

Relato de experiência

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17177560>

CONSTRUÇÃO DE UM COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CONSTRUCTION OF A COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF MATERNAL, FETAL AND INFANT MORTALITY: EXPERIENCE REPORT

MACLAINE DE OLIVEIRA ROOS ¹ 

LENISE DUTRA DA SILVA ² 

MARGARIDA REIS DOS SANTOS ³ 

FRANCELIANE JOBIM BENEDETTI ⁴ 

REGINA GEMA SANTINI COSTENARO ⁵ 

RESUMO

Objetivo: Descrever o percurso metodológico de criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, bem como, relatar os resultados iniciais, encontrados a partir das discussões dos casos de óbito, realizados por este comitê. Método: Relato de experiência abordando a criação e implementação de um Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, em uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Resultados: Foi constituído um Grupo

Autora correspondente: Regina Gema Santini Costenaro, regina@ufn.edu.br

1 4 5 Universidade Franciscana

2 Universidade Federal de Santa Catarina

3 Escola Superior de Enfermagem do Porto

Condutor Regional da Rede Cegonha, que elencou situações problema e sugeriu ações estratégicas para solucioná-los. Foi mobilizado a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil da região e realizado encontros, para construção do Regimento Interno e protocolo. Realizou-se oficinas de instrumentalização sobre investigação do óbito, para os profissionais de saúde das maternidades, unidades de saúde e vigilância epidemiológica. Conclusão: A atuação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil trouxe importantes questões para discussão em plenária. Entre elas, incentivar mudanças necessárias em relação a atividades educativas, mudanças no processo de trabalho das equipes e recomendações para a gestão municipal, regional e estadual. Destaca-se o sucesso obtido, com os profissionais de saúde que participaram das oficinas de sensibilização, despertando neles mais comprometimento com os registros de nascimento e morte, prontuários, cadernetas da gestante e da criança e fichas de investigação.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher; Saúde da criança; Obstetrícia; Profilaxia; Letalidade.

ABSTRACT

Objective: To describe the methodological path of creating the Committee for the Prevention of Maternal, Fetal and Infant Mortality, as well as to report the initial results found from discussions of cases of death carried out by this committee. Method: Experience report addressing the creation and implementation of a Committee for the Prevention of Maternal, Fetal and Infant Mortality in a Regional Health Coordination Office in Rio Grande do Sul. Results: A Regional Steering Group of the Cegonha Network was formed, which listed problem situations and suggested strategic actions to solve them. The Maternal and Infant Health Care Network of the region was mobilized and meetings were held to develop the Internal Regulations and protocol. Instrumentation workshops on death investigation were held for health professionals from maternity hospitals, health units and epidemiological surveillance. Conclusion: The work of the Committee for the Prevention of Maternal, Fetal and Infant Mortality brought important issues for discussion in plenary. These include encouraging necessary changes in educational activities, changes in the work process of teams and

recommendations for municipal, regional and state management. The success achieved by health professionals who participated in the awareness-raising workshops stands out, awakening in them a greater commitment to birth and death records, medical records, pregnancy and child handbooks and investigation forms.

KEYWORDS: Women's health; Children's health; Obstetrics; Prophylaxis; Lethality.

INTRODUÇÃO

Importantes avanços ocorreram desde a década de 70 em relação a qualificação do cuidado à saúde da criança e da mulher no Brasil, entre as quais a instituição do sistema nacional de vigilância epidemiológica e imunização e a notificação de doenças, o alojamento conjunto nas maternidades, as normas de comercialização dos substitutos do leite materno, regulamentação dos bancos de leite humano, atendimento do recém-nascido na sala de parto, triagem neonatal e gestação de alto risco. Além disso foram criados os critérios de classificação das unidades de terapia intensiva, humanização do pré-natal e nascimento, método canguru, comunicação de casos suspeitos de violência, regulamentação da presença do acompanhante no parto, estratégia amamenta e alimenta Brasil, dentre outras (BRASIL, 2009).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) instituída por Portaria em 2006, a qual foi atualizada em 2011 e em 2017, também contribuiu na ampliação da atenção básica, com aumento na garantia de acesso a todos os usuários e ampliação da atenção à saúde da mulher, da gestante e da criança. Em 2011 ocorreu a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através do Decreto n. 7508 e foi publicada a Portaria n. 1.459 que instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha, que objetivava implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, e reduzindo a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011, 2017).

Em 2015 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) através da Portaria 1.130 em que no seu Art. 6º traz a estrutura da

Política em sete eixos estratégicos, os quais reforçam a humanização e qualificação da atenção à gestação, ao parto, e nascimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Enfatizam também, o acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento, atenção aos agravos na infância e doenças crônicas, bem como atenção às situações de violência com a criança, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz, e a vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

As Portarias GM n. 1119 de 05/06/2008 e a Portaria de n. 72, de 11/01/2010 estabeleceram a obrigatoriedade da investigação dos óbitos Maternos, Fetais e Infantis em todos os estabelecimentos de saúde do país, privados ou públicos. Estas investigações identificaram os fatores determinantes e subsidiaram a adoção de medidas que previnam a ocorrência de óbitos evitáveis (BRASIL, 2008, 2010).

Justifica-se este estudo uma vez que, no Rio Grande do Sul, foi tornada obrigatória a investigação de óbitos de menores de 5 anos através da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite- CIB nº 618/2012, devido a relevância destes no Estado.⁷ Em 2021, foi lançado o Guia de Vigilância em Saúde, que traz um capítulo sobre a Vigilância do Óbito Materno, Fetal e Infantil, reiterando a importância desta na qualificação dos indicadores e da assistência à saúde materno-infantil, nas diferentes regiões e seus municípios (BRASIL, 2021).

A partir destas ideias objetiva-se neste estudo descrever o percurso metodológico de criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (CPMMFI), bem como, relatar os resultados iniciais, encontrados a partir das discussões dos casos de óbito, realizados por este comitê.

MÉTODO

Este estudo, do tipo relato de experiência, aborda a implantação de um Comitê Regional de prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, em uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), do Rio Grande do Sul, a qual possui 33 municípios. Salienta-se que a maioria destes possui uma população inferior a 10.000 habitantes, e com referências para parto de risco habitual e alto risco centralizados nos municípios de maior população.

A operacionalização da implantação deste comitê, corresponde ao período de 2017 a 2022, período este em que os pesquisadores participaram ativamente em todo o processo.

Foram asseguradas as questões éticas, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana - UFN, CAAE nº 41184920.2.0000.5306 e Número do Parecer: 4.491.694.

RELATO DA CRIAÇÃO DO COMITÊ E DISCUSSÃO COM A LITERATURA

Na CRS, foco deste relato, a partir de um trabalho conjunto entre Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Política de Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV foi constituído o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha, desencadeado por solicitação da Coordenadoria Estadual de Saúde da Mulher e da Criança.

Foram chamados a participar representantes dos principais serviços da região e dos municípios, tendo iniciado com a construção em grupo de como estava funcionando a Rede Cegonha na área, com apresentação posterior no grande grupo. Durante a apresentação foram sendo registrados as dificuldades vivenciadas no dia a dia dos serviços. Após, foram construídas planilhas com todas as situações problema elencadas, e discutido os “nós críticos”, sugerindo ações estratégicas para solucioná-los. Entre os “nós críticos” observou-se ausência de discussão dos casos e ausência de Comitês de Prevenção de Óbito Materno, Fetal e Infantil nos municípios e na maioria dos hospitais. Também foi mencionado o preenchimento inadequado da Declaração de óbito, falta ou precariedade de registros em prontuários de Unidades de Saúde e de Hospitais, não realização de investigação dos óbitos pelos hospitais, não realização da investigação ambulatorial/entrevista domiciliar por alguns municípios e centralização das investigações as quais ficam sob responsabilidade dos Coordenadores de Política de Saúde da Mulher e da Criança ou de um profissional da Vigilância Epidemiológica do município. A partir dos encontros realizados pelo grupo condutor (quadro 1), surgiram importantes sugestões.

Quadro 1- Sugestões do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha a partir dos “nós críticos” elencados:

Implantação de Comitês de Análise de Óbitos em todos os hospitais que realizam parto e atendimento ao RN, bebê e puérpera
Qualificação e capacitação dos municípios e hospitais sobre as investigações de óbito materna, fetal e infantil
Realização da investigação dos óbitos nos hospitais em que ocorreram, e nas Unidades de Saúde que eram referência para o usuário, ou seja, do território onde o usuário reside (descentralização das investigações)
Implantação e implementação dos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal, Infantil e Materno conforme o Plano Regional de Saúde.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

A partir desta demanda, iniciou-se a mobilização da rede para participação no Comitê Regional, em conjunto com os representantes que já estavam participando do Grupo Condutor e buscando identificar novamente os serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil da região de abrangência da CRS.

Para oficializar esta representação, foi enviado ofício/convite para:

- Diretorias dos Hospitais, solicitando a indicação de representantes das áreas hospitalares relacionadas a esta rede.
- Secretários Municipais de Saúde, solicitando a indicação dos responsáveis pela Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Primeira Infância Melhor, Epidemiologia e Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- Setores da CRS solicitando a participação do responsável pela Atenção Básica, Planejamento e Regulação e Epidemiologia, tendo em vista terem ações que refletem nesta Rede.
- Representantes de Conselhos de categorias profissionais relacionadas, Conselhos de Saúde da Mulher, da Criança, Conselho Municipal de Saúde do município sede da CRS, entre outros.

Na primeira reunião do Comitê, com explanação sobre as atividades que iriam ser realizadas pelos Comitês de Prevenção do Óbito. Também foram socializados aspectos teóricos como: conceito, objetivo, organização do Comitê para sensibilização

dos representantes das instituições identificadas e posterior oficialização através de Resolução/Portaria.

A partir desta reunião foi instituída uma periodicidade de encontros mensais, objetivando construir o Regimento Interno, o qual foi aprovado em 2016. Concomitante, iniciou na CRS o processo chamado de Planificação da Atenção à Saúde, articulado com o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, o qual originou muitas demandas levando ao espaçamento das reuniões tanto do Grupo Condutor da Rede Cegonha, quanto do Comitê, que apenas iniciou sua implantação.

Ocorreu assim uma fragilização desta construção, pois muitas demandas envolviam todos os atores, reduzindo a participação nas reuniões. Apesar disso, foi realizada articulação de fluxo de entrada para o ambulatório da Gestaçã de Alto Risco, que após algumas reuniões foi instituída a regulação através do SISREG (sistema nacional de regulação), sendo a regulação executada a nível da CRS, também foi realizada discussão entre as maternidades referência sobre os critérios para atendimento em maternidade de risco habitual e de alto risco, para evitar que as gestantes peregrinassem entre serviços, sendo direcionadas para a maternidade que tem condições de atender a sua situação neste momento. Tais ações, foram discutidas no Grupo, e posteriormente aprovadas em reunião da Comissão Intergestores Regional -CIR.

As reuniões do CPMMFI prosseguiram mesmo sendo mais esporádicas, e os casos eram apresentados em forma de gráficos a partir dos dados dos sistemas de informação, e sem a devida discussão. Nesta ocasião foi pensado na composição de um Grupo Técnico para realizar a discussão em menor grupo, e assim conseguindo identificar os problemas e pensar nas recomendações.

Em 2019, foram realizadas nove oficinas de instrumentalização para investigação do óbito, tendo como público-alvo os profissionais de saúde que integram as maternidades, unidades de saúde e vigilância epidemiológica dos municípios, a fim de qualificar as investigações, seus registros e sensibilizar os profissionais para a importância dos Comitês. Foram nove turmas, sendo quatro com o município sede e cinco com os demais municípios da CRS, realizadas no período de julho a novembro de 2019.

Infelizmente, não foi possível dar seguimento ao movimento, pois em 2020, iniciou no Brasil a epidemia de COVID 19 a qual gerou muitos transtornos, dentre os quais a não realização dos encontros, assim, foi reativado novamente o Grupo Condutor e o Comitê Regional. Para isso, em julho de 2021, foi solicitada novamente a indicação de representantes da Rede Materno-infantil, tendo em vista a grande rotatividade de profissionais de saúde na região além da troca de gestores municipais ocorrida em janeiro de 2020. Também foram solicitadas indicações às Instituições de Ensino Superior, para que tivessem representatividade no Comitê e no Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha, tendo em vista seu importante papel na formação dos recursos humanos em saúde.

A primeira reunião de reativação do Grupo Condutor da Rede Cegonha e do CPMMFI, ocorreu online, em 22 de julho, de 2021. Nesta ocasião foi apresentada a situação da saúde materno-infantil da região e solicitado aos participantes quem se disporia a compor o Grupo Técnico - GT do Comitê para a discussão dos casos. Voluntariamente alguns participantes manifestaram-se para compor o GT (médicos, enfermeiros, professores das instituições de ensino superior, e responsáveis pela saúde da criança e da mulher).

Em agosto foi apresentada, em Reunião da CIR, a reativação do Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, sendo aprovada e emitida Deliberação CIR das duas regiões, e sendo enviada para as áreas técnicas da Coordenação Estadual para que fosse instituído em Portaria Estadual. Foram realizadas reuniões do Grupo Técnico de julho a novembro de 2021, sendo apresentados em reunião plenária em dezembro de 2021, os problemas identificados e as recomendações geradas para apreciação de todos os componentes. Na plenária, foram sugeridas outras recomendações, e pactuada elaboração de um relatório para ser socializado com os gestores e profissionais de saúde. Para isso, o produto foi construído em forma de um boletim, com plano de ser emitido quadrimestralmente em formato digital.

No primeiro boletim, foram colocados conceitos de Mortalidade Infantil, Mortalidade Fetal, Mortalidade Materna, Morte de Mulher em Idade Fértil, e de Morte de criança de um a cinco anos incompletos, que são o foco deste Comitê, e colocadas as fórmulas de cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de Mortalidade Fetal e

Razão de Morte Materna. Foi apresentado o gráfico da Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal e da Razão de Morte Materna da região. Os principais problemas que integraram o boletim estão descritos no quadro 2.

Quadro 2. Principais problemas identificados nos casos investigados - Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil

Planejamento sexual e reprodutivo	Falta de orientações sobre fatores de risco para gestação (diabete, obesidade, hipertensão) /Investigação de doenças prévias
	Associação de mais de uma comorbidade e gestação
	Falha no acesso/oferta para a mulher em idade fértil a outros métodos contraceptivos além da Anticoncepcional Oral.
Pré-natal	Falta de orientação em relação aos sinais sugestivos de trabalho de parto (levando ao nascimento em local sem estrutura adequada).
	Falha na captação precoce da gestante e no acompanhamento do ACS
	Falha no envolvimento da família no pré-natal/pré-natal do parceiro
	Falha na condução para pré-natal de alto risco em tempo oportuno
	Falha na orientação de prevenção de infecções gestacionais (Covid 19)
	Falha na busca ativa das gestantes
	Alta do pré-natal de risco habitual com IG 37 semanas pela equipe de Atenção Básica.
	Não realização de pré-natal/ dificuldades de captação pela equipe
Assistência ao Parto	Não utilização de partograma.
	Realização de parto em local sem recursos humanos adequados
Transporte	Inadequação do transporte de RN e gestante/puérpera

	Ambulância de referência para o transporte de pacientes graves em local muito distante dos municípios da região
	Falta de cuidados básicos para manutenção do RN grave no transporte
Caderneta da gestante	Não utilização da caderneta da gestante pelo setor privado
	Falta de preenchimento da caderneta da gestante
DO e DNV	Divergência de informações entre DO/DNV/Investigações
	Incompletude dos documentos oficiais
Causa externa	Queda do leito dos pais- falha na orientação de prevenção de injúrias não intencionais na infância
Fichas de investigação	Incompletude de dados nas fichas dificultando análise de evitabilidade
	Falta de informação sobre condições de transporte
Dificuldades da família	Dificuldades financeiras. Baixa escolaridade.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

A seguir (quadro 3), estão as recomendações e medidas de prevenção emitidas pelo Comitê.

Quadro 3. Recomendações e medidas de prevenção - Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil

Ações educativas	Realizar oficina de investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	
	Realizar oficina sobre os critérios de encaminhamento para o Alto Risco	
	Realizar Educação continuada sobre intercorrências na gestação	
	Realizar oficina sobre planejamento sexual e reprodutivo com as equipes	
Orientações para as equipes	Promoção/Prevenção	Realizar planejamento sexual e reprodutivo para mulheres em idade fértil, especialmente nos casos com fatores de risco para a gestação. /Investigar doenças pré-existentes
		Sensibilização das equipes para corresponsabilização e acompanhamento de mulheres em idade fértil

		<p>principalmente em situação de vulnerabilidade. Aprimorando o cuidado também na gestação e puerpério/puericultura.</p> <p>Reforçar a necessidade de pré-natal do parceiro</p> <p>Orientar as gestantes, sobre os sinais sugestivos de trabalho de parto.</p> <p>Buscar alternativas para captação precoce da gestante (nos locais que tem PIM, envolver os visitantes; onde não tem instigar os gestores para ampliação ou adesão ao PIM)</p> <p>Envolver a família no pré-natal/ realizar o pré-natal do parceiro</p> <p>Encaminhar para pré-natal de alto risco em tempo oportuno, seguindo os critérios do Teles saúde RS.</p> <p>Orientar sobre prevenção de infecções pela gestante</p> <p>Realizar busca ativa das gestantes, priorizando as que tem alterações de exames e fatores de risco gestacionais.</p> <p>Não dar alta do pré-natal de risco habitual com IG 37 semanas pela equipe de Atenção Básica (a partir da 36ª semana, as consultas devem ser semanais até o parto).</p>
Orientações para as equipes	Caderneta da gestante	<p>Divulgar e orientar para utilização da caderneta da gestante no setor privado</p> <p>Reforçar com as equipes a necessidade de preenchimento da Caderneta da Gestante (é um instrumento de compartilhamento do cuidado da gestante), evitando exames e tratamentos desnecessários.</p>
	DO e DNV	Reforçar com as equipes hospitalares sobre o correto e completo preenchimento dos documentos oficiais (DO e DNV)
	Causa externa	Orientar sobre prevenção de injúrias não intencionais na infância, específica para cada idade.

	Fichas de investigação	Reforçar com as equipas a necessidade de realização das investigações completas e adicionando também outras informações que forem pertinentes ao caso.
		Reforçar com as equipas que as condições de transporte devem ser informadas na investigação.
Atenção ao parto		Realização do parto preferencialmente em locais com equipa completa (obstetra, pediatra, anestesista e enfermeira preferencialmente obstetrix)
		Uso de partograma quando indicado.
Transporte		Buscar alternativa para ambulância de referência para o transporte de pacientes graves para a região.
		Capacitar das equipas nos cuidados básicos para manutenção do RN grave no transporte
Dificuldades da família		Orientar as famílias para buscarem a Bolsa Família, e outros benefícios conforme disponibilidade (PIM, Programa Criança Feliz, ou outros).

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Observou-se neste relatório vários problemas relacionados ao Planejamento Sexual e Reprodutivo, sendo que o Caderno de Atenção Básica nº 32 – CAB nº32, de Atenção ao Pré-natal de Baixo risco, enfatiza a importância deste na redução da morbimortalidade materna e infantil; necessidade de avaliação pré-concepcional, a fim de reduzir o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados, bem como, diminuir o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária, e o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais; aumentar o intervalo entre as gestações, reduzindo a frequência de bebês de baixo peso e para que sejam adequadamente amamentados; possibilitar planejamento da gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas descompensadas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras (BRASIL, 2013).

Este caderno também menciona os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica, e que no relatório realizado observou-se que ainda se apresenta com lacunas a serem trabalhadas pelas equipas que são: captação precoce da gestante; garantia de recursos de atenção pré-natal; acesso aos exames

preconizados e avaliação destes em tempo oportuno; acesso a escuta ativa envolvendo, além do cuidado biológico, os aspectos intelectuais, emocionais, culturais e sociais; garantia de transporte público para que a gestante receba atendimento pré-natal; garantia do pré-natal do parceiro; garantia de acesso à unidade de referência especializada, se necessário; receber informação sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo o plano de parto e vinculação à maternidade de referência; Ter ciência dos direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2013).

Mediante as situações levantadas, o CPMMFI recomendou, e juntamente com as instituições de nível superior, organiza oficinas sobre estas temáticas, reforçando com as equipes, as orientações previstas nos documentos ministeriais e do estado do Rio Grande do Sul.

Em relação à atenção ao parto, o comitê evidenciou situações de partos ocorridos em hospitais sem infraestrutura adequada, apesar do processo de regionalização do parto ocorrido na região e, também a não realização de partograma. Estudo realizado em Minas Gerais, em 2004 apresentou um método de avaliação da infraestrutura para assistência perinatal, identificando (17,9%) dos serviços sem condições mínimas de atendimento a parturientes e recém-nascidos de risco habitual, e que (46,4%) não apresentavam condições mínimas para casos de médio/alto risco (COSTA et al., 2004). Outra pesquisa evidenciou o papel da assistência hospitalar na manutenção de taxas mais elevadas de mortalidade perinatal e neonatal no Brasil, e a necessidade de melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e do bebê no âmbito do sistema de saúde (LANSKY; FRANÇA; KAWACHI, 2007).

Em relação ao preenchimento dos documentos oficiais como a Declaração de Óbito e a Declaração de Nascidos Vivos, a completude destes tem melhorado ao longo do tempo, porém os óbitos perinatais têm demonstrado incompletude significativa, interferindo na análise situacional de saúde (LINO, 2019; BARRETO, 2018).

No presente estudo verificou-se nos documentos de registro e nas fichas de investigação de óbito ambulatoriais, hospitalares e nas entrevistas domiciliares, várias informações faltantes, o que dificulta o trabalho do Comitê na análise da situação. Também a Caderneta da Gestante é muito citada pelas maternidades e ambulatório da Gestante de Alto Risco (AGAR), por não apresentarem registros sobre exames

realizados, resultados e condutas. Sabe-se que esta é um documento que serve como um plano de cuidado desta gestante, devendo ser utilizada por todos os pontos da rede.

Corroborando com as questões citadas nos quadros 1 e 2, pesquisadores, estudaram recém-nascidos transportados até uma unidade neonatal de referência de Fortaleza-CE em 2012, e demonstraram que cerca de (70%) deles foram transportados de forma inadequada, e nenhum transporte neonatal cumpriu todas as normas vigentes. Dentre as inconformidades foram observados aspectos referentes à comunicação pré-transporte, características da equipe e unidade de transporte (ALBUQUERQUE, 2012).

As situações abordadas pelo CPMMI apresentaram como dificuldade a referência para o transporte neonatal, que apesar de ser regionalizada, é muito distante da maioria dos municípios, e caso um bebê nasça em um local que não possui maternidade (realidade da maioria dos serviços que integram a CRS da região), teriam que esperar por muitas horas até a chegada deste transporte, sendo então enviados nos transportes acessíveis, porém inadequados.

O Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que realiza inquéritos periódicos em serviços de urgência e emergência da rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), considerados sentinelas para causas externas. Estas são importantes causas de óbito na infância, correspondendo a até (40%) dos casos nesta faixa etária. Dados deste inquérito em 2014, mostraram que as quedas (52,4%) foram os acidentes mais frequentes, sendo que em crianças de até 1 ano de idade chegaram a (63,1%), dentre as quais a do leito/mobília foram (42,5%) e do mesmo nível, (31,7%) (MALTA, 2016). Muitos casos não chegam a levar a óbito, porém podem levar a sequelas permanentes. No CPMMFI, o caso identificado foi de queda do leito, sendo colocada como recomendação reforçar para as equipes a orientação sobre prevenção de injúrias não intencionais na infância, específicas para cada idade.

Não menos importantes são os fatores individuais, dentre os quais, as dificuldades econômicas e a baixa escolaridade. Em relação as dificuldades econômicas, o CPMMFI julga que muitos não tem acesso ao Programa Bolsa Família e outros benefícios continuados do Ministério de Desenvolvimento Social. Considera-

se importante enfatizar para as equipes a importância de trabalho intersetorial, e mostrar aos usuários onde buscar estes direitos, em especial às gestantes. Tais programas de transferência condicional de renda, foram importantes para melhorar indicadores de saúde infantil, inclusive ultrapassando os objetivos de Desenvolvimento do Milênio-ODM (LEAL, 2018).

O acesso ao Primeira Infância Melhor do Estado do RS ou o Programa Nacional Criança Feliz, também podem auxiliar na orientação tanto das gestantes e mães, impactando no desenvolvimento integral das crianças e reduzindo a mortalidade materna, fetal e infantil (BRASIL, 2016, 2019). Quanto a questão da escolaridade, fortalecer junto ao Programa Saúde na Escola, o Planejamento Sexual e Reprodutivo, e a importância de ter um projeto de vida para além de engravidar precocemente, mostrando outras alternativas possíveis, buscando apoio nas demais instituições/setores (BRASIL, 2007; KAFROUNI; KUDLOWIEZ, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do CPMMFI trouxe importantes questões para discussão em plenária, e para incentivar mudanças necessárias tanto em relação a atividades educativas, quanto a mudanças no processo de trabalho das equipes e outras recomendações quanto a gestão municipal, regional e estadual. A partir deste relato de experiência, buscou-se na literatura argumentos úteis para enfatizar orientações já postas, mas não colocadas em prática.

Destaca-se o sucesso obtido, com os profissionais de saúde que participaram das oficinas de sensibilização, despertando nos mesmos mais comprometimento com os registros de nascimento e morte, prontuários, cadernetas da gestante e da criança e fichas de investigação. As pesquisas futuras relacionam-se a necessidade de que este comitê esteja aprimorando continuamente seus conhecimentos, bem como dos profissionais que cuidam da saúde materna, fetal, neonatal e infantil, os quais podem melhorar de maneira significativa os resultados das investigações e a redução de óbitos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. M. A. Avaliação da conformidade do transporte neonatal para hospital de referência do ceará. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 12, n. 1, p. 55–64, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100006>. Acesso em: 14 mai 2020

BARRETO, I. C. Morte neonatal: incompletude das estatísticas vitais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 19, n. 2, p. 64–72, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/18863>. Acesso em: 14 mai 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016**. Institui o Programa Criança Feliz. Brasília. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8869.htm. Acesso em: 25 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Manual de gestão municipal do Programa Criança Feliz** / Edição Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Promoção e Desenvolvimento Humano. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Manual%20do%20Gestor.pdf. Acesso em: 14 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e da Saúde. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE. Brasília. 2007. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.

Acesso em: 25 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico.5.ed. Brasília, 2021. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf Acesso em: 25 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 1.119, de 05 de junho de 2008.** Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 14 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 25 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 mar 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 20 mar 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Acesso em: 14 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica nº 32 – CAB nº32 – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 14 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde. **Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf. Acesso em: 06 out 2020.

COSTA, J. O. et al. Avaliação de recursos hospitalares para assistência perinatal no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 701-8, 2004. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.scielo.br/j/rsp/a/yykfyFMHWFkPK8zCwPHZchb/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 06 out 2020.

KAFROUNI, R.; KUDLOWIEZ, S. Gravidez na Adolescência e Construção de um Projeto de Vida. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 2, p. 228-238, abr.-jun. 2014, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.2.14282>. Acesso em: 06 out 2020.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; KAWACHI, I. Social inequalities in perinatal mortality in Belo Horizonte, Brazil: The role of hospital care. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 5, p. 867–873, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854859/>. Acesso em: 06 out 2020.

LEAL, M. C. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1915–1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 10 ago 2022.

LINO, R. R. G. Tendência da incompletude das estatísticas vitais no período neonatal, estado do Rio de Janeiro, 1999-2014. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 28, n. 2, p. e2018131, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200014>. Acesso em: 10 ago 2022.

MALTA, D. C. The occurrence of external causes in childhood in emergency care: Epidemiological aspects, Brazil, 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3729–3744, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.17532016>. Acesso em: 10 ago 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB 618/2012**. Torna obrigatória a investigação de todos os óbitos de menores de 5 anos no Estado do Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170216/23101601-1351606222-cibr618-12.pdf>. Acesso em: 20 fev 2017.

Artigo extraído da dissertação de mestrado: TECNOLOGIA SOCIAL NA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL. Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil - Universidade Franciscana, Santa Maria/RS/Brasil, 2022. Disponível em: <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/handle/UFN-BDTD/1131>