

# AVALIAÇÃO DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS, FETAIS E INFANTIS DE UMA REGIÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

EVALUATION OF MATERNAL, FETAL AND CHILDHOOD DEATH PREVENTION COMMITTEES IN A REGION OF THE STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

EVALUACIÓN DE LOS COMITÉS PARA LA PREVENCIÓN DE MUERTES MATERNAS, FETALES E INFANTILES EN UNA REGIÓN DEL ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

-  Letícia Alves Rodrigues <sup>1</sup>
-  Eunice Francisca Martins <sup>2</sup>
-  Regina Amélia Lopes Pessoa Aguiar <sup>3</sup>
-  Izabela Rocha Dutra <sup>4</sup>
-  Adriano Marçal Pimenta <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e saúde Pública. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>3</sup> UFMG, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Departamento de Enfermagem. Diamantina, MG - Brasil.

**Autor Correspondente:** Letícia Alves Rodrigues  
E-mail: lets.ufmg@gmail.com

## Contribuições dos autores:

**Análise Estatística:** Letícia A. Rodrigues, Adriano M. Pimenta; **Aquisição de Financiamento:** Eunice F. Martins, Adriano M. Pimenta; **Coleta de Dados:** Letícia A. Rodrigues, Eunice F. Martins, Izabela R. Dutra, Adriano M. Pimenta; **Conceitualização:** Letícia A. Rodrigues, Eunice F. Martins, Regina A. L. P. Aguiar, Izabela R. Dutra, Adriano M. Pimenta; **Gerenciamento de Recursos:** Eunice F. Martins, Adriano M. Pimenta; **Gerenciamento do Projeto:** Eunice F. Martins, Adriano M. Pimenta; **Investigação:** Letícia A. Rodrigues, Eunice F. Martins, Adriano M. Pimenta; **Metodologia:** Letícia A. Rodrigues, Regina A. L. P. Aguiar, Izabela R. Dutra, Adriano M. Pimenta; **Redação - Preparação do Original:** Letícia A. Rodrigues; **Redação - Revisão e Edição:** Eunice F. Martins, Regina A. L. P. Aguiar, Izabela R. Dutra; **Supervisão:** Eunice F. Martins, Adriano M. Pimenta; **Validação:** Letícia A. Rodrigues, Eunice F. Martins, Adriano M. Pimenta; **Visualização:** Letícia A. Rodrigues, Izabela R. Dutra, Adriano M. Pimenta.

**Fomento:** Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq - MCTI/CNPq/Universal 14/2014- Processo: 454411/2014-6.

**Submetido em:** 01/04/2019

**Aprovado em:** 04/12/2019

## RESUMO

**Introdução:** a redução da mortalidade materna e infantil é prioridade internacional e nacional devido ao alto potencial de evitabilidade desses óbitos. Os Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis se configuram como um importante mecanismo de vigilância da mortalidade materna e infantil. **Objetivo:** avaliar a estrutura, processos e resultados dos comitês de prevenção de óbitos nos municípios da Unidade Regional de Saúde de Belo Horizonte-MG segundo porte populacional. **Método:** trata-se de estudo avaliativo desenvolvido na Regional de Saúde de Belo Horizonte no ano de 2015. Utilizou-se questionário aplicado às referências técnicas municipais responsáveis pela vigilância dos óbitos maternos, fetais e infantis. Os municípios foram analisados quanto à adequação às normas nacionais e estaduais, nos domínios estrutura, processo e resultado, segundo categorias de porte populacional. Para a avaliação de cada domínio foram somados os itens adequados, estabelecendo-se um escore de adequação. **Resultados:** foram avaliados 38 municípios e constatados diversos níveis de adequação dos comitês, sendo os piores percentuais para a estrutura (5,3% como adequados) e os municípios de menor porte. Nos domínios processo e resultado, o percentual de adequação foi 30,6%. **Conclusão:** as inadequações evidenciadas revelaram a necessidade de se estruturar os comitês municipais com provisão de investimentos financeiros, técnicos e profissionais, de forma a otimizar sua capacidade operacional e de resposta ao óbito ocorrido. Outra melhoria necessária é a expansão das ações técnicas e políticas dos comitês em conjunto com o controle social.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Mortalidade Infantil; Mortalidade Materna; Mortalidade Perinatal; Vigilância em Saúde Pública; Enfermagem em Saúde Comunitária.

## ABSTRACT

**Introduction:** the reduction of maternal and child mortality is an international and national priority due to the high potential for the avoidability of these deaths. The Maternal, Fetal, and Infant Death Prevention Committees (Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis) are an important mechanism for monitoring maternal and child mortality. **Objective:** to evaluate the structure, processes, and results of death prevention committees in the municipalities of the Regional Health Unit (Unidade Regional de Saúde) of Belo Horizonte-MG according to the population size. **Method:** this is an evaluative study developed at the Belo Horizonte Health Region in 2015. We applied a questionnaire to the municipal technical references responsible for monitoring maternal, fetal and infant deaths. We analyzed the municipalities to the adequacy to national and state norms, in the domains structure, process and result, according to categories of the population size. We added the appropriate items were added for the assessment of each domain, establishing an adequacy score. **Results:** we

## Como citar este artigo:

Rodrigues LA, Martins EF, Aguiar RALP, Dutra IR, Pimenta AM. Avaliação dos comitês de prevenção de óbitos maternos, fetais e infantis de uma região do estado de Minas Gerais, Brasil. REME – Rev Min Enferm. 2020[citado em \_\_\_\_];24:e-1288. Disponível em: \_\_\_\_\_. DOI: 10.5935/1415-2762.20200017

evaluated 38 municipalities and various levels of the adequacy of the committees were found, with the worst percentages for the structure (5.3% as adequate) and the smaller municipalities. In the process and result domains, the adequacy percentage was 30.6%. **Conclusion:** the inadequacies revealed the need to structure the municipal committees with the provision of financial, technical and professional investments, to optimize their operational capacity and response to the deaths. The expansion of the technical and political actions of the committees and social control is another necessary improvement.

**Keywords:** Health Evaluation; Infant Mortality; Maternal Mortality; Perinatal Mortality; Public Health Surveillance; Community Health Nursing.

## RESUMEN

**Introducción:** la reducción de la mortalidad materna e infantil es una prioridad internacional y nacional debido al alto potencial de muertes evitables. Los Comités de Prevención de Muerte Materna, Fetal e Infantil son mecanismos importantes para monitorear la mortalidad materna e infantil. **Objetivo:** evaluar la estructura, procesos y resultados de los comités de prevención de muerte en los municipios de la unidad regional de salud de Belo Horizonte-MG según el tamaño de la población. **Método:** estudio evaluativo desarrollado en 2015 en la regional de salud de Belo Horizonte. Se realizó una encuesta a técnicos municipales responsables del monitoreo de muertes maternas, fetales e infantiles. Los municipios fueron analizados en cuanto a la adecuación a las normas nacionales y estatales en los dominios estructura, proceso y resultado, según las categorías de tamaño de la población. Para la evaluación de cada dominio se agregaron los ítems adecuados, estableciendo un puntaje de adecuación. **Resultados:** se evaluaron 38 municipios y se encontraron varios niveles de adecuación de los comités, con los peores porcentajes para la estructura (5,3% como adecuado) y los municipios más pequeños. En los dominios proceso y resultado, el porcentaje de adecuación fue del 30,6%. **Conclusión:** las deficiencias evidenciadas revelaron la necesidad de estructurar los comités municipales con la provisión de inversiones financieras, técnicas y profesionales, a fin de optimar su capacidad operativa y de respuesta a la muerte ocurrida. Otra mejora necesaria es la expansión de las acciones técnicas y políticas de los comités en conjunto con el control social.

**Palabras clave:** Evaluación en Salud; Mortalidad Infantil; Mortalidad Materna; Mortalidad Perinatal; Vigilancia en Salud Pública; Enfermería en Salud Comunitaria.

## INTRODUÇÃO

A redução pela metade dos óbitos maternos e infantis nas últimas duas décadas tem sido considerada um grande avanço da história do desenvolvimento humano e o Brasil tem acompanhado essa tendência.<sup>1</sup> A redução dos óbitos infantis foi mais acentuada do que a mortalidade materna.<sup>1</sup> Esses óbitos, acrescidos dos fetais, cuja ocorrência apresenta causas semelhantes, são considerados eventos desnecessários ou consentidos, na medida em que, em sua maioria, poderiam ter sido evitados com o uso da tecnologia atualmente disponível.<sup>2-4</sup> Assim, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

incorporaram novas metas em busca da eliminação dessas mortes evitáveis até o ano de 2030.<sup>5</sup>

Nesse sentido, tem sido recomendada, no planejamento de políticas e programas de saúde, a incorporação dos princípios de igualdade de gênero e de direitos humanos, visando garantir a disponibilidade de cuidados acessíveis e de qualidade na saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal.<sup>5</sup> Nas últimas três décadas, o Brasil conseguiu vários avanços nas políticas públicas, com impacto positivo nos direitos e nas condições de vida e saúde das mulheres e crianças.<sup>1</sup> O Sistema Único de Saúde tem se efetivado nesse período, com aumento da cobertura dos serviços e a pactuação de formas mais abrangentes de vigilância em saúde, deslocando as ações do nível individual e das doenças para a vigilância dos riscos.<sup>6</sup> Assim, um dos mecanismos recomendados para o desencadeamento de ações preventivas das mortes maternas, fetais e infantis tem sido a vigilância desses óbitos.<sup>2-4</sup>

A vigilância de óbitos envolve a identificação e notificação dos casos elegíveis para investigação, coleta qualificada de dados demográficos e clínicos, revisão da assistência recebida em relação às diretrizes padronizadas e avaliação de melhorias necessárias.<sup>2-4</sup> Internacionalmente, essa vigilância tem adotado metodologias e terminologias variadas, sendo comumente denominada revisão ou auditoria de óbitos, mas com o objetivo final comum de identificar os fatores contribuintes e medidas preventivas de novas ocorrências.<sup>7-9</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem reforçado a importância da vigilância e da resposta à morte materna e perinatal por meio de um ciclo contínuo de notificação, revisão, análise e recomendações.<sup>2</sup>

O Brasil tem adotado um sistema de vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil que inclui a atuação dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (CPOMFI). Esses comitês são organismos de natureza interinstitucional e multiprofissional, de caráter técnico-científico, sigiloso e educativo.<sup>3,4</sup> Estão incorporados na estrutura do sistema de vigilância epidemiológica, com o propósito de identificar e analisar todos os óbitos maternos, fetais e infantis a partir dos dados obtidos na investigação pelas equipes de vigilância, para sugerir medidas preventivas.<sup>3,4</sup> No estado de Minas Gerais recomenda-se o formato de comitês unificados, ou seja, que analisam tanto os óbitos maternos quanto os fetais e infantis, visando racionalizar a atuação destes e otimizar os processos de trabalho.<sup>10</sup>

A introdução bem-sucedida e continuada de um programa efetivo de vigilância da mortalidade demanda compromisso político, um sistema de saúde organizado e suporte legal, administrativo e financeiro. Isso possivelmente explica a adoção ainda limitada dessa prática em países em desenvolvimento.<sup>11,12</sup> No Brasil, muitos municípios, por

dificuldades relacionadas principalmente à insuficiência de infraestrutura e a questões técnicas e políticas<sup>13-15</sup>, não conseguem obter sucesso na implantação e implementação dos comitês de prevenção de óbitos. Mesmo com bases já sólidas, a vigilância de óbitos maternos e neonatais demanda ser mais bem compreendida em seus modos de funcionamento e resultados obtidos, contemplando a abordagem do conjunto estrutura, processos e resultados.

Este estudo foi proposto considerando-se o potencial dos comitês para a vigilância da mortalidade, os entraves ainda vigentes para sua operacionalização e a lacuna de avaliação sistemática desse processo. Sua justificativa está no fato de a avaliação ser essencial para a tomada de decisões na implantação e implementação de políticas públicas de saúde. Além disso, os resultados obtidos poderão gerar subsídios para orientar a avaliação da vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil, de forma a fortalecer essa estratégia.

## OBJETIVO

Avaliar os comitês de prevenção de óbitos nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS-BH) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em relação à estrutura, ao processo e ao resultado segundo porte populacional.

## MÉTODO

Estudo avaliativo da estrutura, dos processos e dos resultados dos CPOMFIs nos municípios jurisdicionados à SRS-BH, realizado no ano de 2015. A SRS-BH garante a gestão do Sistema Estadual de Saúde em uma região da qual fazem parte 39 municípios, com população total de 5.454.400 habitantes, sendo Belo Horizonte o município-polo.<sup>16</sup> Todos os municípios foram convidados a participar do estudo e houve uma recusa, sendo, portanto, 38 municípios avaliados.

Para a coleta de dados, foi adaptado o questionário utilizado no estudo "Investigação dos óbitos infantil e fetal da Região Ampliada de Saúde de Jequitinhonha, Minas Gerais"<sup>13</sup>. O instrumento abordou questões relativas aos aspectos gerais, estrutura, processos e resultados dos comitês ou das equipes municipais responsáveis pelas suas atribuições. Foi construído sob a lógica no modelo de Donabedian<sup>18</sup> para avaliação da qualidade, tendo como referência as normas e fluxos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>3,4</sup> e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).<sup>10</sup> O questionário foi avaliado com base na estratégia metodológica de validação de face e conteúdo<sup>17</sup>, por quatro profissionais *experts* no assunto e atuantes em comitês de prevenção de óbitos. Posteriormente, foi submetido a um pré-teste realizado

com profissionais atuantes em um comitê local de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte, sendo então construída a versão final do "Questionário sobre os Comitês de Prevenção de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis".

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a junho de 2015, com a aplicação do questionário face a face às referências municipais dos comitês ou responsáveis pelas ações de vigilância da mortalidade materna, fetal e infantil, conforme indicação dos secretários municipais de saúde. As entrevistas foram realizadas por uma enfermeira e uma nutricionista, ambas capacitadas pelos pesquisadores responsáveis para a coleta de dados. A parte I do questionário abordou o perfil do respondente (formação, carga horária e tempo de participação em atividades de vigilância do óbito) e os aspectos gerais do comitê (existência, oficialização e data de implantação). As questões relativas aos domínios estrutura, processo e resultado, suas respectivas áreas e itens estão descritas na Tabela 1.

O domínio estrutura foi avaliado quanto à disponibilidade de recursos humanos e físicos para os trabalhos, com a inclusão de três itens. O domínio processo foi relativo ao desenvolvimento dos trabalhos do comitê e incluiu as áreas funcionamento/protocolo e análise/discussão, composta de seis itens. O domínio resultado foi relativo aos produtos esperados do processo de trabalho dos comitês, com três áreas e nove itens avaliados (Tabela 1).

Um banco de dados contendo as informações coletadas dos respondentes da pesquisa foi construído com digitação por entrada dupla no programa estatístico Epi Info (versão 3.5.2), que também foi utilizado para análise da consistência do banco de dados. Para a análise dos dados, o banco final foi exportado para o *software* IBM SPSS Statistics (versão 18) e para o Programa Stata (versão 13), ambos licenciados. Essa etapa envolveu a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis de caracterização e das variáveis de adequação nos itens e áreas.

Cada item foi classificado como adequado (1 ponto) ou inadequado (0 ponto), com base nas normas referenciadas na elaboração do questionário<sup>3,4,10</sup> e apresentadas na Tabela 1. As áreas foram classificadas como: adequadas, caso todos os seus itens estivessem adequados; parcialmente adequadas, quando ao menos um de seus itens estivesse inadequado; e inadequadas quando todos os itens fossem inadequados. Para a classificação dos domínios, foram somados os pontos obtidos pelos itens adequados em cada área e estabelecido um escore de adequação. Assim, foram classificados como inadequados quando a pontuação total estava no primeiro tercil, parcialmente adequados aqueles no segundo tercil e como adequados aqueles no terceiro tercil (Tabela 1).

Tabela 1 - Domínios, áreas e itens da avaliação dos comitês com os respectivos escores e critérios de adequação

Domínio	Área*	Item	Critérios de Adequação
<b>Estrutura</b>			
Escore de adequação: Inadequado = 1 Parcialmente adequado = 2 Adequado = 3 Escore total: 3	Recursos humanos	1. Composição	<u>Adequado</u> : composição mínima completa** <u>Inadequado</u> : composição incompleta
		2. Capacitação	<u>Adequado</u> : participação em capacitação sobre vigilância de óbitos nos últimos 3 anos <u>Inadequado</u> : ausência de capacitação
	Recursos físicos	3. Estrutura	<u>Adequado</u> : estrutura mínima própria ou compartilhada - sala, computador, impressora, telefone e material de escritório <u>Inadequado</u> : ausência da estrutura mínima
<b>Processo</b>			
Escore de adequação: Inadequado = 1-2 Parcialmente adequado = 3-4 Adequado = 5-6 Escore total: 6	Funcionamento e protocolo	1. Uso de protocolos	<u>Adequado</u> : uso dos protocolos do MS ou SES como referência, na íntegra ou com adequações locais <u>Inadequado</u> : o não uso de protocolos
		2. Cronograma de reuniões	<u>Adequado</u> : possuir cronograma para as reuniões do comitê <u>Inadequado</u> : ausência de cronograma para as reuniões do comitê
		3. Ata de reuniões	<u>Adequado</u> : existência de ata das reuniões <u>Inadequado</u> : inexistência de atas das reuniões
	Análise e discussão	4. Uso de protocolos	<u>Adequado</u> : utilização da metodologia proposta ou adaptada dos manuais para discussão, análise e fechamento dos casos <u>Inadequado</u> : ausência de metodologia para discussão, análise e fechamento dos casos
		5. Documentos fontes dos óbitos MIFs	<u>Adequado</u> : uso de prontuário hospitalar, registros da APS, entrevista domiciliar, relatório do sistema de informação e laudo de necropsia <u>Inadequado</u> : uso apenas da DO
		6. Documentos fontes dos óbitos maternos, fetais e infantis	<u>Adequado</u> : uso de documento hospitalar em conjunto com entrevista domiciliar e qualquer documento ambulatorial <u>Inadequado</u> : a não utilização dessas fontes
<b>Resultado</b>			
Escore de adequação: Inadequado = 1-3 Parcialmente adequado = 4-6 Adequado = 7-9 Escore total: 9	Classificação de evitabilidade final	1. Classificação fetal/ infantil	<u>Adequado</u> : classificação da evitabilidade para cada tipo de óbito <u>Inadequado</u> : classificação parcial ou não realização de classificação
		2. Classificação materna	<u>Adequado</u> : Classificação da evitabilidade para o óbito ou não ter ocorrido óbito materno no período <u>Inadequado</u> : Classificação parcial ou não realização de classificação
		3. Critérios utilizados	<u>Adequado</u> : adoção dos critérios de Wigglesworth, da Fundação SEADE ou da Lista Brasileira foi considerada adequada <u>Inadequado</u> : não saber os critérios utilizados
		4. Discussão para a classificação de evitabilidade	<u>Adequado</u> : realização de discussão pelo comitê para a classificação final de evitabilidade <u>Inadequado</u> : ausência de discussão para a classificação
	Divulgação dos resultados	5. Divulgação	<u>Adequado</u> : divulgação das análises e proposições aos atores envolvidos e comunidade por meio de reunião, boletim, relatório, seminário, debate ou audiência pública <u>Inadequado</u> : ausência de divulgação dos resultados
		6. Relatório para a atenção primária à saúde	<u>Adequado</u> : envio de relatório ou outro documento contendo a análise dos casos e as medidas propostas para redução da mortalidade nessa instância <u>Inadequado</u> : não envio de relatório
		7. Relatório para os hospitais	<u>Adequado</u> : envio de relatório ou outro documento contendo a análise dos casos e as medidas propostas para redução da mortalidade nessa instância <u>Inadequado</u> : não envio de relatório
		8. Relatório para a gestão municipal	<u>Adequado</u> : envio de relatório ou outro documento contendo a análise dos casos e as medidas propostas para redução da mortalidade nessa instância <u>Inadequado</u> : não envio de relatório
	Mobilização social	9. Parceria com movimentos sociais	<u>Adequado</u> : realização de parceria com a comunidade com foco na prevenção da mortalidade materna, fetal e infantil <u>Inadequado</u> : ausência de parceria comunitária

\*Classificação da área: adequada= todos os seus itens adequados; parcialmente adequada= ao menos um de seus itens inadequado; inadequada: todos os itens inadequados.  
\*\* profissionais médicos, enfermeiros, referências técnicas municipais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da vigilância epidemiológica; representantes de instituição hospitalar (se houver hospital no município); de movimentos sociais e do Conselho Municipal de Saúde.

Foi realizada também a análise da distribuição das categorias de adequação dos comitês por porte populacional dos municípios, cujas categorias foram estabelecidas conforme parâmetros da Política Nacional de Assistência Social.<sup>19</sup> Os municípios de pequeno porte I e II foram agregados na categoria pequeno porte, com menos de 50.000 habitantes; aqueles de médio e grande porte, com 50.001 a 900.000 habitantes, reuniram-se na metrópole, com mais de 900.000 habitantes, na categoria médio/grande porte.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número CAEE: 39701714.9.0000.5149 de 03/03/2015, autorizado pela SES-MG, e cumpriu os princípios éticos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os respondentes do questionário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Dos municípios estudados, 24 (63,2%) foram de pequeno porte populacional. Do total de respondentes, 25 (65,8%) eram enfermeiros, cinco médicos (13,2%) e os demais eram biólogos, dentistas e técnicas de Enfermagem. A carga horária semanal de trabalho era de 40h para 23 (60,5%) dos profissionais, 20 horas para nove (23,7%) e 30 horas para três (7,9%). A mediana do tempo de participação dos respondentes em atividades do comitê e/ou vigilância da mortalidade foi de 24 meses, com mínimo de três e máximo de 192 meses (16 anos).

A data de implantação dos comitês variou de abril de 2002 a agosto de 2014, sendo que em sete (18,4%) municípios os respondentes relataram que o Comitê Municipal estaria em implantação e suas ações realizadas por uma equipe mínima. Em dois dos municípios, os profissionais compõem um comitê compartilhado com outro município. Do total de comitês implantados, 22 (70,8%) estavam oficializados e quatro (12,5%) com essa oficialização em andamento.

Os resultados do domínio estrutura estão apresentados na Tabela 2. Na análise de adequação, 20 (52,6%) municípios foram classificados como parcialmente adequados e 2 (5,3%) como adequados, sendo todos esses de médio/grande porte populacional. Em relação à área de RH, metade dos municípios foi inadequada, com 36 (94,7%) não adequados para a composição e 20 (52,6%) não adequados para a capacitação de seus membros. A quase totalidade dos municípios estava inadequada na área recursos físicos, com diferença mínima quando estratificada por porte populacional.

Na análise de adequação dos domínios processo e resultado, foram excluídos dois municípios que relataram ainda não realizar as ações previstas para os comitês de prevenção de óbitos.

No domínio processo, 11 (30,6%) municípios foram classificados como adequados e outros 11 (30,6%) parcialmente adequados, com diferenças entre seu porte. A totalidade estava adequada quanto ao uso dos manuais do MS, 21 (58,3%) estavam adequados para a existência de ata das reuniões do comitê e 13 (36,1%) adequados para a existência de cronograma dessas reuniões. Na área análise e discussão dos óbitos, 31 (86,1%) municípios foram classificados como adequados, com 100,0% de adequação nos municípios de médio/grande porte (Tabela 3).

A avaliação do domínio resultado é apresentada na Tabela 4. Foram classificados como adequados 13 (36,1%) municípios e 11 (30,6%) como parcialmente adequados, a maioria (sete) de grande porte. A área classificação de evitabilidade foi avaliada como adequada ou parcialmente adequada para 30 (83,3%) dos municípios, com maior percentual de adequação para os óbitos fetais/infantis em relação aos maternos. Na área disseminação dos resultados, constatou-se que 19 (52,8%) e sete (19,4%) dos municípios estavam parcial e totalmente adequados, respectivamente. Entre os itens dessa área, 24 (66,7%) municípios estavam adequados para a divulgação dos resultados e a maior frequência de envio de relatório foi para as equipes de APS. A parceria para ações de mobilização social foi negativa para 31 municípios (86,1%), sem diferença entre o porte dos municípios.

A avaliação das relações entre categorias de adequação dos domínios estrutura e processo com as categorias de adequação do domínio resultado é apresentada na Tabela 5. Observa-se que, quanto mais adequados foram os domínios estrutura e processo, maior o percentual de adequação do domínio resultado.

## DISCUSSÃO

A diversidade de características e estágios de adequação dos comitês avaliados neste estudo reflete a heterogeneidade da região, a qual compreende municípios com estruturas, populações e indicadores de saúde diversos. Nesse cenário, destaca-se o município de Belo Horizonte, pela organização e efetiva atuação do seu Comitê de Prevenção de Óbitos desde os anos de 1990.<sup>21</sup> Os resultados indicam, ainda, os múltiplos desafios enfrentados nos sistemas de saúde, para consolidar essa estratégia de vigilância recomendada há décadas.<sup>2,15,21</sup> No geral, os melhores níveis de adequação obtidos para os municípios de médio e grande porte remetem à melhor capacidade técnica e operacional desses municípios para desenvolver as estratégias de vigilância epidemiológica, planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. No sentido de potencializar o trabalho dos comitês para os municípios de menor porte populacional, o estado dispõe do mecanismo dos comitês compartilhados entre municípios de uma mesma região de saúde em um único comitê<sup>10</sup>, condição que requer expansão na região estudada.

Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio estrutura, suas áreas e itens por porte populacional dos municípios, SRS-BH, 2015

Adequação	Porte populacional		Total
	Pequeno	Médio/grande	N (%)
	N (%)	N (%)	
<b>RH (área)</b>			
Inadequado	15 (62,5)	4 (28,6)	19 (50)
Parcialmente adequado	9 (37,5)	9 (64,3)	18 (47,4)
Adequado	0 (0)	1 (7,1)	1 (2,6)
<i>Composição (item)</i>			
Não	24 (100)	12 (85,7)	36 (94,7)
Sim	0 (0)	2 (14,3)	2 (5,3)
<i>Capacitação (item)</i>			
Não	156 (2,5)	5 (35,7)	20 (52,6)
Sim	9 (37,5)	9 (64,3)	18 (47,4)
<b>Recursos físicos (item)</b>			
Não	21 (87,5)	12 (85,7)	33 (86,8)
Sim	3 (12,5)	2 (14,3)	5 (13,2)
<b>ESTRUTURA (domínio)</b>			
Inadequado	12 (50)	4 (28,6)	16 (42,1)
Parcialmente adequado	12 (50)	8 (57,1)	20 (52,6)
Adequado	0 (0)	2 (14,3)	2 (5,3)

Nota: SRS-BH - Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio processo, suas áreas e itens por porte populacional dos municípios, SRS-BH, 2015

Adequação	Porte populacional		Total
	Pequeno	Médio/grande	N (%)
	N (%)	N (%)	
<b>Funcionamento/protocolo (área)</b>			
Inadequado	0 (0)	--	0 (0)
Parcialmente adequado	17 (79,2)	7 (50)	24 (68,4)
Adequado	5 (20,8)	7 (50)	12 (31,6)
<i>Uso dos manuais MS – protocolo (item)</i>			
Não	0 (0)	--	0 (0)
Sim	22 (100)	14 (100)	36 (100)
<i>Existência de cronograma de reuniões (item)</i>			
Não	17 (77,3)	6 (42,9)	23 (63,9)
Sim	5 (22,7)	8 (57,1)	13 (36,1)
<i>–Existência de ata das reuniões (item)</i>			
Não	11 (50)	4 (28,6)	15(41,7)
Sim	11 (50)	10 (71,4)	21(58,3)
<b>Análise/discussão (área)</b>			
Inadequado	0 (0)	--	0 (0)
Parcialmente adequado	5 (22,7)	--	5 (13,9)
Adequado	17 (77,3)	14 (100)	31 (86,1)

Continua...

...continuação

Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio processo, suas áreas e itens por porte populacional dos municípios, SRS-BH, 2015

Adequação	Porte populacional		Total
	Pequeno	Médio/grande	
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Análise/discussão (área)</b>			
<i>Uso dos manuais do MS - análise (item)</i>			
Não	1 (4,6)	--	1 (2,8)
Sim	21 (95,4)	14 (100)	35 (97,2)
<i>Documentos usados - MIF (item)</i>			
Não	1 (4,6)	--	1 (2,8)
Sim	21 (95,4)	14 (100)	35 (97,2)
<i>Documentos usados - materno, fetal/infantil (item)</i>			
Não	4 (18,2)	--	4 (11,1)
Sim	18 (81,8)	14 (100)	32 (88,9)
<b>PROCESSO (domínio)</b>			
Inadequado	11 (50)	3 (21,4)	14 (38,8)
Parcialmente adequado	7 (31,8)	4 (28,6)	11 (30,6)
Adequado	4 (18,2)	7 (50)	11 (30,6)

\*Foram excluídos das análises do domínio processo dois municípios que relataram não investigar óbitos de MIF, maternos, fetais e infantis, restando, desse modo, 36 municípios analisados nesse domínio.

Tabela 4 - Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio resultado, suas áreas e itens por porte populacional dos municípios, SRS-BH, 2015

Adequação	Porte populacional		Total
	Pequeno	Médio/grande	
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Classificação de evitabilidade (área)</b>			
Inadequado	6 (27,3)	0 (0)	6 (16,7)
Parcialmente adequado	9 (40,9)	4 (28,6)	13 (36,1)
Adequado	7 (31,8)	10 (71,4)	17 (47,2)
<i>Classificação - fetal/infantil (item)</i>			
Não	10 (45,5)	0 (0)	10 (27,8)
Sim	12 (54,5)	14 (100)	26 (72,2)
<i>Classificação - materno (item)</i>			
Não	15 (68,2)	3 (21,4)	18 (50)
Sim	7 (31,8)	11 (78,6)	18 (50)
<i>Critérios utilizados (item)</i>			
Não	8 (36,4)	0 (0)	8 (22,2)
Sim	14 (63,6)	14 (100)	28 (77,8)
<i>Discussão (item)</i>			
Não	8 (36,4)	2 (14,3)	10 (27,8)
Sim	14 (63,6)	12 (85,7)	26 (72,2)

Continua...

...continuação

Tabela 4 - Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio resultado, suas áreas e itens por porte populacional dos municípios, SRS-BH, 2015

Adequação	Porte populacional		Total
	Pequeno	Médio/grande	
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Disseminação dos Resultados (área)</b>			
Inadequado	9 (40,9)	1 (7,1)	10 (27,8)
Parcialmente adequado	11 (50)	8 (57,2)	19 (52,8)
Adequado	2 (9,1)	5 (35,7)	7 (19,4)
<i>Divulgação (item)</i>			
Não	10 (45,5)	2 (14,3)	12 (33,3)
Sim	12 (54,5)	12 (85,7)	24 (66,7)
<i>Relatório para a APS (item)</i>			
Não	14 (63,6)	4 (28,6)	18 (50)
Sim	8 (36,4)	10 (71,4)	18 (50)
<i>Relatório para os hospitais (item)</i>			
Não	20 (90,9)	9 (64,3)	29 (80,6)
Sim	2 (9,1)	5 (35,7)	7 (19,4)
<i>Relatório para a gestão (item)</i>			
Não	15 (68,2)	5 (35,7)	20 (55,6)
Sim	7 (31,8)	9(64,3)	16(44,4)
<b>Parceria para mobilização social (item)</b>			
Não	19 (86,4)	12 (85,7)	31 (86,1)
Sim	3 (13,6)	2 (14,3)	5 (13,9)
<b>RESULTADO (domínio)</b>			
Inadequado	11 (50)	1 (7,1)	12 (33,3)
Parcialmente adequado	7 (31,8)	6 (42,9)	13 (36,1)
Adequado	4 (18,2)	7 (50)	11 (30,6)

\*Foram excluídos das análises do domínio resultado dois municípios que relataram não investigar óbitos de MIF, maternos, fetais e infantis, restando, desse modo, 36 municípios analisados nesse domínio.

Tabela 5 - Distribuição absoluta e percentual das categorias de adequação no domínio resultado, segundo categorias de adequação dos domínios estrutura e processo, SRS-BH, 2015

Domínios	Resultado			Total
	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Estrutura</b>				
Inadequada	8 (66,7)	5 (38,5)	2 (18,2)	15 (41,7)
Parcialmente adequada	4 (33,3)	7 (53,8)	8 (72,7)	19 (52,8)
Adequada	0 (0)	1 (7,7)	1 (9,1)	2 (5,6)
<b>Processo</b>				
Inadequado	9 (75)	5 (38,5)	0 (0)	14 (38,9)
Parcialmente adequado	3 (25)	3 (23,1)	4 (36,4)	10 (27,8)
Adequado	0 (0)	5 (38,5)	7 (63,6)	12 (33,3)

O percentual de municípios na SRS-BH com comitê implantado superior ao encontrado em outros estudos nacionais<sup>13,14</sup> pode ser resultado dos trabalhos realizados pelo Estado de Minas Gerais, que estabelece e reforça a organização dos Comitês em seus diversos níveis - municipal, hospitalar e regional. Contudo, a não oficialização de alguns comitês, além de infringir a legislação<sup>3,4</sup>, dificulta o acesso às informações necessárias<sup>7,22</sup> e afeta a legitimidade e a implementação das ações recomendadas.<sup>13</sup>

Os piores níveis de adequação dos municípios foram constatados para a estrutura dos comitês. A insuficiência de recursos físicos apropriados pode levar à insatisfação e ser obstáculo a uma ação mais produtiva<sup>14</sup>, com impactos no cumprimento dos objetivos propostos e no alcance de resultados capazes de desencadear proposições preventivas. Assim sendo, fica evidente a necessidade de investimentos contínuos por parte dos gestores de saúde na organização, apoio técnico e operacional a essa estratégia, mesmo em locais com baixo número de óbitos, o que tem sido um desafio também em outros países.<sup>2,9,13,14</sup> Geralmente, os custos desse sistema de vigilância são mais elevados no processo inicial de implantação, com posterior declínio.<sup>15</sup>

A falta de composição mínima de recursos humanos para os comitês estudados, alguns com o trabalho muito centrado em um único profissional, foi identificado em outros estudos e se configura como entrave para a continuidade de programas de revisão de óbitos.<sup>11,13</sup> Os sistemas de auditoria e revisão de óbitos centrados em poucas lideranças, sem participação multiprofissional e interinstitucional, podem se mostrar frágeis e pouco sustentáveis para a condução de avaliações sólidas, descentralizadas e com recomendações adequadas.<sup>7,14,15,23,24</sup> Assim, é importante discutir a composição recomendada para os comitês e sua conformação com a realidade dos municípios de pequeno porte, com poucos profissionais responsáveis por diversas atividades. Nesse âmbito, o fomento para a implantação de comitês compartilhados torna-se uma opção estratégica.

Outra inadequação constatada entre os comitês estudados foi a falta de capacitação profissional para atuar nessa estratégia. Essa situação é similar a outros estudos e considerada desfavorável para a realização das análises e deliberações do escopo do comitê.<sup>9,11,13, 15,22</sup> Isso remete à responsabilidade das instâncias gestoras em promover a formação e qualificação permanente dos membros dos comitês, com vistas a melhorar a habilidade em lidar com a prestação de contas à sociedade, de um tema tão sensível. Uma possibilidade para essa qualificação é a sua realização a partir da experiência, com a discussão dos casos e seus encaminhamentos em conjunto com a SES, em busca da transformação da realidade.

No domínio processo, os níveis de adequação dos municípios estudados foram superiores em relação aos obtidos no domínio estrutura. Esse achado vem de encontro à hipótese de que mesmo com uma estrutura inadequada, os profissionais ou equipes responsáveis têm realizado as ações demandadas. Parece ter contribuído para isso a ampla utilização entre os municípios dos protocolos do MS<sup>3,4</sup>, que orienta a sistematização do trabalho e permite melhor efetividade dos processos.<sup>9,22</sup> Contudo, a falta de cronograma e registros das reuniões, fato evidenciado em alguns dos municípios, é uma forma de organização do trabalho que representa pouco potencial para ações sistemáticas e contínuas.

A utilização de todos os documentos recomendados para análise dos óbitos, como evidenciado na maioria dos municípios da SRS-BH, permite uma análise ampliada do óbito, perpassando não somente as questões do sistema de saúde e da prática clínica, mas também incorporando os fatores sociais, culturais, econômicos e os relacionados às políticas de saúde, o que tem sido uma recomendação de vários estudos.<sup>11,23,24</sup> Para os óbitos ocorridos fora do município de residência, o estabelecimento de um fluxo intermunicipal de documentos pode facilitar a obtenção dessas informações para posterior análise pelos comitês. Outra possibilidade sugerida por um estudo da Índia<sup>22</sup> é a utilização de tecnologias inovadoras, como o *linkage* de bancos de dados, para lidar com a saúde pública em grande escala e com poucos recursos. Nesse sentido, cabe destacar que o Brasil dispõe de sistemas de informações de óbitos e nascimentos já consolidados, mas ainda não acessados de forma automática, apesar de possuir essa tecnologia.<sup>25</sup> Assim, é relevante investir nos processos que levam a otimização e inovações da vigilância em saúde, incluindo a mortalidade materna, fetal e infantil.

Na avaliação do domínio resultados, a análise apurou que a maioria dos municípios atende de forma adequada ou parcialmente adequada aos itens avaliados, mesmo com estrutura inadequada. Esses resultados podem explicar-se porque algumas dessas ações são monitoradas pelo MS e SES-MG por meio de indicadores pactuados, cujo cumprimento está vinculado ao recebimento de recursos financeiros. Realmente, a falta de monitoramento da conduta e resultados das análises de óbitos é identificada como um dos entraves nessa estratégia.<sup>9</sup> Contudo, a revisão de óbitos deve ser um instrumento de melhoria da qualidade do cuidado em saúde para além da coleta de dados e mero cumprimento de metas. As análises e proposições efetuadas são um instrumento para prestar contas à sociedade da ocorrência dos óbitos e desencadear ações preventivas.<sup>11,24</sup> No caso específico dos municípios da SRS-BH, a utilização dos resultados da investigação para melhoria da prática assistencial ainda apresenta desafios, especialmente em função das inadequações referentes à disseminação da

informação e à mobilização social, porém esse é um fato similar a outros resultados nacionais e internacionais.<sup>9,13,15,24</sup> A baixa produção, disseminação e implementação de recomendações advindas da auditoria de óbitos destaca a insuficiência dos comitês no cumprimento de suas funções<sup>3,4,10</sup> e a situação de frágil inserção política.

A interlocução com outros atores sociais e comunidade foi a maior dificuldade dos comitês estudados, de forma peculiar nos municípios de pequeno porte e com número reduzido de óbitos. Isso pode ser explicado pelo não deslocamento das ações de vigilância do nível individual e das doenças para a prevenção de riscos à saúde, o que requer a realização das ações de forma ampliada e integrada a outros setores da sociedade.<sup>6</sup> Outra hipótese é a possibilidade de exposição indireta dos envolvidos (indivíduo, profissional, instituição), mesmo que se mantenha sigilo no que se refere à sua identificação. Essa dificuldade em realizar análises sem o crivo do julgamento punitivo, de forma imparcial, conjunta e interdisciplinar, para a tomada de decisão compartilhada no gerenciamento de problemas com foco no coletivo, e não no individual, tem sido um obstáculo também identificado em estudo realizado na Nigéria.<sup>11</sup>

A legislação que regulamenta os comitês no Brasil<sup>3,4,10</sup> prevê o controle social por meio da participação de setores organizados da sociedade, juntamente com o poder público, profissionais de saúde e instituições. Uma importante questão a se avaliar nesse aspecto é se o corporativismo profissional pode se configurar como dificultador da participação popular, bem como para a disseminação das proposições às instâncias envolvidas e comunidade. Mecanismos que facilitem a efetiva participação dos atores sociais na formulação de estratégias integradas, no controle e na avaliação da execução da política pública de saúde devem ser repensados e propostos. Em Bangladesh, o sistema de revisão de óbitos tem adotado a autópsia social como uma ferramenta para ampliar o diálogo com a comunidade e favorecer a tomada de decisão conjunta sobre a evitabilidade das mortes maternas e perinatais.<sup>23</sup>

Ao avaliar a relação entre a estrutura e processo com os resultados, ficou evidente que as inadequações de recursos humanos e físicos, como também da operacionalização dos comitês, podem comprometer a vigilância dos óbitos nos municípios estudados. Assim, a melhor compreensão dos processos, como realizado neste estudo, se configura como uma primeira fase na busca por melhores resultados<sup>18</sup>. Outra medida é favorecer aos comitês espaços de reflexão e autoavaliação para identificar os pontos de estrangulamentos e a reelaboração das ações e investimentos, visando ao alcance dos objetivos propostos.<sup>21</sup>

O estudo apresenta como limitação a forma de coleta de dados, ou seja, com a utilização apenas da entrevista sem a inclusão da observação *in loco* da estrutura e processo, a qual

pode levar a viés de informação (viés do respondente e/ou viés de memória). Outra possível limitação foi a inclusão na análise dos municípios que contavam com comitê em implantação, o que pode ter acentuado os resultados pouco satisfatórios no domínio estrutura, especialmente em relação à composição das equipes. Recomendam-se novas pesquisas que incorporem na avaliação dos comitês a análise documental e a entrevista com maior número de membros dos comitês. Em contrapartida, o estudo avança com a elaboração do questionário da pesquisa, o qual poderá ser validado e utilizado no estado e país para uma avaliação ampliada dessa estratégia. Ademais, o estudo apresenta contribuições para a Enfermagem, visto que os enfermeiros foram os profissionais que predominaram na condução dos comitês e estão inseridos nos processos da vigilância e de desenvolvimento de ações preventivas dos óbitos maternos, fetais e infantis nos diversos níveis da rede de atenção à saúde.

## CONCLUSÃO

O estudo revelou altos níveis de inadequação dos comitês municipais de prevenção de óbitos, especialmente no tocante à sua estrutura e afetando de forma mais acentuada os municípios de menor porte. Na avaliação dos resultados, houve redução da avaliação inadequada em relação a estrutura e processo e aumento do parcialmente adequado e adequado, decorrente dos itens relacionados às metas pactuadas pelo Governo Estadual. As inadequações evidenciadas enfatizam a necessidade de se estruturar os comitês municipais com provisão de investimentos financeiros, técnicos e profissionais, de forma a otimizar sua capacidade operacional e de resposta. Outra melhoria necessária é a expansão das ações técnicas e políticas dos comitês em conjunto com o controle social.

## REFERÊNCIAS

1. 1Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, *et al.* Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018[citado em 2019 jun. 12];23(6):1915-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
2. World Health Organization. 2016. Strengthening country capacity on maternal and perinatal death surveillance and response. Genova: WHO; 2016[citado em 2018 ago 21]. Disponível em: [http://www.searo.who.int/entity/child\\_adolescent/topics/child\\_health/mdsr.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/child_health/mdsr.pdf?ua=1)
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: MS; 2009[citado em 2018 jul. 15]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)
4. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: MS; 2009[citado em 2018 jul. 18]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)

5. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015[citado em 2018 ago. 15]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
6. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Health surveillance at the SUS: development, effects and perspectives. *Ciênc Saúde Colet*. 2018[citado em 2018 set. 14];23(6):1811-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601811&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601811&script=sci_arttext&tlng=en)
7. Berg CJ. From identification and review to action - maternal mortality review in the United States. *Semin Perinatol*. 2012[citado em 2018 set. 14];36(1):7-13. Disponível em: <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S0146000511001492?via%3Dihub>
8. Kurinczuk JJ, Draper ES, Field DJ, Bevan C, Brocklehurst P, Gray R, et al. Experiences with maternal and perinatal death review in the UK—the MBRRACE-UK programme. *BJOG*. 2014[citado em 2018 set. 14];121(s4):41-6. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12820>
9. Agaro C, Beyeza-Kashesya J, Waiswa P, Sekandi JN, Tusiime S, Anguzu R, Kiracho EE. The conduct of maternal and perinatal death reviews in Oyam District, Uganda: a descriptive cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2016[citado em 2018 abr. 21];16:38. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-016-0315-5>
10. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Resolução SES/MG nº 5016, de 18 de novembro de 2015. Restabelece a organização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências. *Diário do Executivo*. 2015[citado em 2018 ago. 22]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/00\\_2015/12\\_dezembro/2015\\_RESOLUCAO-SES-MG-N-5-016.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/00_2015/12_dezembro/2015_RESOLUCAO-SES-MG-N-5-016.pdf)
11. Kok B, Imamura M, Kanguru L, Owolabi O, Okonofua F, Hussein J. Achieving accountability through maternal death reviews in Nigeria: a process analysis. *Health Policy Plan*. 2017[citado em 2018 nov. 18];32:1083–91. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/32/8/1083/3897344>
12. Melo CM, Aquinotis, Soares MQ, Bevilacqua PD. Death surveillance as an indicator of the quality of health care for women and children. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(10):3457-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.19652017>
13. Dutra IR, Andrade GN, Rezende EM, Gazzinelli A. Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Reme - Rev Min Enferm*. 2015[citado em 2018 maio 21];19(3):597-611. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622015000300006](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000300006)
14. Venâncio SI, Paiva R. O processo de implantação dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Materno-Infantil*. 2010[citado em 2018 set. 15];10(3):369-75. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300010)
15. Biswas A, Halim A, Rahman F, Eriksson C, Dalal K. The economic cost of implementing maternal and neonatal death review in a district of Bangladesh. *J Public Health Res*. 2016[citado em 2019 jan. 18];5:729. Disponível em: <https://www.jphres.org/index.php/jphres/article/view/729/325>
16. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte; 2011[citado em 2018 dez. 17]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf)
17. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
18. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005[citado em 2018 set. 21];83(4):691-729. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
19. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Política Nacional de Assistência Social (PNAS). 2004[citado em 2018 ago. 10]. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)
20. Lansky S. Gestão de qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010[citado em 2018 ago. 15];4(4):191-9. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/846/809>
21. Oliveira CM, Guimarães MJ, Bonfim CV, Frias PG, Antonino VCS, Guimarães ALS, et al. Evaluation of the adequacy of information from research on infant mortality in Recife, Pernambuco, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018[citado em 2018 abr. 13];23(3):701-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000300701&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300701&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
22. Purandare C, Bhardwaj A, Malhotra M, Bhushan H, Shah PK. Every death counts: Electronic tracking systems for maternal death review in India. *Inter J Gynecol Obstetr*. 2014[citado em 2018 set. 21];127:S35-S39. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2014.09.003>
23. Biswas A, Ferdoush J, Abdullah ASM, Halim A. Social autopsy for maternal and perinatal deaths in Bangladesh: a tool for community dialog and decision making. *Public Health Rev*. 2018[citado em 2018 out. 15];39:16. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0098-3>
24. Armstrong CE, Lange IL, Magoma M, Ferla C, Filippi V, Ronsmans C. Strengths and weaknesses in the implementation of maternal and perinatal death reviews in Tanzania: perceptions, processes and practice. *Trop Med Inter Health*. 2014[citado em 2018 jun. 15];19(9):1087-95. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12353>
25. Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG, Silva AGS. Uso do linkage para a melhoria da completude do SIM e do SINASC nas capitais brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2017[citado em 2018 jul. 14];51:112. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017\\_051000431.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017_051000431.pdf)

