

**MORTALIDADE INFANTIL: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS ACERCA DAS AÇÕES E POLÍTICAS DE SAÚDE DIRECIONADA À MULHER E À CRIANÇA**

**INFANT MORTALITY: PERCEPTIONS OF MANAGERS AND PROFESSIONALS ABOUT HEALTH ACTIONS AND POLICIES AIMED AT WOMEN AND CHILDREN**

**MORTALIDAD INFANTIL: PERCEPCIONES DE GERENTES Y PROFESIONALES SOBRE LAS ACCIONES Y POLÍTICAS DE SALUD DIRIGIDAS A MUJERES Y NIÑOS**

**Valéria de Oliveria Ambrósio**  
UNIVALE  
valeria.ambrosio@univale.br

**Vanessa de Almeida Guerra**  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais  
vanessaalmeidaufmg@gmail.com

**Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar**  
regina.alpa@gmail.com



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License  
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

## RESUMO

A mortalidade infantil é um indicador das condições de vida e de saúde de uma população, por expressar não somente causas biológicas, mas também determinações de ordem socioeconômica e ambiental. Objetivo analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento da mortalidade infantil. É um estudo descritivo de abordagem qualitativa, através de estudo de caso. Foi realizada 21 entrevistas semiestruturadas, teve como unidade de análise os profissionais e gestores de saúde responsáveis pela atenção à saúde da mulher e da criança. Foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin. Os resultados mostraram o pouco conhecimento dos gestores e profissionais de saúde sobre o tema, a incipiente presença de discussão do assunto e a necessidade de uma aproximação entre o comitê de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal. Conclui-se que o óbito infantil é um evento distante do cotidiano de gestores e profissionais, que desconhecem as taxas locais e suas principais causas, por isso a não discussão e apropriação deste indicador como instrumento de gestão em saúde, mas todos reconhecem a importância do mesmo.

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

## ABSTRACT

Child mortality is an indicator of health and living conditions, as it expresses not only biological causes, but socioeconomic and environmental. Aimed to analyze the perception of managers and health professionals about the causes and possible actions to face child mortality. Methodology: This is a descriptive study of qualitative approach, using the case study method. Was performed through 21 semi-structured interviews. The unit of analysis was the health professionals and managers responsible for the health care of women and children. For data, analysis was used de content analysis according to Bardin 2011. The results showed the lack of knowledge of managers and health professionals about the topic, the incipient presence of discussion of the subject and the need for an approach between the prevention committee of maternal, child and fetal mortality. It is concluded that in the perception the child death is a distant event from professional daily life, unaware of the rates and its main causes, so the discussion on the subject is so fragile. The non-appropriation of this indicator as a health management instrument was observed, but recognize the importance of the indicator.

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

## RESUMEN

La mortalidad infantil es un indicador de las condiciones de vida y salud de una población, expresando no solo causas biológicas, sino también determinaciones socioeconómicas y ambientales. Objetivo analizar la percepción de gestores y profesionales de la salud sobre las causas y posibles acciones para enfrentar la mortalidad infantil. Estudio descriptivo con abordaje cualitativo, mediante un estudio de caso. Se realizaron 21 entrevistas semiestruturadas, unidad de análisis para profesionales de la salud y gestores responsables de la atención de la salud de la mujer y el niño. Se utilizó análisis de contenido según Bardin. Los resultados evidenciaron el escaso conocimiento de los gestores y profesionales de la salud sobre el tema, la incipiente presencia de discusión sobre el tema y la necesidad de una aproximación entre el comité de prevención de la mortalidad materna, infantil y fetal. Se concluye que la muerte infantil es un evento alejado de la vida cotidiana de los gestores y profesionales, quienes desconocen las tasas locales y sus principales causas, por eso la no discusión y apropiación de este indicador como instrumento de gestión en salud, pero todos reconocen la importancia.

**Palabras clave:** Mortalidad infantil. Primeros auxílios. Salud maternal e infantil

## INTRODUÇÃO

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

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

Ao longo das duas últimas décadas o mundo teve uma substancial redução na taxa de mortalidade infantil. Em mais de 74 países a taxa de mortalidade em crianças decresceu para menos de um terço, porém, essa taxa continua alta em países de baixa renda. No Brasil, de 1990 a 2017 registrou-se redução histórica no total de mortes de crianças. Nesse período a taxa nacional caiu de 47,1 para 13,4 a cada um mil nascidos vivos. Além disso, entre 1996 e 2017, 827 mil vidas foram salvas. Queda também observada em Minas Gerais, que em 2006 apresentava taxa de 16,34 caindo para 11,43 por mil nascidos vivos em 2017 (BRASIL, 2017).

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

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

As reflexões acerca da mortalidade infantil, sua relação com as políticas de saúde envolvendo a gestão e intervenções na APS, bem como as possíveis relações com a evitabilidade do óbito infantil, têm acumulado preocupações que se estendem desde a gestão do serviço de saúde até a oferta de ações de promoção, recuperação da saúde, prevenção e cura de doenças. Essas inquietudes perpassam pelo conhecimento dos gestores e profissionais de saúde sobre a realidade local da taxa de mortalidade infantil, processo de gestão e intervenções possíveis de evitá-la. Assim, pensa-se a respeito da contrariedade entre disponibilidade de serviços de saúde, atendimentos e melhoria de condições sensíveis à APS e a redução do óbito infantil. Nesse sentido, responder à questão: qual a percepção de gestores e profissionais de saúde diante da mortalidade infantil e sua relação com as ações e políticas direcionadas a população materno infantil, trará possibilidades de intervenções específicas para este evento.

Existe uma carência de estudos que apontam a percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o tema, tornando de expressiva relevância conhecer e entender a percepção destes atores pela proximidade e por estarem envolvidos na condução e atendimento da mulher e da criança.

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

Teve como objetivo analisar a percepção dos gestores e profissionais de saúde acerca das causas e possíveis ações de enfrentamento da mortalidade infantil direcionadas à população materno-infantil, executadas na atenção primária à saúde.

## REFERENCIAL TEÓRICO

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

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

A análise da Mortalidade Infantil permite entender o panorama de suas principais causas, contribuindo, assim, para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, sendo capaz de subsidiar o processo de planejamento, avaliação e gestão de políticas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à atenção ao pré-natal, parto, saúde na infância, além dos fatores ambientais. Assim, acompanhar as taxas de mortalidade na infância representa uma oportunidade para o desenvolvimento de estratégias preventivas direcionadas à redução do risco de morte nessa faixa etária por meio de políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil (PINHEIRO, 2017).

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

Esse monitoramento deve ocorrer em todos os âmbitos da atenção à saúde, mas os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CPMMIF) que fazem parte do sistema de vigilância epidemiológica e constituem um instrumento governamental e de controle social são os principais responsáveis em mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o monitoramento destes óbitos, na busca de soluções (CARNEIRO, 2012). Desenvolver políticas públicas que são um conjunto de programas, ações e atividades executadas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam ao bem-estar da sociedade e ao interesse público são fundamentais para esta intervenção. As políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas e outros materiais ou imateriais (LOPES, 2008).

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

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

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

O Brasil é um país com alta desigualdade regional, social, o que dentre vários fatores, dificulta a gestão em saúde de forma que essa venha a ser equitativa. E mesmo com todos os desafios que a gestão enfrenta para implantação de cada política é possível ver os resultados satisfatórios e implementação de ações de gestão, de vigilância e assistência à saúde. O sistema brasileiro de saúde expressa-se pela diversidade de contextos regionais presentes no país e às distintas necessidades de saúde da população entre as regiões. Para atender a este sistema complexo propõe-se a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de reestruturação e superação de um sistema fragmentado, com objetivo de assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência, uma atenção contínua e integral, devendo ser coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) (ARRUDA et al., 2015).

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

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

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

A formação de redes ainda é um desafio para o SUS, pois elas devem ter como atributos a coordenação do cuidado na APS, organização dos pontos de atenção especializadas interligadas, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS. Capacitação dessa rede para que sejam capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e que forneçam uma resposta adequada, planejada a partir de uma vigilância em saúde pautada em um diagnóstico das necessidades de saúde do território (MENDES, 2011). Tudo isso aponta para uma APS fortalecida nas suas diversas necessidades, desde planejamento, gestão, capacitação dos profissionais até as condições materiais e de insumos.

Identificar a percepção conforme aponta Houaiss, (2015) como compreensão, faculdade de perceber ou como para Forgas (1971), que diz ser o processo de extrair informações dentro do contexto da necessidade geral, e a capacidade que o homem possui de se adaptar ao seu ambiente, para enfrentar com eficiência as exigências da vida, ou ainda como Penna (1997), que destaca ser conhecer os objetos e situações através dos sentidos, sendo que o ato implica a proximidade do objeto no tempo e no espaço, reforça ainda que objetos distantes no tempo não podem ser percebidos, podem ser evocados, imaginados ou pensados, mas nunca percebidos, no intuito de quem percebe compreende e entende aquilo que é vivenciado nos leva a considerar a percepção dos profissionais como processos de entendimentos e

adaptações pelos quais esses mantêm contato cotidiano em seu ambiente de trabalho, construindo compreensões para delinear suas ações.

A compreensão e percepção do óbito infantil pode acontecer de diversas formas pelos atores que compõem a atenção à saúde. O entendimento do óbito infantil está ligado a compreensão das causas do óbito e dos seus fatores determinantes, permitindo uma abordagem mais acurada do ponto de vista clínico e, ainda, subsidiando a gestão e planejamento dos serviços de saúde (MALTA; DUARTE, 2007).

Compreender as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificar os fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade infantil são fatores primordiais para redução dessa (ARAÚJO, 2012). Para tanto, é necessária a vigilância do óbito infantil que é responsabilidade do município. A equipe do município deve envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da atenção primária, referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde da criança e adolescente. Ressalta-se a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção primária, secundária e terciária), uma vez que os objetivos principais do trabalho não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde (BRASIL, 2009).

## MÉTODOS

Este estudo foi realizado numa abordagem qualitativa, com fins descritivos, a pesquisa qualitativa é considerada uma estratégia independente, na qual o pesquisador é o principal instrumento de investigação e o ambiente natural é a fonte direta dos dados. O foco da pesquisa qualitativa está no processo e não simplesmente nos resultados ou no produto. Esta abordagem é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade ao ato, às relações e às estruturas sociais. Com o desejo de conhecer uma comunidade/organização, seus traços característicos, seus sujeitos, seus problemas, sua preparação para o trabalho e seus valores (MINAYO, 2014).

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

A pesquisa teve como unidade de análise um município de médio porte a partir da percepção dos profissionais e gestores de saúde, que trabalham na atenção à saúde da mulher e da criança na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

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

Os sujeitos da presente pesquisa foram escolhidos de maneira não probabilística, por acessibilidade e intencionalidade. Para a seleção dos profissionais foi necessário considerar a divisão por região sanitária do município, fazer o levantamento dos profissionais que atendiam os critérios de seleção e posterior convite para a participação na pesquisa.

Para atingir os objetivos da pesquisa foi utilizada entrevistas semiestruturadas, como técnica de coleta de dados, objetivando a compreensão detalhada das atitudes e comportamentos dos entrevistados, no contexto das atividades exercidas na atenção à saúde da mulher e da criança. As entrevistas tiveram como objetivo a compreensão detalhada das percepções dos profissionais e gestores de saúde a respeito do tema. Foi utilizado um roteiro semiestruturado, elaborado previamente a partir de estudos do referencial teórico que compõe esta pesquisa, atentando para os objetivos propostos.

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-Univale), sob o número 3.403.792 e declaração de Autorização da Instituição, foram realizados os encaminhamentos necessários para seleção dos possíveis participantes, que foram contatados e agendado dia, horário e local para a apresentação da proposta de pesquisa. No encontro foi explicado os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade das respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a melhoria da implementação das políticas públicas. Ao agendar a entrevista foi reforçado que a pesquisa não interferiria no funcionamento das atividades nas unidades de saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais. Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), duas cópias foram assinadas, ficando uma de posse do entrevistado e a outra da pesquisadora.

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

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

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

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

As leituras exaustivas para a organização e sistematização dos conteúdos, permitiram o agrupamento dos mesmos em grandes categorias, que após o refinamento chegou a três categoria e duas subcategorias finais.

A partir das análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, reunidas por categorias e subcategorias, identificadas por unidades de significados, foi realizada a análise e interpretação dos dados, o que possibilitou a descrição dos resultados e significados dos conteúdos.

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

## RESULTADOS

A amostra constituiu de 21 entrevistados, composta por 3 gestores e 18 profissionais de saúde que atuam na atenção primária em regiões e localizações com coordenadas diferentes. Todas as 3 gestoras entrevistadas, duas enfermeiras e uma médica, tinham período de, pelo menos, um ano de atuação na







Em relação aos discursos sobre a percepção da mortalidade infantil emergiram três categorias sendo: Categoria 1 - Vigilância do óbito; Categoria 2 - Políticas Públicas de Saúde materno- infantil e, nesta surgiram 2 subcategorias Fragilidade da Rede de Atenção e Intersetorialidade e Categoria 3 - Atenção à saúde da Mulher e da Criança.

As entrevistas das três gestoras foram identificadas com a letra (G) formaram um áudio de 1h05min. e 14 laudas de transcrições. Os 18 profissionais de saúde da atenção primária foram identificados com as letras (PS), sendo constituídos 3h56min. de áudio e 64 laudas de transcrições. Foi possível observar que o assunto não era de domínio e de interesse dos entrevistados e não fazia parte do cotidiano deles, pois as entrevistas, mesmo com estímulo da pesquisadora, eram curtas, repetitivas e cheias de questionamentos.

Foi observado durante as entrevistas a falta de domínio sobre o tema e a pouca percepção, mostrando o distanciamento sobre o tema pelos atores da pesquisa. Alguns momentos eram até constrangedores o silêncio e a resposta em forma de pergunta para o pesquisador, como se estivéssemos falando de um assunto longe da realidade de cada um.

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

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

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

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

A discussão natural e cotidiana para mobilizar a favor dessa causa, fazer campanhas e reconhecer a importância de implantar medidas eficazes como: acompanhamento da criança durante os primeiros anos de vida, realização do pré-natal, incentivar o aleitamento materno, detecção e tratamento precoce das patologias próprias da infância, engajar os profissionais e comunidade nessas ações, entre outras, são primordiais na redução da taxa de mortalidade infantil (VICTORA et al., 2011; SILVA et al., 2014; BRASIL, 2016a).

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

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

*“Quando a gente tem óbitos de criança, ai sim.” (PS2)*  
*“Acho importantíssimo, a gente tem que analisar onde está ocorrendo as falhas para tentar capacitar os profissionais no sentido de não ocorrerem estas falhas né, ou seja e pesquisar a mortalidade infantil, tipo assim o que está acontecendo, os médicos estão cometendo erro no pré-natal? Estão ocorrendo erro no trabalho de parto?” (PS1)*

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

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

É preocupante identificar que a discussão de um evento dessa magnitude não está presente na rotina da gestão da atenção à saúde e na atenção primária que é a porta de entrada da rede. Por isso, a vigilância do óbito infantil deve acontecer em todas as instâncias de saúde, não devendo ser responsabilidade de um setor específico (CARNEIRO, 2012). Careti, Scarpelini e Furtado (2014) apontam que os profissionais da atenção primária precisam ser capacitados para a investigação do óbito infantil, a fim de que se possa melhorar a atenção materno-infantil, impactando na redução desse evento. Oferecer visibilidade a essa situação, constitui-se em importante passo com vistas à tomada de decisões (VICTORA et al., 2011; LAWN et al., 2011; BRASIL, 2012; ALMEIDA et al., 2015).

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

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

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

Conhecer, discutir e fazer o planejamento de intervenções de saúde, a partir deste indicador, deveria ser uma ação básica para todo gestor e profissional de saúde, contradizendo as falas acima em que estes atores declaram abertamente não saber e nem utilizar este indicador no planejamento e implementação da assistência em saúde.

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

A segunda categoria Políticas Públicas de Saúde Materno-Infantil foi trabalhada juntamente com as subcategorias, fragilidade da rede de atenção e intersetorialidade. As políticas de saúde materno-infantil mais enfatizadas foram relacionadas ao pré-natal, capacitação, educação em saúde, puericultura, fortalecimento da rede de atenção e a intersetorialidade.

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

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

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

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

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

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

*“Políticas como assim?” (PS2)*

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

A necessidade de conhecer, de empoderar, de colocar-se como proponente e implementador das políticas de saúde muitas vezes esbarra no desconhecimento conceitual e prático dessas. Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006) confirmam a necessidade de conhecimento do profissional da atenção básica sobre as políticas de saúde e destacam que as iniciativas nas políticas de saúde fazem com que os profissionais formados com essas informações adquiram, frequentemente, uma postura de compromisso em sua atuação com as necessidades locais e de um novo desenho técnico assistencial, comprometido com a integralidade. Ao citar as políticas de saúde materno-infantil, os profissionais de saúde não só destacam em suas falas as conquistas, mas também o que ainda tem que construir a partir de políticas locais que melhorem a infraestrutura, os recursos humanos e fortaleçam a rede de atenção à saúde.

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

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

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

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

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

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

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

*“[...] talvez uma outra política seja a bolsa família que a mãe tem que pesar a criança, tem que mostrar que a criança está indo na escola, [...]”.(P51)*

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

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

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

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

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

Pizzo (2010), reforça as percepções dos gestores em relação à expansão da rede, o aprimoramento das ações relacionadas à saúde reprodutiva, pré-natal e puericultura, na organização da assistência. Luz, Aquino e Medina (2018) destacam, assim como um dos gestores, a percepção do funcionamento de horários estendidos para garantir maior adesão ao pré-natal, aumentar a satisfação das gestantes e favorecer a continuidade do acompanhamento. A descentralização do Benzetacil, citada mais de uma vez por gestores e profissionais de saúde como ação que contribui na redução da mortalidade infantil, justifica-se pelo momento preocupante que o município vive em relação a sífilis congênita e suas implicações. O Benzetacil é o tratamento estipulado pelo MS como efetivo para a sífilis em gestante e a prevenção da sífilis congênita, sendo, ainda, importante na redução do óbito infantil. Essa ação vem sendo pensada há um longo período, mas sofre resistência dos profissionais da atenção primária, médicos e principalmente da enfermagem.

Quanto a capacitação dos profissionais, referida por gestores e profissionais da atenção primária, Campos et al. (2019) confirmam que em busca de um modelo assistencial que atendesse às necessidades sociais em saúde, a capacitação dos profissionais, em especial aqueles que estão inseridos na atenção primária, que é preferencialmente a porta de entrada da rede, é uma estratégia para as mudanças necessárias, pois busca profissionais capazes de atuar criticamente em relação à realidade, transformando-a.

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



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

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

Como evidenciaram Beeckman, Louckx e Putman (2011), Brasil (2012), Vieira et al. (2015), Luz; Aquino; Medina (2018) para que se obtenham bons resultados no desfecho da gestação, a qualidade do pré-natal é fundamental.

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

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

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

*“Assim acompanhamento integral do paciente, desde a gestante, a gente sempre faz grupos aqui mensal de puericultura e de pré-natal, a gente sempre orienta mulheres que estão querendo engravidar, nos procurar antes de estar grávida, pra gente fazer o aconselhamento, olhar a questão de vacina, olhar de exames, e as mulheres que já chegam grávidas a gente dá o máximo de assistência.” (PS8)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outra coisa relevante a ser registrada é a necessidade da divulgação e discussão dos dados de mortalidade infantil com os profissionais da atenção primária:

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

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

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

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

Vieira et al. (2015), amparado no documento da ONU, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que propõe o comprometimento de acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030, destacam que é preciso empenhar na garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive, planejamento familiar.

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

Destacamos, ainda, a participação da comunidade como condição importante ao atendimento da saúde da mulher e da criança. A participação social é atributo imprescindível da APS, por sua capacidade de construir corresponsabilidades de um fazer em saúde comprometido com o contexto e as exigências locais (BISPO; MARTINS, 2014).

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

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

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

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

## CONCLUSÃO

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

O estudo demonstrou que pouco se discute, tanto no âmbito da gestão da atenção primária quanto nas unidades de saúde, sobre o óbito infantil. Não se trabalha o indicador, as causas e as formas de prevenir novos óbitos. Gestores e profissionais de saúde percebem a mortalidade infantil como um indicador importante, que não está inserido nas discussões do cotidiano deles, apontam não conhecer as taxas, que a discussão do referido assunto é comum na epidemiologia e nos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, afirmam, ainda, que os dados não são frequentemente divulgados por quem os constrói.

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

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

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

Fica evidente nas respostas que assim como não têm conhecimento das taxas de óbito infantil e seus desdobramentos, também se têm dificuldades em relacionar os determinantes para o declínio da mortalidade infantil, ficando repetitivo que as ações necessárias são os pré-natais de qualidade, o que eles afirmam fazer, relatando, ao mesmo tempo, a necessidade de capacitação sobre o tema. Relatam ainda a puericultura, enfatizando as ações do quinto dia, bem como a visita puerperal precoce. Contudo, relatam dificuldades para realizar essas ações, como falta de adesão da população e necessidade de treinamento em puericultura.

A adesão da comunidade nas ações de prevenção e grupos operativos são relatadas como fator dificultador na redução do óbito infantil, na qualidade do pré-natal, na detecção e na intervenção precoce



em eventos que possam desencadear o óbito infantil. A corresponsabilização da população é fundamental, para que ações de promoção à saúde e prevenção de doença tenham êxito, no entanto, isso não é observado nas unidades básicas.

Os entrevistados reconhecem a importância da participação da atenção primária mais efetivamente no comitê e da necessidade de trabalhar juntos, e que a comunicação entre os setores precisa ser mais efetiva e rotineira. Ainda, destacam a importância da implementação da atenção à saúde da mulher e da criança em todos os aspectos e que essas ações na atenção primária são fundamentais na redução da mortalidade desta parcela da população.

Os profissionais de saúde percebem a mortalidade infantil como um evento que está distante deles, que não acontece na área adscrita da equipe na qual estão inseridos e, por isso, não ocorre com frequência a discussão deste evento. Sabem descrever ações que executam que consideram importantes para a redução do óbito infantil e reconhecem que algumas precisam ser melhor trabalhadas, que necessitam de estudar o assunto, aprimorando o conhecimento. Percebe-se, então, que existe um distanciamento entre a vigilância epidemiológica e a atenção primária em relação à divulgação e à discussão do óbito infantil, que esse distanciamento leva os gestores e profissionais de saúde não trabalhar este indicador de forma mais eficaz para o fortalecimento da assistência materno-infantil.

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

Este estudo apresentou limitações como o pouco conhecimento dos entrevistados sobre o tema, o que levou a entrevistas pouco densas e com pouco envolvimento e a falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas por não se tratar de um tema do cotidiano.

## **CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Como produtos alcançados durante o estudo destacamos a reunião com a Diretora do Departamento de Atenção à Saúde e coordenadores para apresentação do projeto e sensibilização sobre o tema, oportunizando o reconhecimento da necessidade da discussão na gestão da atenção primária sobre a mortalidade infantil e a utilização das informações geradas como subsídio para a tomada de decisões.

Apresentação e discussão dos dados de mortalidade infantil no município com cada entrevistado após entrevista, permitindo que os entrevistados ao tomar posse dos dados reconhecessem o óbito infantil como problema local e trouxessem a discussão do mesmo para a equipe.

Como produto proposto temos: Construção de estratégias para sistematização da apresentação e discussão dos dados da mortalidade infantil com gestores e profissionais da atenção primária à saúde. Com o objetivo de em posse das informações gestores e profissionais utilizem destas para planejamento de ações, construção de políticas públicas voltadas ao público materno-infantil e realizem intervenções específicas para a redução da mortalidade infantil.

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

Construção dentro do portal da saúde um link onde disponibilize os relatórios semestrais e anuais do CPMMIF para acesso universal para que profissionais e comunidade tenham conhecimento dos dados do município.

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

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

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

## REFERÊNCIAS

ABEL, R.; FERRARI, R. A. P. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família. **Rev. Min. Enfer.**, v. 12.4, p. 523-530, 2008.

ALMEIDA, M. F. B. et al. Early neonatal deaths with perinatal asphyxia in very low birth weight Brazilian infants. **Journal of Perinatology**, v. 35, n. 11, p. 954, 2015.

ARRUDA, C. et al. Redes de atención a la salud bajo la teoría de la complejidad. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

BEECKMAN, K.; LOUCKX, F.; PUTMAN, K. Predisposing, enabling and pregnancyrelated determinants of late initiation of prenatal care. **Maternal and child health journal**, v. 15, n. 7, p. 1067-1075, 2011.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

CALDAS, A. D. R. et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00046516, 2017.

CAMPOS, K. F. C. et. al. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 2, p. 132140, 2019.

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

- CARNEIRO, S. R. L. et al. **Implantação do comitê de estudo de mortalidade infantil e materna do município de Jaboatão dos Guararapes-PE.** 2012.
- HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa.** 1ª Edição. São Paulo, Editora Objetiva, 2015.
- LAWN, J. E. et al. Setting research priorities to reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. **Plos medicine**, v. 8, n. 1, p. e1000389, 2011.
- LUZ, L. A., AQUINO, R., MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, 2018. Edição especial 2.
- MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas serviços de saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 765-776, 2007.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.
- OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliação da vigilância do óbito infantil: estudo de caso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 4, p. 801-815, Dez. 2017.
- PINHEIRO, J. V. O.; JUNIOR, D. N. L.; FIUZA, T. M. Análise Epidemiológica do Impacto das Ações Sociais na Mortalidade Infantil em uma População da Barra do Ceará. **Encontros Universitários da UFC**, v. 3, n. 1, 2017, p. 884.
- PIZZO, L. G. P. **Mortalidade Infantil em Londrina (PR) em anos recentes: Características e Percepções de Gestores de Profissionais de Saúde.** 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2010.
- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.
- SOUSA, J. R. P.; NAÇÕES, M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 260-268, 2011.
- VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 47, p. 379-389, 2013.
- VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 1998. 175 p.
- VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.
- VIEIRA, L. B. et al. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o compromisso social das pesquisas de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 12-13, 2015.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré–Ceará. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 11, n. 1, p. 9-16, 2011.