a atenção o baixo percentual de adequação dos municípios de pequeno porte e sem GPSM quando comparado ao dos municípios de grande porte e com GPSM, revelando que implantar oficialmente um comitê é muito mais difícil para os primeiros. Entretanto, a implantação oficial desta estratégia tem valor até mesmo em locais com baixo número de óbitos, pois permite identificar localmente oportunidades importantes de melhoria e desenvolver um processo contínuo de vigilância (GOODMAN et al., 2013). Uma solução para esta questão pode ser a implantação de um comitê compartilhado, conforme proposto atualmente pela SES/MG, que consiste em um agrupamento de municípios de uma mesma região de saúde em um único comitê. Esta forma de organização permite que o município sede disponibilize o espaço físico e apoio técnico e administrativo para que o processo de vigilância aconteça (MINAS GERAIS, 2015).

Estudos indicaram alguns motivos para a não inclusão da auditoria de óbitos perinatais na rotina dos serviços de saúde (ACHEM, AGBOGHOROMA; 2014; DE BROUWERE et al., 2014; NAKIBUUKA et al., 2013). Observa-se que estes se aplicam também como motivos para a não implantação dos comitês em nível municipal e podem ser encontrados no contexto dos municípios estudados. Entre eles estão o medo dos profissionais de saúde de serem pessoalmente identificados e culpados pelo óbito; falta de envolvimento dos gestores dos serviços de saúde; e não implementação das ações de correção das falhas no sistema. Estes motivos estão intimamente relacionados a questões de processo e resultado do próprio comitê. Para a implantação bem-sucedida de um programa nacional de Revisão da Mortalidade Materna na Nigéria, os fatores essenciais incluíam ainda a identificação e mobilização de recursos, a garantia de um ambiente político favorável e capacitação da equipe responsável (ACHEM, AGBOGHOROMA; 2014). É plausível que estes fatores também sejam imprescindíveis no contexto da SRS/BH.

Com relação ao RH, a escolha dos membros dos comitês depende das características e peculiaridades dos municípios, assim como de sua população. Essencial é que

a equipe possua capacidade técnica para desempenhar suas funções (BRASIL, 2009a; 2009b). Partindo da realidade conhecida dos municípios estudados e das normas estabelecidas pela SES/MG em 2013, vigente na ocasião da coleta de dados, a composição considerada para a análise de adequação neste estudo foi a composição mínima estabelecida para o Estado de Minas Gerais em 2013 (MINAS GERAIS, 2013a), uma vez que a composição sugerida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a; 2009b), embora ideal, é muito ampla e não se adequa à realidade dos municípios. Quando analisado, neste estudo, o RH dos comitês, os percentuais de adequação se apresentaram muito baixos. Quase a totalidade dos municípios estudados não possuía composição mínima conforme era preconizado e todos os municípios de pequeno porte e sem GPSM possuíam composição inadequada, revelando que esta dificuldade é absoluta para estes municípios. Esta inadequação pode comprometer a capacidade técnica do comitê e afetar negativamente os processos e resultados, como se pode de fato observar na análise de adequação destes outros domínios. Em outra região do Estado de Minas Gerais, a falta de RH para atuação foi considerada um entrave também para a realização das investigações por 54,8% dos membros de comitês municipais (DUTRA, 2015). Na Nigéria, estudo mostrou que os problemas com recursos humanos foram o fator principal para a descontinuidade das Revisões de Óbitos Maternos nos serviços de saúde deste país (HOFMAN, MOHAMMED; 2014).

A participação multiprofissional e interinstitucional nos comitês é necessária e ideal para a condução de avaliações sólidas e para a adequada identificação e execução das recomendações (BERG, 2012; BRASIL, 2009a; 2009b; DE REU et al., 2009; MATHIAS et al., 2008; MINAS GERAIS, 2015). Além disso, os membros do comitê podem facilitar a descentralização de suas discussões aos serviços de saúde, mais ainda quando são representantes oficiais dos órgãos ou instituições que representam (BERG, 2012; MATHIAS et al., 2009).

Na quase totalidade dos municípios estudados que não possuíam comitê, somente um profissional, ou pequena equipe era responsável pelas ações. Essa situação pode comprometer a qualidade do processo de trabalho e obtenção de resultados bem-sucedidos para estes municípios. Estudos em diferentes contextos questionam sistemas de auditoria e revisão de óbitos centrados no voluntarismo de algumas poucas lideranças envolvidas e dedicadas à causa. A confiança exclusivamente nestas lideranças fragiliza a estratégia e demonstra que a mesma não está institucionalizada (RHODA et al., 2014; VENÂNCIO, PAIVA; 2010). Lideranças comprometidas são necessárias, mas o processo não se sustenta quando depende quase que unicamente das mesmas (HOFMAN, MOHAMMED; 2014).

Os resultados observados neste estudo induzem ao questionamento sobre a composição recomendada para os comitês e sua adequação à realidade destes municípios, com poucos profissionais responsáveis por diversas atividades. Em 2015, já depois que a coleta de dados havia se encerrado, a SES/MG publicou normas (MINAS GERAIS, 2015) propondo uma nova composição para os comitês municipais, detalhando as áreas que estariam, preferencialmente, representadas no comitê. Deste modo, fica a cargo das gestões municipais estabelecerem a composição que se adeque melhor à sua realidade, de forma que as atribuições do comitê sejam cumpridas.

É essencial que as instâncias gestoras estimulem a criação de comitês por meio da capacitação permanente de seus membros (BRASIL, 2009a; 2009b). Com relação a este item, esta pesquisa revela um percentual de adequação maior dentro da área de RH, mas ainda assim mais da metade dos municípios não tiveram profissionais capacitados nos últimos três anos, o que pode também comprometer os processos e os resultados. Novamente, o porte e o tipo de gestão influenciaram a adequação para este item. O estudo de Dutra (2015) em outra região do Estado de Minas Gerais corrobora estes achados, uma vez que 58,1% dos membros de comitês municipais consideraram a falta de capacitação das equipes como maior entrave para a realização das investigações. Estudos em diferentes cenários destacaram a importância da capacitação, treinamento e qualificação dos profissionais envolvidos como fator a ser garantido para a implantação e implementação de programas de revisão de óbitos, com maiores investimentos dos gestores nesta questão (ACHEM, AGBOGHOROMA; 2014; DE BROUWERE et al., 2014; SANTANA et al., 2012). A implementação precipitada de um processo de revisão de óbitos, sem o planejamento cuidadoso e treinamento dos profissionais, pode ter como resultado não somente o prejuízo à saúde de mulheres e bebês, devido à falta de melhorias na assistência em saúde, mas também uma diminuição do apoio dos profissionais ao processo de revisão em si (LEWIS, 2014).

Corroborando os resultados obtidos neste estudo para esta área de RH, Belizán et al. (2011) listaram, entre os fatores essenciais (e inter-relacionados) para a implementação bem-sucedida de um sistema de auditoria: trabalho em grupo, diminuindo o risco de o programa falhar quando uma única pessoa está incapacitada de dar continuidade às atividades; estabilidade dos profissionais, com pelo menos uma pessoa assumindo a responsabilidade pela auditoria de forma permanente; reuniões regulares (diárias, semanais, mensais ou anuais, dependendo dos objetivos); e treinamento e atualizações regulares. Todos estes fatores estão relacionados à estrutura, especialmente RH.

Com relação aos recursos físicos, o percentual de adequação também foi baixo. Existe uma estrutura física mínima sem a qual seria muito difícil para um comitê ou equipe de vigilância conduzir seu processo de trabalho. Obter e manter esta estrutura, no contexto dos municípios da SRS/BH como um todo, não tem sido fácil. Isto pode apontar para dificuldades da gestão municipal em garantir esta estrutura de um modo geral para seus profissionais, por dificuldades financeiras, assim como pode também levar a crer que o trabalho de vigilância de óbitos e dos comitês não é devidamente valorizado quanto à sua importância. Estas dificuldades, conforme mostram os resultados, independem do porte populacional ou tipo de gestão dos municípios. Estudo realizado em São Paulo com membros de Comitês Municipais mostrou a insatisfação pela insuficiência de estrutura (organização ou recursos materiais) nos pequenos municípios, que são maioria também neste estado. Esta deficiência de recursos foi citada com muita frequência como um obstáculo a uma ação mais produtiva (VENÂNCIO, PAIVA; 2010).

O Ministério da Saúde enfatiza que é fundamental que as secretarias estaduais e municipais de saúde aloquem recursos financeiros, materiais e humanos nos setores de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009a; 2009b). O envolvimento dos gestores revela-se como um problema a ser enfrentado para o sucesso das estratégias de revisão, auditoria e vigilância de óbitos. A garantia de recursos financeiros e humanos sustentáveis e contribuição ativa dos gestores para o sistema de auditoria, que é um desafio para a implementação e ampliação destes programas em países como Camarões e África do Sul (DE BROUWERE et al., 2014; RHODA et al., 2014), revela-se também como um ponto crucial na Região estudada. O trabalho de sensibilização deve ser constante. Outra ameaça à implementação dos comitês é a instabilidade política vivenciada por muitos municípios, com alta rotatividade de gestores e profissionais nos municípios.

6.2.Processo

No domínio Processo, observou-se que, numa visão global, o percentual de adequação foi extremamente baixo, independente do porte populacional ou tipo de gestão dos municípios. Sem observar detalhadamente cada uma das áreas deste domínio, poder-se-ia pensar que este desempenho ruim foi devido a uma estrutura também avaliada como ruim. Esta pode ser uma das explicações. Mas é necessário detalhar melhor os fatores que influenciam e compõem o processo de trabalho de vigilância e dos comitês.

Também não se pode perder de vista o método utilizado para a classificação deste item em adequado, parcialmente adequado e inadequado. Foi realizado um corte estatístico em tercis, mas deve-se atentar que nenhum município obteve escore menor que oito para este item. Ou seja, do total de 16 itens componentes do domínio, todos os municípios tiveram classificação adequada para no mínimo oito. Assim, percebe-se que nesses municípios, existindo ou não um comitê formalizado, equipes com capacidade técnica e contando com estrutura mínima necessária, as atribuições do processo (notificação, investigação e análise dos óbitos) são, de modo geral, minimamente cumpridas. Além disso, no processo encontram-se indicadores relativos à vigilância de óbitos monitorados pelo MS e Secretaria de Estado da Saúde (SES), cujo cumprimento está vinculado ao recebimento de recursos financeiros. Assim, mesmo com uma estrutura inadequada, os municípios procuram seus meios para investigar os óbitos.

Com relação à utilização do protocolo do MS para a vigilância de óbitos, observa-se que não houve inadequação, demonstrando que este instrumento possivelmente esteve acessível e foi suficientemente divulgado entre os municípios. Ainda que o protocolo seja utilizado, nem todos os municípios utilizam os formulários preconizados nacionalmente como instrumentos oficiais para investigação. Ainda assim o resultado é melhor que no estudo realizado em São Paulo, em que somente 23,4% dos municípios utilizavam os formulários do MS (VENÂNCIO, PAIVA; 2010).

Preocupa o fato de que grande percentual dos municípios estudados esteja inadequado com relação à existência de cronograma e ata de reuniões. Diretrizes para a condução de revisões da mortalidade materna publicadas em Londres em 2013 pontuam a importância de se produzir um relatório que claramente esboce as principais discussões da reunião, a ser disseminado para os atores relevantes como uma forma de *feedback* (DE BROUWERE et al., 2013). Os instrumentos normativos orientam que os comitês estabeleçam, já em seu Regimento Interno, seu modo de funcionamento, incluindo a periodicidade e registro de suas reuniões (BRASIL, 2009a; 2009b; MINAS GERAIS, 2015). Nos municípios da SRS/BH esta norma não está sendo cumprida por todos os comitês, especialmente os de pequeno porte e sem GPSM. Isto pode ser explicado pelo fato de municípios de grande porte e com GPSM possuírem seus comitês, geralmente, formalizados e processos de trabalho mais organizados. Comitês menos organizados muitas vezes se reúnem somente de acordo com a demanda e sem um cronograma definido.

A notificação do óbito pelo serviço de saúde para a equipe responsável pela investigação e/ou para o comitê é o que irá desencadear o processo de investigação. Neste

estudo observou-se que na grande maioria dos municípios, a notificação dos óbitos é realizada, mas o prazo de notificação está inadequado. Na Nigéria a notificação imediata dos casos de óbito perinatal e materno não ocorria (HOFMAN, MOHAMMED; 2014), e mesmo em contexto muito diverso, na Holanda, esta notificação imediata, para além do registro regular em base de dados oficial, não se dava de forma apropriada (DE REU et al., 2009). Em contrapartida, o resultado foi diferente, neste estudo, quando realizada a estratificação por tipo de gestão, ou seja, o prazo de notificação foi adequadamente cumprido em maior percentual dos municípios de GPSM, o que pode ser explicado pelo fato de os hospitais e maternidades estarem concentrados nestes municípios, agilizando o fluxo de notificação.

Para tentar garantir agilidade neste processo de notificação, a SES/MG publicou a Resolução nº 3999, de 31 de outubro de 2013, que estabelece, para os óbitos infantis e maternos, a notificação obrigatória via Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esta Resolução, assim como as Portarias nº 1119/2008 e nº 72/2010, estabelece um prazo de 48 horas para esta notificação, para garantir o início oportuno do processo investigatório. Deste modo, o não cumprimento deste prazo, observado para muitos dos municípios estudados, compromete a investigação, próxima área a ser discutida.

Somente um dos municípios estudados não realizava a investigação dos óbitos de MIF, que está prevista na vigilância da mortalidade materna (BRASIL, 2009a) e é fundamental para que seja detectado o maior número possível de mortes maternas existentes. Estudo de Laurenti et al. (2004) mostrou que 29,8% dos casos de óbito de MIF em cujas declarações de óbito originais não constavam causa materna se tornaram mortes maternas após investigação (entrevista domiciliar e consulta a prontuários e laudos de autópsia).

Já os óbitos maternos, fetais e infantis são investigados por todos os municípios. Os altos percentuais de adequação nesta área, muito provavelmente, estão relacionados ao fato de a investigação de óbitos ser um indicador monitorado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES). Nos municípios de outra região do Estado de Minas Gerais foi observado que 63,6% dos membros dos comitês municipais ressaltavam como atribuição do comitê o cumprimento de metas de investigação pactuadas pelo Governo Estadual (DUTRA, 2015).

Situação semelhante à da SRS/BH também foi encontrada em São Paulo, onde 90% dos municípios investigavam todos os casos de óbito infantil (VENÂNCIO, PAIVA; 2010). Já na Bahia, apenas cerca de metade dos municípios investigavam ao menos um óbito infantil e em 35,5% foi alcançada a meta mínima de investigação de 25% dos óbitos estabelecida pelo MS. Ainda neste estudo, a investigação de pelo menos um óbito associou-se

ao maior porte populacional dos municípios (SANTANA et al., 2012). Esta expressiva diferença com relação ao porte não foi observada no presente estudo.

Os critérios mínimos de referência para a investigação dos óbitos estão estabelecidos nas Portarias GM nº 1119, de 05 de junho de 2008, e nº 72, de 11 de janeiro de 2010. A maioria dos municípios também estava adequada com relação a estes critérios para a triagem de óbitos a serem investigados ou não. Para o pequeno percentual de municípios inadequados com relação a este item, os motivos podem ir desde a pouca clareza quanto aos critérios a serem utilizados até a falta de capacidade para investigar todos os óbitos de acordo com o preconizado pelo MS. Estudo sobre óbitos investigados por Comitê Regional do Paraná mostrou que até 2004 eram investigados somente os óbitos de crianças nascidas com peso igual ou superior a 1000g, e a partir de 2005 todos os óbitos passaram a ser investigados. A possível explicação também foi, dentre outros fatores, o aumento da capacidade operacional do comitê (MATHIAS et al., 2008).

Nesta área, ocorre mudança nos níveis de adequação quando avaliado o prazo para investigação. As Portarias nº 1119/2008 e nº 72/2010 estabelecem um prazo de 120 dias. A maioria dos municípios estava inadequada e, entre os de grande porte, todos estavam inadequados. Esta dificuldade generalizada para o cumprimento deste prazo pode ser explicada pelos obstáculos inerentes ao fluxo de informações entre os municípios quando o óbito ocorre fora do município de residência, assim como dificuldades técnicas na análise dos óbitos, atrasando sua conclusão. Outra possível explicação é o atraso na notificação, conforme discutido anteriormente e observado também no estudo de Dutra (2015) em outra região de Minas Gerais. Com relação aos municípios de grande porte, a dificuldade pode ser maior devido ao grande volume de óbitos. Além disso, como estes municípios possuem comitês capazes de realizar uma análise mais completa e aprofundada dos óbitos, o cumprimento do prazo muitas vezes não é viável.

A grande maioria dos municípios da SRS/BH estava adequada com relação aos documentos utilizados para análise dos óbitos maternos, fetais e infantis. Estes documentos permitem a obtenção de informações sobre as condições de assistência à saúde em todos os níveis de atenção; sobre a organização dos serviços de saúde e sobre a estrutura social (família e comunidade) e econômica (BRASIL, 2009a; 2009b), com a finalidade de identificar a evitabilidade do óbito. Também nos Programas de Revisão de Mortalidade dos Estados Unidos e nos Inquéritos Confidenciais do Reino Unido, o foco das análises não está somente nas questões médicas e na prática clínica, mas também nos fatores sociais, culturais,

econômicos e relacionados ao sistema de saúde e às políticas de saúde (BURCH et al., 2012; LEWIS, 2012).

Na estratificação por porte realizada nesta área, observa-se que o percentual de adequação é menor nos municípios de pequeno porte I, o que pode revelar as maiores dificuldades destes municípios para reunir toda a documentação necessária para a adequada análise e discussão dos óbitos. Municípios pequenos, em geral, possuem baixa capacidade técnica e operacional. Estudo realizado na Bahia chegou a conclusões semelhantes (SANTANA et al., 2012). No presente estudo, acredita-se também que estes municípios de pequeno porte, por suas inadequações estruturais já discutidas, especialmente com relação ao RH, estão prejudicados na análise qualificada dos óbitos.

Resultados de estudo na Tanzânia mostraram que a pobreza da qualidade dos registros foi um dos maiores problemas na auditoria realizada em serviços de saúde deste país. Este é um dos principais fatores comprometedores da auditoria em países com poucos recursos (KIDANTO et al., 2009). Mesmo nos municípios estudados, especialmente aqueles de pequeno porte, o acesso ao registro de qualidade dos serviços de saúde pode ter sido um obstáculo para a análise completa dos óbitos. Outro estudo no Brasil mostrou não ser sempre possível obter todas as informações e documentos sobre a assistência prestada, ou pela demora no atendimento às demandas do comitê ou pelo simples fato de inexistirem, nos hospitais ou nas UAPS, as informações demandadas, criando dificuldades no momento das análises (MATHIAS et al., 2009). Estudo mais recente em outra Região de Minas Gerais mostrou que o acesso aos dados hospitalares é difícil para a grande maioria dos comitês municipais (DUTRA, 2015).

6.3.Resultados

Enfim, no domínio Resultados, observou-se pouca diferença no percentual de municípios classificados como adequados, parcialmente adequados e inadequados. O mesmo não se pode dizer quando estratificamos estes municípios por porte populacional ou tipo de gestão. Os de médio e grande porte e os de GPSM possuem os maiores percentuais de adequação. Isto pode ocorrer devido ao fato de estes municípios apresentarem melhores percentuais também para a estrutura e processos, que interferem na obtenção de resultados satisfatórios.

Na análise detalhada por área observou-se que os percentuais de adequação neste domínio foram, em geral, ruins, exceto para a classificação de evitabilidade, que é monitorada

por meio de indicadores, o que pode explicar os melhores resultados. É importante avaliar se a vigilância da mortalidade está sendo realizada, nesta região, somente para o cumprimento de metas ou com foco no objetivo principal, que é a proposição de ações visando a redução da mortalidade. Mesmo na Tanzânia, estudo qualitativo realizado com profissionais que realizavam a Revisão de Óbitos Maternos e Perinatais identificou que 94,1% compreendiam a Revisão como um instrumento de melhoria da qualidade do cuidado em saúde, para além de simplesmente coletar dados sobre os óbitos (ARMSTRONG et al., 2014). No caso específico dos comitês da SRS/BH, embora não tenha sido avaliado este aspecto qualitativo no estudo, acredita-se que esta percepção exista, mas a utilização dos resultados da investigação para melhoria da prática assistencial ainda é um grande desafio.

Um dos principais objetivos da análise dos óbitos, estando assim incluída entre as competências dos comitês no Estado de Minas Gerais, é a identificação da evitabilidade dos mesmos (MENEZES et al., 2014; MINAS GERAIS, 2015). A análise dos municípios da região estudada revela que a maior parte deles está adequada quanto à realização de classificação de evitabilidade de óbitos fetais e infantis, quanto aos critérios utilizados para tal e quanto à discussão para realização desta classificação. Os percentuais de adequação para estes três itens são maiores para os municípios de grande porte e de GPSM, que possuem comitês mais completos e com profissionais melhor capacitados para a realização desta classificação. Por outro lado, Dutra (2015) encontrou que, dentre os comitês municipais de outra região de Minas Gerais, 72,7% não utilizavam critério de evitabilidade para análise de óbitos fetais e infantis. Entretanto, dos poucos que realizavam esta análise, todos utilizavam os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde e a maioria relatava haver discussão entre os membros para esta classificação.

A classificação de evitabilidade de óbitos maternos mostrou resultados diferentes. Metade dos municípios não realizava esta classificação e a maioria destes que não realizavam estavam concentrados entre os municípios de pequeno porte. Este resultado foi diferente do encontrado na Carolina do Norte-EUA, onde o Comitê de Revisão de Óbitos relacionados à Gestação foi capaz de determinar a evitabilidade de 97,1% dos óbitos maternos analisados (BERG et al., 2005). Nos municípios avaliados no presente estudo, a dificuldade está presente possivelmente devido ao fato de não existirem critérios específicos e definidos, como para os óbitos fetais e infantis, para a classificação de evitabilidade dos óbitos maternos, o que torna o processo mais subjetivo. Os setores de vigilância epidemiológica e os comitês devem, assim, definir os critérios que utilizarão para estabelecer a evitabilidade de cada óbito materno, sendo necessária alta capacidade técnica da equipe (BRASIL, 2009a).

As inadequações estruturais e do processo nos municípios estudados, especialmente aquelas relacionadas ao RH e obtenção de informações para análise dos óbitos, podem afetar os resultados, dentre eles a realização da classificação de evitabilidade. Estudo sobre Comitê Regional do Paraná concluiu que, para aumentar a validade desta classificação, os comitês devem ser multiprofissionais, uma vez que a multiplicidade de opiniões diminui a subjetividade e fortalece as decisões necessárias para diminuição da mortalidade. O mesmo estudo encontrou que a falta de informações sobre o óbito pode influenciar na atribuição de sua evitabilidade (MATHIAS et al., 2008).

Na área de Registro no SIS, o acesso ao SIM WEB não se revelou como um problema dos municípios estudados. O percentual de adequação é alto e não se altera muito de acordo com o porte populacional e tipo de gestão. Para o prazo deste registro no sistema, o percentual de adequação é um pouco mais baixo, mas a maioria foi adequada. Os mesmos entraves que dificultam o cumprimento do prazo da investigação são, provavelmente, os que atrasam também o registro no sistema, além de questões de organização do serviço, especialmente quando o número de casos é grande. Em Minas Gerais só é considerada investigação de óbito materno e infantil concluída aquela com óbito devidamente analisado *in loco*, com classificação de evitabilidade e ficha-síntese lançadas no SIM-WEB e informações da investigação inseridas no SIM local, incluindo, quando necessário, as alterações de causa básica do óbito (MINAS GERAIS, 2013b). Apoiar a qualificação, organização e gestão do SIM WEB é essencial para a melhoria da vigilância da mortalidade materna, perinatal e infantil.

De um modo geral, a maioria dos municípios da SRS/BH estava adequada com relação à correção das causas de óbito no SIM. Mas a análise estratificada mostra que, enquanto todos os municípios de grande porte e de GPSM realizam esta qualificação da informação, percentual muito menor dos de pequeno porte e sem GPSM o realizam, possivelmente devido ao fato de as equipes, nestes municípios, não possuem capacidade suficiente para a realização desta correção. Ademais, pode ser que muitos nem saibam que este é um dos objetivos dos comitês. Situação semelhante à observada na SRS/BH ocorreu em município do interior de São Paulo, em que o comitê municipal não conseguiu realizar a correção da causa básica dos óbitos maternos no SIM (CECATTI et al., 2009), e também em outra região de Minas Gerais, onde foi recentemente identificada dificuldade em quase 85% dos municípios na correção de dados no SIM com base na investigação (DUTRA, 2015). Esta dificuldade foi atribuída à ausência do auxílio do profissional médico neste processo e

ausência de capacitação. Esta situação pode aplicar-se facilmente à realidade dos municípios de pequeno porte da região estudada.

Por outro lado, estudos mostram a qualificação da informação obtida por meio do processo de investigação. No Paraná, a atuação de comitê regional possibilitou a redução de óbitos por causas mal definidas, passando de 12,7% em 2000 para 3% em 2006 (MATHIAS et al., 2008). Estudo recente em Londrina, município do mesmo Estado, mostrou que o comitê municipal alterou a causa básica após investigação de todos os óbitos infantis por causas externas, mais da metade daqueles por malformações congênitas e cerca de um terço daqueles por afecções originadas no período perinatal (SANTOS et al., 2014). Mesmo na Moldávia, estudo concluiu que as causas de morte materna após revisão no Inquérito Confidencial diferiam substancialmente das causas nas declarações de óbito e estatísticas oficiais. Muitos dos óbitos maternos inicialmente tidos como resultado de condições não evitáveis, como embolia, tiveram suas causas alteradas para obstétricas diretas potencialmente evitáveis (HODOROGEA, FRIPTU; 2014). Assim, o processo de vigilância de óbitos e do comitê, especialmente no que tange à investigação e análise dos óbitos, influi de maneira direta na obtenção de melhores resultados com relação à qualificação dos registros no sistema de informação.

Embora, neste estudo, na maioria dos municípios os resultados das análises do comitê sejam divulgados, ainda que com diferenças marcantes de percentuais de adequação na análise por porte e tipo de gestão, a adequação com relação ao envio de relatório contendo estas informações especificamente para a APS, hospitais e gestão municipal não mostra bons resultados. Deste modo, é importante avaliar se os comitês na região estudada produzem uma análise aprofundada, com recomendações para a redução da mortalidade, mas não as divulgam; ou se estas recomendações não são produzidas. Nesse sentido, Alencar (2006) destaca que a situação de frágil inserção técnica e política dos comitês para o cumprimento de suas funções tem sido objeto de considerações sobre as razões para a permanência dos altos índices de mortalidade materna no Brasil.

O maior percentual de adequação observado no envio de relatório para a APS pode ser explicado pelo fato de todos os municípios possuírem a gestão da Atenção Primária, o que facilita o repasse de *feedback* para as equipes das UAPS. O percentual de adequação mínimo com relação ao envio de relatório para os hospitais pode ser devido ao fato de muitos municípios não possuírem hospital. Mesmo naqueles que possuem, a interlocução com estes serviços muitas vezes não se dá de forma satisfatória. Com relação à divulgação de informações para a gestão municipal, o percentual de adequação no estudo também foi baixo.

Ainda assim, os municípios de grande porte e de GPSM mostraram os maiores percentuais de adequação, o que pode indicar que nestes municípios há uma clareza um pouco maior quanto ao papel principal do comitê, que é a proposição e divulgação de medidas para prevenção dos óbitos para as instâncias responsáveis pela implementação destas medidas. De forma semelhante ao que foi demonstrado na SRS/BH, Dutra (2015) observou que quase 80% dos comitês municipais não divulgaram os dados coletados e avaliados aos serviços de saúde, gestores e população em geral. Por outro lado, Mansano et al. (2004) mostraram que o Comitê Estadual do Paraná obteve sucesso nesta questão.

Países em desenvolvimento, de um modo geral, mostraram baixa produção, disseminação e implementação de recomendações advindas dos processos de auditoria de óbitos (ARMSTRONG et al., 2014; HODOROGEA, FRIPTU; 2014; KONGNYUY, VAN DEN BROEK; 2009c). Em estudo sobre sistemas hospitalares de auditoria na Tanzânia, embora todos os hospitais com sistema de auditoria tenham oferecido feedback para os responsáveis pela assistência em saúde, com utilização destas informações para o planejamento da melhoria da qualidade da assistência à saúde, a extinção de alguns sistemas de auditoria foi atribuída à falha da administração dos hospitais em implementar as recomendações desta auditoria, levando à desmoralização da equipe responsável pelo processo (NYAMTEMA et al., 2010). Acredita-se que a mesma lógica pode ser aplicada aos comitês da Região estudada, ou seja, a ausência de resultados satisfatórios compromete a manutenção da estrutura do comitê.

Destaca-se que a elaboração, discussão e divulgação de propostas de medidas de intervenção para promoção e qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança está entre as principais finalidades dos comitês (BRASIL, 2009a; 2009b; MATHIAS et al., 2009; MINAS GERAIS, 2015). Na lista de fatores essenciais para a implementação bem-sucedida de um sistema de auditoria está o estabelecimento de rede de comunicação entre os diferentes níveis do sistema de saúde e diferentes serviços (desde a APS até o nível de gestão nacional), para um fluxo bem definido e oportuno de dados e achados (BELIZÁN et al., 2011). Deste modo, a vigilância dos óbitos poderá provocar melhoria da performance dos profissionais de saúde, aperfeiçoamento dos processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde a fim de prevenir novas ocorrências (BRASIL, 2009a; 2009b; KIDANTO et al., 2009; ROWE et al., 2005).

Com relação à parceria do comitê com a mobilização social, o percentual de adequação foi muito baixo na região estudada, não havendo grandes diferenças entre os municípios na estratificação por porte e pequena diferença na comparação por tipo de gestão.

Naqueles de GPSM estas parcerias são realizadas com maior frequência. A disseminação dos achados e recomendações de um Programa de Revisão de Mortalidade depende muito da habilidade da equipe do programa em engajar organizações, associações, instituições e parceiros representativos, para se alcançar impacto nas políticas e programas de saúde (BURCH et al., 2012). Acredita-se que este engajamento de outros atores e instituições está entre as maiores dificuldades dos municípios estudados. A interlocução entre as instituições do poder público e setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de congregar esforços e garantir a execução das medidas apontadas para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal, assim como envolver e sensibilizar a sociedade como um todo para esta causa, está prevista no documento que regulamenta os comitês em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2015), mas a prática desta interlocução mostra-se como um grande desafio na região estudada.

6.4. Potencialidades e limitações do estudo

Este estudo traz como potencialidades, além dos resultados obtidos na avaliação da vigilância de óbitos e dos comitês, a própria metodologia de avaliação adotada. O instrumento de avaliação elaborado poderá ser proposto como rotina aos municípios do Estado ou mesmo do país. Os resultados da avaliação destacam dificuldades estruturais e operacionais, especialmente nos municípios de pequeno porte.

Ressalta-se que mesmo a Unidade Regional de Saúde estudada não sendo representativa do estado de Minas Gerais, esta é composta de municípios de diferentes portes populacionais, incluindo a capital do estado, Belo Horizonte, e grande parte dos municípios da região metropolitana. Trata-se de uma região com grande diversidade, que reflete muitos dos desafios enfrentados nos sistemas de saúde no Estado e no país como um todo.

Ficou evidente a necessidade de que se reconheçam as heterogeneidades dos municípios, especialmente a demográfica e a epidemiológica. A partir destas diferenças é que se deve pensar a melhor estratégia de vigilância da mortalidade para cada local, município ou região, assim como ofertar apoio à implantação e implementação desta estratégia de forma equitativa. Vale reforçar, por exemplo, a possibilidade de implantação de comitês compartilhados em Minas Gerais, reunindo municípios de uma mesma região de saúde em um único comitê. Nesta configuração, um município sede, geralmente de grande ou médio porte, ofereceria estrutura e apoio técnico para a concretização do processo de vigilância.

Recomenda-se estudos sobre a associação do porte e tipo de gestão dos municípios com os aspectos da vigilância de óbitos e do Comitê, para que se possa avaliar melhor como adequar a estratégia de vigilância à realidade de cada município.

Entre as limitações do estudo está a forma de coleta de dados, ou seja, foi utilizado apenas o questionário para esta coleta e não incluída a observação *in loco* da estrutura e processo. A entrevista pode levar a viés de informação (viés do respondente e/ou viés de memória). A aferição dos indicadores de mortalidade e de vigilância do óbito dos municípios estudados e sua relação com a estrutura, processos e resultados dos comitês está prevista em etapa posterior do estudo.

Acredita-se que os achados do estudo são de grande relevância para a compreensão da estrutura, processo e resultados desta estratégia de vigilância da mortalidade, avaliada com base nas recomendações do MS e SES, assim como dos inúmeros desafios para sua efetiva implementação, especialmente em um período em que países e instituições estão explorando com mais frequência as oportunidades e desafios para esta vigilância. Os resultados desta avaliação situacional da vigilância e dos comitês na região metropolitana e circunvizinha poderão trazer subsídios para o fortalecimento da estratégia na SRS/BH. Sugere-se a ampliação desta avaliação para todo o Estado de Minas Gerais.

Coletar dados, somente, não é suficiente para reduzir a mortalidade. É necessário implementar as recomendações advindas das análises empreendidas pelo comitê, institucionalizando o processo, o que certamente impactará nos indicadores de qualidade da assistência em saúde e finalmente nos índices de mortalidade. A próxima etapa deste estudo, que fará a análise da associação da estrutura, processo e resultados dos comitês com estes indicadores, permitirá uma avaliação mais ampla sobre o impacto desta estratégia na mortalidade materna, fetal e infantil na região estudada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo indica que na Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, a vigilância de óbitos e os Comitês Municipais de Prevenção de Óbitos apresentam percentuais mais baixos de adequação às normas do Ministério da Saúde para a estrutura e processo. Na estrutura, a maioria dos municípios apresentava recursos humanos e físicos inadequados. No processo, os piores níveis de adequação estavam no cumprimento de prazos, tanto da notificação quanto investigação. Nos resultados, a divulgação das análises do comitê para as instâncias envolvidas mostrou-se como um importante entrave, com a maioria dos comitês não cumprindo esta atribuição. As áreas relacionadas às metas estabelecidas pelo Governo Estadual, investigação e classificação de evitabilidade, mostraram altos percentuais de adequação.

Desenhos ecológicos possuem grande importância na avaliação de programas de saúde. Na região estudada, muitas foram as diferenças de adequação detectadas na comparação dos municípios por porte e tipo de gestão. O porte populacional e o tipo de gestão dos municípios esboçam diferentes contextos e apontam dificuldades específicas para a consolidação da vigilância à saúde. Municípios de maior porte são mais desenvolvidos, concentram mais recursos técnicos e serviços mais organizados. Contudo, possuem maior número de óbitos, o que aumenta os desafios para a vigilância. No contexto dos comitês estudados, de um modo geral, os municípios de grande porte e com Gestão Plena mostraram os maiores níveis de adequação, revelando a maior facilidade destes municípios para estruturar a vigilância de óbitos e seus comitês, assim como maior capacidade técnica das equipes.

REFERÊNCIAS

- ACHEM, F. F.; AGBOGHOROMA, C. O. Setting up facility-based maternal death reviews in Nigeria. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s4, p. 75-80, 2014.
- ALENCAR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 28, n. 7, p. 377-379, 2006.
- ALTHABE, F. et al. Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low-and middle-income countries: an overview of systematic reviews. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 22, n. s1, p. 42-60, 2008.
- AQUINO, R. et al. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American journal of public health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- ARMSTRONG, C. E. et al. Strengths and weaknesses in the implementation of maternal and perinatal death reviews in Tanzania: perceptions, processes and practice. **Tropical medicine & international health**, v. 19, n. 9, p. 1087-1095, 2014.
- BARBEIRO, F. M. S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 49, p. 22, 2015.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Supl 0, p. 1779-1790, 2007.
- BARROS, F. C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 10, p. 1877-1889, 2010.
- BELIZÁN, M. et al. Stages of change: A qualitative study on the implementation of a perinatal audit programme in South Africa. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 1, 2011.
- BERG, C. J. et al. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a statewide review. **Obstetrics & Gynecology**, v. 106, n. 6, p. 1228-1234, 2005.
- BERG, C. J. From identification and review to action—maternal mortality review in the United States. In: **Seminars in perinatology**. v. 36, n. 1, p. 7-13. 2012.
- BEZERRA-FILHO, J. G. et al. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 7, n. 2, p. 135-142, 2007.
- BHUTTA, Z. A. et al. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. **Pediatrics**, v. 115, n. Supplement 2, p. 519-617, 2005.

BHUTTA, Z. A. et al. Stillbirths: what difference can we make and at what cost?. **The Lancet**, v. 377, n. 9776, p. 1523-1538, 2011.

BLACK, R. E. et al. Where and why are 10 million children dying every year?. **The Lancet**, v. 361, n. 9376, p. 2226-2234, 2003.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**. 2. ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Portaria nº 2023, de 23 de setembro de 2004. Brasília: Diário Oficial da União, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Brasília: Diário Oficial da União, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004. Brasília: Diário Oficial da União, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. Portaria nº 1119, de 05 de junho de 2008. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.

_____. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Ministério do Planejamento (MP), 2014

_____. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal,** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS).** Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social, 2004d.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRYCE, J. et al. The unfinished agenda in child survival. **The Lancet**, v. 382, n. 9897, p. 1049-1059, 2013.

BULLOUGH, C. et al. REVIEW: Current strategies for the reduction of maternal mortality. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 112, n. 9, p. 1180-1188, 2005.

BURCH, D. et al. Pregnancy-associated mortality review: the Florida experience. In: **Seminars in perinatology**. v. 36, n. 1, p. 31-36. 2012.

CAMPBELL, O. M. R. et al. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. **The Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1284-1299, 2006.

CECATTI, J. G. et al. Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 11, p. 559-65, 2009.

COSTELLO, A. et al. An alternative strategy to reduce maternal mortality. **The Lancet**, v. 368, n. 9546, p. 1477-1479, 2006.

D'ALTON, M. E. et al. The national partnership for maternal safety. **Obstetrics & Gynecology**, v. 123, n. 5, p. 973-977, 2014.

DANEL, I. et al. Maternal death surveillance and response. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 89, p. 779, 2011. Disponível em: www.who.int/bulletin/volumes/89/11/11-097220/en. Acesso em: 09 de mar. 2016.

DARMSTADT, G. L. et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. **The Lancet**, v. 365, n. 9463, p. 977-988, 2005.

DARMSTADT, G. L. et al. Who has been caring for the baby?. **The Lancet**, v. 384, n. 9938, p. 174-188, 2014.

DE BROUWERE, V. et al. Achievements and lessons learnt from facility-based maternal death reviews in Cameroon. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s4, p. 71-74, 2014.

DE BROUWERE, V. et al. How to conduct maternal death reviews (MDR). Guidelines and tools for health professionals. London: FIGO, 2013. Disponível em: https://www.google.com/url?q=http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/LOGIC/VfinalEdited%2520MDR%2520Guidelines%2520final%25202014.pdf&sa=U&ved=0ahUKEwiJ6tPtLTLAhUijXIKHcP9Ax4QFggEMAA&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGiU_kkjWcpK7-QJgqe3U2QqMEGAA. Acesso em: 09 de mar. 2016.

DENEUX-THARAUX, C. et al. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. **Obstetrics and Gynecology-New York**, v. 106, n. 4, p. 684-692, 2005.

DE REU, P. et al. The Dutch Perinatal Audit Project: a feasibility study for nationwide perinatal audit in the Netherlands. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 88, n. 11, p. 1201-1208, 2009.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, n. 3, p. 166–203, 1966.

DRIFE, J. O. Perinatal audit in low-and high-income countries. In: **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**. v. 11, n. 1, p. 29-36. 2006.

DUTRA, I. R. **Vigilância do óbito fetal e infantil na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2015. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015.

FAUVEAU, V.; DE BERNIS, L. “Good obstetrics” revisited: Too many evidence-based practices and devices are not used. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 94, n. 2, p. 179-184, 2006.

FRØEN, J. F. et al. Stillbirths: why they matter. **The Lancet**, v. 377, n. 9774, p. 1353-1366, 2011.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Mortalidade infantil e desenvolvimento. **Conjuntura Demográfica**, v. 14, 1991.

GILMORE, K.; GEBREYESUS, T. A. What will it take to eliminate preventable maternal deaths?. **The Lancet**, v. 380, n. 9837, p. 87-88, 2012.

GOLDENBERG, R. L. et al. Stillbirths: the vision for 2020. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1798-1805, 2011.

GOODMAN, D. et al. Revival of a core public health function: state-and urban-based maternal death review processes. **Journal of Women's Health**, v. 22, n. 5, p. 395-398, 2013.

GRAHAM, W. J. Criterion-based clinical audit in obstetrics: bridging the quality gap?. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 23, n. 3, p. 375-388, 2009.

GRAHAM, W. J. et al. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. **BMC medicine**, v. 6, n. 1, p. 1, 2008.

GROL, R.; WENSING, M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. **Medical Journal of Australia**, v. 180, n. 6 Suppl, p. S57, 2004.

HABICHT, J. et al. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. **American journal of public health**, v. 94, n. 3, p. 400-405, 2004.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013.

HEREDIA, L. P. D. et al. Validade e confiabilidade do Questionário de Espiritualidade de Parsian e Dunning em versão espanhola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 559-566, 2012.

HILL, K. et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, p. 1311-1319, 2007.

HODOROGEA, S.; FRIPTU, V. The Moldovan experience of maternal death reviews. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s4, p. 81-85, 2014.

HOFMAN, J. J.; MOHAMMED, H. Experiences with facility-based maternal death reviews in northern Nigeria. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 126, n. 2, p. 111-114, 2014.

JAMISON, D. T. et al. Global health 2035: a world converging within a generation. **The Lancet**, v. 382, n. 9908, p. 1898-1955, 2013.

JAMTVEDT, G. et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, n. 2, 2006.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 179-187, 2008.

KEELING, J. W. et al. Classification of perinatal death. **Archives of disease in childhood**, v. 64, n. 10 Spec No, p. 1345-1351, 1989.

KHAN, K. S. et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **The lancet**, v. 367, n. 9516, p. 1066-1074, 2006.

- KIDANTO, H. L. et al. Introduction of a qualitative perinatal audit at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 9, n. 1, p. 1, 2009.
- KNIPPENBERG, R. et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. **The Lancet**, v. 365, n. 9464, p. 1087-1098, 2005.
- KONGNYUY, E. J. et al. A criterion based audit of the management of obstructed labour in Malawi. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 279, n. 5, p. 649-654, 2009a.
- KONGNYUY, E. J. et al. Effect of audit and feedback on the availability, utilization and quality of emergency obstetric care in three districts in Malawi. **Women and Birth**, v. 21, n. 4, p. 149-155, 2008.
- KONGNYUY, E. J. et al. Using criteria-based audit to improve the management of postpartum haemorrhage in resource limited countries: a case study of Malawi. **Maternal and child health journal**, v. 13, n. 6, p. 873-878, 2009b.
- KONGNYUY, E. J.; VAN DEN BROEK, N. Audit for maternal and newborn health services in resource-poor countries. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, n. 1, p. 7-10, 2009c.
- KORDA, R. J.; BUTLER, J. R. G. Effect of healthcare on mortality: trends in avoidable mortality in Australia and comparisons with Western Europe. **Public health**, v. 120, n. 2, p. 95-105, 2006.
- KURINCZUK, J. J. et al. Experiences with maternal and perinatal death reviews in the UK—the MBRRACE-UK programme. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s4, p. 41-46, 2014.
- LANSKY, S. et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 759-72, 2002.
- LAURENTI, R. et al. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.
- LAWN, J. E. et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. **The Lancet**, v. 384, n. 9938, p. 189-205, 2014.
- LAWN, J. E. et al. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 6, p. 409-417, 2005.
- LAWN, J. E. et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?. **The Lancet**, v. 377, n. 9775, p. 1448-1463, 2011.
- LAWN, J. E. et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done?. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 107, p. S5-S19, 2009.

LEWIS, G. H. et al. **Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom.** London: CEMACH, 2007.

LEWIS, G. H. Saving Mothers' Lives: the continuing benefits for maternal health from the United Kingdom (UK) Confidential Enquiries into Maternal Deaths. In: **Seminars in perinatology**. v. 36, n. 1, p. 19-26, 2012.

LEWIS, G. H. The cultural environment behind successful maternal death and morbidity reviews. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s4, p. 24-31, 2014.

MACEDO, C. P. C. et al. Análise de dados do sistema de informação de mortalidade (sim) e Comitê De Mortalidade Materna (CMM) no Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 4, p. 413-419, 2013.

MAIN, E. K. Decisions required for operating a maternal mortality review committee: the California experience. In: **Seminars in perinatology**. v. 36, n. 1, p. 37-41, 2012.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 765-76, 2007a.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007b.

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

MARTINS, E. F. et al. Óbitos perinatais investigados e falha na assistência hospitalar ao parto. **Esc Anna Nery Rev Enfem**, v. 17, n. 1, p. 38-45, 2013.

MARTINS, E. F. **Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2010. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Feral de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2010.

MATHIAS, T. A. F. et. al. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. **Rev. bras. enferm**, v. 62, n. 2, p. 205-311, 2009.

MATHIAS, T. A. F. et. al. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 3, p. 445-53, 2008.

MENEZES, S. T. et al. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 14, n. 2, 2014.

MINAS GERAIS. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006.

_____. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Dispõe sobre a reorganização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna e os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Infantil, na forma de Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências. Resolução nº 4031, de 19 de novembro de 2013. Belo Horizonte: Diário do Executivo, 2013a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Dispõe sobre a vigilância do óbito infantil e óbito materno em Minas Gerais. Resolução nº 3999, de 31 de outubro de 2013. Belo Horizonte: Diário do Executivo, 2013b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Restabelece a organização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências. Resolução nº 5016, de novembro de 2015. Belo Horizonte: Diário do Executivo, 2015.

MITCHELL, C. et al. California Pregnancy-Associated Mortality Review: mixed methods approach for improved case identification, cause of death analyses and translation of findings. **Maternal and child health journal**, v. 18, n. 3, p. 518-526, 2014.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011.

NAKIBUUKA, V. K. et al. Perinatal death audits in a peri-urban hospital in Kampala, Uganda. **African health sciences**, v. 12, n. 4, p. 435-442, 2013.

NYAMTEMA, A. S. et al. Factors for change in maternal and perinatal audit systems in Dar es Salaam hospitals, Tanzania. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 1, p. 1, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. 10. rev. v. 1. São Paulo: EDUSP, 1995.

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

PATTINSON, R. C. et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low-and middle-income countries. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 107, p. S113-S122, 2009.

PEARSON, L. et al. Maternal death review in Africa. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 106, n. 1, p. 89-94, 2009.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RHODA, N. R. et al. Experiences with perinatal death reviews in South Africa—the Perinatal Problem Identification Programme: scaling up from programme to province to country. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s4, p. 160-166, 2014.

ROBLEDO, F. J. P. Reducción de la mortalidad materna en San Luis Potosí. **Ginecol Obstet Mex**, v. 79, n. 6, p. 358-367, 2011.

ROWE, A. K. et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?. **The Lancet**, v. 366, n. 9490, p. 1026-1035, 2005.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal of Medicine**, v. 294, n. 11, p. 582-588, 1976.

SÁNCHEZ, R.; ECHEVERRY, J. Validación de escalas de medición en salud. **Rev salud pública**, v. 6, n. 3, p. 302-18, 2004.

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

SANTANA, M. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância de óbitos infantis. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 59-67, 2012.

SANTOS, H. G. et al. Agreement on underlying causes of infant death between original records and after investigation: analysis of two biennia in the years 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 313-322, 2014.

SETEL, P. W. et al. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. **The Lancet**, v. 370, n. 9598, p. 1569-1577, 2007.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Fiocruz, p. 15-39. 2005.

SOUTH AFRICA EVERY DEATH COUNTS WRITING GROUP. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. **The Lancet**, v. 371, n. 9620, p. 1294-1304, 2008.

SOUZA, J. P. et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s1, p. 1-4, 2014.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n. 12, p. 533-5, 2013.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimacão da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Sup:S71-S83, 2014.

UNITED NATIONS. **Millenium Declaration**. New York: UN, 2000. Disponível em: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm. Acesso em: 11 de mar. 2016.

_____. **Millennium Development Goals (MDG)**. New York: UN, 2014. Disponível em: www.un.org/millenniumgoals/. Acesso em: 11 de mar. 2016.

UNITED NATION POPULATION FUND (UNFPA). **Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability**. New York: UNFPA; 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>. Acesso em: 11 de mar. 2016.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2013**. New York: UN, 2013.

_____. **The Millennium Development Goals Report 2015**. New York: UN, 2015a.

_____. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**, 2015b.

VAN DEN BROEK, N. R.; GRAHAM, W. J. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, n. s1, p. 18-21, 2009.

VENÂNCIO, S. I.; PAIVA, R. O processo de implantao dos Comits de Investigao do bito Infantil no Estado de São Paulo. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 10, n. 3, p. 369-375, 2010.

WIGGLESWORTH, J. S. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. **The Lancet**, v. 316, n. 8196, p. 684-686, 1980.

WILSON, A. L. et. al. Regional Infant and Child Mortality Review Committee-2012 final report. **South Dakota Medicine**, v. 66, n. 10, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer**. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, 2004.

_____. **Every woman and Every Child: strengthening equity and dignity through health: the second report of the independent Expert Review Group (iERG) on information and accountability for Women's and Children's health**. Geneva: WHO, 2013.

_____. **Strategies toward ending preventable maternal mortality**. Geneva: WHO, 2015.

_____. **The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count.** Geneva: WHO, 2005

_____. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division: executive summary, 2014.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 39701714.9.0000.5149

Interessado(a): Profa. Eunice Francisca Martins
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 03 de março de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação dos Comitês Municipais de prevenção de óbitos maternos, fetais e infantis em uma unidade regional de saúde de Minas Gerais, Brasil"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOBRE OS COMITÊS DE PREVENÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E INFANTIS

1. Data da entrevista: ____/____/____

2. Número de identificação do questionário:

3. Nome completo do entrevistador:

4. Município:

5. Nome completo do respondente:

6. Cargo/função no município:

7. Formação / Pós-graduação:

8. Tempo de atuação na função atual:

9. Carga horária neste município de atuação:

ASPECTOS GERAIS

10. Existe um Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis no seu município? (Marcar somente uma opção)

0. Não ()

1. Sim ()

2. Sim, mas funcionam separadamente, ou seja, Comitê de Óbitos Maternos separado do Comitê de Óbitos Fetais e Infantis ()

3. Sim, somente Comitê de Óbitos Maternos ()

4. Sim, somente Comitê de Óbitos Fetais e Infantis ()

5. Sim, profissionais do município compõem o Comitê de outro município (município-polo)

6. Implantação em andamento ()

11. Este(s) Comitê(s) está(estão) oficializado(s) (por meio de Lei ou Portaria Municipal, ou outro documento semelhante)?

0. Não ()

1. Sim ()

2. Parcialmente / em andamento ()

3. Sim, mas não atuante ()

99. Não sei ()

12. Quando ocorreu a implantação do Comitê?

Data: ____/____/____ 0. Não sei ()

13. Marque a(s) ação(ões) que é(são) realizada(s), hoje, na Vigilância da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil em seu município (pode-se marcar mais de uma opção).

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não sabe	()	()
1.	Notificação dos óbitos ao setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde ou diretamente ao Comitê de acordo com os prazos das Portarias Ministeriais	()	()
2.	Investigação dos óbitos	()	()
3.	Análise dos óbitos por equipe multiprofissional e interdisciplinar	()	()
4.	Classificação de evitabilidade	()	()
5.	Qualificação da informação em saúde	()	()
6.	Proposição de medidas para redução da mortalidade	()	()
7.	Divulgação / Ações educativas	()	()
8.	Acompanhamento e monitoramento das ações implementadas a partir das recomendações do Comitê	()	()
9.	Outras. Especificar: _____	()	()
99.	Não realiza nenhuma destas ações	()	()

QUESTÕES RELATIVAS À ESTRUTURA

I. RECURSOS HUMANOS

14. Qual o seu tempo de participação no Comitê* em meses/anos? _____

*Caso não tenha Comitê no município e as investigações sejam realizadas por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

15. Qual a composição do Comitê* (pode-se marcar mais de uma opção)?

**Caso não tenha Comitê no município e as investigações sejam realizadas por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

0.	Não sabe	()
1.	Profissional médico gineco-obstetra	()
2.	Profissional médico pediatra	()
3.	Profissional médico de ESF** / UAPS***	()
4.	Enfermeiro de ESF** / UAPS***	()
5.	Referência técnica da Atenção Primária à Saúde	()
6.	Referência técnica da Vigilância Epidemiológica	()
7.	Representante de instituição hospitalar	()
8.	Representante de movimentos sociais	()
9.	Representante do Conselho Municipal de Saúde	()
10.	Outros. Especificar: _____	()

***ESF: Equipe de Saúde da Família / ***UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde*

16. O Comitê* dispõe de recursos humanos para seu adequado funcionamento:

0. Não () 1. Sim ()

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

17. O Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde, a Superintendência Regional de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde já realizou, nos últimos 3 anos (ou no período em que você participa do Comitê), capacitação em seu município ou na Região de Saúde para orientar a investigação dos óbitos?

0. Não () 1. Sim ()

SE NÃO, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 19.

18. Esta(s) capacitação(capacitações) sanou(sanaram) as dúvidas para realização da investigação e demais atribuições do Comitê?

0. Não () 1. Sim () 2. Em parte ()

19. De que outra forma adquiriu conhecimento sobre a implantação e o funcionamento do comitê/investigação de óbitos? (Pode-se marcar mais de uma opção)

0.	Não buscou maiores conhecimentos	()
1.	Guias e Manuais do Ministério da Saúde e ou SES**	()
2.	Pesquisa bibliográfica	()
3.	Busca de informações com profissionais da SRS* ou SES**	()
4.	Busca de informações com outros membros do Comitê	()
5.	Busca de informações com outros municípios	()
6.	Outra. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

*SRS: Superintendência Regional de Saúde **SES: Secretaria de Estado de Saúde

II. RECURSOS FÍSICOS

20. Qual a infraestrutura física e equipamentos de que o Comitê* e seus membros dispõem (pode-se marcar mais de uma opção):

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

1.	Não possui nenhuma estrutura física ou equipamentos	()
2.	Sala própria	()
3.	Sala compartilhada	()
4.	Computador para uso de cada um de seus membros	()
5.	Impressora própria	()
6.	Impressora compartilhada	()
7.	Kit multimídia (Datashow, TV, etc.) próprio	()
8.	Kit multimídia compartilhado	()
6.	Gravador	()
7.	Telefone para uso próprio dos membros	()
8.	Telefone para uso compartilhado	()
9.	Fax	()
10.	Transporte próprio	()
11.	Transporte para uso compartilhado	()
12.	Outros. Especificar: _____	()

21. Essa infraestrutura é suficiente? 0. Não () 1. Sim ()

III. DIFICULDADES ESTRUTURAIS

22. Quais as principais dificuldades quanto à **estrutura** enfrentadas pelo Comitê* em seu município?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não sabe	()	()
1.	Comitê formalizado mas não atuante	()	()
2.	Comitê não formalizado	()	()
3.	Não existência de um Comitê Municipal independente do município-polo	()	()
4.	Falta de cobrança por parte dos gestores por resultados deste Comitê	()	()
5.	Falta de suporte da SRS*	()	()
6.	Número insuficiente de recursos humanos	()	()
7.	Recursos humanos não capacitados	()	()
8.	Recursos físicos inadequados	()	()
9.	Falta de transporte para realização das investigações pela equipe	()	()
10.	Outra. Especificar: _____	()	()
99.	Não há dificuldade	()	()
999.	Não se aplica	()	()

*SRS Superintendência Regional de Saúde

23. A gestão municipal favorece o trabalho dos Comitês* com relação a aspectos estruturais?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

0. Não () 1. Sim () 2. Em parte () 99. Não sabe ()

24. Quais aspectos a gestão de seu município deveria considerar para melhorar a estrutura dos Comitês*?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

0.	Não há necessidade de melhorias na estrutura	()
1.	Formalização do Comitê	()

2.	Recursos humanos específicos para o trabalho de Vigilância / Comitê	()
3.	Capacitação de Recursos Humanos	()
4.	Recursos físicos adequados para o trabalho do Comitê	()
5.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

QUESTÕES RELATIVAS AO PROCESSO

I. FUNCIONAMENTO/PROTOCOLO

25. O Comitê* utiliza como referência o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, publicados pelo Ministério da Saúde em 2009?

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

0. Não () 1. Sim, na íntegra () 2. Sim, com adequações locais ()

26. Quais as fichas ou formulários de investigação utilizados (pode-se marcar mais de uma opção)?

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não sabe	()	()
1.	Formulários do Manual da SES*	()	()
2.	Formulários próprios (solicitar cópia)	()	()
3.	Fichas de investigação e coleta de dados do Ministério da Saúde	()	()
4.	Outros (solicitar cópia)	()	()
99.	Não se aplica	()	()

**SES: Secretaria de Estado de Saúde*

27. O Comitê* possui cronograma para realização de reuniões?

0. Não () 1. Sim ()

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

28. Qual a periodicidade das reuniões?

1.	Mensal	()
2.	Bimestral	()
3.	Trimestral	()
4.	De acordo com a demanda	()
5.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

29. Existe registro oficial (ata) das reuniões realizadas pelo Comitê*?

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

SE SIM, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 31.

30. Que outra(s) alternativa(s) usa para documentar a reunião (pode-se marcar mais de uma opção)?

0.	Não há registros	()
1.	Lista de frequência	()
2.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

II. NOTIFICAÇÃO DOS ÓBITOS

31. Como é realizada a notificação dos óbitos para o setor responsável da Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância Epidemiológica e/ou Comitê)? (Pode-se marcar mais de uma opção)

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não sei	()	()
1.	Envio de cópia da DO*	()	()
2.	Envio de ficha de notificação	()	()
3.	Via SINAN**	()	()
4.	Via SIM*** / SIM WEB****	()	()
5.	Outro. Especificar: _____	()	()
99.	Não se aplica	()	()

*DO: Declaração de Óbito / **SINAN: Sistema Nacional de Agravos de Notificação / ***SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade / ****SIM-WEB: Sistema de Informação sobre Mortalidade - Módulo de Investigação

32. São cumpridos os prazos para a notificação dos óbitos?

MIF = Mulher em Idade Fértil

M = Materno

F/I = Fetal/Infantil

		MIF	M	F/I
0.	Não sei	()	()	()
1.	A notificação dos óbitos ocorre, na maioria das vezes, de acordo com os prazos especificados nas Portarias Ministeriais	()	()	()
2.	A notificação dos óbitos ocorre de acordo com prazos especificados nas Portarias Ministeriais somente para óbitos ocorridos no mesmo município	()	()	()
3.	A notificação dos óbitos raramente ocorre de acordo com os prazos especificados nas Portarias Ministeriais, mas permite que a investigação seja concluída no prazo estabelecido nestas Portarias.	()	()	()
4.	A notificação dos óbitos ocorre, na maioria das vezes, com grande atraso, dificultando a realização das ações.	()	()	()
5.	Outros. Especificar: _____	()	()	()

III. INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS

33. O município investiga os **óbitos de mulheres em idade fértil**?

0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()

34. O município investiga os **óbitos maternos**?

0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()

35. O município investiga os **óbitos fetais e infantis**?

0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()

SE “NÃO” OU “NÃO SABE” PARA AS TRÊS QUESTÕES 33, 34 E 35, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 44.

36. Quem realiza as investigações? (Pode-se marcar mais de uma opção)

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
1.	Profissional do Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos	()	()
2.	Profissional do setor de Vigilância Epidemiológica	()	()
3.	Enfermeiros de ESF* / UAPS**	()	()
4.	Profissional do serviço de saúde ambulatorial (não UAPS**)	()	()
5.	Profissional do Comitê Hospitalar de Prevenção de Óbitos	()	()
6.	Outro profissional. Especificar: _____	()	()

*ESF: Equipe de Saúde da Família / **UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde

37. São utilizados quais critérios para definir os **óbitos fetais** a serem investigados (pode-se marcar mais de uma opção)?

0. Não sei

1. Fetais com peso ≥ 500 gramas ()

2. Fetais com outro ponto de corte de peso (Especificar: _____) ()

3. Excluídos os óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal ()

4. Outro critério (Especificar: _____)

5. Não se utilizam critérios, todos são investigados ()

99. Não se aplica ()

38. São utilizados quais critérios para definir os **óbitos infantis** a serem investigados (pode-se marcar mais de uma opção)?

0. Não sei

1. Infantis com peso ao nascer ≥ 500 gramas ()

2. Infantis com outro ponto de corte de peso (Especificar: _____) ()

3. Excluídos os óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal ()

4. Outro critério (Especificar: _____)

5. Não se utilizam critérios, todos são investigados ()

99. Não se aplica ()

39. É utilizado algum critério para definir os **óbitos maternos e de mulheres em idade fértil** a serem investigados?

0. Não sei

1. Não se utilizam critérios, todos os óbitos são investigados ()

2. Sim, nem todos os óbitos são investigados (Especificar os critérios: _____)

99. Não se aplica ()

40. Quais são as dificuldades, para a equipe ou profissional investigador, na obtenção das informações necessárias para a investigação do óbito no âmbito domiciliar (pode-se marcar mais de uma opção)?

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
1.	Preenchimento da "Ficha de investigação do óbito – Entrevista domiciliar"	()	()
2.	Acesso à família para a realização da investigação domiciliar	()	()
3.	Abordagem da família na investigação	()	()
4.	Acesso ao Cartão da Gestante	()	()
5.	Acesso à Caderneta da Criança	()	()
6.	Falta de recursos humanos adequados	()	()
7.	Falta de apoio para o transporte até os domicílios	()	()
8.	Outras. Especificar: _____	()	()
99.	Não há dificuldades neste âmbito	()	()

41. Quais são as dificuldades, para a equipe ou profissional investigador, na obtenção das informações necessárias para a investigação do óbito no âmbito ambulatorial / UAPS* (pode-se marcar mais de uma opção)?

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
1.	Cartão da Gestante preenchido adequadamente	()	()
2.	Acesso ao prontuário em serviços SUS	()	()
3.	Acesso ao prontuário em serviços de saúde suplementar	()	()
4.	Prontuário ambulatorial / UAPS* preenchido adequadamente	()	()
5.	Caderneta da Criança preenchida adequadamente	()	()
6.	Falta de recursos humanos adequados	()	()
7.	Falta de apoio para o transporte até as UAPSs* ou outros serviços ambulatoriais	()	()
8.	Outras. Especificar: _____	()	()
99.	Não há dificuldades neste âmbito	()	()

*UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde

42. Quais são as dificuldades, para a equipe ou profissional investigador, na obtenção das informações necessárias para a investigação do óbito no âmbito hospitalar (pode-se marcar mais de uma opção)?

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
1.	Cartão da Gestante preenchido adequadamente	()	()
2.	Caderneta da Criança preenchida adequadamente	()	()
3.	Acesso ao prontuário hospitalar	()	()
4.	Prontuário hospitalar preenchido adequadamente	()	()
5.	“Ficha de investigação do óbito – Serviço de saúde hospitalar” preenchida adequadamente	()	()
6.	Encaminhamento da “Ficha de investigação do óbito – Serviço de saúde hospitalar” preenchida pelo hospital em tempo oportuno	()	()
7.	Declaração de Óbito preenchida adequadamente	()	()
8.	Outras. Especificar: _____	()	()
99.	Não há dificuldades neste âmbito	()	()

43. Há dificuldades na investigação do óbito em outro âmbito?

0. Não () 1. Sim () Especificar: _____

44. Neste município, há maternidade/hospital onde ocorre parto e/ou Hospital pediátrico?

0. Não () 1. Sim ()

SE “NÃO”, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 46.

45. Quem realiza a **investigação hospitalar** (pode-se marcar mais de uma opção):

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
1.	Profissional do Comitê Hospitalar de Prevenção de Óbitos	()	()
2.	Outro profissional do Hospital, pois não há Comitê Hospitalar	()	()
3.	Profissional do Comitê Municipal	()	()
4.	Outro profissional do município. Especificar: _____	()	()
99.	Não é realizada	()	()

46. Quando o óbito ocorre em hospital/maternidade fora de seu município, como se obtém a investigação hospitalar (pode-se marcar mais de uma opção):

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não sabe	()	()
1.	Hospital encaminha diretamente para o município após solicitação	()	()
2.	Hospital encaminha diretamente para o município espontaneamente	()	()
3.	Hospital encaminha para o município via SRS* ou outro município após solicitação	()	()
4.	Hospital encaminha para o município via SRS* ou outro município espontaneamente	()	()
5.	Profissional do município vai ao hospital realizar a investigação	()	()
6.	Enfermeira referência da SRS* vai ao hospital realizar a investigação	()	()
7.	Outros. Especificar: _____	()	()
99.	Não se obtém a investigação	()	()

*SRS: Superintendência Regional de Saúde

47. Quando surge alguma dúvida sobre o processo de investigação, você recorre a quem ou aonde? (Pode-se marcar mais de uma opção)

1.	Não recorre. Deixa como acredita que seja o correto.	()
2.	SRS*	()
3.	Outros membros do Comitê	()
4.	Outros municípios	()
5.	Material bibliográfico (Guias e Manuais)	()
6.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

*SRS: Superintendência Regional de Saúde

48. O Comitê* consegue cumprir o prazo para conclusão da investigação de acordo com as Portarias Ministeriais (120 dias a partir da ocorrência do óbito)?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
1.	Não	()	()
2.	Não, mas as informações da Parte I da "Ficha de investigação do óbito - Síntese, conclusões e recomendações" são inseridas no SIM WEB** dentro do prazo	()	()
3.	Sim	()	()
4.	Sim, mas nem sempre é possível que as informações sejam inseridas no SIM WEB** dentro do prazo	()	()
5.	Às vezes	()	()

**SIM WEB: Sistema de Informação sobre Mortalidade-Módulo de Investigação

SE SIM (OPÇÕES 3 OU 4), VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 50.

49. Por quê este Comitê* não consegue ou nem sempre consegue cumprir o prazo? (Pode-se marcar mais de uma opção)

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não sei	()	()
1.	Notificação dos óbitos não ocorre oportunamente	()	()
2.	Dificuldades no processo de investigação	()	()

3.	Dificuldade em preencher as fichas de investigação e coleta de dados	()	()
4.	Fichas de investigação preenchidas inadequadamente	()	()
5.	Investigação hospitalar atrasa o processo	()	()
6.	Não consegue reunir toda a documentação	()	()
7.	Dificuldades na análise dos casos		
8.	Outros. Especificar: _____	()	()

IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO

50. Para a discussão, análise e fechamento dos casos de óbitos de mulheres em idade fértil, maternos, fetais e infantis, é utilizada a metodologia proposta nos Manuais do Ministério da Saúde de 2009?

0. Não () 1. Sim () Se não, especificar a metodologia: _____

51. Quais documentos o Comitê* utiliza para a análise dos **óbitos de mulheres em idade fértil**? Marque uma ou mais opções.

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico*

1.	Prontuário hospitalar	()
2.	Registros da Unidade de Atenção Primária à Saúde	()
3.	Entrevista domiciliar	()
4.	Declaração de óbito / SIM**	()
5.	Relatório do SINASC***	()
6.	Laudos de necropsia	()
7.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

***SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade / ***SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos*

52. Quais documentos o Comitê* utiliza para a análise dos **óbitos maternos**? Marque uma ou mais opções.

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico*

1.	Prontuário hospitalar	()
2.	Prontuário ambulatorial / UAPS**	()
3.	Cartão da Gestante	()
4.	Resultados de exames	()
5.	Entrevista domiciliar	()
6.	“Ficha de investigação do óbito – Serviço de saúde ambulatorial”	()
7.	“Ficha de investigação do óbito – Serviço de saúde hospitalar”	()
8.	Fichas de encaminhamento de um serviço de saúde para outro / referência	()
9.	Fichas de atendimento	()
10.	Declaração de óbito / SIM***	()
11.	Declaração de nascido vivo / SINASC****	()
12.	Receitas médicas	()
13.	Laudos de necropsia	()
14.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde / ***SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade / *SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos*

53. Quais documentos o Comitê* utiliza para a análise dos **óbitos fetais e infantis**? Marque uma ou mais opções.

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico

1.	Prontuário hospitalar	()
2.	Prontuário ambulatorial / UAPS	()
3.	Caderneta da criança	()
4.	Cartão da Gestante	()
5.	Entrevista domiciliar	()
6.	“Ficha de investigação do óbito – Serviço de saúde ambulatorial”	()
7.	“Ficha de investigação do óbito – Serviço de saúde hospitalar”	()
8.	Fichas de encaminhamento de um serviço de saúde para outro / referência	()
9.	Fichas de atendimento	()
10.	Declaração de óbito / SIM	()
11.	Declaração de nascido vivo / SINASC	()
12.	Receitas médicas	()
13.	Resultados de exames	()
14.	Laudos de necropsia	()
15.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde / *SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade / ****SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos

V. DIFICULDADES RELATIVAS AO PROCESSO

54. Quais as principais dificuldades quanto ao **processo** enfrentadas pelo Comitê* em seu município?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não há dificuldade	()	()
1.	Falta de motivação e atuação dos membros do Comitê	()	()
2.	Falta de suporte da SRS*	()	()
3.	Atraso na notificação dos óbitos	()	()
4.	Dificuldades para realização das investigações	()	()
5.	Dificuldade de acesso aos registros	()	()
6.	Muitos óbitos de residentes em seu município ocorridos em outro município	()	()
7.	Dificuldades no fluxo de informações	()	()
8.	Dificuldades na análise dos óbitos	()	()
9.	Outra. Especificar: _____	()	()
99.	Não se aplica	()	()

*SRS Superintendência Regional de Saúde

55. A gestão municipal favorece o processo de trabalho dos Comitês*?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa

0. Não () 1. Sim () 2. Em parte 99. Não sabe ()

56. Quais os aspectos a gestão de seu município deveria considerar para melhorar o processo de trabalho dos Comitês*?

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa*

0.	Não há necessidade	()
1.	Melhor integração com a SRS*	()
2.	Conhecimento dos indicadores de vigilância da mortalidade	()
3.	Maior cobrança dos gestores quanto à realização das investigações	()
4.	Melhor comunicação dos hospitais e Atenção Primária com o Comitê	()
5.	Melhoria do acesso aos dados hospitalares	()
6.	Melhoria dos registros em saúde	()
7.	Fortalecimento dos sistemas de informação em saúde	()
8.	Monitoramento e avaliação do trabalho do Comitê	()
9.	Implementação efetiva das medidas propostas pelo Comitê	()
10.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

**SRS Superintendência Regional de Saúde*

QUESTÕES RELATIVAS AOS RESULTADOS

I. CLASSIFICAÇÃO DE EVITABILIDADE

57. O Comitê* classifica os **óbitos fetais e infantis** de acordo com critérios de evitabilidade?

0. Não () 1. Sim () 2. Em parte ()

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico*

57.1. Se “*sim*” ou “*em parte*”, quais os critérios de evitabilidade adotados? (Pode-se marcar mais de uma opção)

0.	Não sei	()
1.	Wigglesworth	()
2.	Seade	()
3.	Lista Brasileira	()
4.	Outro. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

57.2. Se “*não*” ou “*em parte*”, quais os motivos para a não classificação? (Pode-se marcar mais de uma opção)

1.	Não sabe realizar	()
2.	Não houve treinamento	()
3.	Difícil realizar	()
4.	Não sabia da importância	()
5.	Não sabia da exigência	()
6.	Não há necessidade	()
7.	Não há profissional médico compondo o Comitê	()
8.	Prioriza a classificação de alguns óbitos	()
9.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

58. O Comitê* classifica a evitabilidade de **óbitos maternos**?

0. Não () 1. Sim () 2. Em parte () 99. Não se aplica ()

SE “SIM” OU “EM PARTE”, QUAL O CRITÉRIO UTILIZADO PARA ESTA CLASSIFICAÇÃO? _____

0. Não sei ()

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico*

59. Há discussão entre os membros do Comitê* para a classificação de evitabilidade (tanto dos óbitos fetais/infantis quanto maternos)?

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

SE SIM, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 61.

60. Por que não há discussão para a classificação de evitabilidade? (Pode-se marcar mais de uma opção)

1.	Apenas um membro realiza a classificação	()
2.	Falta de tempo	()
3.	Equipe não entrosada	()
4.	Falta de espaço físico	()
5.	Nem todos sabem realizar a classificação	()
6.	Não há necessidade	()
7.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

II. REGISTRO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

61. Quem acessa o módulo de investigação do SIM* (SIM Web) para inserção dos dados obtidos pelo Comitê** (pode-se marcar mais de uma opção)

***Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico*

1.	Profissional do Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos não vinculado ao setor de Epidemiologia	()
2.	Profissional do Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos vinculado ao setor de Epidemiologia	()
3.	Profissional do setor de Epidemiologia do município que não membro do Comitê	()
4.	Secretário Municipal de Saúde	()
5.	Profissional do setor de Epidemiologia da SRS***	()
5.	Outro. Especificar: _____	()
99.	Ninguém tem acesso ao SIM WEB	()

*SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade / ***SRS: Superintendência Regional de Saúde

62. Após a investigação do óbito é feita a correção das causas de **óbito materno** no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)?

0. Não () 1. Sim ()

63. Após a investigação do óbito é feita a correção das causas de **óbito fetal/infantil** no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)?

0. Não () 1. Sim ()

SE SIM PARA AMBAS AS QUESTÕES 62 E 63, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 65.

64. Por que **não** é feita a correção das causas de óbito no SIM? (Pode-se marcar mais de uma opção)

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não sei	()	()
1.	Não sabe que esta correção deveria ser feita	()	()
2.	Não sabe que esta correção poderia ser feita	()	()
3.	Insegurança	()	()
4.	Não recebeu treinamento a respeito	()	()
5.	Não há profissional médico compondo o Comitê	()	()
6.	Outro. Especificar: _____	()	()
99.	Não se aplica	()	()

65. Para os **óbitos maternos**, as informações da “Ficha de investigação do óbito - Síntese, conclusões e recomendações” são inseridas no SIM WEB dentro do prazo estabelecido pela Portaria Ministerial, de 120 dias a partir da ocorrência do óbito?

0. Não ()

1. Não, são lançadas dentro do prazo apenas os dados da Parte I ()
2. Sim ()
3. Às vezes ()

66. Para os **óbitos fetais e infantis**, as informações da “Ficha de investigação do óbito - Síntese, conclusões e recomendações” são inseridas no SIM WEB dentro do prazo estabelecido pela Portaria Ministerial, de 120 dias a partir da ocorrência do óbito?

1. Não ()
2. Não, são lançadas dentro do prazo apenas os dados da Parte I ()
3. Sim ()
4. Às vezes ()

III. DIVULGAÇÃO DAS ANÁLISES E MEDIDAS PROPOSTAS PELO COMITÊ

67. De que forma é feita a divulgação dos dados obtidos e análises empreendidas pelo Comitê* para os atores envolvidos? (Pode-se marcar mais de uma opção)

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

0.	Não são divulgados	()
1.	Encaminhados para a SES** ou SRS***	()
2.	Reuniões com os atores envolvidos	()
3.	Boletim	()
4.	Relatório	()
5.	Seminários	()
6.	Debates	()
7.	Audiência Pública	()
8.	Outros. Especificar: _____	()

SES. Secretaria de Estado de Saúde; *SRS Superintendência Regional de Saúde.

68. O Comitê* envia relatório ou outro documento para as equipes de Atenção Primária, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção discutidas para a redução da mortalidade?

0. Não () 1. Sim ()

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

SE NÃO, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 70.

69. Qual a periodicidade de envio destes relatórios/documentos?

1.	Mensal	()
2.	Bimestral	()
3.	Semestral	()
4.	Anual	()
5.	Não há periodicidade definida, o envio é feito conforme demanda.	()
6.	Outro. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

70. O Comitê* envia relatório ou outro documento para os hospitais/maternidades, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção discutidas para a redução da mortalidade?

0. Não () 1. Sim ()

**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.*

SE NÃO, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 72.

71. Qual a periodicidade de envio destes relatórios?

1.	Mensal	()
2.	Bimestral	()
3.	Semestral	()

4.	Anual	()
5.	Não há periodicidade definida, o envio é feito conforme demanda.	()
6.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

72. O Comitê* envia relatório ou outro documento para a gestão municipal, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção discutidas para a redução da mortalidade?

0. Não () 1. Sim ()

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

SE NÃO, VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 74.

73. Qual a periodicidade de envio destes relatórios?

1.	Mensal	()
2.	Bimestral	()
3.	Semestral	()
4.	Anual	()
5.	Não há periodicidade definida, o envio é feito conforme demanda.	()
6.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

IV. AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL

74. O Comitê* atua em parceria com entidades e movimentos sociais em ações de mobilização social com foco na prevenção da mortalidade materna, fetal e infantil?

0. Não () 1. Sim ()

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

V. DIFICULDADES RELATIVAS AOS RESULTADOS

75. Quais as principais dificuldades quanto aos **resultados** enfrentadas pelo Comitê* em seu município?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

M/MIF = Materno/Mulher em Idade Fértil

F/I = Fetal/Infantil

		M/MIF	F/I
0.	Não há dificuldade	()	()
1.	Falta de metas estabelecidas e não cobrança de resultados	()	()
2.	Falta de suporte da SRS*	()	()
3.	Dificuldades na análise e classificação de evitabilidade	()	()
4.	Dificuldades na alimentação dos Sistemas de Informação	()	()
5.	Dificuldades na proposição de medidas para prevenção de óbitos	()	()
6.	Dificuldades no monitoramento das ações propostas pelo Comitê	()	()
7.	Dificuldades na realização de ações de mobilização social	()	()
8.	Outra. Especificar: _____	()	()
99.	Não se aplica	()	()

*SRS Superintendência Regional de Saúde

76. A gestão municipal apoia as ações propostas a partir das análises realizadas pelos Comitês*?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

0. Não () 1. Sim () 2. Em parte () 99. Não sabe ()

77. Quais os aspectos a gestão de seu município deveria considerar para melhorar os resultados obtidos pelos Comitês*?

*Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.

0.	Não há necessidade	()
1.	Melhor integração com a SRS*	()
2.	Conhecimento dos indicadores de vigilância da mortalidade	()
3.	Maior cobrança quanto à realização das investigações	()
4.	Fortalecimento dos sistemas de informação em saúde	()
5.	Monitoramento e avaliação do trabalho do Comitê	()
6.	Implementação efetiva das medidas propostas pelo Comitê	()
7.	Outros. Especificar: _____	()
99.	Não se aplica	()

*SRS Superintendência Regional de Saúde

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Avaliação dos Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis em uma Unidade Regional de Saúde de Minas Gerais”, que objetiva avaliar os Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte-SES/MG em relação à estrutura, processos e resultados.

Caso concorde em participar deste estudo, lhe será solicitado que responda a uma entrevista sobre o Comitê de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis de seu município e as ações de vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil. Esse procedimento será realizado por entrevistadores previamente treinados.

Os resultados deste estudo poderão contribuir na sistematização da avaliação dos Comitês e identificação do potencial deste mecanismo de vigilância na prevenção da mortalidade materna, fetal e infantil. Portanto, é um estudo com grandes possibilidades de impacto nas políticas públicas.

Sua colaboração é voluntária. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e por veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar, também, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG). Em qualquer fase da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. O COEP deve ser consultado apenas se ou quando surgirem dúvidas com relação a questões relativas à ética na Pesquisa.

Responder à entrevista não lhe trará riscos. Você não é obrigado a responder todas as questões, seu anonimato será garantido e, caso solicite, a sua participação poderá ser cancelada sem nenhum prejuízo em seu atendimento ou suporte e apoio oferecido pela Superintendência Regional de Saúde.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Nome: _____ R.G. _____

Assinatura: _____

Local _____ Data: ____/____/____

Contato da pesquisadora responsável: Eunice Francisca Martins. Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem- sala 412. Tel: (31) 3409-9870. E-mail: eufram@enf.ufmg.br

Em caso de dúvidas relacionadas às questões éticas da Pesquisa: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270-901. Telefax 31 3409-4592