

VIVÊNCIAS ACADÊMICAS NA DISCUSSÃO DE DETERMINANTES DO ÓBITO INFANTIL EM UMA LIGA DE SAÚDE COLETIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ACADEMIC EXPERIENCES IN THE DISCUSSION OF INFANT MORTALITY DETERMINANTS IN A PUBLIC HEALTH ACADEMIC LEAGUE: EXPERIENCE REPORT

Amanda Emeli Gonçalves- amanda.emeli@aluno.facmais.edu.br
Faculdade Mais de Ituiutaba

Lais Maris da Cruz- lais.maris@aluno.facmais.edu.br
Faculdade Mais de Ituiutaba

Pámella Arrais Vilela- pamella.vilela@facmais.edu.br
Faculdade Mais de Ituiutaba

RESUMO

O presente relato de experiência foi elaborado por membros da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LASC-FACMAIS), da Faculdade Mais de Ituiutaba, e descreve as vivências acadêmicas durante a discussão do artigo sobre determinantes do óbito infantil em regiões socialmente vulneráveis do Brasil. Durante os encontros quinzenais, os graduandos analisaram fatores como baixa renda, condições de moradia, escolaridade, acesso aos serviços de saúde, raça/etnia e faixa etária, considerando sua relevância para mortes evitáveis. O relato evidencia como essas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências em análise crítica e integração entre teoria e prática em saúde coletiva, reforçando a importância da atenção primária à saúde e da implementação de políticas públicas eficazes na redução da mortalidade infantil.

Palavras-chave: Óbito infantil. Atenção primária. Saúde Pública. Liga acadêmica. Regiões vulneráveis.

ABSTRACT

This experience report was developed by members of the Academic League of Public Health (LASC-FACMAIS) at Faculdade Mais de Ituiutaba and describes the academic activities conducted during the discussion of an article on infant mortality determinants in socially vulnerable regions of Brazil. During biweekly meetings, students analyzed factors such as low income, housing conditions, education, access to health services, race/ethnicity, and age, considering their relevance for preventable deaths. The report highlights how these activities contributed to the development of skills in critical analysis and the integration of theory and practice in public health, emphasizing the importance of primary health care and effective public policies to reduce infant mortality.

Keywords: Infant death. Primary care. Public Health. Academic League. Vulnerable regions.

1 INTRODUÇÃO

O óbito infantil é um indicador fundamental para determinar a saúde materno-infantil. Esse indicador relaciona-se a fatores evitáveis, como condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de acesso aos serviços de saúde pública e falhas na assistência à saúde durante a gestação, parto e no período neonatal. Diante disso, é crucial que haja mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas de saúde pública (OLIVEIRA et al., 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2023 o Brasil registrou a menor taxa de mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis dos últimos 28 anos. De acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, em 2023 foram registradas 20,2 mil mortes, o menor número de uma série histórica desde 1996. Nessa época, o total de óbitos contabilizado foi de 53,1 mil, sendo 62% a mais que no ano de 2023.

As mortes evitáveis são classificadas como aquelas que podem ser prevenidas, total ou parcialmente, por meio de ações de serviços de saúde efetivos e acessíveis. As altas taxas de mortes evitáveis relacionam-se a deficiências no sistema de cuidados à saúde prestados à população e considerados “eventos sentinelas”, pois demonstram que a atenção integral à saúde pode não estar funcionando adequadamente, indicando que a qualidade da atenção precisa ser melhorada (SALTARELLI et al., 2019).

Perante essa realidade, o Ministério da Saúde criou recentemente o Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (CNPMMFI). Por meio da Portaria GM/MS nº 6.941, foi regulamentado um colegiado permanente, técnico-científico e consultivo, com o propósito de apoiar a formulação e o monitoramento de políticas públicas para a redução das mortes evitáveis de mulheres, bebês e crianças no País. Entre as responsabilidades do comitê estão o diagnóstico da situação atual de mortalidade materna, fetal e infantil, o acompanhamento do plano nacional de enfrentamento do tema e a proposição de métodos que levem em conta as desigualdades sociais, raciais e regionais. A composição é vasta e intersetorial, com representantes do Ministério da Saúde, sociedade civil, instituições científicas e conselhos profissionais.

Com base nessa análise, este estudo busca ressaltar os principais determinantes do óbito infantil em contextos de vulnerabilidade, destacando a

importância das ações intersetoriais e da atuação das políticas públicas no enfrentamento dessa realidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A mortalidade infantil está intrinsecamente associada a fatores sociais, destacando-se como as principais variáveis a escolaridade materna, cor de pele, situação socioeconômica, acesso à atenção primária à saúde e a idade materna. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), de 2000 para 2010, a taxa de mortalidade infantil caiu de 29,7% para 15,6%, o que representou decréscimo de 47,6% na última década. Com queda de 58,6%, o Nordeste liderou o declínio das taxas de mortalidade infantil no país, passando de 44,7 para 18,5 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidas vivas, apesar de ainda ser a região com o maior indicador, Em contraste, o Sul manteve os menores indicadores em 2000 (18,9%) e 2010 (12,6%).

Na última década, a diminuição das desigualdades sociais e regionais contribuiu para a formação do quadro atual de baixa na mortalidade infantil e de maior convergência entre as regiões. Entretanto, ainda há um longo caminho a percorrer para que o Brasil se aproxime dos níveis das regiões mais desenvolvidas do mundo, em torno de cinco óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas (IBGE, 2023)

De acordo com Leal et al. (2017), estão associadas positivamente ao óbito infantil no vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil: a família trabalhar na agricultura, a mãe ter tido história de perdas fetais e infantis, não ter feito pré-natal ou ter tido um pré-natal inadequado e não estar vinculada à maternidade durante o pré-natal. Além desses fatores, o óbito infantil também foi associado ao nível de escolaridade materna, com hábito de fumar, ser pertencente à classe econômica D ou E, ser classificada como gestação de risco, se foi internada durante a gestação, se peregrinou, teve parto no domicílio ou se pariu sozinha;

2.1 Características demográficas e socioeconômicas maternas dos casos e controles em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e Vale do Jequitinhonha(MG).

A amostra incluiu municípios de médio e pequeno porte localizados nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais. Foram consideradas características demográficas e socioeconômicas maternas, incluindo escolaridade, ocupação, classe econômica e hábitos de vida. Essa abordagem permite compreender o perfil das mães envolvidas no estudo, proporcionando um contexto para a análise posterior das associações entre fatores maternos e desfechos infantis.

A Tabela 1 apresenta a análise de regressão logística simples das variáveis independentes de caráter demográfico e socioeconômico, evidenciando fatores associados positivamente ao desfecho estudado. Observou-se maior associação entre o evento e mães com escolaridade inferior ao ensino médio completo, com hábito de fumar, pertencentes a famílias com ocupação na agricultura e inseridas nas classes econômicas D ou E. Esses achados indicam que condições de vulnerabilidade social e comportamental materna podem contribuir significativamente para o risco do desfecho analisado, reforçando a necessidade de políticas públicas direcionadas à melhoria das condições educativas, econômicas e de saúde materna.

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas maternas dos casos e controles em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2011.

Variável	Caso			Controle			OR	IC95%
	n	%	IC95%	n	%	IC95%		
Idade materna								
10 a 19 anos	93	12,1	9,2–15,9	209	10,7	8,6–13,3	1,12	0,77–1,63
20 a 34 anos	586	75,9	72,1–79,3	1.467	75,3	71,7–78,6	1,00	
35 anos e mais	93	12,0	8,9–16,0	272	13,9	11,1–17,3	0,86	0,58–1,27
Cor da pele								
Branca	145	18,1	15,0–21,7	292	14,9	12,6–17,4	1,00	-
Preta	47	5,9	3,7–9,2	125	6,4	4,8–8,5	0,75	0,46–1,24
Parda	593	74,1	70,3–77,6	1.503	76,5	73,2–79,5	0,80 ^a	0,63–1,01
Amarela ou indígena	15	1,9	0,9–4,1	45	2,3	1,4–3,7	0,70	0,26–1,85
Escolaridade materna								
Nenhuma ou fundamental incompleto	424	54,2	48,4–60,0	825	42,0	38,3–45,8	1,86 ^a	1,39–2,48
Fundamental completo ou médio incompleto	123	15,7	12,4–19,7	289	14,7	12,5–17,3	1,54 ^a	1,06–2,22
Médio completo ou superior completo ou incompleto	235	30,1	25,5–35,0	849	43,3	39,6–47,0	1,00	-
Situação conjugal								
Não tem companheiro	137	17,1	13,3–21,8	337	17,1	14,5–20,1	0,98	0,73–1,32
Tem companheiro, mas não vive com ele	46	5,8	3,7–8,9	141	7,1	5,5–9,2	0,79	0,46–1,36
Vive com companheiro	617	77,1	72,8–80,9	1.490	75,7	72,4–78,8	1,00	-
Hábito de fumar	116	14,5	11,1–18,8	176	9,0	6,7–11,8	1,73 ^a	1,18–2,54
Hábito de consumir bebida alcoólica	186	23,4	18,1–29,6	350	17,8	14,7–21,4	1,41 ^a	0,94–2,12
Trabalha na agricultura	273	34,0	27,9–40,6	486	24,7	19,9–30,2	1,57 ^a	1,20–2,05
Escore Abep								
Classe D+E	568	70,7	65,6–75,4	1.064	54,1	49,3–58,7	2,05 ^a	1,59–2,64
Classe A+B+C	235	29,3	24,6–34,4	905	45,9	41,3–50,7	1,00	-
Condições de moradia								
Inadequada	614	77,0	71,1–82,0	1.513	76,9	71,3–81,6	1,01	0,77–1,32
Adequada	183	23,0	18,0–28,9	455	23,1	18,4–28,7	1,0	-

Abep: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

^a p ≤ 0,20.

Fonte: Leal et al. (2017).

2.2 História reprodutiva e a atenção ao pré-natal e parto dos casos e controles em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e Vale do Jequitinhonha(MG).

A seção aborda a história reprodutiva das mulheres e o acesso à atenção pré-natal e ao parto em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte das regiões Norte, Nordeste do Brasil e do Vale do Jequitinhonha (MG). São consideradas variáveis como antecedentes obstétricos, vínculo com serviços de saúde durante a gestação, classificação de risco gestacional, tipo de parto e assistência recebida. Essa descrição permite contextualizar os casos e controles, estabelecendo a base para a análise das relações entre a trajetória reprodutiva materna, a qualidade do acompanhamento pré-natal e os desfechos infantis.

A Tabela 2 evidencia que o óbito infantil apresenta associações positivas com múltiplos fatores maternos e gestacionais que refletem vulnerabilidades no cuidado pré-natal e no contexto do parto. Entre esses fatores, destacam-se mães com histórico de perdas fetais e infantis, a ausência ou inadequação do pré-natal, e a não vinculação da gestante à maternidade durante o acompanhamento pré-natal. Além disso, gestantes classificadas como de risco, aquelas que necessitam de internação durante a gestação, as que peregrinaram ou realizaram parto domiciliar e aquelas que pariram sem assistência apresentam maior probabilidade de desfecho fatal infantil. Esses achados ressaltam a importância do acesso contínuo e qualificado aos serviços de saúde materno-infantil, bem como a necessidade de estratégias preventivas e de acompanhamento individualizado para reduzir a mortalidade infantil.

Tabela 2 - História reprodutiva e a atenção ao pré-natal e parto dos casos e controles em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2011.

	Caso			Controle			OR	IC95%
	n	%	IC95%	n	%	IC95%		
Antecedentes obstétricos								
Primigesta	282	35,3	30,8–40,2	737	37,5	34,3–40,8	0,92	0,72–1,17
História de aborto	158	19,8	15,2–25,3	425	21,6	19,3–24,1	0,89	0,62–1,29
História de perdas fetais e infantis	56	7,0	5,2–9,2	76	3,9	2,8–5,3	1,75 ^c	1,20–2,56
Partos anteriores sem perdas	303	37,9	33,3–42,8	731	37,0	34,2–40,0	1,00	-
Adequação da assistência pré-natal ^a								
Não fez pré-natal ou inadequado	297	40,2	35,2–45,4	497	26,1	22,9–29,6	1,90 ^c	1,54–2,34
Adequado ou mais que adequado	442	59,8	54,6–64,8	1.405	73,9	70,4–77,1	1,00	-
Vinculação à maternidade durante pré-natal								
Não	431	60,3	55,1–65,3	1.047	54,3	50,5–58,0	1,28 ^c	1,02–1,61
Sim	283	39,7	34,7–44,9	882	45,7	42,0–49,5	1,00	-
Gestação considerada de risco ^b	409	50,9	43,4–58,4	531	27,0	23,4–30,9	2,80 ^c	1,98–3,96
Internação durante a gestação	159	19,8	15,3–25,3	270	13,7	11,2–16,6	1,56 ^c	1,06–2,28
Peregrinação para o parto								
Parto no domicílio	63	7,9	4,7–13,0	48	2,5	1,6–3,7	3,72 ^c	2,12–6,52
Peregrinou	132	16,4	12,0–22,0	190	9,7	7,5–12,4	1,97 ^c	1,39–2,79
Não peregrinou	607	75,7	70,8–80,1	1.730	87,9	85,1–90,2	1,00	-
Quem realizou o parto								
Profissional de saúde	681	87,7	82,9–91,3	1.802	92,3	88,7–94,9	1,00	-
Parteira	42	5,4	3,2–8,8	104	5,3	3,0–9,4	1,06	0,60–1,86
Pariu sozinha	40	5,2	2,9–9,0	28	1,4	0,8–2,6	3,79 ^c	1,61–8,91
Outro	14	1,8	0,7–4,5	18	0,9	0,4–2,0	2,02 ^c	0,69–5,88

^a Indicador proposto por Leal et al.⁹

^b Segundo critérios definidos no estudo e descritos na seção Métodos.

^c $p \leq 0,20$.

Fonte: Leal et al. (2017).

2.3 Análise ajustada de fatores associados ao óbito infantil em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e Vale do Jequitinhonha(MG).

A análise ajustada de fatores associados ao óbito infantil considera as variáveis demográficas, socioeconômicas, histórico reprodutivo e atenção ao pré-natal e parto das mães, em municípios de médio e pequeno porte das regiões Norte, Nordeste do Brasil e do Vale do Jequitinhonha (MG). Essa abordagem permite avaliar de forma integrada os potenciais determinantes maternos e gestacionais do óbito infantil, considerando possíveis interações e efeitos de confusão entre os fatores estudados.

A Tabela 3 apresenta os resultados da regressão logística múltipla, evidenciando os fatores maternos e socioeconômicos associados positivamente ao óbito infantil. Entre eles, destacam-se a ocupação familiar na agricultura, antecedentes obstétricos de perdas fetais e infantis, ausência ou inadequação do pré-natal, e a não vinculação da gestante à maternidade durante o acompanhamento pré-natal. Além disso, o hábito de fumar, embora tenha apresentado significância limítrofe, foi considerado relevante do ponto de vista epidemiológico. Esses fatores refletem condições de vulnerabilidade materna e de cuidado gestacional que podem influenciar negativamente os desfechos infantis.

Tabela 3 - Análise ajustada dos fatores associados ao óbito infantil em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2011.

Variável	OR	IC95%
Entre mães de cor da pele branca		
Escore Abep - Classes D+E	3,05	1,74–5,34
Escore Abep - Classes A+B+C	1	
Entre mães de cor da pele preta		
Escore Abep - Classes D+E	1	0,46–2,17
Escore Abep - Classes A+B+C	1	-
Entre mães de cor da pele parda		
Escore Abep - Classes D+E	1,55	1,12–2,15
Escore Abep - Classes A+B+C	1	-
Hábito de fumar		
Sim	1,49	0,99–2,23
Não	1	
Trabalha na agricultura		
Sim	1,55	1,12–2,15
Não	1	
Antecedentes obstétricos		
Primigesta	1,09	0,79–1,50
História de aborto	0,80	0,51–1,28
História de perdas fetais e infantis	1,77	1,12–2,81
Partos anteriores sem perdas	1	-
Adequação da assistência pré-natal ^a		
Não fez pré-natal ou inadequado	1,41	1,07–1,86
Adequado ou mais que adequado	1	-
Vinculada à maternidade durante o pré-natal		
Não	1,42	1,10–1,82
Sim	1	-
Entre gestantes de risco ^b		
Parto domiciliar	7,63	2,36–24,65
Peregrinou	2,71	1,57–4,68
Não peregrinou	1	-
Entre gestantes sem risco ^b		
Parto domiciliar	1,76	0,68–4,53
Peregrinou	1,06	0,54–2,06
Não peregrinou	1	-

Abep: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

^a Indicador proposto por Leal et al.⁹

Fonte: Leal et al. (2017).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que descreve as atividades realizadas pelos graduandos dos cursos da área da saúde que participam da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LASC-FACMAIS), em uma instituição privada de ensino superior. O relato se concentra especificamente nas experiências do primeiro semestre de 2025, durante encontros quinzenais, totalizando 40 horas, sob supervisão da coordenadora docente.

Durante esse período, as atividades da liga envolveram a análise e discussão de temas centrais da saúde coletiva, com destaque para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entre as experiências relatadas, as participantes discutiram o artigo

“Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil”, utilizando-o como objeto de estudo para: a) compreender os fatores socioeconômicos, demográficos e reprodutivos associados ao óbito infantil; b) analisar criticamente a metodologia, apresentação de resultados e interpretação de dados do estudo; c) promover debates em grupo sobre a relevância epidemiológica e as implicações práticas das conclusões do artigo; e d) relacionar os achados com a realidade dos serviços de saúde visitados e conhecidos pelos participantes, integrando teoria e prática em saúde coletiva.

Este relato detalha, portanto, as experiências de leitura, discussão e reflexão crítica sobre literatura científica promovidas na LASC-FACMAIS, evidenciando como essas atividades contribuíram para o desenvolvimento de habilidades de análise crítica, compreensão de determinantes de saúde e integração do conhecimento teórico com a prática em contextos regionais específicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do que foi visto, o Brasil teve uma redução de cerca de 73% do período de 1990-2015 (RUOFF; ANDRADE; SCHMITT, 2017). Este fato pode ser correlacionado a maioria dos municípios, de pequeno e médio porte, que participaram da pesquisa terem uma parte da população em situação de pobreza e vivendo em áreas rurais. Além disso, é somado a falta de dados que atrapalha a visibilidade das condições de saúde dessas pessoas, que estão sendo negligenciadas.

O estudo sobre os Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, evidenciou fatores importantes que impactam o período da gravidez e aumentam os riscos, sendo eles perdas fetais anteriores, que pode ser classificado como risco obstétrico, morbidades maternas, como diabetes, pré-natal inadequado, escolaridade, idade, cor da pele, situação conjugal, condições socioeconômicas e outros. É importante destacar que algumas dessas variáveis estão ligadas a desigualdade social, diante disso é possível ter uma reflexão sobre a situação da precariedade econômica e social, que foi agravada no período pandêmico, que parte da população está inserida e a história do nosso país que foi forjado na escravidão e na colonização, que tiveram como frutos um desenvolvimento entrelaçado a desigualdade de direitos sociais e de distribuição de renda (NEPOMUCENO, 2025).

Ademais, é notável a falha na linha de cuidado das gestantes, possivelmente

pela ausência de detecção e tratamento de condições adversas a gravidez (LEAL, 2017). Perante a importância do tema, foi realizada uma apresentação sobre o assunto e um diálogo entre os membros da Liga Acadêmica, a fim de expor a relevância do mesmo para a área da saúde. No momento da discussão os discentes discorreram sobre suas vivências profissionais, trazendo clareza para alguns participantes que ainda não tiveram oportunidade de vivenciar tais experiências, e salientaram que a colaboração das diferentes profissões que irão compor a rede de atenção à saúde pode melhorar consideravelmente a qualidade do atendimento.

Além disso, foram feitas inúmeras indagações sobre como mudar as situações complexas abordadas anteriormente, e a principal conclusão dessa conversa foi de que a mudança pode começar nos profissionais, persistindo em proporcionar o melhor para seus pacientes, e que é necessário uma melhoria no acesso à atenção primária, que pode ser feita, por exemplo, por meio de políticas públicas que visam atender quem mora em uma área remota, não tem condições de se deslocar até o atendimento primário e realizar um pré-natal correto, além de proporcionar disponibilidade para que os profissionais consigam dar o suporte necessário ao longo da gravidez e tenha tempo para realizar investigações sobre o caso, se necessário. Por fim, foi visto que o trabalho multidisciplinar é um ponto determinante para a excelência do atendimento e tratamento dos indivíduos que necessitam de cuidado.

Segundo Fernandes e Faria (2021), o cuidado multiprofissional é uma forma de trabalho proposta recentemente e amplamente utilizada pelas equipes de saúde para enfrentar o intenso processo de especialização e fragmentação do cuidado. A formação de equipes focadas no atendimento integral das necessidades e na busca de soluções que se complementam de forma eficaz é uma estratégia que permite um cuidado mais seguro prestado por profissionais mais qualificados. Além disso, isso traz melhores resultados para os pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, foi possível mostrar nas atividades propostas pelos discentes que nem todos os determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões norte e nordeste do Brasil são amplamente conhecidos e a quais situações algumas mulheres estão sujeitas, devido à negligência governamental. O conhecimento foi disseminado e trouxe reflexões além do tema, como a importância do trabalho

multiprofissional e propostas de melhoria, que é um dos propósitos da Liga Acadêmica.

Em vista disso, os resultados foram satisfatórios, devido a aceitação do público, contribuições com suas trajetórias profissionais, perguntas sobre o tema e reflexões sobre mudanças necessárias. Ademais, a experiência foi enriquecedora tanto para os acadêmicos que idealizaram a apresentação quanto para os demais que conseguiram absorver o conteúdo.

Dessa forma, as atividades desenvolvidas evidenciaram a importância da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão como instrumentos de transformação social, aproximando os acadêmicos das realidades enfrentadas pelos diferentes territórios e populações. A abordagem sobre os determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e em outras regiões vulneráveis do país reforça a necessidade de políticas públicas efetivas e de uma atuação multiprofissional comprometida com a redução das iniquidades em saúde. Assim, experiências como esta contribuem para a consolidação da formação crítica, ética e humanizada, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização e os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil é instituído pelo Ministério da Saúde**, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/comite-nacional-de-prevencao-da-mortalidade-materna-fetal-e-infantil-e-instituido-pelo-ministerio-da-saude> . Acesso em: 21 jun 2025.

BRASIL. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**, 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-85-334-1613. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf . Acesso em: 21 jun 2025.

BRASIL. **Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos> . Acesso em: 21 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 1 nov. 2025.

FERNANDES, P. M. P.; FARIA, G. F.. **The importance of multiprofessional care.** Sao Paulo Medical Journal, v. 139, n. 2, p. 89-90, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.139223022021> . Acesso em: 19 jun. 2025.

LEAL, M. C., BITTENCOURT, S. D. A. , TORRES, R. M. C., NIQUINI R. P., SOUZA JR, P. R. B. **Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.** Rev Saúde Pública. 2017;51:12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006391> . Acesso em: 17 abr. 2025.

MEDEIROS, A. V.; FORTE, F. D. S.; TOASSI, R. F. C.. **Educação Interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica.** Saúde em Debate, v. 48, n. 143, p. e9167, out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439167P> . Acesso em: 19 jun. 2025

NEPOMUCENO, R. DE C. A. et al.. **Resiliência coletiva: um olhar sobre o trabalho na Atenção Primária à Saúde.** Saúde em Debate, v. 49, n. 145, p. e9699, abr. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459699P> . Acesso em: 18 jun. 2025.

OLIVEIRA, C. M. DE . et al.. **Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 3, p. 282–290, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600040> . Acesso em: 21 jun 2025.

PEREIRA,S.A.S. **O papel da Estratégia de Saúde da Família na redução da mortalidade infantil.** Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 6, n. 1, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.51161/integrar/rem/4498> . Acesso em: 21 jun 2025.

RUOFF, A. B.; ANDRADE, S. R. DE .; SCHMITT, M. D.. **Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 1, p. e67342, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.67342> . Acesso em: 17 jun. 2025.

SALTARELLI, R. M. F. et al.. **Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, p. 887–898, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.01282017> . Acesso em: 21 jun 2025.

VICTORA, C. G.. **Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 4, n. 1, p. 3–69, abr. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2001000100002> . Acesso em: 21 jun 2025.