



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA REDE
NORDESTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**



LAIANNY KRÍZIA MAIA PEREIRA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E
FETAIS NO MUNICÍPIO DE CAICÓ/RN**

**NATAL – RN
2016**

LAIANNY KRÍZIA MAIA PEREIRA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E
FETAIS NO MUNICÍPIO DE CAICÓ/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família – RENASF, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientador (a): Profa. Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim

Co-Orientadora: Profa. Dra. Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo

**NATAL – RN
2016**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Pereira, Laianny Krízia Maia.

Análise da qualidade da investigação dos óbitos infantis e fetais no município de Caicó/RN / Laianny Krízia Maia Pereira. - Natal, 2016.

145f.: il.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Karla Patrícia Cardoso Amorim.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Mortalidade infantil - Dissertação. 2. Serviços de Vigilância Epidemiológica - Dissertação. 3. Sistema de Informação em Saúde - Dissertação. I. Rosendo, Karla Patrícia Cardoso Amorim. II. Tatyana Maria Silva de Souza. III. Título.

RN/UF/BSCCS

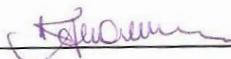
CDU 314.14-053.2

Laianny Krízia Maia Pereira

**ANÁLISE DA QUALIDADE DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS NO
MUNICÍPIO DE CAICÓ/RN**

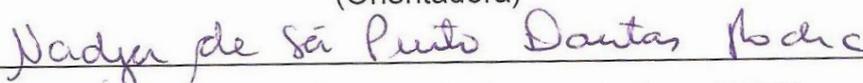
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



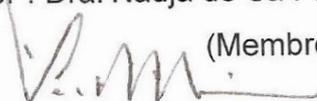
Prof^ª.Dra. Karla Patricia Cardoso Amorim – UFRN

(Orientadora)



Prof^ª. Dra. Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha – UFRN

(Membro Interno)



Prof. Dr. Leocir Pessini – Centro Universitário São Camilo

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 05 de agosto de 2016.

Dedico este trabalho ao meu pai, Rochael Pereira Neto (Neto Rocha) "in memoriam", que me incentivou e me apoiou nessa importante fase de minha vida, mas que infelizmente não pôde presenciar esse momento de tamanha felicidade. Para mim, com seu jeito simples, foi um grande exemplo de sabedoria - ao senhor eu dedico esta vitória e através deste trabalho materializo a sua vontade de me ver trilhar pelo caminho do sucesso. Sei que está muito orgulhoso por mais essa conquista. Obrigada por tudo.

Saudades Eternas!

AGRADECIMENTOS

“Existe um tempo certo para cada coisa, momento oportuno para cada propósito debaixo do Sol: Tempo de nascer, tempo de morrer; tempo de plantar, tempo de colher” (Eclesiastes 3:1-2).

Portanto, é chegado o momento da finalização de mais uma etapa da minha vida, vencida com muita luta, amor e esperança. Um momento que ficará eternizado na minha memória!

Agradeço primeiramente à *Deus*, por ter me dado a permissão de chegar até aqui, e por toda a força concedida na concretização desse sonho. Além disso, agradeço a Ele por todas as pessoas que cruzaram meu caminho e que estão aqui citadas, todas muitíssimo especiais...

Aos meus pais, *Neto Rocha (in memoriam)* e *Verinha*, muito obrigada por me ensinar a buscar os bons caminhos e a ter determinação para alcançar meus objetivos mesmo diante de dificuldades. Não tenho palavras para explicar o meu amor e gratidão a vocês por tudo que fizeram e fazem por mim. Amor incondicional. Amo vocês.

Ao meu irmão *Pedro Vitor*, muito obrigada por todos os momentos juntos de toda a vida. Que Deus o abençoe. Amo você.

Ao meu querido esposo, *Gustavo Tadeu*, por ser tão importante em minha vida. Sempre a meu lado, sempre me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho. Eu te amo!

À toda extensão da minha grande família - *Família Maia e Família Rocha*- pela compreensão da minha ausência, em vários momentos. A vocês, dedico meu eterno amor, respeito e gratidão por tudo que vocês representam para mim.

À minha orientadora *Profª Karla Amorim*, pelo envolvimento, incentivo, disponibilidade e pela competência com que me orientou. Obrigada pela paciência e apoio incondicional em todos os momentos desafiadores para a realização deste trabalho. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões, e, sobretudo sua postura ética foram fundamentais ao longo de todo o percurso. Você merece meu eterno agradecimento!

À minha có-orientadora *Profª Tatyana Rosendo*, por tão gentil e prontamente se dispor a orientar nesta dissertação. Agradeço pela delicadeza e sensibilidade em torno desse processo e principalmente as valiosas contribuições. O meu muito obrigada!

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente às minhas queridas amigas *Marcela, Anne Karelyne, Ana Cristina e Anne Christine*, pelos momentos de partilhas, pelo ombro amigo, pelo incentivo, por estarem sempre do meu lado, enfim... vocês moram no meu coração. Foi bom poder contar com vocês!

À *Flavia e Laura*, secretárias do MPSF, pois sempre foram atenciosas e dispostas para ajudar!

Aos *membros da Banca de Defesa do Mestrado*, titulares e suplentes, os meus agradecimentos pela disposição em contribuir com o meu trabalho.

A todos que fazem a *Secretaria Municipal de Saúde de Caicó/RN* pelo apoio e pela possibilidade de consulta, disponibilização de informações e documentos pertinentes à realização desta pesquisa.

Finalizo tendo a certeza que ninguém faz nada sozinho, isso é fato. Realizar este trabalho trouxe pra mim, além do conhecimento técnico, a experiência de grandes amizades de que eu tenho certeza renderão bons frutos e boas sementes.

*“Tornar visível o que por tanto tempo
permaneceu oculto é apenas o primeiro passo”*

Duchiade & Andrade

PEREIRA, Laianny Krízia Maia; AMORIM, Karla Patrícia Cardoso; ROSENDO, Tatyana Maria Silva de Souza. **Análise da qualidade da investigação dos óbitos infantis e fetais no município de Caicó/RN**. Dissertação. Mestrado Profissional em Saúde da Família – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2016.

RESUMO

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) constitui-se num dos indicadores mais comumente empregados para a análise da situação de saúde da população. Sendo assim, a investigação do óbito vem sendo utilizada como instrumento para identificação de fatores de risco relacionados a essa mortalidade, para assim auxiliar no planejamento de ações para a reestruturação e melhoria da assistência materno-infantil, visando à redução dessas mortes e ainda contribuir para a qualificação das informações em saúde. Diante disto, o presente estudo segue um caráter descritivo, dentro de uma abordagem quantitativa, com objetivo geral de analisar a qualidade da investigação dos óbitos infantis e fetais no contexto do município de Caicó/RN e como objetivos específicos, identificar a proporção de óbitos infantis e fetais notificados e investigados, no Sistema de Informação sobre Mortalidade, pela Secretaria Municipal de Saúde de Caicó/RN, calcular a média de dias para conclusão do processo de investigação dos óbitos infantis e fetais, analisar a completude e a consistência dos registros presentes nas declarações de óbitos infantis e fetais e nas fichas de investigação, classificar os óbitos infantis e fetais conforme Lista Brasileira de Evitabilidade e comparar, quanto ao potencial de evitabilidade, a classificação de óbitos infantis e fetais com base na Lista Brasileira de Evitabilidade e os resultados obtidos após a investigação realizada pelo município. Como participantes da pesquisa, foram incluídos todos os óbitos infantis e fetais (N=55) de residentes no município de estudo, notificados e investigados no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM no período de 2010 a 2015. Foram utilizados dados secundários sobre os óbitos infantis e fetais, provenientes do setor de vigilância de óbito do município e do SIM. Para melhor análise das investigações, a pesquisa seguiu dentro das seguintes dimensões: Completude, Consistência, Classificação de Evitabilidade e Tempo de Investigação, cada uma com as variáveis de estudo correspondentes. Os dados foram analisados através de frequências absolutas e relativas utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0*. Os resultados do estudo evidenciaram um baixo percentual de investigação (45,3%) no recorte temporal, com predominância de investigações ocorrendo muito após o prazo oportuno, estipulado pelo MS. Para os natimortos, as piores completudes referem-se às fichas ambulatoriais (78,2%) e entrevistas domiciliar (78,4%), enquanto para os óbitos de menores de um ano, são representadas pelas fichas hospitalares (70,1%). 75,7% dos casos fetais e 92% dos casos infantil analisados apresentaram fatores que comprometeram a sua consistência. Do total de óbitos investigados, predominaram neste estudo (64,8%) as causas evitáveis por ações dos serviços de saúde e, apenas 13,7% possuíram concordância quando comparados os resultados com base na classificação da Lista Brasileira de Evitabilidade e os obtidos na investigação realizada pelo município. De modo geral, o estudo apontou a fragilidade da vigilância do óbito no município de Caicó, principalmente no contexto do fechamento das investigações. Sendo assim, é

importante reconhecer de fato da relevância da investigação para o conhecimento dos óbitos infantis e fetais, transformando essa realidade em uma importante ferramenta para a gestão na tomada de decisões e monitoramento da mortalidade infantil. É necessário ainda reforçar o papel do comitê na investigação e mobilizar os gestores e as equipes de saúde em busca da superação dos problemas identificados.

Palavras chave: Mortalidade infantil. Serviços de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação em Saúde.

PEREIRA, LaiannyKrízia Maia; AMORIM, Karla Patrícia Cardoso; ROSENDO, Tatyana Maria Silva de Souza. ***Analysis of the quality of infant and fetal mortality investigation in the city of Caicó/RN.*** Dissertation. Professional Master's Degree in Family Health – Federal University of Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2016.

ABSTRACT

The Infant Mortality Rate (IMR) is one of the most common factors used to analyze the health situation of a population. Therefore, the mortality investigation has been used as an instrument to identify the risk factors related to it in order to assist in the action planning which aims to restructure and improve child and maternal assistance, with the objective to reduce deaths and contribute to the qualification of health information. In light of this, the present study which has a descriptive nature and used a quantitative approach, aims, in a general way, to analyze the quality of infant and fetal mortality investigations in the city of Caicó/RN and as a specific objective, to identify the proportion of investigated and notified infant and fetal death, on the Mortality Information System (SIM) from the Municipal Health Office of Caicó/RN; calculate the average number of days until the conclusion of the process of investigation of infant and fetal death; analyze the completeness and consistency of the data found on infant and fetal death certificates (DO) as well as on the investigation files; classify infant and fetal deaths according to the Brazilian Evitability List; and compare, taking into account the evitability potential, the classification of infant and fetal deaths according to the Brazilian Evitability List and the results obtained after the investigation carried out by the municipality. As participants of the study, it was included all infant and fetal deaths (N=55) from residents of the city concerned, which were notified and investigated on the Mortality Information System (SIM) in the period between 2010 and 2015. It was used secondary data about infant and fetal deaths which came from the death surveillance sector of the city and of the SIM. In order to achieve a better analysis of the investigations, the study followed some dimensions: Completeness, Consistency, Evitability Classification and Time of Investigation, each one of these with its corresponding variables. The data was analyzed through absolute and relative frequencies using the program *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* in the 22.0 version. The results showed a low percentage of the investigation (45, 3%), with the predominance of the investigations occurring after 120 days (82,7%). Concerning the completeness of the data of the instruments which were used in the investigations, the worst ones, for the stillbirth, refer to out-patient files (78,2%) and home interview (78,4%), whilst for the deaths of children under one year old, they are represented for hospital files (70,1%). 75,7% of the fetal cases and 92% of infant cases which were analyzed, showed factors which compromised the consistency of the investigation. Considering the total of infant and fetal deaths, it was predominant in this study (64, 8%) the causes which are evitable by the health care services and only 13, 7% were in accordance when compared to the results based on the classification of the Brazilian Evitability List and the ones obtained in the investigation carried out by the city in question. In general, the study highlighted the fragility of death surveillance in the city of Caicó, in special at the end of the investigations. Therefore, it is important to acknowledge the fact of the relevance of the investigation to be aware of infant and fetal mortality, this way

being an important tool for the management of decision making and monitoring infant death with the objective to transform this reality. It is necessary to reinforce the role of the investigation committee and mobilize the managers and health teams to overcome the problems which were found.

Key words: Infant Mortality. Systems of Epidemiological Surveillance. Health Information Systems.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | | |
|---------------|---|--|
| ABS | - | Atenção Básica em Saúde |
| APS | - | Atenção Primária em Saúde |
| AV | - | Autópsia Verbal |
| CDC | - | Convenção Sobre os Direitos da Criança |
| CID | - | Classificação Internacional de Doenças |
| DO | - | Declaração de Óbito |
| ECA | - | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ESF | - | Estratégia Saúde da Família |
| IML | - | Instituto Médico Legal |
| LBE | - | Lista Brasileira de Evitabilidade |
| MS | - | Ministério da Saúde |
| ODM | - | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | - | Organização Mundial da Saúde |
| PACS | - | Programa de Agente Comunitário da Saúde |
| PAISC | - | Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| PNAISC | - | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| SIM | - | Sistema de Informações em Mortalidade |
| SINASC | - | Sistema de Informação de Nascidos Vivos |
| SMS | - | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPSS | - | Statistical Package for the Social Sciences |
| SUS | - | Sistema Único de Saúde |
| SVO | - | Serviço de Verificação de Óbito |
| TCLE | - | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TMF | - | Taxa de Mortalidade Fetal |
| TMI | - | Taxa de Mortalidade Infantil |
| UNICEF | - | Fundo das Nações Unidas para Infância |
| URSAP | - | Unidade Regional de Saúde Pública |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil – Brasil e Regiões, 1990, 2000, 2010 e 2013..... | 28 |
| Figura 2 – Taxa de mortalidade infantil por componente (1000 NVs) – Região Nordeste, 1990 a 2013..... | 30 |
| Figura 3 – Proporção de investigação de óbitos infantis e fetais -Brasil, 2009 – 2014* | 34 |
| Figura 4 – Fluxograma de etapas e prazos da Investigação do Óbito Infantil e Fetal..... | 39 |
| Figura 5 – Representação da 4ª Região de Saúde. Rio Grande do Norte... | 50 |
| Figura 6 – Fluxograma de apresentação dos óbitos do estudo. Caicó/RN, 2010 – 2015..... | 60 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|--------------------|--|----|
| Gráfico 1 – | Taxa de Mortalidade Infantil – Caicó/RN – 2000-2015..... | 29 |
| Gráfico 2 – | Média de dias para conclusão da investigação de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010-2015..... | 62 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|---|----|
| Quadro 1 | – Instrumentos para a investigação do óbito infantil e fetal utilizados na investigação | 37 |
| Quadro 2 | – Variáveis do estudo..... | 55 |
| Quadro 3 | – Descrição da classificação da incompletude* e cor adotada no estudo..... | 56 |
| Quadro 4 | – Análise da consistência dos registros presentes nas declarações de óbito e fichas de investigação dos óbitos fetais, por caso. Caicó/RN, 2010 – 2015..... | 78 |
| Quadro 5 | – Análise da consistência dos registros presentes nas declarações de óbito e fichas de investigação dos óbitos infantis, por caso. Caicó/RN, 2010 – 2015..... | 80 |
| Quadro 6 | – Distribuição dos óbitos fetais comparando a classificação da Lista Brasileira de Evitabilidade e o resultado da investigação obtida pelo município, grupo de causas. Caicó/RN, 2010 – 2015..... | 83 |
| Quadro 7 | – Distribuição dos óbitos infantis comparando a classificação da Lista Brasileira de Evitabilidade e o resultado da investigação obtida pelo município, por grupo de causas. Caicó/RN, 2010 – 2015..... | 85 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|---|----|
| Tabela 1 – | Proporção de óbitos infantis e fetais investigados com base no prazo de 120 dias recomendado para a conclusão da investigação. Caicó/RN, 2010 - 2015..... | 61 |
| Tabela 2 – | Percentual de completude do preenchimento das declarações de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010 -2015..... | 63 |
| Tabela 3 – | Distribuição dos óbitos infantis e fetais segundo tipo de ficha de investigação utilizada. Caicó/RN, 2010 -2015..... | 65 |
| Tabela 4 – | Percentual de completude das fichas ambulatoriais de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010 -2015..... | 66 |
| Tabela 5 – | Percentual de completude das fichas domiciliares de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010-2015..... | 68 |
| Tabela 6 – | Percentual de completude das fichas hospitalares de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010-2015..... | 71 |
| Tabela 7 – | Percentual de completude das fichas síntese de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010 -2015..... | 74 |
| Tabela 8 – | Resumo da completude das fichas de investigação de óbitos infantis e fetais, por bloco de variáveis. Caicó/RN, 2010 – 2015 | 76 |
| Tabela 9 – | Distribuição dos óbitos infantis e fetais segundo a Lista Brasileira de Evitabilidade por faixa de peso ao nascer. Caicó/RN, 2010 – 2015..... | 82 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| <i>Capítulo 1</i> - INTRODUZINDO O TEMA..... | 17 |
| <i>Capítulo 2</i> -A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO | 24 |
| 2.1 Mortalidade Infantil e fetal–aspectos importantes no contexto brasileiro | 25 |
| 2.2 A investigação dos óbitos infantis e fetais..... | 32 |
| 2.2.1 Informação, análise e ação: o papel da vigilância do óbito e dos comitês de mortalidade | 32 |
| 2.2.2 Operacionalização do processo de investigação do óbito | 35 |
| 2.3 Mortalidade infantil e fetal e Evitabilidade | 40 |
| 2.4 Atenção Primária à Saúde: seu papel e relação na questão da mortalidade infantil e fetal | 44 |
| <i>Capítulo 3</i> - PERCURSO METODOLÓGICO | 48 |
| 3.1 Caracterização da Pesquisa | 49 |
| 3.2 Campo de Estudo | 49 |
| 3.2.1 Vigilância do óbito em Caicó/RN..... | 51 |
| 3.3 Participantes da Pesquisa..... | 52 |
| 3.4 Coleta de Dados | 53 |
| 3.5 Dimensões e Variáveis | 54 |
| 3.6 Análise dos Dados | 55 |
| 3.7 Aspectos Éticos..... | 57 |
| <i>Capítulo 4</i> - RESULTADOS | 58 |
| 4.1 Óbitos infantis e fetais notificados e investigados / Média de dias de investigação | 59 |
| 4.2 Análise da completude e consistência das declarações de óbito e fichas de investigação. | 62 |
| 4.3 Evitabilidade do óbito infantil e fetal | 81 |
| <i>Capítulo 5</i> - DISCUSSÃO | 87 |
| <i>Capítulo 6</i> - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 102 |
| REFERÊNCIAS | |
| ANEXOS | |

Capítulo 1

INTRODUZINDO O TEMA

A mundial notoriedade conferida às medidas de mortalidade se deve tanto à extensa disponibilidade de dados acerca desse evento, como à uniformidade de seu conceito, produzindo indicadores de saúde que permitem a análise da mortalidade na população geral e por categorias específicas, a exemplo da idade, do sexo e da causa básica de morte, detalhamento que qualifica a informação produzida por serviços de saúde (COSTA; KALE; VERMELHO, 2009).

Entre os indicadores de mortalidade específicos, a mortalidade infantil mensura o risco de uma criança morrer antes de completar um ano de idade e, sobretudo, reflete a qualidade dos serviços de saúde e as condições de vida de uma determinada população (FRIAS et al., 2010).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil (TMI) vem apresentando tendência significativa de queda a partir de 1990. Em 2013, o percentual de mortalidade infantil foi de 14,5/1000 NVs, representando uma redução de aproximadamente 70% quando comparado com o valor estimado em 1990. Esse cenário implica no alcance da Meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) - compromisso dos governos integrantes das Nações Unidas de melhorar a saúde infantil e reduzir até 2015 a mortalidade infantil para 15,7/1.000 NVs - quando em 2011 atingiu 15,3/1000 NVs (BRASIL, 2015; MARANHÃO et al., 2012).

O componente pós-neonatal foi o principal responsável por essa redução, o que implicou mudanças no perfil do coeficiente de mortalidade infantil, devido à manutenção de elevados índices da mortalidade neonatal na composição desse indicador, com pouca modificação do componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), que ocupa um papel importante no excesso de mortes infantis (BARROS et al., 2010; MARANHÃO et al., 2012; FRANÇA; LANSKY, 2008).

Visto a maior participação do componente neonatal precoce na mortalidade infantil e os avanços tecnológicos na assistência obstétrica e neonatal, a mortalidade perinatal vem crescendo em importância no campo da Saúde Pública (ÅHMAN; ZUPAN, 2007; CAMARGO, 2008).

Não obstante, a redução da mortalidade infantil no país ainda se caracteriza como um enorme desafio no âmbito dos serviços de saúde e população em geral. Apesar do declínio apresentado, há quem considere que estes coeficientes de mortalidade estão inferiores ao potencial do país, refletidos em condições desfavoráveis de vida da população e da atenção de saúde, além das históricas desigualdades regionais e socioeconômicas (SOARES; MENEZES, 2010; BARROS et al., 2010). O que demonstra que houve uma considerável redução da mortalidade infantil, entretanto as iniquidades continuam evidentes.

Neste contexto, o monitoramento da mortalidade se torna uma estratégia fundamental para avaliação da sua tendência e dos impactos de medidas adotadas para melhoria da qualidade de vida da população. A identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade infantil e fetal pode auxiliar no planejamento de ações para a reestruturação e melhoria da assistência materno-infantil, visando à redução dessas mortes (MELO, 2014; FRANÇA; LANSKY, 2008).

Para França e Lansky (2008), a diminuição dos óbitos infantis e fetais depende tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, como também de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. Outros autores ainda acrescentam que a redução desses indicadores não depende de novos conhecimentos, como ocorre com outros problemas de saúde, mas principalmente da garantia do acesso às políticas públicas e ainda, da utilização mais efetiva do conhecimento científico e tecnológico existente (DE CARVALHO; GOMES, 2005).

Afirmações como esta trazem, para o cerne do problema, responsabilidades de todos os envolvidos no processo de cuidado e levantam sérias questões de cunho ético, reforçando a importância da presente pesquisa. Pois, apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil e fetal permanece como uma grande preocupação da Saúde Pública pela necessidade de redução das taxas e pela possibilidade de evitabilidade dos casos (BRASIL, 2009a; VICTORA et al., 2011).

Quando falamos de evitabilidade de um óbito, estamos referindo-nos àqueles que poderiam ter sido evitados, caso as ações de saúde fossem eficazes (HARTZ,

1996). Portanto, trata-se de óbitos preveníveis, cuja ocorrência é desnecessária, e, em se relacionando a atenção prestada, configuram-se como um evento sentinela do sistema de saúde, o que pode indicar possíveis falhas na assistência ou da rede de serviços de saúde (MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008). Assim, por se revelar enquanto um evento negativo aponta para falhas na qualidade da atenção.

Para tanto, é necessário que a informações utilizadas nesse âmbito sejam de qualidade, a fim de que se forneçam subsídios adequados para realização de uma análise confiável. Apesar da existência de dispositivos legais quanto à obrigatoriedade do registro do óbito, ainda existem muitas falhas relacionadas à cobertura do sistema de informação e ao preenchimento da Declaração de Óbito, prejudicando a análise dos fatores que influenciam a mortalidade, dificultando o direcionamento de ações (MELO, 2014; BRASIL, 2009a).

Sendo assim, o monitoramento e a investigação do óbito têm sido usados como instrumento de melhoria da qualidade da atenção à saúde e de qualificação da informação em saúde, com vistas a aumentar a cobertura dos sistemas de informações (SARDINHA, 2014). A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma das prioridades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a). A investigação dos óbitos faz parte da estratégia de redução das taxas de mortalidade no país, colaborando para a melhoria dos registros e adoção de medidas preventivas.

Diante desse cenário de relevância social da mortalidade infantil e fetal, enquanto indicador do nível de saúde e desenvolvimento das populações, a monitoração, quantificação e qualificação dos óbitos infantis se tornam fundamentais, sobretudo devido à evitabilidade da grande maioria destes.

Com vistas ao município de Caicó/RN, campo desse estudo, além de sua responsabilidade pela saúde local, se destaca como pólo da região do Seridó, sendo referência para a 4ª Região de Saúde, no tocante a assistência materno-infantil voltada ao pré-natal de alto risco e parto. Não obstante, percebe-se que o Município possui uma assistência ainda deficiente. Continuamente, casos concretos vêm comprovando essa realidade, onde é possível evidenciar a morte de crianças, principalmente neonatos, em busca de uma assistência digna e de qualidade.

Além do exposto, reforça-se a escolha pelo tema de estudo, o fato de se considerar de suma importância o papel da vigilância do óbito nesse cenário de estudo, e, mais exatamente, devido a muitos questionamentos internos gerados por esta pesquisadora, a partir de experiências concretas vividas. Tais experiências ocorreram enquanto Enfermeira e Coordenadora de Promoção à Saúde do referido município e membro do Comitê Regional da Rede Cegonha. Estas vivências me trouxeram muitas inquietações, pois ao aproximar-me dessa realidade, pude identificar dificuldades que, no mínimo, contribuem ou mesmo impedem a efetividade do serviço de vigilância, dentre eles, a alta rotatividade dos recursos humanos no setor, a pouca funcionalidade do comitê de mortalidade infantil e fetal do município e a falta de sensibilidade da gestão.

Sendo assim, o nosso confronto com a realidade exposta, fez emergir em nós uma questão de pesquisa, a qual nos motivou concretizar a presente pesquisa: Será que as investigações que estão sendo realizadas, dos óbitos infantis e fetais, apresentam qualidade suficiente a fim de contribuir efetivamente para elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis, identificar fatores de risco e propor medidas de prevenção e evitabilidade, além da melhoria da qualidade da assistência à saúde?

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo:

- *Analisar a qualidade da investigação dos óbitos infantis e fetais no município de Caicó/RN, no período de 2010 a 2015.*

E mais especificamente a:

- *Identificar a proporção de óbitos infantis e fetais notificados e investigados, no Sistema de Informação sobre Mortalidade, pela Secretaria Municipal de Saúde de Caicó/RN.*
- *Calcular a média de dias para conclusão do processo de investigação dos óbitos infantis e fetais*
- *Analisar a completude e a consistência dos registros presentes nas declarações de óbitos infantis e fetais e nas fichas de investigação.*
- *Classificar os óbitos infantis e fetais conforme Lista Brasileira de Evitabilidade.*

- *Comparar, quanto ao potencial de evitabilidade, a classificação de óbitos infantis e fetais com base na Lista Brasileira de Evitabilidade e os resultados obtidos após a investigação realizada pelo município.*

Nesse contexto, esse estudo tem a perspectiva de trazer importantes contribuições dentro da temática da mortalidade infantil e fetal, destacando a necessidade constante de dar visibilidade a esse problema. Assim, conhecer a realidade da mortalidade e aprimorar as informações que possibilitam a descrição desta, constitui-se em importante passo com vista à tomada de decisões.

Frente à uma temática tão relevante, vale inferir ainda que a investigação de óbitos infantis e fetais se faz relevante na gestão do cuidado à saúde da criança, desenhando um caminho intimamente relacionando com a linha de pesquisa da “Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde”, onde a partir da identificação de riscos potenciais ou reais para a vida da criança permite, planejar uma assistência individual e qualificada. E então, intervenções podem ser efetivadas, no sentido de aprimorar o cuidado em saúde e conseqüentemente a qualidade de vida das crianças, com redução das mortes infantis (CARETI;SCARPELINI; FURTADO, 2014).

É salutar registrar que,partindo das considerações feitas sobre o tema, inicia-se o presente estudo, cuja exposição encontra-se distribuída em seis capítulos:

A introdução delimita o objeto de estudo, revelando as nossas motivações e escolha do tema apresentando, também, os objetivos e questões de pesquisa.

O segundo capítulo apresenta os aspectos teóricos que possibilitam o entendimento da problemática da mortalidade infantil e fetal enquanto problema de saúde pública; traz a vigilância do óbito como umas das prioridades para a redução da mortalidade infantil e fetal e a atuação dos Comitês de Mortalidade como importante aliado no contexto da investigação do óbito; coloca em foco a evitabilidade, fazendo link com a Ética; e, ainda situa o leitor para o papel da Atenção Primária em Saúde (APS) e sua relação na questão da mortalidade infantil e fetal.

O terceiro capítulo detalha todos os procedimentos metodológicos utilizados no estudo, ressaltando o uso da abordagem quantitativa como necessária para alcançar os objetivos propostos, caracterizando o tipo de estudo, o campo, os sujeitos da pesquisa, e como os dados foram analisados considerando os princípios da ética em pesquisa.

O quarto capítulo expõe os resultados da pesquisa, organizados com base nos objetivos de estudo da seguinte forma: óbitos infantis e fetais notificados e investigados / média de dias de investigação; análise da completude e consistência das declarações de óbitos e fichas de investigação; a evitabilidade do óbito infantil e fetal.

O quinto capítulo vislumbra a discussão das informações encontradas e discutidas a luz da literatura pertinente ao tema.

Por fim, encontram-se no sexto capítulo, as considerações finais do estudo.

Capítulo 2

A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

2.1 Mortalidade Infantil e fetal – aspectos importantes no contexto brasileiro

 á alguns anos vem acontecendo no Brasil a transição demográfica. Sendo as últimas décadas marcadas por contínuas transformações no tocante ao desenvolvimento socioeconômico, urbanização e principalmente na atenção a saúde da população (LANSKY et al., 2009; SANTOS et al., 2010).

O desenvolvimento da política de saúde da criança no Brasil ocorre durante um período de grandes mudanças no cenário nacional e internacional, sendo a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1988, um importante marco, um divisor de águas no desenvolvimento da política de saúde no País (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANE, 2009). E ainda, em 1990, com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que regulamenta que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2015b; SILVA; VIERA, 2014).

No âmbito das políticas voltadas para a criança, as concepções sobre a infância são diversificadas em relação à que faixa etária na qual a mesma está inserida. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), de 1989, criança é toda pessoa de até 18 anos de idade. Já o ECA, determina como sendo a pessoa de até 12 anos incompletos e considerando a criança como pessoa humana ainda desde o período que está no ventre materno. O Ministério da Saúde (MS) segue o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a criança, de zero a nove anos (< 10 anos) e a primeira infância, a faixa etária de zero a cinco anos (< 6 anos). Tendo em vista as referências acima citadas, considera-se que a temática “criança” não é tão consensual, no entanto como parâmetro para esse estudo se considera a definição do MS (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015c).

Com a percepção mais holística sob essa criança, esta passou a ser vista como um ser humano em desenvolvimento. Nesse sentido, trouxe a redução da

mortalidade infantil como um dos objetivos principais das três esferas de governos (Municipal, Estadual e Federal). Na década de 90 ocorreu a grande expansão da atenção primária à saúde com os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Com a chegada do ano 2000, as desigualdades de renda sofreram decréscimos. Com a redução da mortalidade infantil, a mortalidade neonatal passou a assumir prioridade por representar dois terços dos óbitos infantis. (VICTORA et al., 2011).

No ano de 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento - PHPN, objetivando principalmente as reduções de altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País (BRASIL, 2005). Sem o alcance esperado, continuou a apresentar dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais. Mulheres ainda relataram a incerteza de vagas nos hospitais e a preocupação com a peregrinação entre os serviços hospitalares (DIAS; DESLANDES, 2006; PARADA; TONETE, 2008).

Visando a melhoria da assistência materno-infantil, o Ministério da Saúde – MS implantou, em 2011, o programa Rede Cegonha, importante estratégia que busca a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduza, dessa forma, os índices de mortalidade materno-infantil (CAVALCANTI, 2010).

Nesta direção, a recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), do ano de 2015, incorpora o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) quanto à integração de instituições para intervir no processo saúde doença e define estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida. Somando-se às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança. (BRASIL, 2015c; SOUSA, ERDMANN, MOCHEL, 2011).

Apesar de várias iniciativas visando à melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança, a magnitude da mortalidade e do adoecimento na infância é

ainda muito elevada, em consequência das condições de vida adversas experimentadas por grande parte da população (UNICEF, 2008). Nas crianças, o resultado das adversidades do ambiente é marcante porque elas detêm, ao início da existência, uma imaturidade imunológica, associada ao desafio do aprendizado de convivência com as agressões do mundo que a circunda, caracterizando assim, a mortalidade infantil na infância, um dos mais sensíveis indicadores de condição de vida (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANE, 2009).

As TMI são calculadas se verificando entre mil crianças nascidas vivas, quantas morreram antes de completar um ano de vida no mesmo período, ou seja, representa o número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em determinado ano. Essas mortes são utilizadas como representação, já que existe maior risco de mortalidade nessa fase da vida. Ainda são utilizadas para facilitar a comparação entre diferentes países ou regiões, sendo aceitável pela OMS, 10 mortes para cada mil nascimentos (SOUSA; LEITE FILHO, 2008; RISPA, 2008).

Apesar da redução das disparidades regionais evidenciada nas últimas décadas, a mortalidade infantil é mais alta nas regiões Norte e Nordeste, em favelas de áreas urbanas, entre famílias de menor renda e entre crianças negras e indígenas que apresentam as taxas mais elevadas de mortalidade no período pós-neonatal (BRASIL, 2013a; VICTORA et al, 2011).

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, apontam que a taxa de mortalidade de crianças menores de um ano diminuiu significativamente nos últimos anos, em todas as regiões brasileiras. A Região Nordeste, com concentração histórica de elevados índices, apresentou uma expressiva redução. Em 1990, a TMI era de 75,8 óbitos/1000NVs; em 2013, 16,9 óbitos/1000NVs, no entanto, as regiões Norte e Centro – Oeste foram as que apresentaram o menor percentual de redução da TMI no mesmo período (BRASIL, 2015a).

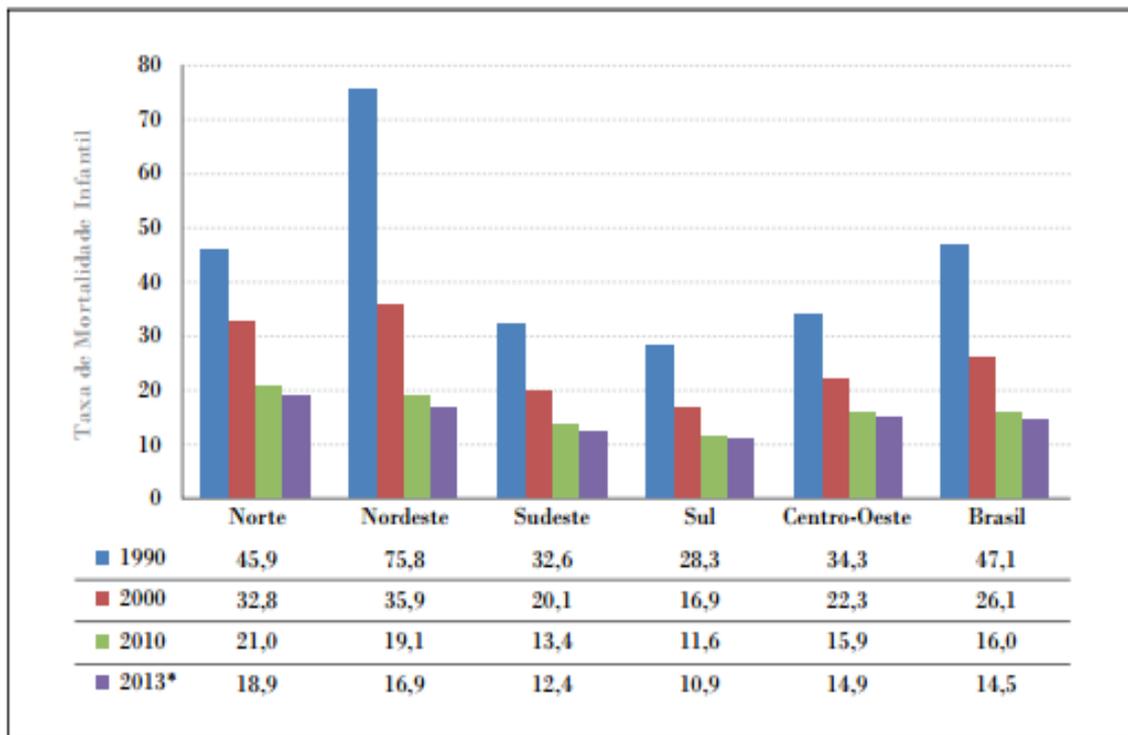


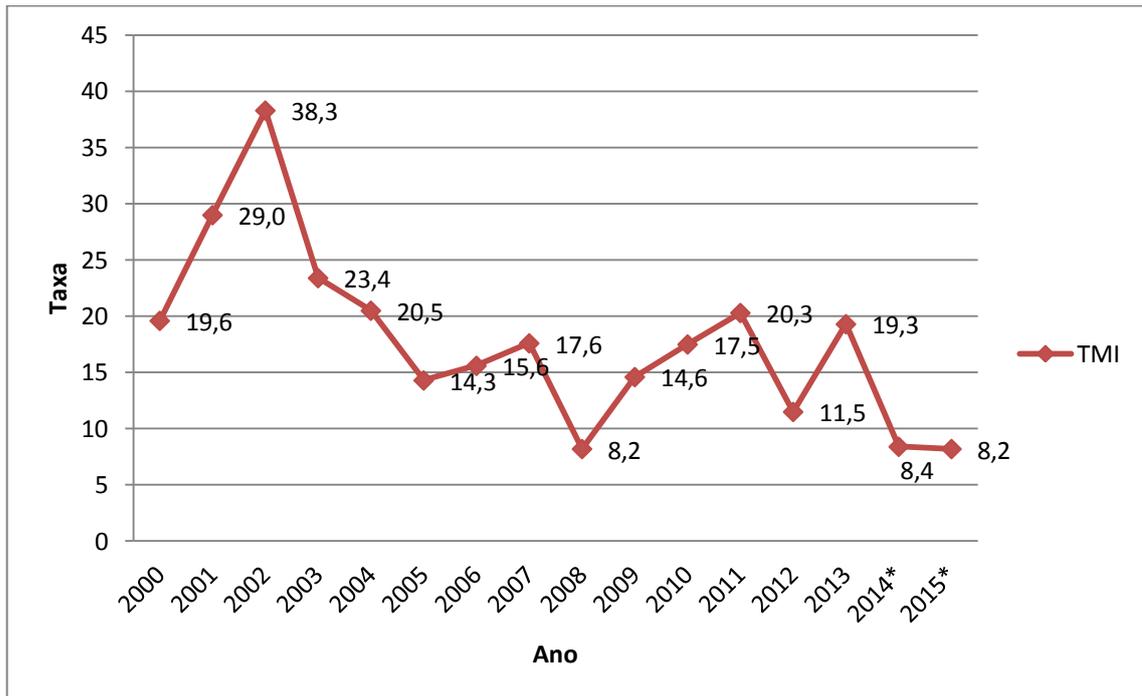
Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil – Brasil e Regiões, 1990, 2000, 2010 e 2013.

Fonte: Saúde Brasil 2014

O estado do Rio Grande do Norte vem se caracterizando de forma semelhante ao Nordeste e Brasil. No ano de 1990, compreendia uma TMI de 75,7 óbitos/1000NVs, em 2000, 34,5 óbitos/1000NVs, chegando a 16,4 óbitos/1000NVs, em 2013 (BRASIL, 2015a).

No tocante ao lócus deste estudo, o município de Caicó, os dados disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde sobre mortalidade infantil seguem baseados em informações obtidas no SIM e SINASC. Contudo, taxas de mortalidade para municípios neste contexto devem-se considerar algumas limitações, como a não captação da totalidade dos eventos ocorridos, em virtude da subnotificação.

Assim, considerando o cálculo direto da TMI, observa-se que em Caicó esse panorama segue com evolução para redução.

Gráfico 1 -Taxa de mortalidade infantil – Caicó/RN, 2000 – 2015.

* Dados preliminares

Fonte: SMS – Caicó/RN, SIM e Sinasc (consulta em 27/01/2016)

Com o intuito de melhor compreender o processo saúde-doença por meio da mortalidade infantil, esta pode ser analisada, também, pelos seus componentes: neonatal (óbitos de crianças durante os primeiros 28 dias de vida) e pós-neonatal (óbitos ocorridos entre o 29º dia de vida até 11 meses e 29 dias de idade). A parcela neonatal pode ainda ser subdividida em mortalidade neonatal precoce (0-6 dias) e neonatal tardia (7-28 dias) (GRANZOTTO et al., 2014).

Os períodos que caracterizam os componentes da mortalidade infantil apresentam causas de morte muito específicas (DUARTE, 2007). A mortalidade neonatal tem estreita relação com as condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança, já a mortalidade pós-neonatal está mais evidenciada por fatores socioeconômicos e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas (CALDEIRA et al., 2005).

Segundo Andrade et al. (2006), além de ser um bom indicador de condições de saúde, a taxa de mortalidade infantil acompanha o desenvolvimento econômico e

a qualidade de vida da população, haja vista a vulnerabilidade dos menores de um ano ao ambiente físico e social em que são inseridos após o nascimento.

Caldeira et al. (2005) compreendem que devem ser atribuídas aos serviços de saúde, uma importante parcela da responsabilidade pela realidade que vem sendo apresentada no tocante a ambos os componentes da mortalidade infantil. Sendo a adoção de medidas sanitárias adequadas e serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade, estratégias positivas para redução da mortalidade infantil. O autor ainda refere que mesmo com as condições de vida desfavoráveis, a mortalidade infantil em geral – neonatal e pós-neonatal – tem apresentado tendência decrescente nas últimas décadas, no Brasil e em todo o mundo.

Nos últimos anos, o período pós-neonatal, vem se configurando na maior parcela da redução da mortalidade infantil, o que faz a concentração da maior parte dessa mortalidade compreender o período neonatal. No contexto brasileiro, esse evento vem sendo bem representado pelo Nordeste, que teve queda de 72% na taxa de mortalidade infantil no período de 7 a 27 dias após o nascimento, de 1990 a 2013 (BRASIL, 2015a). Essa maior redução do componente pós-neonatal esta relacionada às intervenções específicas voltadas as ações básicas de saúde, como, por exemplo: as imunizações; o tratamento adequado de diarreias e infecções respiratórias; o incentivo ao aleitamento materno e a melhoria nas condições de saneamento básico (BEZERRA-FILHO; KERR-PONTES; BARRETO, 2007).

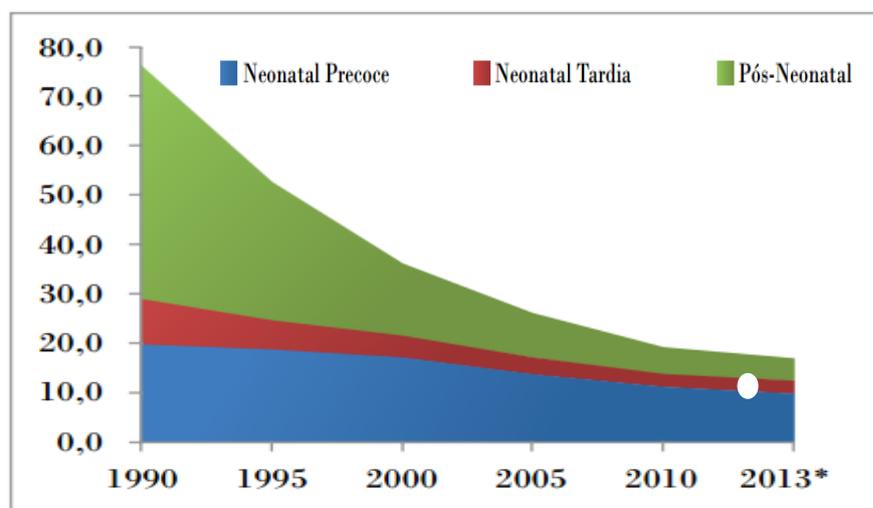


Figura 2 – Taxa de mortalidade infantil por componente (1000 NVs) – Região Nordeste, 1990 a 2013. Fonte: Saúde Brasil 2014

O Ministério da Saúde ressalta que o componente neonatal, marcado com mortes, que em sua maioria, podem ser evitadas a partir da oferta de uma atenção adequada à mãe e ao recém-nascido, assume uma importância sem precedentes, uma vez que as estratégias necessárias para o seu controle são ainda pouco sistematizadas e incipientes no âmbito nacional, necessitando de uma mobilização e priorização na agenda dos gestores da saúde (BRASIL, 2009a)

Um estudo realizado por Rocha et al. (2011), no Recife/PE, observou que 2.267 (78,37%) dos óbitos foram classificados como evitáveis, com destaque as mortes consideradas reduzíveis por adequado controle da gravidez 930 (32,15%) e adequada atenção ao parto 418 (14,45%) que somam 1.348 (46,60%) dos óbitos. As principais causas desses óbitos foram as afecções perinatais, com destaque para as causas fetais e recém-nascidos afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, num total de 1.113 (38,47%) casos, e transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal. A causa de morte por afecções originadas no período perinatal obteve a maior proporção, fato preocupante, visto que as causas relacionadas à interrupção precoce da gravidez ou ao crescimento intrauterino tardio estão frequentemente associadas à má qualidade dos serviços de assistência pré-natal.

Realidade como essa vem exaltando a mortalidade perinatal no âmbito da saúde coletiva. A mortalidade perinatal compreende os óbitos ocorridos a partir da 22ª semana de gestação até os seis primeiros dias de vida do recém-nascido, ou seja, os óbitos fetais somados aos óbitos neonatais precoces (CAMARGO, 2008).

De acordo com os últimos dados no Brasil, entre 2001 e 2011, o número absoluto de óbitos fetais caiu de 38.759 para 31.613 óbitos. A taxa de mortalidade fetal (TMF) no Brasil possui algumas limitações, sendo recomendado seu uso apenas para as unidades da federação nas quais a TMF seja calculada pelo método direto. Ainda assim, pode ser estimada grosseiramente usando as estatísticas vitais: a taxa de mortalidade fetal caiu de 12,3/1.000 nascimentos para 10,7/1.000 nascimentos nesse período. No início da década de 2000, 30,0% da informação sobre peso ao nascer era ignorada, mas, em 2011, esse percentual caiu para 9,0% e cerca de 30,0% dos óbitos fetais no Brasil tinham, nesse ano, peso igual ou maior

que 2.500 g, o que destaca um percentual considerável de baixo peso ao nascer, 70% (BRASIL, 2013b).

A análise dos óbitos perinatais fornece dados importantes quanto à saúde da criança, à atenção durante todo o período gestacional, à assistência à saúde da mulher e ao atendimento pré-natal e pós-natal. Além disso, possibilita identificar causas evitáveis de óbitos, avaliar a qualidade da assistência recebida pela mãe durante o pré-natal e o parto, assim como, a atenção oferecida ao neonato (MALTA; DUARTE, 2007).

Ainda que o período perinatal seja bem delimitado, as estratégias para reduzir as mortes nessa fase da vida requerem ações coordenadas, contínuas e integradas nos vários níveis de atenção. Serviços de saúde, comunidade, família e outros setores da sociedade devem somar esforços para atingirem os diversos fatores associados à mortalidade perinatal (MARTINES et al., 2005).

2.2 A investigação dos óbitos infantis e fetais

Aqui, a priori, será realizada uma abordagem sobre a vigilância da mortalidade infantil e fetal como umas das prioridades do Ministério da Saúde, enfatizando sua importância, os documentos legais que buscam a reorganização desse processo, e a atuação dos Comitês de Mortalidade como importante aliado no contexto da investigação do óbito. Em seguida, serão apresentadas as etapas do processo de investigação do óbito.

2.2.1 Informação, análise e ação: o papel da vigilância do óbito e dos comitês de mortalidade

A redução da mortalidade infantil no Brasil, sem dúvida, tornou-se mais evidente a partir do século XX, quando se entendeu a importância de investigar

todos os fatores envolvidos na cadeia de acontecimentos de um óbito infantil. Muitos avanços ocorrem desde este período até os dias atuais, especialmente avanços tecnológicos na área da saúde, melhores condições de vida, acesso das populações mais carentes ao saneamento básico e ao sistema de saúde (KOLLING, 2011). Nesse cenário, tem-se a criação do SUS como um fator marcante, trazendo medidas e programas - já descritos no capítulo anterior - que reforçam a questão da redução da mortalidade infantil.

Para que as medidas de prevenção e controle da morbidade e mortalidade infantil sejam aprimoradas e novas ações possam ser desencadeadas, é preciso constante monitoramento dos dados, tanto os epidemiológicos como os sócioeconômicos e de saúde (SANTANA et al., 2011). Sendo assim, o Ministério da Saúde traz a vigilância da mortalidade infantil e fetal como uma de suas prioridades. A investigação dos óbitos faz parte da estratégia de redução das taxas de mortalidade no país, sendo recomendada, de forma crescente, em vários documentos legais no âmbito do SUS desde 2004, contribuindo para a melhora dos registros e viabiliza a adoção de medidas preventivas (BRASIL, 2009a).

O marco de reorganização do processo de trabalho nos estados e municípios para a vigilância do óbito infantil e fetal foi a *Portaria de n. 72, de 11/01/2010* que refere a obrigatoriedade da investigação do óbito, executada pelo poder público em prazo oportuno, 120 dias (BRASIL, 2010a), e o lançamento do *Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal*, dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal (BRASIL, 2009a).

Como referência para a estruturação da vigilância do óbito, o marco acima citado vem tornando essa estratégia uma realidade. Para Frias et al. (2013), a vigilância do óbito, além de fontes regulares de informações, como o sistema de informação sobre mortalidade, é necessária a vigilância ativa, que se caracteriza pelo contato direto, em intervalos regulares, com as fontes de investigação. Nesse caso, como vigilância ativa especial, temos a investigação do óbito. Estes autores ainda definem a investigação do óbito como sendo um estudo de campo realizado com base na identificação de óbitos, para assim, avaliar as implicações diretas

relacionadas à ocorrência desses óbitos para a saúde coletiva, objetivando melhor orientara elaboração de medidas de prevenção e controle.

No Brasil, a investigação de óbitos infantis e fetais apresentou aumento gradativo, passando de 11,8% em 2009, para 72%, em 2013 (BRASIL, 2015a).

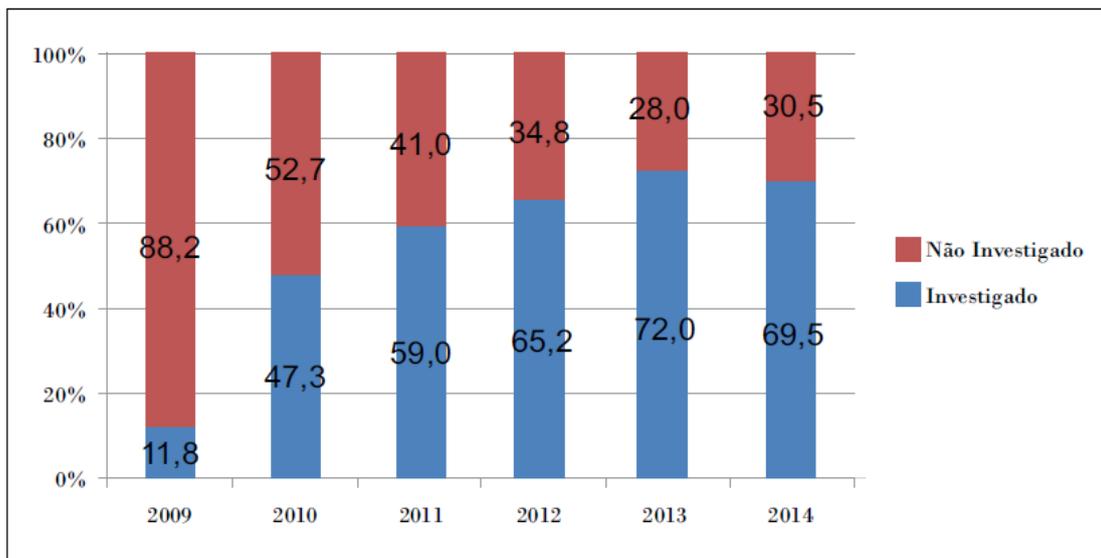


Figura 3 – Proporção de investigação de óbitos infantis e fetais - Brasil, 2009 – 2014*.

Fonte: Saúde Brasil 2014

*Dados preliminares

Partindo do pressuposto que a redução da mortalidade infantil e fetal exige ações e intervenções no campo da saúde, bem como um trabalho interligado com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas, faz do Comitê de mortalidade infantil e fetal, um grande aliado ao processo de investigação do óbito. Como bem definido por Brasil (2009a, p.46),

“Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. São importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção.”

Os comitês assumem papel fundamental tanto na investigação e identificação de problemas, quanto na recomendação de ações que contemplam o planejamento familiar, o acesso ao pré-natal e ao parto de qualidade, bem como o acompanhamento de crianças menores de um ano, com objetivo principal, a redução da mortalidade infantil e fetal. Ainda pode-se citar como atribuição importante dos comitês, a sua contribuição na melhoria da qualidade da informação que é gerada pelo sistema oficial de estatística vital, participando na correção dos dados sobre óbitos infantis e fetais, disponibilizando e divulgando os resultados obtidos para as instituições e órgão competentes (SOARES, 2011).

Todavia, Donabedian (1988) lembra que para buscar resultados concretos, os comitês precisariam de implantação ampla, papel conceitualmente claro, além de ser, efetivamente, um pólo técnico/gerencial cujas ações ou recomendações fluíssem com total respaldo das autoridades. Isso daria o sentido de esmiuçar o processo assistencial em cada óbito, obtendo elementos para a avaliação da qualidade em seus componentes de estrutura, processo e resultado, além de propor as alterações necessárias.

2.2.2 Operacionalização do processo de investigação do óbito

A Declaração de Óbito - DO (ver Anexo D) é o instrumento que notifica o óbito e desencadeia o processo de investigação. No entanto, considerando as diferentes realidades do País, ainda é um desafio erradicar a subnotificação dos óbitos infantis em algumas áreas, sendo necessário levar em conta as diversas possibilidades de captação dos óbitos, para ampliara cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009a).

Para fins de investigação, são critérios mínimos, todos os óbitos pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias); neonatais (0 a 27 dias de vida); e fetais (natimortos). Após verificar critério de seleção, inicia-se a investigação propriamente dita, que compreende várias etapas (BRASIL, 2010a).

O início do processo contempla a identificação do óbito e prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde, por meio do uso dos formulários de investigação do óbito que, permitirão à equipe de vigilância de óbitos e ao comitê em qualquer instância de governo, analisar as informações e orientar as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis (BRASIL, 2011a).

No que se refere aos formulários de coleta, os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação devem ser aqueles padronizados para uso no Estado ou Município, ou os recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde. Estes, elaborados pelo Ministério da Saúde, a partir de experiências acumuladas de diversos estados do Brasil, as quais têm caráter confidencial, objetivam facilitar e reconstruir a história dos óbitos e a compreensão das circunstâncias que culminaram com a morte fetal e de crianças menores de 1 ano. (FRIAS et al., 2013; BRASIL, 2010a).

As fichas de investigação são: Ficha de Investigação Ambulatorial, Ficha de Investigação Domiciliar, Ficha de Investigação Domiciliar e Síntese, Conclusões e Recomendações. Quando é realizada a necropsia, utiliza as fichas de coleta de dados de laudo da necropsia e, ainda, em caso de óbito com causa mal definida, a investigação deve ser complementada pelo formulário de Autópsia Verbal - AV, um instrumento complementar da investigação domiciliar e que deve ser aplicado na mesma visita ao domicílio (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

A fim de instituir a vigilância do óbito, as secretarias municipais de saúde devem envolver profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Preferencialmente, a equipe da atenção básica da área de abrangência do local de residência da família, já que é a responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, sendo parte integrante da sua atuação (BRASIL, 2009a).

Nesse processo, as fichas de investigação de óbito fetal devem ser aplicadas quando o óbito ocorre antes ou durante o trabalho de parto, e as de óbito infantil quando este ocorre depois do trabalho de parto, isto é, acriança nasce viva e depois morre. (BRASIL, 2011a).

Quadro 1 - Instrumentos utilizados na investigação do óbito infantil e fetal.

| INSTRUMENTOS* | OBJETIVOS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Declaração de óbito | Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação do óbito |
| <ul style="list-style-type: none"> • I1 = Fichas de Investigação do Óbito Infantil - Serviço de saúde ambulatorial • I2 = Fichas de Investigação do Óbito Infantil - Serviço de saúde hospitalar • F1 = Fichas de Investigação do Óbito Fetal - Serviço de saúde ambulatorial • F2 = Fichas de Investigação do Óbito Fetal - Serviço de saúde hospitalar | Coletar dados referentes à assistência da mãe e da criança em serviços de saúde nos registros do atendimento na atenção básica, urgência/emergência e hospitalar. |
| <ul style="list-style-type: none"> • I3 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil - Entrevista domiciliar • F3 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal - Entrevista domiciliar | Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar responsável) acerca da história de vida e de saúde da mãe e da criança e da assistência em serviços de saúde, inclusive durante a doença que levou à morte. |
| <ul style="list-style-type: none"> • IF4 = Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia | Coletar dados registrados nos Institutos Médicos Legais (IML) ou Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e nos relatórios de encaminhamento médico para esses serviços. |
| <ul style="list-style-type: none"> • IF5 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações | Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) |

Fonte: BRASIL, 2010.

*Ver instrumentos em anexo.

Após a coleta dos dados e preenchimento das fichas, seguirá com a análise do óbito, cujo objetivo é estabelecer os nexos entre as múltiplas fontes e informantes com vistas ao esclarecimento das circunstâncias que determinaram e/ou favoreceram o óbito. Em seguida, temos a fase de identificação e proposição de medidas preventivas e corretivas relacionadas à assistência e às estatísticas vitais. Esse momento busca definir medidas que possam resultar na melhoria da assistência com redução dos óbitos infantis e fetais e assim evitar novas ocorrências (FRIAS et al.; 2013, BRASIL, 2009a).

Para finalizar, tem-se a elaboração do relatório final, de responsabilidade da equipe de vigilância do óbito municipal. No entanto, é de fundamental importância a participação dos membros do comitê de mortalidade, haja vista que é nessa fase

que todos os dados coletados serão sumarizados em relatório, com a descrição do evento e as principais conclusões e recomendações (BRASIL, 2009a).

O prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, realização da discussão, análise e a conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência (BRASIL, 2010a).

Conforme o Ministério da Saúde, a média de dias para a investigação vem reduzindo em nosso país, passando de 569,8 dias, em 2009 para, em média, 144 dias em 2013. Isso demonstra que a vigilância do óbito vem apresentando avanços significativos, mas ainda devemos juntar esforços para tal (BRASIL, 2015a).

A Figura 4 apresenta as etapas e prazos do processo de investigação do óbito infantil e fetal.

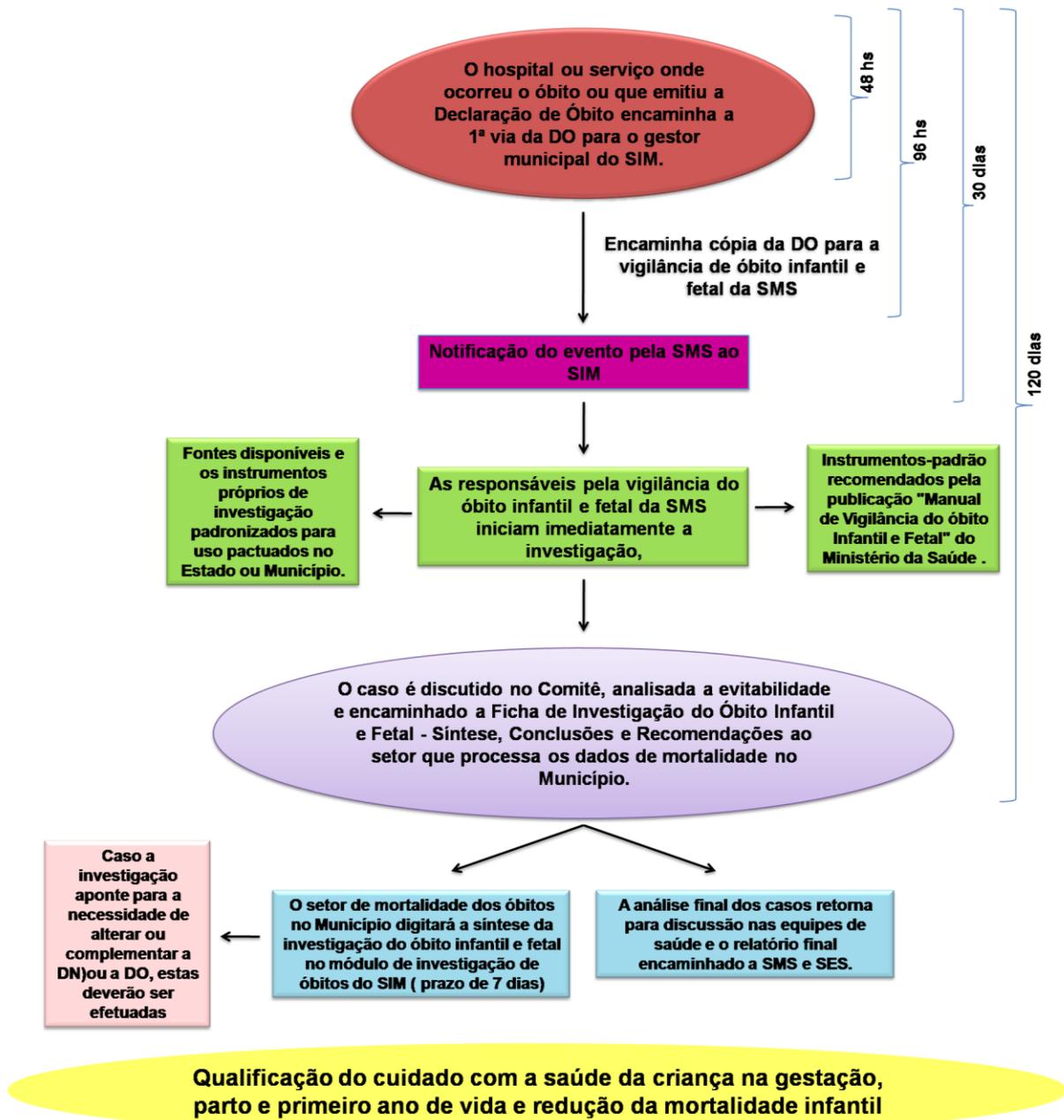


Figura 4– Fluxograma de etapas e prazos da Investigação do Óbito Infantil e Fetal.

Fonte: Adaptado da Portaria Nº 72, de 11 de Janeiro de 2010.

2.3 Mortalidade infantil e fetal e Evitabilidade

Entre os valores essenciais à condição humana, está a vida. Ainda que a sua origem permaneça um mistério, conseguindo-se, no máximo, relacionar meios que a produzem, ou saber que em certas condições ela se produz, mas o que podemos ter certeza é que sem ela a pessoa humana não existe como tal, motivo pelo qual é de grande relevância para a humanidade o respeito à origem, à conservação e à extinção da vida (DALLARI, 1998).

Nos países desenvolvidos, vive-se mais, e a morte se apresenta predominantemente na população idosa. A infraestrutura básica que garante a vida (casa, comida, educação, serviços de saúde etc.) é garantida para a grande maioria da população. Em contrapartida, nos países pobres do Terceiro mundo, a morte se insere na fase inicial da vida; corroborando com as altas taxas de mortalidade infantil e de doenças endêmicas (PESSINI, 2004).

Ao discutir a morte, Silva (1998) retrata como um fenômeno inevitável, inerente a todo ser vivo e, assim sendo, não pode ser eliminado, contudo, dois fatores voltados para essa temática devem ser colocados em pauta, do ponto de vista ético: o conhecimento da magnitude das mortes infantis e do montante daquelas ocorridas por causas evitáveis.

A cada ano, morrem mais de 10 milhões de crianças, sendo a maior parte por mortes evitáveis, destas quase todas ocorrem em países pobres (BLACK; MORRIS; BRYCE, 2003). Segundo Vanderlei e Navarrete (2013) o conceito de óbito evitável ou evento sentinela foi proposto inicialmente por Rutstein et al. (1976), no artigo *Measuring the quality of medical care: a clinical method*, como sendo uma condição que poderia ser melhorada por ações de saúde eficazes, constituindo-se índices da qualidade da assistência à saúde de uso imediato.

Esta parte da investigação de qualquer caso de doença/incapacidade/óbito que não deveria ocorrer se o serviço de saúde funcionasse adequadamente. De ordem operacional, na ocorrência de um caso, desencadeia-se uma investigação para a detecção das falhas que tornaram o evento possível, visando a sua correção,

de modo a garantir o funcionamento do sistema de saúde com qualidade (HARTZ et al, 1996).

A mortalidade infantil reflete as condições básicas de vida das famílias, ao passo que a morte prematura incapacita os indivíduos a desenvolverem ao menos sua existência, e a promoção da saúde infantil, torna-se um fator fundamental de garantia de um nível de bem-estar essencial dos componentes das famílias (RUGER, 2004).

As causas de mortalidade infantil classificadas como evitáveis, associadas ao alto risco de morte existente, principalmente nos grupos populacionais mais vulneráveis, comprovam a relevância de estudos que considerem os determinantes sociais para implantação de políticas públicas equânimes e adequadas às necessidades e realidades locais (BOING, 2008; MALTA e DUARTE, 2007). Os autores ainda referem que o maior desafio nesse campo é reduzir as desigualdades da mortalidade infantil nas camadas sociais e que, para isso, são imprescindíveis ações de acordo com cada realidade, para não correr o risco de aumentar as iniquidades.

O conceito de vulnerabilidade tornou-se um referencial ético fundamental para a reflexão bioética hoje e vem se tornando peça fundamental em vários discursos, seja na área da assistência a saúde, saúde pública e ciências sociais. Pessini et al. (2015) relaciona que quanto maior a vulnerabilidade, maior há que ser a proteção, proteção esta, que deve garantir aos vulneráveis, o resgate da dignidade e do cuidado integral.

É bem verdade que ainda lutamos por elementos básicos que nos possibilite um uma vida digna e saudável. Há de se superar a desigualdade e a exclusão que vem protagonizando nossa sociedade. É dentro dessa mesma linha de preocupação, que a Bioética tem discutido nos últimos anos expressão de novas concepções relacionadas com a vida e a morte, e seus significados éticos (PESSINI, BERTACHINI e BARCHIFONTAINE, 2014; DALARI, 1998). Valendo desta, Potter (1971) caracterizava essa nova área do saber – a bioética– como uma ética aplicada, entendida como ética da vida que alia o conhecimento científico/técnico às questões humanas.

Seguindo essa conjuntura, Vieira (2009) e Martin (1998) relacionam essa exclusão quando institucionalizada, e que leva a morte antecipada de uma pessoa, a um fenômeno denominado de Mistanásia que, nos remete a várias situações, porém para nosso estudo iremos evidenciar a Mistanásia passiva ou omissiva, que é o processo de nadificação (o indivíduo vive, mas não existe) da pessoa, por meio da antecipação da morte ou o prolongamento de dor ou sofrimento desnecessário, devido à negligência, imprudência ou imperícia no atendimento médico. Seria, portanto, a inacessibilidade do indivíduo ao tratamento necessário à preservação de sua saúde, ou acessibilidade precária, carente de condições adequadas para o correto tratamento.

Villas-Bôas (2005) ainda relaciona ao fenômeno da Mistanásia a aqueles vulneráveis, que perdem a vida quando nem se quer chegam a ter um atendimento médico adequado, por carência social, por falta de condições e oportunidades econômicas e políticas.

Para Malta et al. (2007), as causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são caracterizadas como aquelas preveníveis, por estratégias eficazes dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Meio a essa discussão, Lansky, França e Leal (2002) acrescentam que as mortes precoces podem ser consideradas evitáveis pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde, pela melhoria da qualidade de vida da população, e ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

No entanto, considerando que o maior desafio é o da mortalidade neonatal, responsável por 70% das mortes precoces, em especial a prematuridade, infecções e insuficiência respiratória. Se considerarmos que mais de 60% destas mortes possuem causas evitáveis, por meio do amplo acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, fica claro que as ações em saúde das crianças, neste componente, não vêm sendo realizadas em sua plenitude e efetividade. (AQUINO, OLIVEIRA, BARRETO, 2008; BRASIL, 2015a; SILVA; VIERA, 2014)

Nesse sentido, algumas classificações de evitabilidade vêm sendo empregadas para análise dos óbitos infantis e fetais, de acordo com a possibilidade de sua prevenção, com ênfase nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis. O objetivo principal é esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores que colaboram para a ocorrência da morte infantil e fetal e, ainda avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2009a).

A seguir será realizada uma breve apresentação das principais classificações recomendadas para análise de evitabilidade dos óbitos infantis e fetais:

- **Classificação de Wigglesworth:** classificação para a análise do óbito perinatal (óbitos fetais com mais de 22 semanas e neonatais precoces). Esta classificação foi inicialmente modificada por Keeling et al. (1989), e posteriormente expandida pelo CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH, na Inglaterra (CEMACH) e adaptada para o Brasil, para englobar os óbitos infantis. Ela aponta os principais grupos de causas de óbito, considerando o peso ao nascer e a relação das circunstâncias do óbito com o momento da assistência em que os serviços de saúde poderiam agir para prevenir sua ocorrência. Utiliza informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise de prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços (BRASIL, 2009a).
- **Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE:** Tem sido utilizada para o óbito infantil no Brasil e propõe oito agrupamentos de causas que se baseiam na causa básica do óbito infantil, de acordo com a CID-10, com a seguinte organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade: • Grupo 1 – Redutíveis por imunoprevenção • Grupo 2 – Redutíveis por adequado controle na gravidez • Grupo 3 – Redutíveis por adequada atenção ao parto • Grupo 4 – Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces • Grupo 5 – Redutíveis através de parcerias com outros setores • Grupo 6 – Não evitáveis • Grupo 7 – Mal definidas • Grupo 8 – Não classificadas / outras (BRASIL, 2009a).

- ***Lista Brasileira de Evitabilidade - Lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS:*** Em 2007 foi proposta uma Lista de causas de mortes Evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil (MALTA et al, 2007), atualizada em 2010 (MALTA et al, 2010), que organiza os óbitos utilizando como referência grupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças, com a seguinte organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade (a listagem completa com códigos da CID está no Anexo F). 1. Causas evitáveis - 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção - 1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido - 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação - 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto - 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido - 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento - 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde - 2. Causas mal-definidas - 3. Demais causas (não claramente evitáveis) (BRASIL, 2009a).

2.4 Atenção Primária à Saúde: seu papel e relação na questão da mortalidade infantil e fetal

A Atenção Primária à Saúde, caracterizada como primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde, é definida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para atuar de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades, assinalada pela presença de quatro atributos essenciais (acesso no primeiro contato com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do sistema) e três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural). (STARFIELD, 2002; FAUSTO, 2005).

No Brasil, a Reforma Sanitária incorpora os princípios da APS no processo de implementação do SUS e adota a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal, hierarquizado e integrado de atenção à saúde. Nesse seguimento, o MS lançou o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) com o principal objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil na região Norte e Nordeste do país. Com o êxito do PACS, o MS criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo ficou conhecido como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, buscando lançar um novo olhar para o cuidado em saúde, tendo em vista práticas integrais e que procurassem ver o indivíduo não enquanto uma patologia, mas como um ser social (FAUSTO, 2005; PAIM, 2009; MEDEIROS, 2014).

A então Estratégia Saúde da Família surgiu na perspectiva de proporcionar mudanças no modelo de assistência à saúde e, conseqüentemente, permitir transformações de suas práticas, com a finalidade de criar vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, uma vez que estas instituições estão mais próximas dos usuários, e possibilitando conhecer a dinâmica da área de abrangência coberta pela equipe de saúde (FERREIRA; ALBUQUERQUE, 2010).

O impacto dessa estratégia sobre a saúde da população foi evidenciado quando estudos nacionais constataram uma melhoria de alguns indicadores, como: mortalidade infantil, mortalidade infantil pós-neonatal, internação por acidente vascular cerebral, entre outros. Assim, surgiram na literatura brasileira estudos que revelaram as vantagens da ESF em relação aos outros modelos de atenção básica em saúde (BRASIL, 2006; MENDES, 2011).

A implementação do PACS e ESF nos municípios brasileiros esteve associada às reduções significativas da TMI, que entre 2000 e 2015 caiu 68,4%, chegando a 14,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, alcançando assim o cumprimento da meta dos objetivos do milênio, já citado anteriormente. O efeito do ESF foi maior nos municípios com TMI mais alta, como as regiões Norte e Nordeste e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo no início do período do estudo – contribuição para redução de iniquidade. Essa taxa está bastante próxima

do nível considerado aceitável pela OMS, que é de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos. Nos últimos anos, a redução foi atribuída ao maior desenvolvimento socioeconômico, diminuição das desigualdades sociais e maior acesso aos serviços de saúde, em especial à ESF, trazendo melhoria na atenção ao pré-natal e diminuição da incidência de doenças infecciosas. (BRASIL, 2015a; AQUINO, OLIVEIRA, BARRETO, 2008; CECCON, 2014).

Segundo estudo realizado por Macinko, Guanais e Souza, 2006, aponta que, a cada 10% de aumento na cobertura da ESF, há uma redução associada de 4,6% nas taxas de mortalidade infantil nos municípios do país.

De acordo com uma publicação sobre a situação mundial da infância, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), reconheceu a ESF como uma das principais políticas adotadas pelo Brasil e responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos (BRASIL, 2010b). A análise dos efeitos da ESF sobre a mortalidade infantil é fundamentada na lógica da evitabilidade dos óbitos pelas ações realizadas na atenção primária.

Para Erdmann e Sousa (2009), no sistema de saúde brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve interligada à saúde materna, definida como política de Saúde Materno Infantil. A percepção mais difundida da criança como ser em permanente desenvolvimento foi consequência de um longo processo que envolveu transformações na organização social.

Nesse sentido, a atenção integral à saúde da criança deve estar vinculada a ESF como ação fundamental para o desenvolvimento infantil, já que cuidados básicos em saúde apresentam relevância como possibilidade para o enfrentamento dos problemas de morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população infantil (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Dentre as principais ações da ESF que repercutem na redução da mortalidade infantil, estão: o incentivo ao aleitamento materno, a ampliação do acesso à assistência pré-natal, a atenção ao recém-nascido e aos menores de cinco anos, a prevenção e o manejo de doenças infecciosas (BRASIL, 2012).

Merece destaque também que a política de atenção básica reduz de forma significativa a mortalidade infantil e a subnotificação de óbitos, mas não reduz as internações hospitalares, como foi comprovado em estudo realizado por Peixoto e Rocha (2008) que utilizaram uma amostra de municípios da região Sudeste para o período de análise de 1999 a 2003, cujo objetivo era avaliar o impacto da política de atenção básica de saúde sobre diferentes indicadores de saúde.

Sousa e Leite Filho (2008) analisaram os fatores determinantes da trajetória da TMI nos estados da Região Nordeste, no período de 1991 a 2000, utilizando dados em painel. Os autores concluíram que a mortalidade infantil pode ser reduzida com investimentos na área de saneamento, educação e saúde por meio de programas de planejamento familiar e acesso a serviços de saúde.

Capítulo 3
PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização da Pesquisa



Para desenvolver esta pesquisa optou-se por uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo.

O tratamento dos dados na abordagem quantitativa é marcado pela quantificação dos eventos, a partir de análises estatísticas, pois “[...] utiliza a descrição matemática como linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno [...]” (TEIXEIRA, 2007 p. 136).

Segundo Richardson (1989), este método caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas, através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

O autor acima ainda acrescenta que este método é frequentemente aplicado nos estudos descritivos (aqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis), os quais propõem investigar “o que é”, ou seja, descobrir as características de um fenômeno como tal.

É seguindo esse caminho que buscou-se analisar a qualidade da investigação dos óbitos infantis e fetais no contexto do município de Caicó.

3.2 Campo de Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Caicó, localizado no estado do Rio Grande do Norte – Nordeste do Brasil e principal cidade da região do Seridó, região centro-sul do estado, distante 256 km da capital estadual, Natal.

Conta com uma população de 62.709 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 1.228,574km², apresentando densidade populacional de 51,04 habitantes por km². Com predominância populacional do sexo feminino (32.336 hab./ 51,5%), sendo 63,5% dessas mulheres na faixa de 10 a 49 anos que corresponde à

faixa etária de idade fértil. Quanto às crianças, 1,3% da população tem menos de 01 ano (IBGE, 2010). Dados mais recentes apontam que a TMI do município de Caicó apresentam evolução para redução. Em 2002, apresentou uma taxa de 38,3 óbitos/1000NVs chegando a 19,3 óbitos/1000NVs em 2013 (SMS em 27/01/2016), devendo-se levar em consideração a possibilidade de subnotificação.

A rede de serviços de saúde conta com 39 estabelecimentos públicos e de gestão municipal, dos quais 30 são estabelecimentos específicos para atenção básica, totalizando 26 unidades básicas de saúde com equipes de Saúde da Família e 5 unidades básicas no modelo tradicional. A cidade é sede da IV Unidade Regional de Saúde Pública – URSAP/SESAP, sendo o polo da macrorregião de saúde.



Figura 5 – Representação da 4ª Região de Saúde. Rio Grande do Norte.

Fonte: PDR/SESAP-RN

Possui também um centro de especialidades, um laboratório para análise de exames laboratoriais e complementares, dois Centro de Atenção Psicossocial – CAPS sendo um tipo III e outro AD, além de um Centro de Reabilitação – CRI/CRA.

A rede municipal ainda é contemplada, com um hospital-maternidade de ordem filantrópica que, no momento, encontra-se regida por uma junta interventora composta por membros de diversos segmentos, inclusive representantes do governo municipal. Quanto aos serviços de urgência e emergência, tem um Hospital Geral e uma Unidade do SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

3.2.1 Vigilância do óbito em Caicó/RN

A vigilância do óbito, no município em estudo, está inserida na Equipe Técnica, por falta de uma Vigilância em Saúde estruturada. A Equipe Técnica é o setor central da SMS, de onde saem todas as diretrizes organizacionais da saúde do município, sendo composta por profissionais, graduados na área da saúde, que compõem cargos comissionados. Neste setor, as ações de vigilância do óbito são de responsabilidade de um técnico, geralmente uma enfermeira, que recebe todas as demandas de óbitos codificados pelo setor epidemiológico para posteriormente serem investigados conforme critérios estabelecidos.

Até meados de 2013, o município não possuía comitê de mortalidade, sendo recomendado pelo Ministério Público a sua criação. Assim, no dia 09 de julho de 2013, através da Portaria de Nº 622/2013 foram nomeados os membros para compor o Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Prevenção de Óbito Infantil e Fetal. Ressalta-se que este seguimento não vem desenvolvendo atividades sistematizadas.

3.3 Participantes da Pesquisa

Para analisar a qualidade da investigação dos óbitos, foram incluídos todos os óbitos infantis e fetais (N=58) de residentes no município de Caicó, no período de 2010 a 2015, notificados e investigados no Sistema de Informação sobre Mortalidade –SIM. Optou-se por esse período de estudo em virtude da publicação da Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, a qual estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda a disponibilidade desses dados consolidados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) dessa Secretaria.

Para melhor definição da amostra, segue o conceito utilizado pela Portaria acima citada:

- Óbito infantil: é aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias.
- Óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais.

Foram excluídos do estudo aqueles que não se enquadraram nos critérios adotados.

3.4 Coleta de Dados

Foram utilizados dados secundários sobre os óbitos infantis e fetais, cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Caicó, provenientes do SIM– local (sistema restrito a SMS) e do setor de vigilância de óbito.

Os dados do Setor de Vigilância de óbito dispõem das fichas utilizadas na investigação do óbito, adotadas pelo município de Caicó e preconizadas pela Portaria GM nº 72/2010, lembradas aqui: Ficha de Investigação Ambulatorial - F1 e I1 (ver Anexo D/G), Ficha de Investigação Hospitalar – F2 e I2 (ver Anexo E/H); Ficha de Investigação Domiciliar – F3 e I3 (ver Anexo F/I), contemplada com Autopsia Verbal _AV1 em caso de causa da morte mal definida ou desconhecida (ver Anexo K); e Síntese, Conclusões e Recomendações – IF5 (ver Anexo J). Quando é realizada a necropsia, utiliza as fichas de coleta de dados de laudo da necropsia – IF4 (ver Anexo L).

O preenchimento dessas fichas depende do percurso assistencial realizado pela gestante, parturiente e criança menor de um ano. A depender desta condição, o investigador poderá utilizar uma ou mais fichas descritas. Sendo assim, nesta pesquisa, foram utilizadas apenas as fichas que corresponderam aos casos analisados.

A Ficha Síntese, Recomendações e Conclusões, parte do processo de investigação, é a sumarização das fichas anteriores coletadas. Está disponível tanto no setor de vigilância, como no próprio SIM. No entanto, para este estudo optou-se por utilizar a versão online presente no SIM.

Quanto aos dados a partir do SIM, foi utilizado a Declaração de Óbito (DO)(ver anexo C)e da Ficha Síntese, Conclusões e Recomendações dos óbitos investigados – já citada anteriormente. A DO utilizada neste estudo foi a declaração codificada que apresenta um campo a mais, quando comparada com a DO original expedida pelo médico, o campo “Causa básica”, que se remete a causa codificada pelo serviço de epidemiologia, extraída da sequência original da causa de morte parte I

3.5 Dimensões e Variáveis

No que se refere às variáveis destaca-se que elas foram selecionadas a partir de dimensões específicas baseadas nos objetivos deste estudo. Tais dimensões são: Completude, Consistência, Classificação de Evitabilidade, Tempo de investigação.

A dimensão *Tempo de Investigação* refere-se ao número de dias decorridos a partir da data do óbito até da conclusão da investigação do caso. Aqui, as variáveis trabalhadas formam: data do óbito (DO) e data de conclusão da investigação (ficha síntese).

A dimensão Completude segue a mesma definição utilizada por Cepal (2003) como sendo a proporção de campos preenchidos por campos não preenchidos. Nesse sentido, para análise dessa dimensão foram inseridas todas as variáveis presentes nos instrumentos de investigação (DO e fichas de investigação), com exceção das variáveis não aplicáveis aos óbitos infantis e fetais.

No que se refere à Consistência, define-se segundo Lima et al. (2009) como o grau em que as variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios. Portanto, para se determinar a consistência dos registros optou-se por analisar a coerência do conteúdo de todas as variáveis que compõem os instrumentos e eram aplicáveis aos óbitos de estudo. Ainda, para melhor compreensão dessa dimensão na análise geral dos casos investigados, decidiu-se também, dar ênfase a algumas variáveis por serem consideradas variáveis identificadoras de possíveis inconsistências neste contexto de estudo, como por exemplo:

- *Óbito inconclusivo*: o óbito inconclusivo se dá quando há insuficiência de informações para se concluir a evitabilidade do óbito (Brasil, 2009), no entanto, o caso é definido como investigado.
- *Parte II da ficha síntese pendente*: caso com investigação concluída sem a análise do caso quanto à evitabilidade, identificação de problemas e recomendações/medidas de prevenção.

A dimensão Classificação da evitabilidade, busca uma análise, com efeito comparativo entre os resultados encontrados na classificação da causa básica com base na Lista Brasileira de Evitabilidade (MALTA, et al., 2010) e os resultados das investigações realizadas pelo município de Caicó. São variáveis relacionadas a essa dimensão: causa básica; definição de evitabilidade (campo 11 – Ficha Síntese).

A seguir, no Quadro 2, apresenta uma síntese das dimensões e variáveis do estudo.

Quadro 2 - Variáveis do estudo.

| | Dimensões | Descrição | Variáveis de Estudo |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| QUALIDADE DA INVESTIGAÇÃO | TEMPO DE INVESTIGAÇÃO | Número de dias decorridos a partir da data do óbito até da conclusão da investigação do caso. | -Data do óbito (DO) -Data de conclusão da investigação (ficha síntese) |
| | COMPLETUDE | Proporção de campos preenchidos por campos não preenchidos (CEPAL, 2003). | Todas as variáveis aplicáveis aos óbitos infantis e fetais que compreendem a declaração de óbito e as fichas de investigação. |
| | CONSISTÊNCIA | Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios (LIMA et al. 2009). | Todas as variáveis aplicáveis aos óbitos infantis e fetais que se relacionam, contidas na declaração de óbito e nas fichas de investigação, dando ênfase a presença de: •Óbito inconclusivo •Parte II da ficha síntese pendente |
| | CLASSIFICAÇÃO DA EVITABILIDADE | Análise comparativa dos resultados encontrados na classificação da causa básica com base na Lista Brasileira de Evitabilidade (MALTA et al., 2010) com os resultados das investigações realizadas pelo município de Caicó. | -Causa Básica (DO) -Conclusão da investigação para evitabilidade (Campo 11 da Ficha síntese) |

Fonte: Próprio autor.

3.6 Análise dos Dados

Para o armazenamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel. Em seguida os dados foram analisados através de frequências absolutas e relativas utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0*, e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

Para análise do Tempo de Investigação foi utilizado como parâmetro o prazo oportuno de 120 dias para conclusão da investigação, conforme preconizado pela Portaria de n. 72, de 11/01/2010.

Quanto a Completude dos instrumentos foram utilizados os escores propostos por Romero e Cunha (2006), adaptados, com o intuito de avaliar o grau de preenchimento das variáveis, para uma melhor compreensão. São eles: Excelente (mais de 95,0% de preenchimento); Bom (94,9% a 90,0%); Regular (89,9% a 80,0%); Ruim (79,9% a 50,0%) e Muito Ruim (Menos de 50%). O Quadro3 descreve a classificação do grau de preenchimento e a relação com a cor adotada no estudo.

Quadro 3 - Descrição da classificação da completude* e cor adotada no estudo.

| CLASSIFICAÇÃO DA COMPLETUDE | GRAU DE PREENCHIMENTO* | COR ADOTADA |
|-----------------------------|------------------------|-------------|
| Excelente | Mais de 95,0% | |
| Bom | 94,9% a 90,0% | |
| Regular | 89,9% a 80,0% | |
| Ruim | 79,9% a 50,0% | |
| Muito Ruim | Menos de 50% | |

* Adaptado de Romero e Cunha (2006)

Destaca-se aqui que, apesar das dimensões Completude e Consistência estarem sendo trabalhadas separadamente, elas se relacionam entre si, uma vez que a falta de preenchimento pode também gerar a inconsistência e, nem sempre, dados completos estão consistentes.

Quando a evitabilidade, os óbitos infantis e fetais analisados foram classificados em subgrupos conforme a Lista Brasileira de Evitabilidade: causas evitáveis (reduzíveis por ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, ações adequadas de diagnóstico e tratamento e ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde); causas mal-definidas; demais causas (não claramente evitáveis).

A priori, os óbitos foram agregados em grupos de causa, e calculados a distribuição na amostra. Neste estudo, não foi possível a utilização da faixa ponderal de maiores de 1.500g, recomendada por Malta e colaboradores (MALTA et al, 2010), haja vista o percentual considerável de óbitos com peso inferior a esse valor. Então, utilizou-se as seguintes categorias de peso: <1.500g; 1.500g a 2.500g; >2.500g.

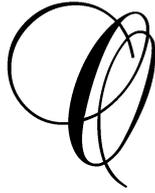
3.7 Aspectos Éticos

Durante o processo de realização do estudo foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, é importante deixar registrado que o projeto foi apresentado inicialmente da Secretaria Municipal de Saúde de Caicó/RN, onde se obteve a sua anuência e a autorização institucional para uso de documentos para realização do mesmo.

Quanto à coleta dos dados via Declarações de Óbitos e Fichas de Investigação, destaca-se que foi solicitado dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE ao Comitê de Ética, uma vez que será utilizado um recorte temporal longo (2010-2015), o que torna impossível o contato com todas as mães, no período estabelecido para coleta. Destaca-se ainda a garantia do uso das informações sem identificação das crianças mortas e das mães.

A pesquisa seguiu os critérios e exigências estabelecidos pela Resolução nº.466/12 do Conselho Nacional de Saúde e obedece às recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, ao qual o projeto foi submetido e aprovado com o número do protocolo: 1.557.961.

Capítulo 4
RESULTADOS



s resultados foram organizados como base nos objetivos específicos da pesquisa. Assim sendo, se apresentam da seguinte forma: óbitos infantis e fetais notificados e investigados / média de dias de investigação; análise da completude e consistência das declarações de óbitos e fichas de investigação; a evitabilidade do óbito infantil e fetal. Destaca-se ainda, que os resultados apresentados a seguir foram analisados por meio da estatística descritiva, considerando a frequência absoluta e relativa.

4.1 Óbitos infantis e fetais notificados e investigados / Média de dias de investigação

A análise do SIM, no período compreendido entre 2010 a 2015, permitiu identificar a ocorrência de 128 óbitos infantis e fetais notificados de residentes no município de Caicó/RN. O fluxograma a seguir detalha os óbitos do estudo, apresentando-os por componente e delineamento das investigações (Figura 6).

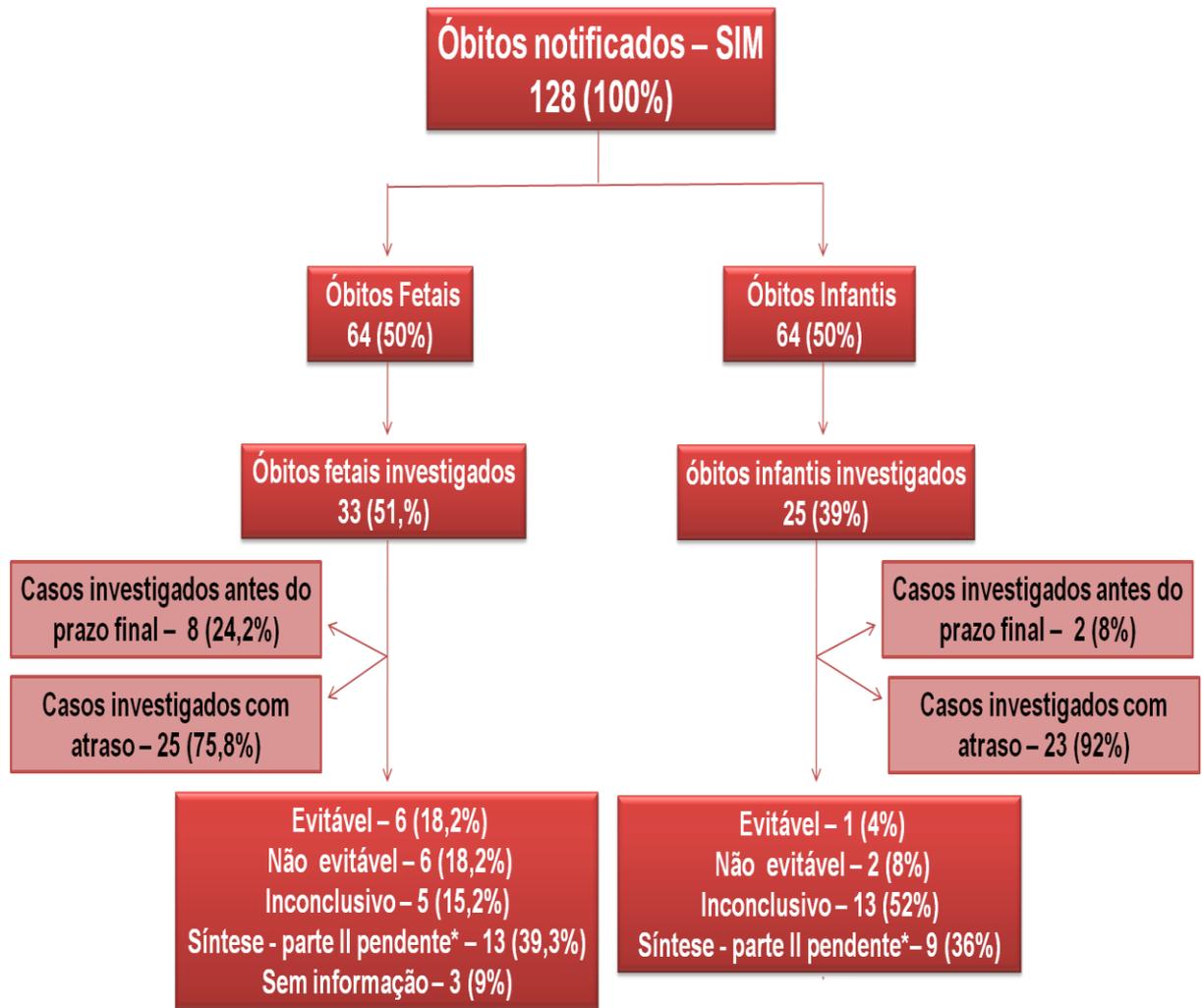


Figura 6 - Fluxograma de apresentação dos óbitos do estudo. Caicó/RN, 2010 – 2015.

*Ficha síntese com parte II pendente – sem classificação de evitabilidade e recomendações/medidas de prevenção.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade

O universo do estudo compreendeu todos os 58 óbitos notificados e investigados. Observou-se que houve preponderância de investigação para os óbitos fetais em relação aos infantis. Quanto à investigação ocorrida conforme do prazo recomendado pelo MS, de 120 dias, constatou-se a presença de uma margem considerável de óbitos investigados com atraso (82,7%). Foi verificada também, uma prevalência de investigações que resultaram em casos com Ficha Síntese apresentando a parte II pendente (37,9%) e casos com óbitos inconclusivos (31%) (Figura 6).

Ressalta-se que, a Ficha Síntese, já referenciada anteriormente, é o instrumento responsável pela sumarização das informações obtidas na investigação,

sendo assim, quando há pendência da parte II significa dizer que, a investigação foi concluída, mas, sem análise de evitabilidade do óbito, identificação de problemas e intervenções necessárias.

A partir da análise anual exposta na Tabela 1, pode-se observar que em todo o recorte temporal do estudo, as investigações foram concluídas, na sua maioria, após o prazo de 120 dias.

Tabela 1– Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, com base no prazo de 120 dias recomendado para a conclusão da investigação. Caicó/RN, 2010-2015.

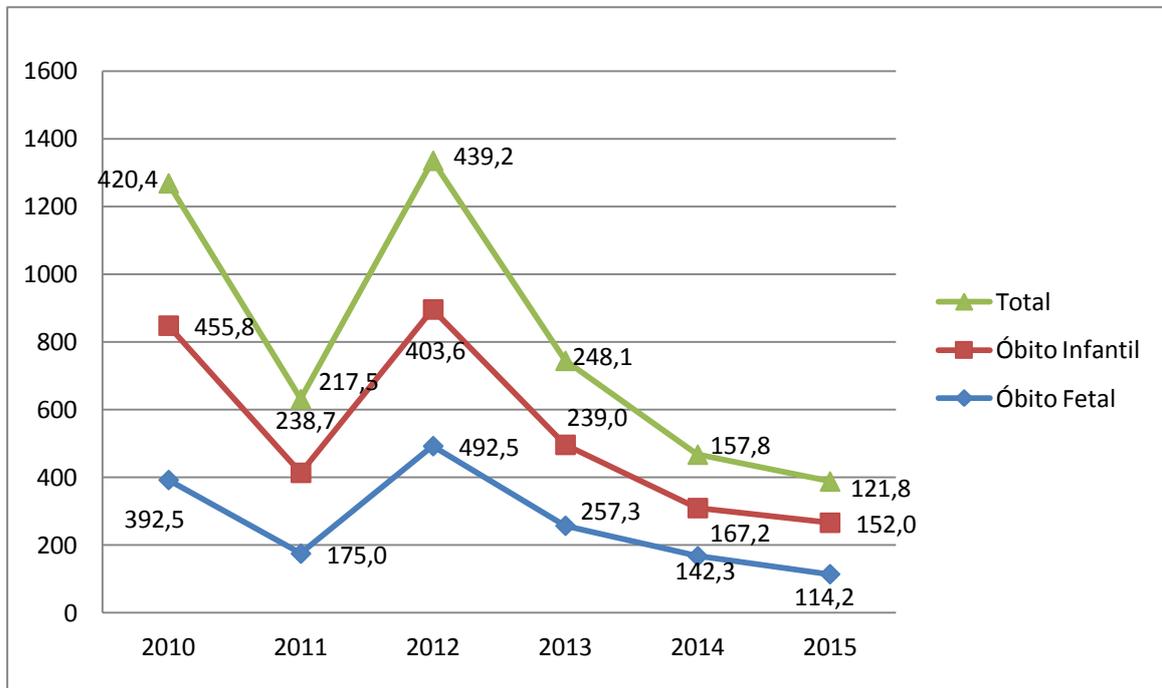
| | Conclusão da investigação | | | | | |
|------|---------------------------|-------------------------|----------------|----------------------|-------------------------|----------------|
| | No prazo de 120 dias | | | Após 120 dias | | |
| | Óbito Fetal N (%) | Óbito Infantil N (%) | TOTAL N (%) | Óbito Fetal N (%) | Óbito Infantil N (%) | TOTAL N (%) |
| 2010 | 02(16,7) | - | 02 (20,0) | 11 (83,3) | 10 (100,0) | 21 (43,8) |
| 2011 | 01 (50,0) | - | 01 (10,0) | 01 (50,0) | 04 (100,0) | 05 (10,4) |
| 2012 | - | - | - | 02 (100,0) | 03 (100,0) | 05 (10,4) |
| 2013 | - | - | - | 03 (100,0) | 03 (100,0) | 06 (12,5) |
| 2014 | 01 (20,0) | 02 (66,7) | 03 (30,0) | 04 (80,0) | 01 (33,3) | 05 (10,4) |
| 2015 | 04 (50,0) | - | 04 (40,0) | 04 (50,0) | 02 (100,0) | 06 (12,5) |

Fonte: SIM

Ao analisar os percentuais para o ano de 2010 evidenciou-se uma predominância de 91,3% de investigações concluídas com atraso. Os anos de 2012 e 2013 se destacaram por não constar nenhum caso investigado dentro do prazo recomendado (Tabela 1).

No que tange a média de dias para conclusão da investigação dos óbitos do estudo, no período de 2010 a 2015, houve uma evolução para redução na média de dias, passando de 420,4 dias para 121,8. O Gráfico 2 apresenta a média de dias que foram necessários para a conclusão das investigações no período de estudo.

Gráfico 2- Média de dias para conclusão da investigação de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010-2015.



Fonte: SIM

O Gráfico 2 ainda aponta, para os óbitos fetais, uma redução de 70,9%, atingindo 114,2 dias, em 2015, e para os óbitos de crianças menores de um ano, uma diminuição de 66,6%, perfazendo 152 dias para este mesmo ano.

4.2 Análise da completude e consistência das declarações de óbito e fichas de investigação.

Quanto à completude das variáveis contidas na declaração de óbito, o estudo constatou que, para óbitos infantis e fetais, o grau de preenchimento foi considerado ruim, principalmente quando se refere aos óbitos fetais, evidenciado, sobretudo, por incompletudes no bloco condições e causas do óbito. A Tabela 2 apresenta a completude do preenchimento das declarações de óbitos infantis e fetais.

Tabela 2 - Percentual de completude do preenchimento das declarações de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010 -2015.

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=33) | | Óbito Infantil (n=25) | |
|---|--------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | % | Grau de preenchimento ¹ | % | Grau de preenchimento ¹ |
| Identificação | | | | |
| Tipo de óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Data do óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Hora do óbito | 87,9 | Regular | 92,0 | Bom |
| Número do Cartão SUS* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| Naturalidade | 0,0 | Muito Ruim | 16,0 | Muito Ruim |
| Nome do falecido | 30,3 | Muito Ruim | 96,0 | Excelente |
| Nome do pai | 75,8 | Ruim | 72,0 | Ruim |
| Nome da mãe | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Data de nascimento | 0,0 | Muito Ruim | 100,0 | Excelente |
| Idade* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Sexo | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Raça* | - | - | 84,0 | Regular |
| Escolaridade* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| SUBTOTAL (09/12) | 66,0 | Ruim | 80,0 | Regular |
| Residência | | | | |
| Logradouro | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Número | 100,0 | Excelente | 92,0 | Bom |
| Complemento | 15,2 | Muito Ruim | 79,0 | Ruim |
| CEP | 93,9 | Bom | 60,0 | Ruim |
| Bairro/Distrito | 84,8 | Regular | 44,0 | Muito Ruim |
| Município de residência | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| UF | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (07/07) | 84,8 | Regular | 82,1 | Regular |
| Ocorrência | | | | |
| Local de ocorrência do óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Estabelecimento | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Código CNES | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Endereço de ocorrência | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Número | 93,9 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Complemento | 3,0 | Muito Ruim | 4,0 | Muito Ruim |
| CEP | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Bairro/Distrito | 93,9 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Município de ocorrência | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| UF | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (10/10) | 87,8 | Regular | 90,4 | Bom |
| Fetal ou menor que 1 ano - Informações sobre a mãe | | | | |
| Idade | 97,0 | Excelente | 76,0 | Ruim |
| Escolaridade | 90,9 | Bom | 76,0 | Ruim |
| Ocupação habitual | 84,8 | Regular | 68,0 | Ruim |
| Nascidos vivos | 100,0 | Excelente | 80,0 | Regular |
| Perdas fetais e abortos | 90,9 | Bom | 80,0 | Regular |
| Número de semanas de gestação | 90,9 | Bom | 80,0 | Regular |
| Tipo de gravidez | 100,0 | Excelente | 92,0 | Bom |
| Tipo de parto | 100,0 | Excelente | 92,0 | Bom |
| Peso ao nascer | 93,9 | Bom | 68,0 | Ruim |
| Número da DNV** | - | - | 44,0 | Muito Ruim |
| SUBTOTAL (10/11) | 94,8 | Bom | 76,7 | Ruim |
| Condições e causas do óbito | | | | |
| Assistência médica durante a doença que ocasionou a morte | 9,1 | Muito Ruim | 32,0 | Muito Ruim |
| Diagnóstico por exames | 0,0 | Muito Ruim | 20,0 | Muito Ruim |
| Diagnóstico por cirurgia | 0,0 | Muito Ruim | 16,0 | Muito Ruim |
| Diagnóstico por Necropsia | 0,0 | Muito Ruim | 20,0 | Muito Ruim |
| Causa de morte - parte I - A | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |

Continuação da Tabela 2.

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=33) | | Óbito Infantil (n=25) | |
|-------------------------------|--------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | % | Grau de preenchimento ¹ | % | Grau de preenchimento ¹ |
| Morte em relação ao parto | 100,0 | Excelente | 88,0 | Regular |
| Causa de morte - parte I - B | 9,1 | Muito Ruim | 80,0 | Regular |
| Causa de morte - parte I - C | 3,0 | Muito Ruim | 44,0 | Muito Ruim |
| Causa de morte - parte I - D | 3,0 | Muito Ruim | 16,0 | Muito Ruim |
| Causa de morte - parte II – A | 0,0 | Muito Ruim | 4,0 | Muito Ruim |
| Causa de morte - parte II – B | 0,0 | Muito Ruim | 4,0 | Muito Ruim |
| Causa Básica | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (11/11) | 20,3 | Muito Ruim | 39,6 | Muito Ruim |
| Médico | | | | |
| Nome do médico | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| CRM | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Médico que atendeu o falecido | 60,6 | Ruim | 80,0 | Regular |
| Meio de contato | 63,6 | Ruim | 84,0 | Regular |
| Data do atestado | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (05/05) | 84,8 | Regular | 92,8 | Bom |
| TOTAL (52/56) | 73,0 | Ruim | 76,9 | Ruim |

¹Grau de preenchimento: mais de 95,00%: Excelente; de 94,90 a 90,00%: Bom; de 89,90 a 80,00%: Regular; de 79,90 a 50,00%: Ruim; menos de 50,00%: Muito Ruim.

DNV: declaração de nascidos vivos

Nota: o campo VIII - causas externas - não foi apresentando aqui por não se aplicar a nenhum dos óbitos do estudo.

*Não se aplica a óbito fetal

Fonte: Declaração de óbito - SIM

Em relação ao percentual de fichas preenchidas durante o processo de investigação, levando em consideração a busca do máximo possível de informações para o levantamento das circunstâncias que envolveram o óbito, observou-se neste estudo a preponderância da entrevista domiciliar, com ênfase para os óbitos fetais. Seguindo da ficha ambulatorial, que aparece como a mais utilizada entre os óbitos infantis. E por fim, a ficha com informações hospitalares foi a que menos se fez presente nos casos investigados. Todos os casos foram concluídos com o preenchimento da ficha síntese. Para as fichas de SVO/IML não houve preenchimento e a autópsia verbal foi observada em apenas 2 casos. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos óbitos infantis e fetais, segundo tipo de ficha utilizada na investigação.

Tabela 3 - Distribuição dos óbitos infantis e fetais segundo tipo de ficha de investigação utilizada. Caicó/RN, 2010 -2015

| BLOCOS | Fichas de investigação preenchidas | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------|
| | Óbito Fetal (n=33) | Óbito Infantil (n=25) | TOTAL (n=58) |
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| Entrevista domiciliar | 32 (97,0) | 22 (88,0) | 54 (93,4) |
| Hospitalar | 27 (81,8) | 21 (84,0) | 48 (82,8) |
| Ambulatorial | 29 (87,9) | 24 (96,0) | 53 (91,4) |
| Autopsia verbal | 1 (3,0) | 01 (4,0) | 02 (3,4) |
| SVO/IML | - | - | 0 (0,0) |
| Síntese | 33 (100,0) | 25 (100,0) | 58 (100,0) |

SVO: serviço de verificação de óbito; IML: instituto médico legal.
Fonte: Ficha Síntese

A buscado material utilizado na investigação junto a SMS não foi possível em sua totalidade, visto a não localização desses no setor da Equipe Técnica da secretaria. Em apenas 12 dos 33 óbitos fetais e 11 dos 25 óbitos infantis foi possível localizar as fichas empregadas no processo de investigação, o que representou um percentual de perdas de cerca de 63,7% e 56% respectivamente. Vale ressaltar que, várias alternativas foram tentadas para localizar o material, implicando, inclusive, mais de uma visita ao setor responsável. Recorrendo-se, ainda, a funcionários atuais e antigos do local e aos arquivos propriamente ditos. Sendo assim, as fichas de investigação utilizadas neste estudo foram a Ambulatorial, Hospitalar e Entrevista Domiciliar por corresponderem aos casos com material encontrado. Ressalta-se que a Ficha Síntese será analisada em todos os óbitos infantis e fetais por estarem disponível no SIM.

Ao analisar a completude da ficha ambulatorial, o grau de preenchimento dos registros para os dois tipos de óbitos do estudo foi considerado ruim. A seguir, a Tabela – 4 apresenta detalhadamente o percentual de completude das fichas ambulatoriais de óbitos infantis e fetais.

Tabela 4 - Percentual de completude das fichas ambulatoriais de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010 -2015.

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=12) | | Óbito Infantil (n=11) | |
|--|--------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | % | Grau de preenchimento ¹ | % | Grau de preenchimento ¹ |
| Identificação | | | | |
| Nome da criança* | - | - | 90,9 | Excelente |
| Nome da mãe | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Nº da DO | 90,0 | Bom | 63,6 | Ruim |
| Data do óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Nº da DNV* | - | - | 36,4 | Muito Ruim |
| Data de nascimento* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Sexo | 90,0 | Bom | 90,9 | Excelente |
| Peso ao nascer | 80,0 | Regular | 72,7 | Ruim |
| Idade Gestacional** | 80,0 | Regular | - | - |
| Idade ao óbito* | - | - | 27,3 | Muito Ruim |
| Cartão do SUS da mãe** | 30,0 | Muito Ruim | - | - |
| Cartão do SUS da criança* | - | - | 18,2 | Muito Ruim |
| Equipe / PACS /PSF | 90,0 | Bom | 72,5 | Ruim |
| Centro de Saúde/UBS | 70,0 | Ruim | 36,4 | Muito Ruim |
| Distrito Sanitário / Administrativo | 20,0 | Muito Ruim | 9,1 | Muito Ruim |
| SUBTOTAL (10 /13) | 75,0 | Ruim | 62,9 | Ruim |
| Assistência Pré-natal | | | | |
| Serviço de saúde – Pré-natal | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Tipo de serviço | 75,0 | Ruim | 63,6 | Ruim |
| Idade gestacional | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Número de consultas pré-natal | 87,5 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Já esteve grávida antes deste bebê | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Número de gestações | 90,0 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Número de partos | 90,0 | Bom | 90,9 | Bom |
| Número de abortos | 70,0 | Ruim | 81,8 | Regular |
| Partos normais | 60,0 | Ruim | 72,7 | Ruim |
| Partos cesáreos | 60,0 | Ruim | 18,2 | Muito Ruim |
| Gestação de alto risco | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Acompanhada pelo PN de alto risco | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Internada | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Patologias / Fatores de risco | 60,0 | Ruim | 63,6 | Ruim |
| Medicação | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Quadro de Assistência | 70,0 | Ruim | 81,9 | Regular |
| Vacinação tétano | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Exames no Pré-natal | 77,8 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Causas do óbito registrada** | 30,0 | Muito Ruim | - | - |
| Percepção do investigador | 60,0 | Ruim | 63,4 | Ruim |
| Responsável pela investigação | 80,0 | Regular | 90,9 | Bom |
| SUBTOTAL (21/20) | 81,4 | Regular | 86,3 | Regular |
| Assistência à criança: centro de saúde, consultório, serviço de urgência / emergência² | | | | |
| Acompanhamento da criança* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Tipo de serviço* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Atendimentos realizados* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| Aleitamento materno* | - | - | 50,0 | Muito Ruim |
| Serviços ambulatoriais* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Vacinação* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Acompanhamento especial* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Visitas domiciliares/busca ativa* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Causas de óbitos registrados* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| Percepção do investigador* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| Data de encerramento da coleta* | - | - | 50,0 | Muito Ruim |
| Responsável pela investigação* | - | - | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (0/12) | - | - | 66,6 | Ruim |
| TOTAL (31/45) | 78,2 | Ruim | 71,9 | Ruim |

¹Grau de preenchimento: mais de 95,00%: Excelente; de 94,90 a 90,00%: Bom; de 89,90 a 80,00%: Regular; de 79,90 a 50,00%: Ruim; menos de 50,00%: Muito Ruim

² Bloco respondido em 2 casos de óbito infantil.

DO: declaração de óbito; DNV: declaração de nascidos vivos.

*Não se aplica ao óbito fetal/ ** Não se aplica ao óbito infantil

Fonte: Próprio autor

Para os óbitos fetais, observou-se que o melhor preenchimento ocorreu no bloco de *assistência ao pré-natal* (81,4%), ainda obtendo um grau de preenchimento regular. Apesar do escore ruim, para os óbitos menores de um ano, evidenciou-se que 51,1% das variáveis contidas nesta ficha tiveram percentual de completude excelente. O bloco de *identificação* apresentou o pior preenchimento para ambos os óbitos (Tabela 4).

A Tabela – 5apresenta os percentuais de completude dos registros contidos nas fichas de entrevista domiciliar. Ao analisar a referida tabela, observa-se os óbitos fetais com escore total ruim, evidenciado principalmente pela baixa completude (< 80%) em três dos cinco blocos que se aplicam a esse grupo. Os óbitos de menores de um ano obteve um grau de preenchimento total regular, caracterizado pela predominância de blocos com escore bom.

Tabela 5 - Percentual de completude das fichas domiciliares de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010-2015.

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=12) | | Óbito Infantil (n=11) | |
|---|--------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | % | Grau de preenchimento ¹ | % | Grau de preenchimento ¹ |
| Identificação | | | | |
| Nome da criança* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Nome da mãe | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Nº da DO | 83,3 | Regular | 81,8 | Regular |
| Data do óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Nº da DNV* | - | - | 36,7 | Muito Ruim |
| Data de nascimento* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Sexo | 91,7 | Bom | 90,9 | Bom |
| Peso ao nascer | 83,3 | Regular | 81,8 | Regular |
| Idade Gestacional** | 83,3 | Regular | - | - |
| Idade ao óbito* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Cartão do SUS da mãe** | 25,0 | Muito Ruim | - | - |
| Cartão do SUS da criança* | - | - | 18,1 | Muito Ruim |
| Equipe / PACS /PSF | 100,0 | Excelente | 63,6 | Ruim |
| Centro de Saúde/UBS | 91,7 | Bom | 45,5 | Muito Ruim |
| Distrito Sanitário / Administrativo | 16,7 | Muito Ruim | 83,3 | Regular |
| Endereço de residência da família | 100,0 | Excelente | 63,6 | Ruim |
| Autópsia verbal** | - | - | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (11 / 15) | 79,5 | Ruim | 77,6 | Ruim |
| Características da mãe e da família | | | | |
| Nome do entrevistado | 91,7 | Bom | 81,8 | Regular |
| Relação com a criança falecida | 91,7 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Quantas pessoas moram nesta casa | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Cômodos para dormir | 91,7 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Torneiras para saída de água | 91,7 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Fumante residente nesta casa | 91,7 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Qual a idade da mãe | 91,7 | Bom | 90,9 | Bom |
| Qual a escolaridade da mãe | 66,7 | Ruim | 63,6 | Ruim |
| A mãe vive com o pai da criança | 91,7 | Bom | 90,9 | Bom |
| Qual a cor da pele da criança | 91,7 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Gravidez anterior | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Abortos | 41,7 | Muito Ruim | 27,3 | Muito Ruim |
| Nascidos vivos | 50,0 | Muito Ruim | 54,5 | Ruim |
| Nascidos mortos | 33,3 | Muito Ruim | 18,2 | Muito Ruim |
| Partos normais | 50,0 | Muito Ruim | 54,5 | Ruim |
| Partos cesáreos | 16,7 | Muito Ruim | 27,3 | Muito Ruim |
| Qual a data do último parto | 58,3 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (18 /18) | 73,1 | Ruim | 78,2 | Ruim |
| Gestação e Pré-natal | | | | |
| Gravidez planejada | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Métodos contraceptivos | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Tipo de gravidez | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| A mãe fez pré-natal | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Início do PN - meses de gestação | 100,0 | Excelente | 90,9 | |
| Quantas consultas PN | 87,5 | Regular | 90,9 | |
| Mãe tomou vacina contra tétano | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Grupo sanguíneo e fator Rh* | - | - | 81,8 | Regular |
| Local PN | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Maternidade de referência | 75,0 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Avaliação do PN | 87,5 | Regular | 100,0 | Excelente |

Continuação da Tabela 5.

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=12) | | Óbito Infantil (n=11) | |
|---|---------------------------|--|------------------------------|--|
| | % | Grau de preenchimento¹ | % | Grau de preenchimento¹ |
| Preenchimento do cartão PN | 63,6 | Ruim | 90,9 | Bom |
| Patologia durante a gravidez | 58,3 | Ruim | 45,5 | Muito Ruim |
| Tratamento | 41,7 | Muito Ruim | 80,0 | Regular |
| Uso de cigarro | 75,0 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Uso de droga | 75,0 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Uso de bebida alcoólica | 75,0 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (16/ 17) | 83,6 | Regular | 92,9 | Bom |
| Assistência ao parto | | | | |
| Gestante procurou atendimento | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Início sinais e atendimento | 66,7 | Ruim | 45,5 | Muito Ruim |
| Rompimento da bolsa d'água | 58,3 | Ruim | 81,8 | Regular |
| Tempo de gravidez | 91,7 | Bom | 81,8 | Regular |
| Local do parto | 91,7 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Parto ocorreu na primeira maternidade | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Transporte na hora do parto | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Tempo para atendimento | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Acompanhamento na sala de parto | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Batidas do coração presentes | 75,0 | Ruim | 90,9 | Bom |
| Quem fez o parto | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Avaliação da mãe – atendimento | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (12/12) | 80,5 | Regular | 91,6 | Bom |
| Informações sobre o natimorto** | | | | |
| Sinal de vida quando nasceu** | 91,7 | Bom | - | - |
| Tentada reanimação** | 75,0 | Ruim | - | - |
| Profissional que reanimou** | 0,0 | Muito Ruim | - | - |
| A morte do bebe ocorreu** | 91,7 | Bom | - | - |
| Peso ao nascer** | 75,0 | Ruim | - | - |
| Prematuro** | 75,0 | Ruim | - | - |
| Morte da criança, segundo a mãe** | 91,7 | Bom | - | - |
| Doenças na família** | 83,3 | Regular | - | - |
| Situação da família – investigador** | 67,0 | Ruim | - | - |
| Repercussões do óbito na família** | 75,0 | Ruim | - | - |
| Data da entrevista** | 100,0 | Excelente | - | - |
| Nome do investigador** | 83,3 | Regular | - | - |
| SUBTOTAL (12 /0) | 75,7 | Ruim | - | - |
| Informações sobre atendimento da criança na maternidade* | | | | |
| O bebê chorou* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Foi atendido por pediatra* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Ficou com a mãe* | - | - | 90,9 | Bom |
| Mamou* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Bebê teve problema* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Ficou internado* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Indicado UTI* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Tempo levado entre indicação e internação na UTI* | - | - | 36,4 | Muito Ruim |
| Ocorreu transferência* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Acompanhamento mãe/família* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Avaliação do atendimento* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Alta com quantos dias de vida* | - | - | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (0 /12) | - | - | 93,9 | Bom |

Continuação da Tabela 5

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=12) | | Óbito Infantil (n=11) | |
|---|--------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | % | Grau de preenchimento ¹ | % | Grau de preenchimento ¹ |
| Informações sobre a criança que teve alta da maternidade² | | | | |
| Obteve alta do hospital * | - | | 100,0 | Excelente |
| Orientações para cuidado com o bebê* | - | | 100,0 | Excelente |
| Mamou* | - | | 100,0 | Excelente |
| Iniciou uso de mamadeira* | - | | 100,0 | Excelente |
| Acompanhamento pelo serviço de saúde* | - | | 100,0 | Excelente |
| Último atendimento * | - | | 100,0 | Excelente |
| Vacinação* | - | | 100,0 | Excelente |
| Último peso* | - | | 50,0 | Muito Ruim |
| Internação após alta* | - | | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (0/09) | - | | 94,4 | Bom |
| Informações sobre a doença que levou a morte² | | | | |
| Percepção da mãe/família sobre a doença da criança* | - | | 100,0 | Excelente |
| Quanto tempo para atendimento* | - | | 100,0 | Excelente |
| Serviços de saúde procurados* | - | | 0,0 | Muito Ruim |
| Local do óbito* | - | | 100,0 | Excelente |
| Percepção da mãe/família sobre a doença da criança * | - | | 100,0 | Excelente |
| Doenças na família* | - | | 50,0 | Muito Ruim |
| Observações do entrevistador* | - | | 0,0 | Muito Ruim |
| Prosseguir com autópsia* | - | | 0,0 | Muito Ruim |
| Data da entrevista* | - | | 100,0 | Excelente |
| Responsável pela investigação* | - | | 50,0 | Muito Ruim |
| SUBTOTAL (0/10) | - | | 60,0 | Ruim |
| TOTAL (69/93) | 78,4 | Ruim | 84,0 | Regular |

¹Grau de preenchimento: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim.

² Bloco respondido em 2 casos de óbito infantil. *Não se aplica ao óbito fetal/ ** Não se aplica ao óbito infantil

DO: declaração de óbito; DNV: declaração de nascidos vivos; PN: pré-natal.

Fonte: Ficha de Entrevista Domiciliar

No que se refere a completude da ficha hospitalar, segundo a Tabela – 6, constata-se escore total regular para óbitos fetais e ruim para os menores de um ano. Entretanto, o grau de preenchimento excelente se fez presente entre as variáveis. Para os natimortos, observou-se o bloco *Identificação* com variáveis mais preenchidas, compreendendo 66,6% de excelente, totalizando o bloco com 94,4% de preenchimento e escore bom. Para o óbito infantil, o bloco de *Identificação* apresentou critério excelente, atingindo 96,6% de campos preenchidos.

Tabela 6 - Percentual de completude das fichas hospitalares de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010-2015.

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=12) | | Óbito Infantil (n=11) | |
|--|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | % | Grau de preenchimento | % | Grau de preenchimento |
| Identificação | | | | |
| Nome da criança* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Nome da mãe | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Nº da DO | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Data do óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Nº da DNV* | - | - | 66,7 | Ruim |
| Data de nascimento* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Sexo | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Peso ao nascer | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Idade Gestacional** | 83,3 | Regular | - | - |
| Idade ao óbito* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Cartão do SUS da mãe** | 83,3 | Regular | - | - |
| Estabelecimento - investigação | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Tipo de hospital/maternidade | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (09 /11) | 94,4 | Bom | 96,9 | Excelente |
| Assistência ao parto | | | | |
| Data do parto / nascimento | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Hora do parto | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Local do parto | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Tipo de parto | 83,3 | Regular | 100,0 | Excelente |
| Profissional que fez o parto | 100,0 | Excelente | 83,3 | Regular |
| Bolsa rota | 33,3 | Muito Ruim | 83,3 | Regular |
| Aspecto do líquido amniótico | 50,0 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Intercorrências observadas durante o trabalho de parto | 50,0 | Ruim | 66,7 | Ruim |
| Idade gestacional | 66,7 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Esteve grávida antes desse bebê | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Número de gestações, inclusive esta | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Número de partos | 83,3 | Regular | 83,3 | Regular |
| Número de abortos | 100,0 | Excelente | 50,0 | Ruim |
| Partos Normais | 50,0 | Ruim | 66,7 | Ruim |
| Partos cesáreos | 33,3 | Muito Ruim | 50,0 | Ruim |
| Filhos nascidos vivos - incluir este | 100,0 | Excelente | 66,7 | Ruim |
| Filhos nascidos mortos | 83,4 | Regular | 50,0 | Muito Ruim |
| Data do último parto** | 33,3 | Muito Ruim | - | - |
| Patologias/ fatores de risco | 83,3 | Regular | 66,7 | Ruim |
| Medicação durante a gravidez | 83,3 | Regular | 71,4 | Ruim |
| Estabelecimento onde ocorreu o parto | 66,7 | Ruim | 100,0 | Excelente |
| Data da internação | 100,0 | Excelente | 71,4 | Ruim |
| Condição a internação | 91,7 | Bom | 85,7 | Regular |
| Partograma | 83,3 | Regular | 66,7 | Ruim |
| Avaliações maternas | 50,0 | Ruim | 66,7 | Ruim |
| Avaliações fetais | 50,0 | Ruim | 66,7 | Ruim |
| Anestesia | 66,7 | Ruim | 83,3 | Regular |
| Métodos de alívio de dor | 50,0 | Ruim | 50,0 | Ruim |
| SUBTOTAL (28 /27) | 73,5 | Ruim | 78,8 | Ruim |
| Anotações complementares sobre o natimorto | | | | |
| Peso ao nascer** | 83,3 | Regular | - | - |
| Assistência à criança** | 83,3 | Regular | - | - |
| Tentativa de reanimação** | 66,7 | Ruim | - | - |
| Condições de nascimento** | 100,0 | Excelente | - | - |

Continuação da Tabela 6

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=12) | | Óbito Infantil (n=11) | |
|---|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | % | Grau de preenchimento | % | Grau de preenchimento |
| Necropsia | 100,0 | Excelente | - | - |
| Causas do óbito registradas | 50,0 | Ruim | - | - |
| O caso, segundo o investigador | 100,0 | Excelente | - | - |
| Data de encerramento da coleta** | 100,0 | Excelente | - | - |
| Responsável pela investigação | 50,0 | Ruim | - | - |
| SUBTOTAL (09/22) | 81,4 | Regular | - | - |
| Assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento | | | | |
| Peso ao nascer* | | | 100,0 | Excelente |
| Assistência à criança* | | | 83,3 | Regular |
| Procedimentos ao RN * | - | - | 100,0 | Excelente |
| APGAR * | - | - | 83,3 | Regular |
| IG estimada pelo Pediatra* | - | - | 66,6 | Ruim |
| Classificação do RN * | - | - | 83,3 | Regular |
| Hipoglicemia* | - | - | 50,0 | Ruim |
| VDRL* | - | - | 33,3 | Muito Ruim |
| O bebê apresentou problema* | - | - | 33,3 | Muito Ruim |
| Internamento* | - | - | 83,3 | Regular |
| UTI* | - | - | 66,7 | Ruim |
| Tempo para internamento na UTI* | - | - | 40,0 | Muito Ruim |
| Diagnóstico* | - | - | 72,7 | Ruim |
| Procedimentos realizados* | - | - | 50,0 | Muito Ruim |
| Medicamentos, procedimento ou conduta* | - | - | 83,3 | Regular |
| Setor de ocorrência* | - | - | 50,0 | Ruim |
| Data do óbito* | - | - | 50,0 | Ruim |
| Hora do óbito* | - | - | 50,0 | Ruim |
| Necropsia | 100,0 | Excelente | 50,0 | Ruim |
| Causas do óbito registradas | 50,0 | Ruim | 50,0 | Ruim |
| O caso, segundo o investigador | 100,0 | Excelente | 16,7 | Muito Ruim |
| Data de encerramento da coleta** | 100,0 | Excelente | - | - |
| Responsável pela investigação | 50,0 | Ruim | 50,0 | Ruim |
| SUBTOTAL (09/22) | 81,4 | Regular | 61,1 | Ruim |
| Assistência à criança no hospital durante a doença que levou à morte^z | | | | |
| Estabelecimento de internamento* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Data da internação* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Hora da internação* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Peso da criança na internação* | - | - | 100,0 | Excelente |
| A criança foi transferida* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Foi indicado UTI* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Estado geral na hospitalização* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Sinais vitais à admissão* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| Estado nutricional da criança* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Estado de hidratação* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Queixa principal à admissão* | - | - | 66,7 | Ruim |
| Diagnósticos à admissão* | -- | - | 100,0 | Excelente |
| Medicamento, procedimento ou conduta* | - | - | 33,3 | Muito Ruim |
| Data do óbito* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Hora do óbito* | - | - | 100,0 | Excelente |

Continuação da Tabela 6

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=12) | | Óbito Infantil (n=11) | |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | % | Grau de preenchimento | % | Grau de preenchimento |
| Setor de ocorrência do óbito* | - | - | 75,0 | Ruim |
| Necropsia* | - | - | 75,0 | Ruim |
| Causas do óbito registradas* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| Percepção do investigador* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| Data de encerramento da coleta* | - | - | 100,0 | Excelente |
| Responsável pela investigação* | - | - | 0,0 | Muito Ruim |
| SUBTOTAL (0/21) | - | - | 73,8 | Ruim |
| TOTAL (46/81) | 83,1 | Regular | 70,1 | Ruim |

¹ Grau de preenchimento: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim.

² Bloco respondido em 3 casos de óbito infantil.

DO: declaração de óbito; DNV: declaração de nascidos vivos; IG: idade gestacional.

*Não se aplica ao óbito fetal/ ** Não se aplica ao óbito infantil

Fonte: Próprio autor.

Ainda sobre a Tabela 6, o bloco de *Assistência ao parto* apresentou critério ruim para os dois componentes de estudo. O bloco com informações inerentes a *Assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento*, aplicado apenas aos óbitos infantis, se apresentou com o pior grau de preenchimento (61,1). O presente estudo também apontou que o bloco *Assistência à criança no hospital durante a doença que levou à morte*, foi preenchido em três casos de investigação hospitalar de óbito infantil, no entanto, segundo o manual de preenchimento das fichas de investigação (BRASIL, 2011a), este bloco deve ser aplicado quando a criança recebeu alta após o nascimento e re-internou durante a doença que levou à morte. Sendo assim, aplica-se apenas a dois casos do estudo.

A ficha síntese, recomendações e conclusões apresentou critério de completude considerado regular para os dois óbitos. A Tabela 7 apresenta o percentual de completude das fichas síntese de óbitos infantis e fetais.

Tabela 7 -Percentual de completude das fichas síntese de óbitos infantis e fetais. Caicó/RN, 2010 -2015.

| BLOCOS | Óbito Fetal (n=33) | | Óbito Infantil (n=25) | |
|---|--------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | % | Grau de preenchimento ¹ | % | Grau de preenchimento ¹ |
| Identificação | | | | |
| Nº da DO | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Município de residência | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Município de ocorrência | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Nome da criança | 30,3 | Muito Ruim | 96,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (04/04) | 82,5 | Regular | 99,0 | Excelente |
| Parte I – Investigação do Caso | | | | |
| Tipo de óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Momento do óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Data de nascimento | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Data do óbito | 93,9 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Hora do óbito | 100,0 | Excelente | 48,0 | Muito Ruim |
| Idade no momento do óbito* | - | - | 92,0 | Bom |
| Fontes de informação- Investigação | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| 1º Estabelecimento – Pré-Natal | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| 2º Estabelecimento – Pré-Natal | 30,4 | Muito Ruim | 32,0 | Muito Ruim |
| IG – primeira consulta | 100,0 | Excelente | 85,7 | Regular |
| Local do parto | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Estabelecimento – Parto | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Partograma | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Teste VDRL - sífilis | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Acompanhamento na AB | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Vacinação | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Alteração/correção da causa do óbito | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Alteração/correção de outros campos da DO | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Alteração/correção da DNV | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Conclusão da investigação – parte I | 75,8 | Ruim | 92,0 | Bom |
| Parte II será preenchida | 97,0 | Excelente | 92,0 | Bom |
| SUBTOTAL (20/21) | 94,4 | Bom | 92,4 | Bom |
| Parte II – Análise do Caso² | | | | |
| Identificação de problemas | 100,0 | Excelente | 64,0 | Ruim |
| Evitabilidade do óbito | 97,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| Classificação – Wigglesworth | 81,8 | Regular | 0,0 | Muito Ruim |
| Classificação – SAEDE | 0,0 | Muito Ruim | 0,0 | Muito Ruim |
| Classificação – Lista Brasileira | 93,9 | Bom | 100,0 | Excelente |
| Data da conclusão | 100,0 | Excelente | 100,0 | Excelente |
| SUBTOTAL (06/06) | 78,7 | Ruim | 60,6 | Ruim |
| TOTAL (30/31) | 85,2 | Regular | 84,0 | Regular |

¹Grau de preenchimento: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim.

² Se aplica a apenas 20 casos fetais e 16 casos infantis que estão com a parte II preenchida.

DO: declaração de óbito; IG: idade gestacional; DNV: declaração de nascidos vivo.

*Não se aplica a óbito fetal.

Fonte: Ficha Síntese

Ainda sobre a tabela acima, das 30 variáveis aplicadas aos óbitos fetais, 76,6% destas possuem grau de completude excelente. No que tange ao óbito infantil, isso perfaz 70,9% de 31 variáveis. Quanto a parte II da ficha síntese, já citada no tópico anterior, em 13 dos casos fetais e 9 dos infantis este bloco não foi respondido. Se tratando dos casos respondidos, obteve grau de preenchimento ruim para os dois componentes (Tabela 7).

Ao analisar o universo das fichas de investigação, no que se refere à proporção de preenchimento e critério de completude por blocos de variáveis percebe-se que, para os óbitos fetais, os blocos referentes às *características da mãe e da família* da entrevista domiciliar, e à *assistência ao parto*, da ficha hospitalar, apresentaram as piores completudes, com 73,1% e 73,5% respectivamente. No caso dos óbitos infantis, os blocos de destaque com pior escore de preenchimento foram: *Informações sobre a doença que levou a morte* da entrevista domiciliar (60%) e na ficha síntese, a *parte II – análise do caso* (60,6%). Escore excelente apenas foi visto na ficha hospitalar para o componente infantil. A Tabela 7 apresenta o resumo da completude das fichas de investigação de óbitos infantis e fetais, por bloco de variáveis.

Tabela 8 - Resumo da completude das fichas de investigação de óbitos infantis e fetais, por bloco de variáveis. Caicó/RN, 2010 – 2015.

| | Variáveis preenchidas por bloco | Óbito Fetal | | Óbito Infantil | |
|-----------------------|---|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | | % variáveis preenchidas | Grau de preenchimento (total) | % variáveis preenchidas | Grau de preenchimento (total) |
| Ambulatorial | Identificação | 75,0 | Ruim | 62,9 | Ruim |
| | Assistência Pré-natal | 81,4 | Regular | 86,3 | Regular |
| | Assistência à criança | - | - | 66,6 | Ruim |
| | TOTAL | 78,2 | Ruim | 71,9 | Ruim |
| Hospitalar | Identificação | 94,4 | Bom | 96,9 | Excelente |
| | Assistência ao parto | 73,5 | Ruim | 78,8 | Ruim |
| | Anotações complementares sobre o natimorto** | 81,4 | Regular | - | - |
| | Assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento* | - | - | 61,1 | Ruim |
| | Assistência à criança no hospital durante a doença que levou à morte* | - | - | 73,8 | Ruim |
| | TOTAL | 83,1 | Regular | 70,1 | Ruim |
| Entrevista Domiciliar | Identificação | 79,5 | Ruim | 77,6 | Ruim |
| | Características da mãe e da família | 73,1 | Ruim | 78,2 | Ruim |
| | Gestação e Pré-natal | 83,6 | Regular | 92,9 | Bom |
| | Assistência ao parto | 80,5 | Regular | 91,6 | Bom |
| | Informações sobre o natimorto ** | 75,7 | Ruim | - | - |
| | Informações sobre atendimento da criança na maternidade * | - | - | 93,9 | Bom |
| | Informações sobre a criança que teve alta da maternidade * | - | - | 94,4 | Bom |
| | Informações sobre a doença que levou a morte * | - | - | 60,0 | Ruim |
| | TOTAL | 78,4 | Ruim | 84,0 | Regular |
| Síntese | Identificação | 82,3 | Regular | 99,0 | Excelente |
| | Parte I – Investigação do Caso | 94,4 | Bom | 92,4 | Bom |
| | Parte II – Análise do Caso | 78,7 | Ruim | 60,6 | Ruim |
| | TOTAL | 85,2 | Regular | 84,0 | Regular |

Nota: Para ficha síntese foi utilizado N = 33/25 para óbito fetal e infantil respectivamente. Para as demais fichas, utilizou-se N = 12/11.

*Não se aplica ao óbito fetal/ ** Não se aplica ao óbito infantil

Fonte: Próprio autor.

A análise da consistência dos instrumentos utilizados na investigação se deu por caso, o que foi possível retratar de forma mais clara as fichas de investigação que não foram encontradas nos arquivos do município, como também as fichas que não foram coletadas durante a investigação. O estudo dessa dimensão por caso também constatou diferença do número de fichas preenchidas no processo de investigação quando comparadas as informações obtidas com base na ficha síntese (Tabela 3), uma vez que as fichas informadas na Ficha Síntese como fontes de informações utilizadas para a investigação não corresponderam às fichas dos casos encontrados.

Para os óbitos fetais, no que se refere à análise da consistência dos casos investigados, 25 (75,7%) dos casos de morte fetal apresentaram fatores que comprometeram sua consistência, na maioria evidenciada pela presença da Parte II da Ficha Síntese pendente. O Quadro 4 apresenta a análise da consistência dos registros presentes nas declarações de óbito e fichas de investigação dos óbitos fetais.

Quadro 4 – Análise da consistência dos registros presentes nas declarações de óbito e fichas de investigação dos óbitos fetais, por caso. Caicó/RN, 2010 – 2015.

| Análise da Consistência | | | | | | |
|-------------------------|----|----|----|----|----|--|
| Instrumentos analisados | | | | | | Observações sobre o caso |
| OF | DO | FA | FH | ED | FS | |
| CF1 | | | | | | FS com informações incoerentes / Caso investigado com apenas duas fontes de informação / / Sem definição de evitabilidade (PII pendente) |
| CF2 | | | | | | Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente) |
| CF3 | | | | | | Investigado sem definição de evitabilidade (PII incompleta) |
| CF4 | | | | | | Caso investigado com apenas uma fonte de informação / Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente) |
| CF5 | | | | | | óbito inconclusivo. |
| CF6 | | | | | | Caso investigado com apenas duas fontes de informação / / óbito inconclusivo. |
| CF7 | | | | | | FS com informações incoerentes / Caso investigado com apenas duas fontes de informação / Sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF8 | | | | | | Sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF9 | | | | | | Investigado sem definição de evitabilidade (PII incompleta). |
| CF10 | | | | | | FS com informações incoerentes/ Caso investigado com apenas duas fontes de informação / classificação de óbito inconclusivo. |
| CF11 | | | | | | FS com informações incoerentes/ Caso investigado com apenas duas fontes de informação / Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF12 | | | | | | |
| CF13 | | | | | | DO e FS com informações incoerentes / Caso investigado com apenas duas fontes de informação / Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF14 | | | | | | Sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF15 | | | | | | Óbito inconclusivo. |
| CF16 | | | | | | DO e FS com informações de campos semelhantes incoerentes / Caso investigado com apenas duas fontes de informação / Sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF17 | | | | | | Sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF18 | | | | | | Sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CF19 | | | | | | Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente) |
| CF20 | | | | | | |
| CF21 | | | | | | |
| CF22 | | | | | | Caso investigado com apenas uma fonte de informação / óbito inconclusivo. |
| CF23 | | | | | | Caso investigado com apenas duas fontes de informação |
| CF24 | | | | | | Caso investigado com apenas uma fonte de informação / Sem definição de evitabilidade (PII pendente) |

| | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|---|
| CF25 | | | | | | | Investigado sem definição de evitabilidade (PII incompleta) |
| CF26 | | | | | | | Caso investigado com apenas duas fontes de informação |
| CF27 | | | | | | | Caso investigado com apenas duas fontes de informação |
| CF28 | | | | | | | FS com informações incoerentes/ Caso investigado com apenas duas fontes de informação |
| CF29 | | | | | | | |
| CF30 | | | | | | | |
| CF31 | | | | | | | |
| CF32 | | | | | | | |
| CF33 | | | | | | | |

Legenda: OI – óbito infantil / DO – declaração de óbito / FA – ficha ambulatorial / FH – ficha hospitalar / ED – entrevista domiciliar / FS – ficha síntese / CB – causa básica

incompleta e consistente completa e consistente inconsistente Ficha não coletada para investigação
 Ficha de investigação não encontrada nos arquivos do município.

Fonte: Próprio autor.

O estudo possibilitou a análise de 92 instrumentos de investigação, apresentando a ficha síntese com maior presença de inconsistência (20,6%). Quanto às fichas incompletas e consistentes totalizaram 63% do total de fichas analisadas, com ênfase para a declaração de óbito. E, apenas 22,8% compreendem as fichas que foram consideradas completas e consistentes, com prevalência de fichas ambulatoriais e fichas síntese.

O quadro 5 apresenta a análise da consistência dos óbitos de menores de um ano. Foi constatado inconsistência em 92% dos casos, relacionado principalmente à presença de óbitos classificados como inconclusivos.

Quadro 5 - Análise da consistência dos registros presentes nas declarações de óbito e fichas de investigação dos óbitos infantis, por caso. Caicó/RN, 2010 – 2015.

| Análise da Consistência | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| Instrumentos analisados | | | | | | Observações sobre o caso |
| OF | DO | FA | FH | ED | FS | |
| CI1 | | | | | | ✗ Caso investigado com apenas duas fontes de informação/ identificação de problemas - óbito inconclusivo. |
| CI2 | | | | ✗ | | ✗ ED com informações incoerentes / identificação de problemas - óbito inconclusivo. |
| CI3 | ✗ | | | | ✗ | ✗ DO e FS com informações incoerentes / identificação de problemas - óbito inconclusivo. |
| CI4 | | | | | | ✓ |
| CI5 | | | | ✗ | ✗ | ✗ ED e FS com informações incoerentes / identificação de problemas - óbito inconclusivo. |
| CI6 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI7 | ✗ | | ✓ | | | ✗ DO com informações incoerentes / identificação de problemas - óbito inconclusivo. |
| CI8 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI9 | | | | | | ✗ Óbito inconclusivo(PII incompleta). |
| CI10 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI11 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI12 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI13 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI14 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI15 | | | | | ✗ | ✗ FS com informações incoerente / Óbito inconclusivo . |
| CI16 | | ✗ | | ✗ | ✓ | ✗ FA e ED com informações incoerentes. |
| CI17 | | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| CI18 | | | | ✗ | ✗ | ✗ ED e FS com informações incoerentes / óbito inconclusivo. |
| CI19 | | | | | ✗ | ✗ FS com informações incoerentes / óbito inconclusivo. |
| CI20 | | | | ✗ | ✗ | ✗ ED e FS com informações incoerentes / óbito inconclusivo. |
| CI21 | | | | ✗ | ✗ | ✗ ED e FS com informações incoerentes/ óbito inconclusivo |
| CI22 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI23 | | | | | | ✗ Óbito inconclusivo. |
| CI24 | | | | | ✗ | ✗ Investigado sem definição de evitabilidade (PII pendente). |
| CI25 | | | | | | ✗ Óbito inconclusivo. |

Legenda: OI – óbito infantil / DO – declaração de óbito / FA – ficha ambulatorial / FH – ficha hospitalar / ED – entrevista domiciliar / FS – ficha síntes

incompleta e consistente completa e consistente inconsistente

Fich não coletada para investigação

Ficha de investigação não encontrada nos arquivos do município.

Fonte: Próprio autor.

Das 79 fichas possíveis de análise, 33,8% apresentaram inconsistência, principalmente entre as fichas síntese (22,2%). As fichas incompletas e consistentes perfizeram 63,2% e as completas e consistentes, apenas 5 %.

4.3 Evitabilidade do óbito infantil e fetal

Neste estudo não foi possível a utilização da faixa ponderal de maiores de 1.500g recomendada por Malta e colaboradores (MALTA et al., 2010), haja vista o percentual considerável de óbitos com peso inferior a esse valor (53,4%). Então, utilizou-se as seguintes categorias de peso: <1.500g; 1.500g a 2.500g; >2.500g, e assim, a amostra foi classificada utilizando a Lista Brasileira de Evitabilidade segundo faixa de peso (Tabela 9).

Segundo a Tabela 9, verificou-se que as causas evitáveis predominaram neste estudo (64,8%), colocando em evidência os óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto, sobressaindo em todas as categorias de peso.

Tabela 9 – Distribuição dos óbitos infantis e fetais segundo a Lista Brasileira de Evitabilidade por faixa de peso ao nascer. Caicó/RN, 2010 – 2015.

| Causas de óbito (denominação e código CID 10) | Peso (gramas) | | | TOTAL* n (%) |
|---|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| | <1.500 n (%) | 1500 - 2.500 n (%) | > 2.500 n (%) | |
| 1. Causas evitáveis | | | | |
| 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção | - | - | - | - |
| 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação | 07 (22,6) | | 01 (6,3) | 08 (14,8) |
| 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto | 10 (32,3) | 3 (42,9) | 05 (31,3) | 18 (33,3) |
| 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido | 03 (9,7) | 3 (42,9) | 01 (6,3) | 07 (13,0) |
| 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento | - | - | - | - |
| 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde | 01 (3,2) | - | 01 (6,3) | 02 (3,7) |
| Total de evitabilidade | 21 (67,8) | 06 (85,8) | 08 (50,4) | 35 (64,8) |
| 2. Causas de morte mal definidas | 09 (29,0) | - | 03 (18,8) | 12 (22,2) |
| 3. Demais causas | 01 (3,2) | 01 (14,3) | 05 (31,3) | 07 (13,0) |
| TOTAL | 31 (100,0) | 07 (100,0) | 16 (100,0) | 54 (100,0) |

*Quatro óbitos foram excluídos por falta de informação do peso ao nascer
Fonte: SIM / Classificação Brasileira de Evitabilidade

A seguir, será apresentada a análise comparativa dos resultados encontrados na classificação da causa básica com base na Lista Brasileira de Evitabilidade (LBE) com os resultados das investigações realizadas pelo município de Caicó. Entretanto, exalta-se novamente o número elevado de casos sem classificação de evitabilidade, ou seja, sem preenchimento da Parte II da ficha síntese, limitando o estudo comparativo em sua totalidade. Para os óbitos fetais, além dos casos com a parte II da Síntese pendente, também foi visualizado três casos sem informação de evitabilidade. Essa situação pode ser vista nas tabelas que seguem ou se necessário retome a Figura 6 para um detalhamento mais específico.

Para os óbitos fetais, foi possível realizar uma análise comparativa em 17 (51,1%) dos 33 casos, por apresentarem conclusão da investigação municipal com classificação de evitabilidade. Destes, somente 5 casos (29,4%) apresentaram concordância de resultados, sendo 4 óbitos evitáveis e 1 não evitável. Para as causas de morte mal definidas não foi visualizado nenhuma concordância. O Quadro 6 apresenta a comparação dos resultados baseados na LBE e investigação municipal para o componente fetal.

Quadro 6 – Distribuição dos óbitos fetais comparando a classificação da Lista Brasileira de Evitabilidade e o resultado da investigação obtida pelo município, por causa básica. Caicó/RN, 2010 – 2015.

| Óbito Fetal | Causa básica - após investigação - classificação com base na Lista Brasileira de Evitabilidade (Malta, 2010) | Resultado da investigação - município - | Concordância dos resultados |
|---|---|---|-----------------------------|
| CAUSAS EVITÁVEIS | | | |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação | | | |
| CF28 | Isoimunização RH do feto e do recém-nascido - P55.0 | ● | ✓ |
| CF32 | Feto e recém-nascido afetados por doenças maternas renais e das vias urinárias – P00.1 | ● | ✓ |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto | | | |
| CF2 | Hipoxiaintra-uterina não específica - P20.9 | X | ✗ |
| CF3 | Hipóxia intra-uterina não específica - P20.9 | X | ✗ |
| CF4 | Feto e recém-nascido afetado por outras anomalias morfológicas e funcionais da placenta e não especificadas - P02.2 | X | ✗ |
| CF5 | Hipóxia intra-uterina não específica - P20.9 | ● | ✗ |
| CF10 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✗ |
| CF11 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | X | ✗ |
| CF12 | Hipoxiaintra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✗ |
| CF13 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | X | ✗ |
| CF15 | Hipoxiaintra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✗ |
| CF21 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✗ |
| CF22 | Hipóxia intra-uterina não específica - P20.9 | ● | ✗ |
| CF23 | Feto e recém-nascido afetados por coriomnionite - P02.7 | ● | ✗ |
| CF25 | Feto e recém-nascido afetado por outras anomalias morfológicas e funcionais da placenta e não especificadas - P02.2 | X | ✗ |
| CF26 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✓ |

| | | | |
|---|--|---|---|
| CF27 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto - P20.0 | ● | ✓ |
| CF31 | Feto e recém-nascido afetados por outras compressões do cordão umbilical – P02.5 | ● | ✗ |
| Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido | | | |
| CF19 | Síndrome do Filho de mãe com Diabetes Gestacional - P70.0 | X | ✗ |
| CAUSAS DE MORTE MAL-DEFINIDAS | | | |
| CF1 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF6 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | ✗ |
| CF7 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF8 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF9 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF14 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF16 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF17 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF18 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF20 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | ✗ |
| CF24 | Morte fetal de causa não específica - P95 | X | ✗ |
| CF29 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | ✗ |
| CF30 | Morte fetal de causa não específica - P95 | ● | ✗ |
| DEMAIS CAUSAS (NÃO CLARAMENTE EVITÁVEL) | | | |
| CF33 | Gastrosquise - Q79.3 | ● | ✓ |

Fonte: SIM / Classificação pela Lista Brasileira de Evitabilidade (Malta et al., 2010).

● Óbito evitável ● Óbito não evitável ● Inconclusivo

X Óbito investigado sem classificação de evitabilidade

✓ Com concordância ✗ Sem concordância

Diferente da pouca evitabilidade encontrada pelo município de Caicó, foi possível visualizar ainda no Quadro 6, que segundo a LBE, 57,5% apresentam causas possíveis de redução por ações efetivas dos serviços de saúde, sendo predominante as causas reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto (84,2%), com a presença elevada de óbitos ocorridos por Hipoxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto. As causas de morte mal-definidas também merece destaque pela sua elevada ocorrência.

O Quadro 7 apresenta a comparação dos resultados baseados na LBE e na investigação municipal para os óbitos infantis. Dos 25 casos do universo infantil que foram analisados, 16 (64%) tiveram sua evitabilidade definida pelo município. Destes, apenas 2 casos apresentaram concordância com a LBE.

Quadro 7 - Distribuição dos óbitos infantis comparando a classificação da Lista Brasileira de Evitabilidade e o resultado da investigação obtida pelo município, por grupo de causas. Caicó/RN, 2010 – 2015.

| Óbito Fetal | Causa básica - após investigação - classificação com base na Lista Brasileira de Evitabilidade (Malta, 2010) | Resultado da investigação - município - | Concordância dos resultados |
|--|--|---|-----------------------------|
| CAUSAS EVITÁVEIS | | | |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação | | | |
| CI1 | Imaturidade Extrema- P07.2 | ● | ✗ |
| CI2 | Outro RN de pré termo - P07.3 | ● | ✗ |
| CI4 | Imaturidade Extrema- P07.2 | ● | ✗ |
| CI6 | RN com peso muito baixo - P07.0 | X | ✗ |
| CI8 | Síndrome da angustia respiratória do RN - P22.0 | X | ✗ |
| CI12 | Outros RN de pré-termo - P07.3 | X | ✗ |
| Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto | | | |
| CI10 | Hipóxia intra-uterina diagnosticada durante o trabalho de parto e parto - P20.1 | X | ✗ |
| CI15 | Feto e RN afetados por outras anormalidades morfológicas e funcionais da placenta e as não especificadas - P02.2 | ● | ✗ |
| CI18 | Asfixia ao nascer.não especificada - P21.9 | X | ✗ |
| CI24 | Síndrome de aspiração neonatal não especificada -P24.9 | ● | ✗ |
| Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido | | | |
| CI5 | Septicemia bacteriana não especifica do RN - P36.9 | ● | ✗ |
| CI9 | Feto e RN afetados por complicações não especificadas do trabalho de parto e parto - P03.9 | ● | ✗ |
| CI13 | Septicemia bacteriana não especifica do RN - P36.9 | X | ✗ |
| CI14 | Septicemia bacteriana não especifica do RN - P36.9 | X | ✗ |
| CI16 | Síndrome da angustia respiratória do RN - P22.0 | ● | ✓ |
| Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde | | | |
| CI23 | Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível - A09 | ● | ✗ |
| CI25 | Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível - A09 | ● | ✗ |
| DEMAIS CAUSAS (NÃO CLARAMENTE EVITÁVEL) | | | |
| CI3 | Outras manifestações congênitas específicas do coração - P24.8 | ● | ✗ |
| CI7 | Manifestações não específicas do coração - Q24.9 | ● | ✗ |
| CI17 | Hérnia diafragmática congênita - Q79.0 | ● | ✓ |
| CI19 | Espinha bífida não especificada- Q05.9 | ● | ✗ |
| CI20 | Insuficiência hepática aguda e subaguda - K72.0 | ● | ✗ |
| CI21 | Estenose Congênita da válvula tricúspide - Q22.4 | ● | ✗ |
| CI22 | Hidrocefalia congênita não especificada - | X | ✗ |

Q03.9

Fonte: SIM / Classificação pela Lista Brasileira de Evitabilidade (Malta et al., 2010).

● Óbito evitável ● Óbito não evitável ● Inconclusivo

X Óbito investigado sem classificação de evitabilidade

✓ Com concordância ✗ Sem concordância

Ainda segundo o Quadro 7, evidencia-se uma prevalência (64%) de óbitos por causas evitáveis com base na LBE. Sendo, destes, apenas 1 caso classificado como evitável pelo município, predominando os óbitos inconclusivos. Para este componente foi verificado também um percentual significativo de óbitos não claramente evitável pela LBE, sobressaindo nesse grupo, os óbitos inconclusivos segundo o município.

Capítulo 6
DISCUSSÃO

A vigilância do óbito implica levantamento de informações referentes à pessoa que faleceu e às circunstâncias que a levaram ao óbito. Essas informações são relevantes como subsídios para a tomada de decisão de gestores, principalmente para aqueles que respondem pela direção do SUS local, com vistas a prevenir a ocorrência de novos óbitos dessa natureza (BRASIL, 2015a).

Tendo a investigação como etapa indispensável no processo de vigilância do óbito, o presente estudo aponta uma situação complexa para o município de Caicó, caracterizada pelo baixo percentual de investigação (45,3%) revelada no recorte temporal da pesquisa, com predominância de investigações concluídas após o prazo oportuno, de 120 dias, estipulado pelo MS (BRASIL, 2010a).

A proporção de óbitos infantis e fetais investigados se apresenta inferior aos índices atingidos no Brasil nos últimos anos, mesmo o percentual de investigação em nosso país ainda ser considerado baixo (BRASIL, 2015a). A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma das prioridades do Ministério da Saúde e a investigação dos óbitos faz parte da estratégia para reduzir os índices de mortalidade no país. Nesse sentido, o contexto apresentado pelo município de Caicó torna-se um fator preocupante, uma vez que quanto mais informações advindas das investigações dos óbitos melhor para identificar os determinantes da mortalidade para além das informações clássicas registradas no SIM, subsidiar ações de monitoramento e propor medidas de evitabilidade (BRASIL, 2009a)

Durante todo o período de estudo, as investigações foram finalizadas em sua maioria após os 120 dias, como já citado acima, no entanto nos anos de 2012 e 2013 a totalidade de óbitos investigados se deu preterivelmente com atraso, o que justifica o pico visto na média de dias para concluir a investigação, em 2012, com destaque para os óbitos fetais atingindo uma média de aproximadamente 500 dias. Em contrapartida, nos dois últimos anos do estudo, 2014 e 2015, a média de dias para conclusão seguiu com tendência de redução, o que pode ser explicado pelo cenário de equilíbrio, quanto ao prazo, visto nas últimas investigações realizadas.

Como já referido anteriormente, a busca de dados dessa pesquisa se deu a partir de 2010, ano marcado pela publicação da portaria que decreta a obrigatoriedade da investigação dos óbitos infantis e fetais. Após esse marco, o município de Caicó seguiu com avanço, mesmo que por determinação do Ministério Público, que se mostrou preocupado com a situação, recomendando a criação do Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Prevenção de Óbito Infantil e Fetal, o que aconteceu em 2013.

A partir disso, Caicó poderia seguir na busca de uma vigilância do óbito eficaz, no entanto, percebe-se que esse seguimento vem funcionando de forma incipiente, que associado à ausência de um setor epidemiológico estruturado, o baixo efetivo de equipe, rotatividade de profissionais, e possível falta de qualificação para o trabalho, situação que persiste até os dias atuais, contribuem para seguir no cenário de baixos índices de investigação que não acompanham a evolução das mortes infantis e fetais.

Distante do que vem sendo apresentando em Caicó – RN, para Mathias et al. (2009) os comitês surgem como ferramenta primordial, uma vez que têm como principais objetivos estabelecer uma rede de vigilância dos óbitos infantis ocorridos nos municípios a partir da estratégia de “evento sentinela”, avaliar e corrigir, quando necessário, a causa básica desses óbitos bem como identificar os fatores determinantes e propor intervenções através de medidas educativas e informativas visando à prevenção, promoção e reorganização da assistência à saúde.

Diante da principal atribuição da investigação do óbito infantil e fetal no âmbito na vigilância, foi notório o elevado percentual de investigações sem conclusão de evitabilidade, isto é, sem a definição concreta de óbito evitável ou não, evidenciado pela presença de óbitos inconclusivos e casos com a Parte II da ficha síntese pendente (análise de evitabilidade do caso). O longo período de atraso das investigações, observada para os dois tipos de óbitos do estudo, pode ter contribuído para essa realidade, quando provavelmente favoreceu para a ocorrência de perdas de informações significativas para o fechamento dos casos.

Brasil (2011a) recomenda realizar coleta de informações de óbitos que ocorreram há, no máximo, três meses, para assim, melhorar as chances de

encontrar os familiares ou cuidadores do falecido para a realização da entrevista, como também os resumos de alta, exames, receitas médicas, etc. que poderão contribuir para responder as questões referentes aos serviços de saúde utilizados durante a doença que levou a morte, em poder dos familiares, e ainda diminuir o viés de memória.

Outro entrave contribuinte para esse desfecho, em especial relacionado a atividade incipiente das equipes de vigilância de óbitos, se dá sobre a questão da responsabilidade pela conclusão do processo investigativo e o desencadeamento das possíveis ações. Essa situação muitas vezes permeia um sentimento de receio entre os profissionais atuantes nesse campo e acabam interferindo na resolutividade/definição do caso.

Brasil (2009a) cita que o propósito da investigação do óbito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro. Por isso, a importância das discussões no sentido de promover a correção imediata de problemas que influenciaram o óbito e sensibilizar as pessoas diretamente envolvidas na assistência e no preenchimento dos registros de atendimento e da DO.

Esse estudo ainda trouxe a tona um grave problema, o qual pode ter representado limite para a pesquisa. A visível falta de organização com as fichas preenchidas nas investigações, em razão do não arquivamento de forma organizada desse material. Isso reflete num cenário de grande complexidade, pois não são apenas documentos importantes, mas documentos que possuem um significado ainda maior e mais amplo. Retratam histórias de casos que culminaram em óbitos, permitindo que esses continuem a serviço da vida. São instrumentos imprescindíveis para a construção de planejamento de saúde. Vale destacar ainda que a maior parte desse material não é informatizada, justificando mais uma vez a real necessidade de arquivá-los com zelo.

Já ficou evidenciado que as investigações dos óbitos infantis e fetais do município não foram realizadas de forma satisfatória, não obstante a isso, a partir de uma análise mais detalhada, caso a caso, dos registros presentes nos instrumentos

utilizados nas investigações, pôde-se constatar mais uma vez a deficiência desse processo, caracterizada por uma baixa completude e presença de inconsistências.

No instrumento chave para início da investigação, a declaração de óbito, foi visto de modo geral, quanto à completude, escore ruim para os dois tipos de óbito. Entretanto, as variáveis ditas como *indispensáveis* (*tipo do óbito e data do óbito*) e *essenciais* (*sexo, idade, município de ocorrência e de residência*) atingiram percentual máximo de completude (100%). Este elevado índice de completude, pode ser explicado justamente por esse tipo de classificação que "seleciona" as variáveis "mais importantes", trazendo a falsa impressão da pouca importância das demais variáveis, contribuindo com a cultura do não preenchimento (COSTA; FRIAS, 2011).

Diferente do exposto, em estudo realizado com óbito de menores de um ano, realizado por Vanderlei et al. (2002), os resultados apresentados mostraram 10% de omissões no preenchimento das *variáveis indispensáveis e essenciais* da DO, demonstrando o desconhecimento por parte de alguns médicos da obrigatoriedade do preenchimento dessas variáveis.

Ainda tratando de variáveis consideradas *essenciais*, as variáveis "causas de morte" que compõem o bloco VI, a presente pesquisa revelou um panorama inverso em relação às outras variáveis dessa classificação, apresentando as piores completudes, com exceção da causa de morte "parte I – a", fazendo do bloco VI, tanto para óbito fetais como para os infantil, o bloco de pior escore (muito ruim), com ênfase para os natimortos.

As causas a serem anotadas na DO são todas as doenças, os estados mórbidos ou as lesões que produziram a morte ou contribuíram para mesma, além das circunstâncias do acidente ou da violência que produziram essas lesões. Segundo o Manual de preenchimento da DO (BRASIL, 2011b), para preencher adequadamente, o médico deve declarar a causa básica do óbito em último lugar (parte I - linha d), estabelecendo uma seqüência, de baixo para cima, até a causa terminal ou imediata (parte I - linha a). Para esse estudo, neste bloco, os médicos se preocuparam no preenchimento de apenas uma variável: causa de morte - parte I – a, que apresentou 100% de preenchimento, ou seja, na maioria dos casos elegeram

apenas uma causa de morte. Além do mais, as causas antecedentes (linhas b e c) e principalmente a causa básica (linha d) foram omitidas.

Salienta-se aqui novamente, que a declaração de óbito utilizada neste estudo é a declaração codificada contida no SIM, sendo assim, a variável causa básica (CB) apresentada na Tabela 1 remete-se a causa codificada pelo serviço de epidemiologia, extraída da sequência original da causa de morte parte I, e, nesta pesquisa, mais especificamente, de forma errônea, retirada da linha a.

De maneira geral, os médicos preocupam-se apenas em anotar as informações sobre as causas e condições do óbito, mas, ainda assim, as informações declaradas nesses campos apresentam muitos problemas, principalmente com relação à sequência lógica correta de causas da morte, que, muitas vezes, é declarada incorretamente (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010).

Não raro, o preenchimento da declaração de óbito não é correto e a ordem de eventos que levaram ao óbito muitas vezes não é coerente. Essa distorção prejudica em muito a análise dos dados e, conseqüentemente, a adoção de medidas específicas para redução da mortalidade, sendo assim, a visível falta de esclarecimento dos profissionais que manipulam a declaração de óbito leva à geração de dados incompletos, comprometendo o pleno aproveitamento das informações. (SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007; COSTA; FRIAS, 2011).

Em um estudo realizado por Mendonça, Drumond e Cardoso (2010), em Belo Horizonte, apontou diversos problemas relacionados ao preenchimento da DO, dentre eles, o desconhecimento médico acerca da importância do correto preenchimento de todos os campos do formulário e a adequação da cadeia de eventos patológicos no campo das possíveis causas de morte.

Outro fator destacante para a DO, quanto ao preenchimento, são as informações sobre a mãe para óbitos fetais ou menores que um ano, que geram importantes informações para o conhecimento dos principais determinantes da mortalidade infantil. Os resultados revelam um grau de preenchimento ruim para esse bloco no tocante ao óbito infantil, trazendo variáveis como idade, escolaridade,

ocupação da mãe com percentual abaixo de 80%, variando entre escores ruim e muito ruim. Ainda nesse bloco, variáveis como peso ao nascer e número da declaração de nascidos vivos seguiram a mesma tendência, mas, apresentando escores bem mais baixos. Diversas pesquisas vêm mencionando deficiência no preenchimento dessas variáveis, corroborando os achados do presente estudo (COSTA; FRIAS, 2011; SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007; ROMERO; CUNHA, 2006).

Já no bloco identificação observou-se a presença de variáveis que não foram preenchidas em nenhuma das declarações de óbito, ou seja, grau de preenchimento zero (0). Nos óbitos fetais destaca-se a data de nascimento e a naturalidade e nos óbitos infantis tem-se o cartão do SUS e escolaridade. Sobre essas variáveis, o manual de instruções para o preenchimento da DO refere que Em caso de óbito fetal as datas de óbito e nascimento deverão ser iguais. Quanto à naturalidade, o manual não se remete aos óbitos fetais em particular, mas recomenda-se preencher o nome do Município onde o falecido nasceu, com a sigla da respectiva UF e em caso de desconhecimento do Município, tentar preencher pelo menos a sigla da UF. Já se tratando do cartão do SUS, quando não se dispuser desta informação deve-se passar um traço neste campo. E escolaridade, caso não tenha estudado, anotar sem escolaridade (opção 0 – Sem escolaridade no campo Nível), não fazendo nenhuma menção a menores de um ano (BRASIL, 2011b). A partir disso, a circunstância apresentada comprova mais uma vez o desconhecimento médico a respeito do preenchimento desse instrumento de tamanha importância.

Visto que proporção de informações ausentes inviabiliza inferências mais acuradas, o contexto de problemas apresentado sobre o preenchimento da DO no município de Caicó, mostra como a qualidade das informações declaradas ainda necessita de melhorias. A situação detectada e descrita aponta para ações concretas a serem implementadas pelas instâncias competentes.

Quanto às fichas utilizadas no processo investigatório, todas as fichas indicadas ao caso deveriam ser preenchidas, auxiliando a análise, a interpretação das circunstâncias do óbito e as recomendações realizadas por meio da ficha síntese (BRASIL, 2009a). Nesse sentido, o presente estudo evidenciou uma

diferença no número de fontes de investigação (fichas coletadas) informado pela ficha síntese em relação às fichas coletadas dos casos encontrados nos arquivos do município. Sugerindo, portanto, que as informações prestadas ao SIM não conferem com a realidade. Essa situação reforça mais uma vez as limitações deste estudo, haja vista a impossibilidade de se verificar a confiabilidades das informações dos casos em que as fichas não foram encontradas.

Entretanto, de modo geral, foi observado um menor uso da investigação no serviço hospitalar onde a gestante foi internada para o atendimento ao parto, quando comparada à ambulatorial e entrevista domiciliar, para ambos os óbitos. A literatura aponta que os maiores obstáculos em conseguir os dados para as investigações, pelo município, podem está pautados na burocratização no acesso aos serviços de saúde, à escassa participação das equipes de saúde da família na realização da investigação do óbito, ou à desarticulação entre os envolvidos na investigação e vigilância do óbito na captação da investigação e informação (MELLO-JORGE; LAURENTI; DI NUBILA, 2010; SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012).

O baixo percentual na completude dos registros das fichas de investigação, observados neste estudo, representados por variação de escores entre regular e ruim, põem mais uma vez em questão, a qualidade dessas investigações.

O escore ruim evidenciado nas fichas ambulatoriais, para os dois componentes em estudo, deveu-se possivelmente a baixa capacitação dos profissionais das equipes de atenção básica para o trabalho investigativo. Outro fator contribuinte pode está relacionado à falta de responsabilização por parte das equipes, uma vez que ainda não se colocaram como parte fundamental nesse processo.

Nas fichas ambulatoriais ainda foi constatado que, apesar de escore regular, o bloco com dados relacionados ao pré-natal teve um melhor preenchimento em relação aos demais blocos, o que pode ser devido à facilidade da obtenção desses dados, indicando indiretamente a qualidade do pré-natal.

As fichas domiciliares também apresentaram deficiência no preenchimento, com destaque para os óbitos fetais, o que traduz uma maior preocupação em

relação aos óbitos infantis. Esse panorama poderia ter sido diferente, uma vez que o município de Caicó possui 100% de cobertura de ESF. No entanto, estes achados podem estar relacionados aos fatores já citados acima, uma vez que tanto a coleta de informações captadas pela entrevista domiciliar como pela ficha ambulatorial são de responsabilidade da equipe da atenção básica, mais especificamente, na grande maioria, do enfermeiro.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Caetano, Vanderlei e Frias (2013), com declarações de óbitos de nascidos vivos falecidos com menos de um ano, onde se constatou que o grau de preenchimento global de cada ficha foi considerado ruim, variando de 70,34% (ambulatorial) a 76,12% (domiciliar). No entanto, outras dificuldades para a operacionalização da vigilância dos óbitos foram detectadas: alta rotatividade de profissionais das equipes de saúde da família, sobrecarga de atividades, baixa cobertura de Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ESF, ausência de transporte para realização das investigações, ausência de articulação entre atenção básica e vigilância epidemiológica.

A partir das fichas domiciliar e ambulatorial ficou evidente que muitas variáveis deixaram de ser preenchidas não pela falta do conhecimento da informação, mas, pela não valorização dessas informações por parte do investigador. Para exemplo tem-se o bloco identificação, que apesar de a literatura referir melhora da completude desses dados ao longo dos anos (COSTA; FRIAS, 2009; COSTA; FRIAS, 2011), no presente estudo, trouxe uma deficiência significativa, traduzida pela escassez no preenchimento de variáveis com informações relacionada à própria ESF (equipe, UBS, distrito sanitário). Por outro lado, o considerável índice de campos sem informação das variáveis relacionadas à história obstétrica da mãe (tipos de partos, nascidos vivos, nascidos morto, etc.), principalmente observado na entrevista domiciliar, causa estranheza, sobretudo por serem as primeiras informações captadas durante o pré-natal. Aqui traz a tona o desconhecimento dos investigadores sobre o preenchimento correto das fichas. Segundo o manual de preenchimento das fichas de investigação, campos que exigem respostas numéricas devem sempre ser preenchidos, anotando o número zero (0) para não deixar espaços em branco (BRASIL, 2011a).

As intervenções relacionadas à vigilância de óbitos na Estratégia Saúde da Família são atividades que estão diretamente relacionadas com o cuidado, uma vez que a análise desses óbitos permite mensurar a qualidade da assistência, para melhorar a qualidade dos registros sobre esses óbitos, já que representa nacionalmente um problema de saúde pública (SANTANA; AQUINO; MEDINA 2012).

A baixa completude também foi vista para a ficha hospitalar, aqui, com ênfase para os óbitos infantis. As dificuldades em obter os dados a partir da coleta da ficha hospitalar podem estar atribuídas à má qualidade dos preenchimentos dos prontuários, a falta de núcleos hospitalares de epidemiologia e também, ausência de profissionais capacitados para realizar as investigações.

Diferente do que foi apresentado pelas fichas anteriores, o bloco de identificação está repleto de escores excelente, o que mostra maior cuidado por parte dos investigadores nesse nível de assistência. Já, o bloco de assistência ao parto, com escore ruim para os dois tipos de óbitos, deixa exposta uma preocupação. Dados, que se supõem de fácil acesso para o local investigado, apresentou percentuais de preenchimento baixos, chegando a escores ruim e muito ruim, a exemplo de informações sobre bolsa rota, líquido amniótico, intercorrências durante o trabalho de parto, avaliações maternas e fetais, entre outros. No tocante aos óbitos de menores de um ano, os blocos de assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento e a assistência a criança no hospital durante a doença que levou a morte seguiram a mesma tendência, com alta incidência de variáveis com preenchimento muito ruim, o que pode colocar mais uma vez em evidência a questão da má qualidade dos registros nos prontuários médicos.

Quanto aos fatores que contribuem para o baixo percentual de preenchimento das fichas dos estabelecimentos de saúde, a literatura cita a falta de qualidade desses registros e, ainda acrescenta a falta de investimentos municipais na captação dessas informações e qualificação dos profissionais para o trabalho investigativo nos diferentes níveis da rede assistencial, dificuldades de obtenção dos prontuários médicos, e ainda o desconhecimento do percurso da criança antes de vir

a óbito serve de obstáculo para o desencadeamento do caso (SANTANA et al., 2011; VANDERLEI et al., 2002).

Uma situação semelhante presente na grande maioria das fichas de investigação analisadas que merece visibilidade trata-se das variáveis “percepção do investigador sobre o caso”, que apresentaram escore variando entre ruim e muito ruim, chegando ao grau de preenchimento zero (0). Em se tratando de um processo investigativo, variável como essa se caracteriza de grande relevância para a análise do caso, haja vista que a compreensão do caso a partir de quem está, no momento, dentro do contexto da situação, com certeza contribui com informações valiosas para o fechamento do caso investigado. Tal situação vista nesse estudo, volta a externa a preocupação a respeito da qualificação dos profissionais que realizam esse trabalho.

É importante que o entrevistador seja uma pessoa qualificada, capaz de entender as orientações do manual. Seu papel não é encontrar a causa da morte que está investigando, e sim, obter, da forma mais isenta possível, as informações essenciais para que um grupo técnico, após a avaliação da ficha, seja capaz de elaborar a conclusão do caso. Portanto, deve preencher os formulários adequadamente e levar ao grupo seus esclarecimentos do caso. Perceber quão importante é sua participação no processo de vigilância dos óbitos é fundamental para obter o máximo de desempenho. O autor ainda reforça que o treinamento para tal função deve ser rigoroso. O método exige clareza e um distanciamento profissional do caso que se está investigando (BRASIL, 2011a)

A ficha síntese traz escore regular para óbitos infantis e fetais, no entanto revela a descaso que vem sendo dada pelo município para a análise do caso. O baixo preenchimento não só das variáveis que compõem a Parte II, mas do bloco em si, retrata muito bem essa questão, uma vez que trata de campos estritamente relacionados ao objetivo efetivo de uma investigação. Quando em mais de 40% dos óbitos investigados não foram realizado a análise da evitabilidade, questiona-se o porquê de investigar, trazendo a tona, novamente, que o real objetivo do processo de investigação do óbito não está sendo levando em consideração. Pode-se até

dizer que situação como essa caracteriza uma camuflagem do panorama da vigilância do óbito para o município em questão.

Diante disto, cabe aqui uma revisão do processo de investigação de óbito por parte do Ministério da Saúde, quando para definir como óbito infantil e fetal investigado no SIM, corresponder apenas aos casos com Ficha Síntese completa (Parte I e Parte II).

Tratando-se da consistência, o estudo evidenciou fatores que comprometeram a consistência na maioria dos casos do estudo, assinalando novamente a qualidade da vigilância do óbito. A parte II da ficha síntese pendente associado à presença de informações incoerentes contribuíram significativamente para o elevado índice de investigações inconsistentes. Outros fatores também foram retratados neste estudo como a ausência de fichas coletadas e presença de óbitos inconclusivos, justamente resultado de uma investigação com escassez de informações para o fechamento da evitabilidade.

Estudos têm mostrado que a qualidade das informações está relacionada a mais agilidade no resgate dos dados em tempo real, o que diminui as inconsistências e distorções do lapso do tempo entre o evento e a correção e atualização dos dados, além de possivelmente reduzir novos casos (BRASIL, 2011a).

Apesar de as informações dos sistemas de informação em saúde constituam relevantes fontes de dados secundários que tem como uma das principais vantagens a ampla cobertura populacional, é comum à maioria dos autores a recomendação para que se observe a qualidade dos dados registrados, principalmente no tocante à cobertura dos eventos, à confiabilidade das informações e à completitude dos dados (COSTA; FRIAS, 2009; ALMEIDA et al., 2006).

Moraes e Santos (2001) afirmam que a qualidade da informação é resultado dos processos que incidem desde a coleta dos dados até a disseminação das informações. Se as questões de problemas na qualidade envolvendo estas etapas não forem levadas em consideração, o conhecimento gerado com base nesses dados pode não representar adequadamente a realidade estudada (COSTA; FRIAS,

2009). Nesse sentido, em busca de um nível satisfatório de qualidade dos dados coletados é necessário estabelecer políticas e processos bem definidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Da análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais do município de Caicó, considerando os parâmetros da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções de saúde (MALTA et al., 2007; MALTA et al., 2010) observou-se que aproximadamente $\frac{3}{4}$ dos óbitos infantis poderiam ser evitados por ações efetivas dos serviços de saúde. Os resultados convergiram com os achados de estudo onde se verificou que a maior parcela das mortes infantis ocorridas entre os anos de 1997 e 2006, no Brasil e região Nordeste, eram preveníveis (MALTA et al., 2010).

Na presente análise, as mortes evitáveis por adequada atenção à mulher durante a gestação e o parto e ao feto e ao recém-nascido foram as mais frequentes, principalmente as reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto. Casos concretos como esses nos remota a Mistanásia, revelada pela inacessibilidade do indivíduo, aqui seja a gestante ou a criança, a assistência necessária a preservação de sua saúde, ou a acessibilidade precária, carente de condições adequadas para tal (VIEIRA, 2009). Esse panorama reforça a necessidade de maior atenção dos serviços de saúde para estas mortes, resultando também no reconhecimento de potencial lacuna de qualidade na atenção materno infantil (BARRETO; NERY; 2015).

Quanto à análise comparativa dos resultados encontrados na classificação pela LBE com os resultados das investigações realizadas pelo município de Caicó, observou-se, de modo geral, um nível muito baixo de concordância, refletidos a partir da pouca possibilidade de comparação, o que traz a tona novamente a problemática em torno da pendência da parte II da ficha síntese.

Diferente da pouca evitabilidade encontrada pelo município de Caicó, evidenciou-se a partir da LBE, para os natimortos, uma considerável margens de óbitos reduzíveis por ações efetivas dos serviços de saúde, pondo em destaque as causas reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto, com a presença elevada de óbitos ocorridos por Hipóxia intra-uterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto. A hipóxia responde por um terço dos óbitos fetais em países em

desenvolvimento, com grande evitabilidade no trabalho de parto. Assim, a assistência obstétrica merece destaque (LAWN et al., 2009; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2006).

Outro aspecto relevante nessa análise comparativa nos remete aos óbitos infantis, que além da prevalência da evitabilidade, semelhante aos óbitos fetais, traz ainda um menor índice de concordância, decorrentes da grande margem de óbitos inconclusivos.

O número significativo de causa de morte mal definida sem alteração da causa básica após investigação para o componente fetal se mostra em destaque, colocando em pauta a qualidade da investigação.

Um alto percentual de causas de morte mal definidas impede o uso da informação para determinar o padrão de mortalidade, sendo um importante fator para identificar a qualidade das informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (LIMA, 2010). A qualificação dessas informações mostra-se pertinente ao gestor, que poderá visualizar a situação sobre as reais causas de mortalidade da população de forma fidedigna, podendo direcionar políticas em saúde para áreas específicas (DANIEL, 2012).

Sendo assim, torna-se imprescindível investir fortemente na redução das causas de óbito mal definidas, mesmo sabendo da real dificuldade classificatória para o óbito fetal, mais evidente neste estudo, uma vez que ele não está associado a uma única etiologia, mas sim é o resultado final de múltiplos fatores de risco e potenciais etiologias (ANDRADE et al., 2009).

De fato, a utilização da LBE nesse contexto, apontou novamente a inquietude diante das fichas síntese com a parte II pendente e óbitos inconclusivos, já tão mencionados neste capítulo. Diante de tanta evitabilidade, o município precisa rever a maneira de como vem fazendo investigação. Para tanto, devem ser focados os pontos frágeis da vigilância do óbito levantados neste estudo, além de um olhar diferenciado acerca da importância de se investigar um óbito com qualidade e responsabilidade.

Nesse sentido, é necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência. A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, buscando sempre a identificação de aspectos determinantes do óbito, as estratégias e medidas preventivas de óbitos evitáveis, para que assim, o País diminua as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil (BRASIL, 2009a).

Capítulo 6
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura dos dados aponta para a existência de fragilidades no sistema de vigilância do óbito e na atuação do comitê de mortalidade no município de Caicó. Problemas importantes de completude e consistência das informações sobre os óbitos infantis e fetais foram apontados neste estudo, afetando a qualidade das informações, o que leva a inviabilizar inferências mais acuradas. Esse contexto demonstra que informações preciosas para orientar as ações de saúde se colocam ainda como um desafio para os serviços e profissionais de saúde.

Os resultados revelaram ainda um número significativo de investigações sem conclusão definida, representada pela ausência da parte II da ficha síntese e óbitos inconclusivos. Em contrapartida, a LBE sinalizou uma margem importante de óbitos com causas possíveis de redução por ações efetivas dos serviços de saúde.

Em relação à conclusão das investigações, é importante que sejam realizadas a fim de não deixarem lacunas a serem respondidas. Sendo assim, ressalta-se aqui novamente, que talvez haja a necessidade de uma revisão do processo investigatório por parte do Ministério da Saúde, quando para definição de um óbito investigado no SIM, se remeta apenas aos casos investigados com a ficha síntese completa, ou seja, com análise do caso.

Considera-se fundamental repensar os aspectos que se mostraram insuficientes para a qualidade das investigações dos infantis e fetais, a fim de traçar estratégias para sua prevenção e ainda, aprimoramento o sistema de informações sobre essas mortes.

Essa pesquisa pode servir como material de óbitos infantis e fetais no contexto analisado. Desse modo, ressalta-se a necessidade de reconhecer de fato a importância da investigação para o conhecimento dos óbitos reflexão preliminar para os diferentes integrantes do processo de gestão do Sistema Único de Saúde no município em destaque, no planejamento e tomada de decisões para a organização dos serviços de saúde, de modo a minimizar os principais limites encontrados.

Sendo assim, resta contar com a motivação e interesse dos responsáveis pela saúde da população e sugerir às autoridades governamentais, da área da Saúde, que atuem de forma a promover estratégias em busca de uma Vigilância do Óbito eficaz, favorecendo processos dinamizadores que se distanciem da burocratização, onde cada óbito ocorrido gere investigações com múltiplos olhares, de familiares, trabalhadores e gestores, de modo a fomentar uma análise crítico reflexivo sobre o cuidado e o sistema de saúde e que essa situação se torne rotina no processo de trabalho dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. Sistema de informação e mortalidade perinatal: conceito e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Rev Bras Epidemiol*, v.9, n. 1, 2006.

ANDRADE , L.G. et al. Factors associated with stillbirth in a school maternity in Pernambuco: a case control study. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v.31, n. 6, 2009.

ANDRADE, S. M., et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2006.

AQUINO, R. OLIVEIRA, N.F., BARRETO, M.L. **Impacto do Programa de Saúde da Família na redução da mortalidade infantil em municípios brasileiros**

Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Doutorado em Saúde Pública Porto Alegre - 2008
American Journal of Public Health, 98(12), dezembro de 2008.

BARRETO, J.O.M; NERY, I. S. Óbitos infantis em um estado do Nordeste brasileiro: características e evitabilidade. *Tempus, actas de saúde colet*, v.9, n.3, Brasília, 2015.

BARRO, F. C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health*. 2010.

BEZERRA-FILHO, J. G.; KERR-PONTES, L. R. S.; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7, n. 2, abr. / jun., 2007

BLACK, R. E.; MORRIS, S. S.; BRYCE, J. Child Survival | Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003.

BOING, A. C. B. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 2, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **ECA 25 anos, Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde, **DATASUS**. Sistema de Informações de Mortalidade - SIM. Brasília (DF); 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral À Saúde Da Criança**. Brasília, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal / Ministério da**

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. – 4a. ed. – Brasília:2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.**(Cadernos de Atenção Básica – 33). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Série A. Normas e Manuais técnicos. Caderno nº5. Brasília: Ministério da Saúde 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº72, de 11 de janeiro de 2010.** Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

CAETANO, S. C.; VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, F.G.: Avaliação da completitude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca, Alagoas. **Cad. saúde colet.** [online], v.21, n.3, 2013.

CALDEIRA, A. P.et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.1 São Paulo, Jan. 2005.

CAMARGO, A.B.M. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. **São Paulo perspect**, v 22, n1, Jan-Jun,2008.

CARETI, C.M.; SCARPELINI, A. H. P.; FURTADO, M. C. C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbito. **Rev. Eletr. Enferm**, v.16, n. 2, 2014.

CAVALCANTI, P. C. S. O modelo lógico da Rede Cegonha. 2010. 25 f. **Monografia (Especialista)** - Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CECCON, R. F. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 177-183, 2014.

CEPAL. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. **Gestión orientada a asegurar la calidad de los datos en los institutos nacionales de estadística.**

Santiago de Chile: CEPAL; 2003.

COSTA, J.M.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. **Cad Saúde Pública**, v.25, n. 3, 2009.

COSTA, J.M.B.S.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.1, n. 16, 2011.

COSTA, A.J.L.; KALE, P.L.; VERMELHO, L.L. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R.A. et al. (Org), **Epidemiologia**. 2a.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

DALLARI, D. **Direitos Humanos e Cidadania**. São Paulo: Moderna, 1998.

DANIEL, V. M. Os sistemas de Informação em Saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS: uma análise de estados brasileiros / Vanessa Marques Daniel. – Porto Alegre, 2012. 212 f. **Diss. (Mestrado)** – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pós-Graduação Administração e Negócios, PUCRS.

DE CARVALHO, M.; GOMES, M. A. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J Pediatr**, v. 81, Rio de Janeiro, 2005.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n. 12, 2006.

DONABEDIAN, A. **The quality of care**. How can it be assessed? JAMA. 1988.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, jul. 2007.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n2, 2009.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

FERREIRA, L. G.F.; ALBUQUERQUE, P.C. Atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos na estratégia saúde da família em Pernambuco. **Dissertação** (em Saúde Mestrado Profissional Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas**. Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde. Rede Interagencial de Informações para a saúde – RIPSAs. 2008.

FRIAS, P. G. et al. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 26, 2010.

FRIAS, P. G. et al. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção a saúde da mulher e da criança. In: BITTENCOURT, S.; DIAS, M.; DUARTE, M. (Org.) **Vigilância do óbito materno, Infantil e Fetal e atuação em Comitês de Mortalidade**. EAD/Ensp. Rio de Janeiro, 2013a.

FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços a partir de traçadores. In: **Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde, 2009.

GRANZOTTO, J. A., et al. Comportamento da mortalidade infantil no Extremo Sul do Rio Grande do Sul, Brasil, anos 2005-2012. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n. 2, Porto Alegre, abr.-jun. 2014.

HARTZ, Z. M. A. et al. Mortalidade infantil em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.04, ago. 1996.

KOLLIYNG, A. F. Perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de Sapiranga, RS, entre 2006 e 2009. **Dissertação (mestrado)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, 2011.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Consultado em: 12 Dez 2015.

LANSKY, S., et al. A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal .In:**20 anos do SUS** - Ministério da Saúde, 2009 (no prelo).

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. Perinatal mortality and evitability: areview. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, 2002.

LAWN, J.E. et al. 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. **BMC PregnancyChildbirth**. 2009.

LIMA, C.R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **CadSaude Publica**, v.25, n.10, 2009.

LIMA, G.R.A. Gestão da qualidade dos dados e informações dos sistemas de informação em saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil. / **Tese (Doutorado)** – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M. F. M. “Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002”, **Journal of Epidemiology and Community Health**, 60, p. 13-19, 2006.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de morte evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, 2007.

MALTA, D. C. et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, v 19, n 2, 2010.

MALTA, D.C., et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 16, n. 4, Brasília, out/dez, 2007.

MARANHÃO, A. G. K., et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

MARTINES, J. et al. Neonatal survival: a call for action. **Lancet**,2005.

MARTIN, L. M. Eutanásia e Distanásia. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.;GARRAFA, V. (Org.) **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUNÇÃO, A. N.; SILVA, G. F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 445-53, 2008

MATHIAS, T. A. F. et al. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n.2, p. 305-311, mar./abr. 2009.

MEDEIROS, J.M.O.M. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da atenção primária à saúde do município de Mossoró-RN. / **Dissertação** (Mestrado em Saúde e Sociedade). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade. Mossoró, RN, 2014.

MELO, G.B.T. Qualidade do sistema de informação sobre mortalidade: a questão das causas externas em Pernambuco. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

MELLO-JORGE, M. H.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **CiêncSaúdeColetiva**, v. 12, 2007.

MELLO-JORGE. M.H.P.; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H.B.V. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev Bras Epidemiol.**, v.13, n. 4, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde. Brasília**: Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde –CONASS. 2ª edição, 2011.

MENDONÇA, F.M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A.M.P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 285-295, jul./dez. 2010.

MORAES, I.H.S.; SANTOS, S.R.F.R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Informações Epidemiológicas Sus*, vol.10, n.1, p. 49-56, 2001.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. Healthcare during the pregnancy puerperium cycle from the perspective of public service users. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.24, jan./mar. 2008.

PEIXOTO, S. G. D.; ROCHA, F. F. *Impactos da política de atenção básica de saúde: uma análise a partir dos municípios da Região Sudeste*. São Paulo, 2008.

PESSINI, L. BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Introdução do volume I - Bioética: Sinal de esperança. In: PESSINI, L. BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.) *Bioética, Cuidado e Humanização*. Edições Loyola, São Paulo, 2014.

PESSINI, L et al. Bioética em tempos de globalização: a caminho da exclusão e da indiferença ou da solidariedade? Edições Loyola, São Paulo, 2015.

PESSINI, L. *Eutanásia* – por que abreviar a vida? Ed. São Camilo. 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

RISPA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, R., et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil

Epidemiológico. **Revenferm UERJ**, v.19,2011.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad SaudePublica**, v.22, n.3, 2006.

RUGER, J. P. Ethics of the social determinants of health. **The Lancet**, v. 364, 2004.

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

SANTANA. M.; AQUINO. R.; MEDINA, M.G. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância dos óbitos infantis. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, 2012.

SANTOS, H. G., et al. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. **Pediatr**, São Paulo, v. 32, n. 2, 2010.

SARDINHA, L. M. V. Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde; estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010). **Tese (doutorado)** – Universidade de Brasília. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical. 2014.

SILVA, M. G. C. Evolução da mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza no período de 1978 a 1995. In: **Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev. bras. enferm.** vl.67, n.5, pp. 794-802. 2014.

SOARES, M. Q. Mortalidade Infantil: análise dos casos ocorridos e investigados no município de Viçosa – MG, 2008 a 2011. **Monografia (Especialização)** Curso de

Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete/MG, 2011.

SOARES, J.A.S.; HORTA, F.M.B.; CALDEIRA, A.P. Avaliação da qualidade das informações em declarações de óbitos infantis. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v.7, n.3, p. 289-295, 2007.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe., 2011.

SOARES, E. S.; MENEZES, G.M.S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, 2010.

SOUSA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007.

UNICEF. **Situação mundial da infância**. Sobrevivência infantil. Nova York: Organização das Nações Unidas; 2008.

VANDERLEI, L. C. et al . Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 11, n. 1, mar. 2002 .

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 2, Abril, 2013 .

VIEIRA, D. P. C. Mistanásia - um novo instituto para um problema milenar. **Rev. @reópago jurídico**, ano 2, ed. 07,jul - set 2009.

VICTORA, C. G., et al. Saúde no Brasil 2- Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, London, Maio, 2011.

VILLAS-BÔAS, M. E. **Da eutanásia ao prolongamento artificial** – aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

WHO.World Health Organization.**Framework and standards for country health information systems**.2. Ed. Geneva, 2008.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretária Municipal de Saúde de Caicó/RN, após ser informada e esclarecida a respeito da pesquisa intitulada "ANÁLISE DA QUALIDADE DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS NO MUNICÍPIO DE CAICÓ", autoriza a enfermeira Laianny Krizia Maia Pereira, sob a orientação da professora Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim, a realizar o estudo, seguindo os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12, com dados de óbitos infantis e fetais, mediante Declarações de Óbitos e Fichas de Investigação, cedidas por esta secretaria.

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC.

Caicó/RN, 22 de Fevereiro de 2016.



Maria José Soares
Secretária Municipal de Saúde

Valmira Bezerra de Araújo
CPF: 833.481.834-64
Sec. Adjunta

ANEXO B – Parecer do CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA QUALIDADE DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS E FETAIS NO MUNICÍPIO DE CAICÓ/RN

Pesquisador: LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56075716.2.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.557.961

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, dentro de uma abordagem quantitativa. Tem como objetivo geral analisar a qualidade da investigação

dos óbitos infantis e fetais de mães residentes no contexto do município de Caicó/RN. Como participantes da pesquisa serão incluídos todos os

óbitos infantis e fetais (N=55) de residentes no município de estudo, notificados e investigados no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM de

2010 a 2015. Serão utilizados dados secundários sobre os óbitos infantis e fetais, provenientes do setor de vigilância de óbito do município e do SIM.

Para melhor análise das investigações, a pesquisa seguirá dentro das seguintes categorias: Completude, Consistência, Classificação de

Evitabilidade e Tempo para a Investigação do Óbito, cada uma com as variáveis de estudo correspondentes. Os dados serão analisados através de

frequências absolutas e relativas utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Os dados

serão discutidos à luz da literatura pertinente ao tema. Todos os preceitos éticos e legais relativos à pesquisa com sujeitos humanos serão

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 1.557.961

cumpridos, conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, e sendo assim, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL-UFRN.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a qualidade da investigação dos óbitos infantis e fetais de mães residentes no município de Caicó/RN.

Objetivo Secundário:

• Identificar a proporção de óbitos infantis e fetais notificados e investigados, no Sistema de Informação sobre Mortalidade, pela Secretaria

Municipal de Saúde. • Analisar a completude e a consistência dos registros presentes nas declarações de óbitos e fichas de investigação. •

Comparar, quanto ao potencial de evitabilidade, os resultados obtidos após a investigação realizada pelo município e a classificação a partir da lista

de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do SUS, proposta pelo MS. • Calcular a média de dias necessários para concluir o processo de investigação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo, minimizando o risco de exposição dos participantes.

Benefícios:

A pesquisa não trará benefício direto aos envolvidos, no entanto, o estudo irá contribuir para trazer para o debate científico questões relacionadas à

mortalidade infantil e fetal, com ênfase no processo de vigilância do óbito. Tal discussão poderá subsidiar o planejamento das ações do Município

de Caicó/RN para tomada de decisões, no campo da saúde coletiva, adequadas a realidade local para a melhoria da assistência materno infantil.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 1.557.961

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Interesse científico e para a política pública de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_718287.pdf | 13/05/2016 14:03:18 | | Aceito |
| Outros | Folha_de_Identificao_pesquisador.pdf | 13/05/2016 14:01:08 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_cep.pdf | 13/05/2016 13:31:21 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |
| Cronograma | cronograma.PDF | 13/05/2016 13:22:58 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 13/05/2016 13:09:15 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |
| Outros | carta_anuencia.pdf | 13/05/2016 13:02:17 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |
| Outros | temo_autorizacao.pdf | 13/05/2016 13:01:15 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | dispensa_do_tde.pdf | 13/05/2016 12:58:37 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 13/05/2016 12:58:06 | LAIANNY KRIZIA MAIA PEREIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 1.557.961

NATAL, 24 de Maio de 2016

Assinado por:
HELIO ROBERTO HEKIS
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

ANEXO C – Declaração de Óbito

| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | Declaração de Óbito Nº 8049898 | |
|---|--|---|-----------------------------|
| I | Cenário | 1) Cantão | 2) Registro |
| | Município | 3) Data | 4) UF |
| II | Identificação | 5) Cemitério | 6) Cartão SUS |
| | Nome do falecido | 7) Tipo de Óbito | 8) Naturalidade |
| | Nome do pai | 9) Obito Data | 10) Hora |
| | Nome da mãe | 11) Sexo | 12) Rça/cor |
| III | Residência | 13) Estado civil | 14) Escolaridade |
| | Local de ocorrência do óbito | 15) Ocupação habitual e ramo de atividade | 16) Logradouro |
| | Endereço da ocorrência | 17) Bairro/Distrito | 18) Município de residência |
| IV | Ocorrência | 19) Local de ocorrência do óbito | 20) Endereço da ocorrência |
| | Bairro/Distrito | 21) Município de ocorrência | 22) UF |
| V | Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano | 23) Idade | 24) Escolaridade |
| | Duração da gestação | 25) Tipo de gravidez | 26) Tipo de parto |

| | | | | | |
|------|-----------------------------|---|--|--|--|
| VI | Condições e causas do óbito | 27) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? | 28) A morte ocorreu durante o puerpério? | 29) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? | |
| | Causas antecedentes | 30) Exame complementar? | 31) Cirurgia? | 32) Necropsia? | |
| | Parte I | 33) Nome do médico | | | 34) CRM |
| | Parte II | 35) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) | | | 36) Data do atestado |
| VII | Médico | 37) Assinatura | | | 38) O médico que assina atendeu ao falecido? |
| | Causas externas | 39) Prováveis circunstâncias de morte não natural | | | 40) Tipo |
| VIII | Causas externas | 41) Descrição sumária do evento | | | 42) Fonte da informação |
| | Local de ocorrência | 43) SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO | | | 44) Logradouro |
| IX | Legad. | 45) Declarante | | | 46) Testemunhas |
| | Médico | 47) Assinatura | | | 48) Assinatura |

ANEXO E- Ficha de Investigação de Óbito Infantil (Serviço de Saúde Hospitalar)

12



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil Serviço de saúde hospitalar

| | |
|---|--|
| 1 Nome da Criança _____ | |
| 2 Nome da mãe _____ | |
| 3 Nº da Declaração de Óbito _____ | 4 Data do óbito _____ |
| 5 Nº da Declaração de Nascimento Vivo _____ | 6 Data de nascimento _____ |
| 7 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado | 8 Peso ao Nascer _____ gramas |
| 9 Idade ao óbito _____ meses _____ dias _____ horas _____ minutos _____ Ignorado | |
| 10 Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação | |
| Nome _____ Código CNES _____ | |
| 11 Tipo de hospital/maternidade <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular | |
| ASSISTÊNCIA AO PARTO | |
| Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc) | |
| 12 Data do parto/nascimento _____ | Hora do parto/nascimento _____ SR |
| 13 O parto ocorreu <input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> Na maternidade <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> | |
| 14 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> SR | |
| 15 Profissional que fez o parto <input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ SR | |
| 16 Tempo de bolsa rota _____ horas _____ Não se aplica _____ SR | |
| 17 Aspecto do líquido amniótico <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Com mecônio <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> SR | |
| 18 Intercorrências maternas observadas durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Sem Intercorrências <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____ | |
| 19 Idade gestacional cronológica _____ semanas ou _____ meses _____ Ignorada _____ SR | |
| 20 Esteve grávida antes deste bebê <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não _____ SR | |
| 21 Número de gestações (inclusive esta) _____ Número de partos _____ Número de abortos _____ SR | |
| 22 Tipo(s) de parto(s) _____ partos normais _____ partos cesáreos _____ SR | |
| 23 Filhos nascidos vivos (incluindo este) _____ Filhos nascidos mortos _____ | |
| 24 Patologias/fatores de risco durante a gravidez | |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar _____ | <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Tireotoxicose |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rubéola | |

| | | |
|--|--|--|
| 25 Foz uso de alguma medicação durante a gravidez? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | SR |
| 26 Quais medicamentos usou? _____ | | |
| 27 As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 35. | | |
| 28 Estabelecimento onde ocorreu o parto | | |
| Nome _____ | | Código CNES _____ |
| 29 Tipo de hospital/maternidade <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular | | |
| 30 Data da internação _____ | | Hora da internação _____ SR |
| 31 Condição à internação <input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo) <input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Período expulsivo <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, eutros) <input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto <input type="checkbox"/> Cesárea _____ SR | | |
| 32 Registros à admissão da gestante na maternidade | | |
| <input type="checkbox"/> Pressão arterial Anotar valores: _____ | <input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg <input type="checkbox"/> Não _____ | SR |
| <input type="checkbox"/> Dinâmica uterina _____ | <input type="checkbox"/> Sim _____ contrações por _____ <input type="checkbox"/> Não _____ | SR |
| <input type="checkbox"/> Dilatação do colo _____ | <input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros <input type="checkbox"/> Não _____ | SR |
| <input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais _____ | <input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm <input type="checkbox"/> Negativo _____ | SR |
| <input type="checkbox"/> Apresentação _____ | <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Anômala _____ | SR |
| <input type="checkbox"/> Membrana amniótica _____ | <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Rota _____ | SR |
| 33 Foram realizados na admissão <input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Anti-HIV _____ SR | | |
| 34 Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica _____ SR | | |
| 35 Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação _____ Não se aplica _____ SR | | |
| 36 Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação _____ Não se aplica _____ SR | | |
| 37 Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação | | |
| Avaliação da mãe _____ hora / minuto | | <input type="checkbox"/> Não se aplica _____ SR |
| Avaliação do feto - BCF _____ hora / minuto | | <input type="checkbox"/> Não se aplica _____ SR |
| 38 Medicação utilizada <input type="checkbox"/> Ocitocina <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Mepredina <input type="checkbox"/> Não usou medicação <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____ SR | | |
| 39 Se foi realizada cesárea, qual a indicação | | |
| <input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> Apresentação anômala <input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta <input type="checkbox"/> Outra, especificar _____ | <input type="checkbox"/> Falha de indução do parto <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia | <input type="checkbox"/> Prematuridade <input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo <input type="checkbox"/> Iterativa _____ SR |
| 40 Anestesia durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ SR | | |
| 41 Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Raqui _____ SR | | |
| 42 Outros métodos de alívio da dor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ SR | | |

| ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE | | | | |
|--|--|--|-----------------------|-------------|
| Aplicar apenas no caso de criança que recebeu alta da maternidade e reinternou durante a doença que levou à morte. Pesquisar em prontuário ou ficha de atendimento da criança. | | | | |
| 62 | Estabelecimento em que a criança ficou internada durante a doença que levou à morte | | | |
| | Nome | Código CNES | | |
| 63 | Tipo de serviço <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Conveniado SUS <input type="checkbox"/> Particular | | | |
| 64 | Data da internação | Horas da internação | SR | |
| 65 | Peso da criança na internação | gramas | SR | |
| 66 | A criança foi transferida de outro serviço de saúde / hospital para este? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SR | | | |
| 66.1 | Nome | Código CNES | | |
| 66.2 | Por qual motivo? | | | |
| 66.3 | Por quanto tempo ficou internada no outro serviço? | | | |
| 67 | Foi indicado UTI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SR | | | |
| 67.1 | Se sim, qual o motivo | | | |
| 67.2 | Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI? SR | | | |
| 67.3 | Se mais de 3hs, porque? <input type="checkbox"/> Falta de vaga <input type="checkbox"/> instabilidade da criança <input type="checkbox"/> dificuldade com transporte | | | |
| | Outro. Especificar | | | SR |
| 68 | Estado geral no momento da hospitalização <input type="checkbox"/> Em parada cardio-respiratória <input type="checkbox"/> Grave | | | |
| | <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Moderado/regular | | | SR |
| 69 | Sinais vitais à admissão | | | |
| | Frequência Cardíaca | _____ bpm | SR | |
| | Frequência Respiratória | _____ irpm | SR | |
| | Temperatura Axilar | _____ °C | SR | |
| | Perfusão | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída | SR | |
| 70 | Estado nutricional da criança à admissão <input type="checkbox"/> Desnutrida / baixo peso <input type="checkbox"/> Eutrófica SR | | | |
| 71 | Estado de hidratação da criança à admissão <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Hidratada SR | | | |
| 72 | Queixa principal à admissão | | | |
| 73 | Diagnósticos à admissão (motivo da internação) | | | |
| 74 | Evolução do quadro clínico | | | |
| | Data | Exame clínico e evolução | Exames complementares | Diagnóstico |
| | | | | Conduta |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|------|---|-------------------|-------------|----|
| 75 | Alguns medicamentos, procedimentos ou conduta prescrita deixou de ser realizada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SR | | | |
| 75.1 | Especificar | | | |
| 76 | Data do óbito | Horas do óbito | _____ horas | SR |
| 77 | Se o óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de internação, quanto tempo após a internação? _____ horas SR | | | |
| 78 | Se o óbito ocorreu no hospital, indique o setor de ocorrência <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI Neonatal <input type="checkbox"/> Emergência | | | |
| | <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> UTI Pediátrica | | | SR |
| | Outro. Especificar | | | SR |
| 79 | O corpo foi encaminhado para necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SR | | | |
| 80 | Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver | | | |
| 81 | Observações gerais | | | |
| 82 | Segundo o investigador o que aconteceu neste caso? | | | |
| 83 | Data do encerramento da coleta de dados _____ | | | |
| 84 | Responsável pela investigação | | | |
| | Nome | Carimbo e rubrica | | |

| | | | | |
|----------------------|---|---|---|--|
| 37 | Durante a gravidez, a mãe apresentou | | | |
| | <input type="checkbox"/> pressão alta | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã | <input type="checkbox"/> Rh negativo |
| | <input type="checkbox"/> doença do coração | <input type="checkbox"/> sífilis | <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro | <input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema |
| | <input type="checkbox"/> infecção urinária | <input type="checkbox"/> HIV / Aids | <input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | <input type="checkbox"/> outra. Especificar _____ | | | |
| 37.1 | Houve tratamento? <input type="checkbox"/> sim, qual _____ | | | |
| | <input type="checkbox"/> Não, por que? _____ | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 37.2 | Em que época da gravidez no _____ mês de gestação ou a partir do _____ mês de gestação | | | |
| 38 | Durante a gestação, a mãe fez uso de | | | |
| | Cigarro | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ vezes por dia | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | Drogas | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | Bebidas alcoólicas | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| ASSISTÊNCIA AO PARTO | | | | |
| 39 | Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde / maternidade) na ocasião do parto? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu | <input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer | <input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê | |
| | <input type="checkbox"/> Teve sangramento | <input type="checkbox"/> Teve contrações | <input type="checkbox"/> Não sabe | |
| | <input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____ | | | |
| 39.1 | Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto? _____ horas _____ dias <input type="checkbox"/> Não sabe | | | |
| 39.2 | Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento? _____ horas _____ dias <input type="checkbox"/> Não sabe | | | |
| 40 | Quando rompeu a bolsa d'água? <input type="checkbox"/> Só na hora do parto <input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto | | | |
| | <input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto <input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto | | | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| 40.1 | Como estava o líquido? <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Escuro (com cocô/meconônio) <input type="checkbox"/> Com sangue <input type="checkbox"/> Não sabe | | | |
| 40.2 | O líquido tinha mau cheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 41 | De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu? _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 42 | O parto ocorreu: <input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> No hospital / maternidade | | | |
| | <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 42.1 | Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não? | | | |
| 42.2 | O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 42.3 | Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não? | | | |
| 43 | O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | <input type="checkbox"/> Não. Por que _____ | | | |
| 43.1 | Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança. | | | |
| 44 | Como a mãe foi transportada na hora do parto? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Taxi | <input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU | <input type="checkbox"/> Carro particular | <input type="checkbox"/> Carro da polícia |
| | <input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/Não foi transportada | <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 45 | Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida? | | | |
| | <input type="checkbox"/> menos de 30 minutos | <input type="checkbox"/> de 30 minutos a duas horas | <input type="checkbox"/> duas horas ou mais | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 46 | Estava com acompanhante na sala de parto? <input type="checkbox"/> sim, quem? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------------------|
| 47 | Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto? | | | |
| | <input type="checkbox"/> dinâmica uterina/avaliação contração | <input type="checkbox"/> toque vaginal | <input type="checkbox"/> Não | |
| | <input type="checkbox"/> medida de PA | <input type="checkbox"/> ausculta do bebê | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 47.1 | As batidas do coração do bebê estavam presentes? | | | |
| | <input type="checkbox"/> sim, normais | <input type="checkbox"/> não, antes do início do trabalho de parto | | |
| | <input type="checkbox"/> sim, anormal antes do início do trabalho de parto | <input type="checkbox"/> não, durante o trabalho de parto | | |
| | <input type="checkbox"/> sim, anormal durante o trabalho de parto | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 48 | Quem fez o parto? <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeira <input type="checkbox"/> parteira <input type="checkbox"/> pariu sozinha <input type="checkbox"/> outro _____ <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 49 | Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê? <input type="checkbox"/> ótimo <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> não se aplica | | | |
| | <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> ruim | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 49.1 | Por quê? _____ | | | |
| INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE | | | | |
| 50 | O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 51 | O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 52 | Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez? | | | |
| | <input type="checkbox"/> imediatamente | <input type="checkbox"/> não se aplica | | |
| | <input type="checkbox"/> menos de 1 hora | <input type="checkbox"/> mais de 1 hora. Quantas horas? _____ horas | <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 53 | O bebê mamou no peito na primeira hora de vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 54 | O bebê teve algum problema no nascimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 54.1 | Se sim, qual? _____ | | | |
| 55 | Ficou internado quando nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 55.1 | Se sim, por quanto tempo? _____ dias <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 56 | Foi indicado ficar na UTI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 56.1 | Se sim, qual o motivo? _____ | | | |
| 56.2 | Houve dificuldade para conseguir vaga? <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ <input type="checkbox"/> não se aplica | | | |
| | <input type="checkbox"/> Não | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 56.3 | Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI _____ horas ou _____ dias <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 57 | Foi transferida para outro hospital? <input type="checkbox"/> Sim. Porque _____ <input type="checkbox"/> não se aplica | | | |
| | <input type="checkbox"/> Não | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 57.1 | Para qual hospital a criança foi transferida? _____ Nome | | | |
| 57.2 | Como foi transportada para o outro hospital? <input type="checkbox"/> Carro particular <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Ambulância | | | |
| | <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____ | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 58 | Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 59 | Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital? <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> não se aplica | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Regular | | | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 60 | O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida? _____ dias | | | |

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE

61. Quando teve alta do hospital após o parto? _____ (data)

62. Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem? Sim Não, porque _____ não sabe

63. Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a

Aleitamento Vacinas Não recebeu

Retomar na maternidade Teste do pezinho não sabe

Cuidados com o umbigo Observação de icterícia Consulta com especialista. Qual _____

Procurar o Centro de Saúde Outros. Especificar _____

64. O bebê mamou no peito? Sim Não não sabe

64.1. Durante quanto tempo? _____ dias ou _____ meses não sabe

65. Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite _____ dias ou _____ meses não sabe

66. Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde? Sim Não não sabe

66.1. Se sim, qual? Centro de Saúde Convênio/Particular Especialista não sabe

66.2. Nome(s) _____

66.3. Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde? (data ou idade da criança) _____ não sabe

66.4. Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa? Sim Não não sabe

67. Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)? Sim Não não sabe

67.1. Se sim, por quê? _____

68. Dados do Cartão / Caderneta da Criança

68.1. Vacinação completa para a idade da criança Sim Não não sabe

68.2. Último peso registrado foi de _____ gramas na idade de _____ dias ou _____ meses

69. Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo? Sim Não não sabe

69.1. Se sim, quantas vezes? _____ vezes

69.2. Por que e onde?

1. motivo _____ no Hospital _____ na data _____

2. motivo _____ no Hospital _____ na data _____

3. motivo _____ no Hospital _____ na data _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.

70. Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente? febre tosse desmaio acidente

cansaço diarreia vômito não sabe

outros. Especificar _____

71. Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde? _____ horas ou _____ dias não sabe

72. Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde? Sim Não não sabe

72.1. Se sim, o que foi feito? _____

73. Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?

Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança, em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.

Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte

| Ordem | Data | Nome do Serviço de saúde | Bairro/Município | Tipo | Atendido por | Resultado | Problemas | Diagnóstico |
|-------|------|--------------------------|------------------|------|--------------|-----------|-----------|-------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)

| Tipo (de serviço procurado) | Atendido por | Resultado (do atendimento prestado) |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Unidade Básica de Saúde (UBS) | 1. Médico Generalista | 1. Não foi atendido |
| 2. Urgência / Emergência | 2. Médico Pediatra | 2. Atendido sem internação |
| 3. Maternidade (SUS) | 3. Enfermeiro | 3. Internado |
| 4. Hospital (SUS) | 4. Auxiliar / Técnico de enfermagem | 4. Outro. Especificar _____ |
| 5. Médico/Hospital particular/convênio | 5. Agente Comunitário de Saúde (ACS) | 99. não sabe |
| 6. Outro (especificar) | 6. Outro. Especificar _____ | |
| 99. não sabe | 99. não sabe | |

Problemas (encontrados)

| | |
|---|--|
| 1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames | 4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde |
| 2. Qualidade do atendimento não satisfatório | 5. Outro. Especificar _____ |
| 3. Dificuldade de acesso à medicação | 99. não sabe |

73.1. Observações sobre esta questão _____

74. Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?

Incluir dificuldades/facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.

74.1. C.S./Consultório/ Serviço de urgência Ótimo Ruim não se aplica

Regular Bom Não sabe

74.2. Hospital (na doença que causou a morte) Ótimo Ruim não se aplica

Regular Bom Não sabe

75. O óbito ocorreu no hospital em outro estabelecimento de saúde no domicílio no trajeto para o serviço de saúde

em via pública outro. Especificar _____ Não sabe

76. Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

77. O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

78. Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

79. Repercussões do óbito na família

80. Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)?

sim não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

81. Data da entrevista _____

82. Responsável pela investigação

Nome _____ Carimbo e rubrica _____

ANEXO H – Ficha de Investigação de Óbito Fetal (Serviço de Saúde Hospitalar)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

F2

Nº do Caso

Ficha de Investigação do Óbito Fetal Serviço de Saúde Hospitalar

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| 1 Nome da mãe | | | |
| 2 N° da Declaração de Óbito | | 3 Data do óbito | |
| 4 Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado | 5 Peso ao Nascer | gramas |
| 6 Idade gestacional | semanas ou | meses | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| 7 Número do Cartão Sus da mãe | | | |
| 8 Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação | | | |
| Nome | | Código CNES | |
| 9 Tipo de hospital/maternidade | | | |
| <input type="checkbox"/> SUS | | <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular | |
| ASSISTÊNCIA AO PARTO | | | |
| 10 Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc.) | | | |
| 11 Data do parto | | 12 Hora do parto | SR |
| 13 O parto ocorreu | | | |
| <input type="checkbox"/> No domicílio | | <input type="checkbox"/> Na maternidade | |
| <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde | | <input type="checkbox"/> Via pública | |
| <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar | | SR | |
| 14 Tipo de parto | | | |
| <input type="checkbox"/> Vaginal | | <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea | |
| 15 Profissional que fez o parto | | | |
| <input type="checkbox"/> Médico obstetra | | <input type="checkbox"/> Médico não obstetra | |
| <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz | | <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulso | |
| <input type="checkbox"/> Outro. Especificar | | SR | |
| 16 Tempo de bolsa rota | | | |
| | | horas | |
| <input type="checkbox"/> Claro | | <input type="checkbox"/> Com mecônio <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fétido | |
| 17 Aspecto do líquido amniótico | | | |
| 18 Intercorrências maternas observadas durante o trabalho de parto | | | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão | | <input type="checkbox"/> Infecção | |
| <input type="checkbox"/> Sem intercorrências | | <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Hemorragia | |
| <input type="checkbox"/> Outra. Especificar | | SR | |
| 19 Idade gestacional cronológica | | | |
| semanas ou | | meses | |
| <input type="checkbox"/> sem | | <input type="checkbox"/> não | |
| <input type="checkbox"/> ignorada | | SR | |
| 20 Esteve grávida antes desta gestação? | | | |
| Número de gestações (inclusive esta) | | Número de partos | |
| Número de abortos | | SR | |
| 21 Tipo(s) de parto(s) | | | |
| <input type="checkbox"/> partos normais | | <input type="checkbox"/> partos cesáreos | |
| 22 Filhos nascidos vivos | | | |
| Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação) | | SR | |
| 23 Data do último parto | | | |
| 24 Patologias/fatores de risco durante a gravidez | | | |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária | | <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias | | <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh | |
| <input type="checkbox"/> Gestação múltipla | | <input type="checkbox"/> Hemorragias | |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose | | <input type="checkbox"/> Gestação prolongada | |
| <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito | | <input type="checkbox"/> Sífilis | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional | | <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST) | |
| <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro | | <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) | | <input type="checkbox"/> Tireotoxicose | |
| <input type="checkbox"/> Outras, especificar | | SR | |
| 25 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | | <input type="checkbox"/> Não | |
| 26 Quais medicamentos usou? | | | |
| As questões seguintes devem ser aplicadas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 34. | | | |
| 27 Qual o nome do estabelecimento | | | |
| Nome | | Código CNES | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 28 Tipo de maternidade | | <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular | |
| 29 Data da internação | | Data da internação | |
| 30 Condição à internação | | | |
| <input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulso) | | <input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros) | |
| <input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro | | <input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto | |
| <input type="checkbox"/> Período expulso | | <input type="checkbox"/> Cesárea | |
| <input type="checkbox"/> Outro. Especificar | | SR | |
| 31 Registros à admissão da gestante na maternidade | | | |
| <input type="checkbox"/> Pressão arterial. Anotar valores | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> Dinâmica uterina: | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> Dilatação do colo: | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> Batimentos cardiotetais: | | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo | |
| <input type="checkbox"/> Apresentação: | | <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Anômala | |
| <input type="checkbox"/> Membrana amniótica: | | <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Rota | |
| 32 Foram realizados na admissão | | | |
| <input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh | | <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Anti-HIV | |
| 33 Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação) | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | |
| 34 Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação | | SR | |
| 35 Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação | | SR | |
| 36 Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação | | SR | |
| 37 Avaliação da mãe | | hora / minuto | |
| 38 Avaliação do feto - BCF | | hora / minuto | |
| <input type="checkbox"/> Não se aplica | | SR | |
| 39 Medicação utilizada | | | |
| <input type="checkbox"/> Octocina | | <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso | |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos | | <input type="checkbox"/> Meperidina <input type="checkbox"/> Não usou medicação | |
| <input type="checkbox"/> Outra. Especificar | | SR | |
| 40 Se foi realizada cesárea, qual a indicação | | | |
| <input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura | | <input type="checkbox"/> Falha de indução do parto | |
| <input type="checkbox"/> Apresentação anômala | | <input type="checkbox"/> Hemorragia | |
| <input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrâmnio | | <input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica | |
| <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta | | <input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia | |
| <input type="checkbox"/> Outra. Especificar | | SR | |
| 41 Anestesia durante o trabalho de parto | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | | <input type="checkbox"/> Não | |
| 42 Se sim, qual? | | | |
| <input type="checkbox"/> Geral | | <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Raqui | |
| 43 Outros métodos de alívio da dor | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | | <input type="checkbox"/> Não | |
| ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO | | | |
| 44 Peso ao nascer | | gramas | |
| 45 Quem assistiu a criança na sala de parto? | | | |
| <input type="checkbox"/> Obstetra | | <input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/> Residente | |
| <input type="checkbox"/> Pediatra | | <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Outro. Especificar | |
| 46 Foi realizada alguma tentativa de reanimação? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | | <input type="checkbox"/> Não | |
| 47 Condições de nascimento | | | |
| <input type="checkbox"/> nascido vivo | | <input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto | |
| <input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado | | <input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento | |
| 48 Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (maceração, mal formação, etc.) | | | |
| 49 Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto | | | |
| 50 O corpo foi encaminhado para necropsia? | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | | <input type="checkbox"/> Não | |
| 51 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver | | | |
| 52 Observações gerais | | | |
| 53 Segundo o investigador, o que aconteceu neste caso? | | | |
| 54 Data do encerramento da coleta de dados | | | |
| 55 Responsável pela investigação | | | |
| Nome | | Carimbo e rubrica | |

ANEXO I – Ficha de Investigação de Óbito Fetal (Entrevista Domiciliar)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

F3

Ficha de Investigação do óbito fetal

Entrevista domiciliar

Nº do Caso

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Nome da mãe | | | | | | | | |
| 2 | Nº da Declaração de Óbito | 3 | Data do óbito | <input type="text"/> | | | | | |
| 4 | Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Ignorado | | | | | |
| 5 | Peso ao nascer | <input type="text"/> | <input type="text"/> | gramas | | | | | |
| 6 | Idade gestacional | <input type="text"/> | <input type="text"/> | meses | | | | | |
| 7 | Nº do Cartão SUS da mãe | 8 | Equipe / PACS / PSF | <input type="checkbox"/> sem cobertura | | | | | |
| 9 | Centro de Saúde / UBS | 10 | Distrito Sanitário / Administrativo | | | | | | |
| 11 | Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.) | Nº | Compl. | | | | | | |
| | Bairro | Distrito / Povoado | Local | <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural | | | | | |
| 12 | Município de residência | UF | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA | | | | | | | | | |
| 13 | Nome do(a) entrevistado(a) | | | | | | | | |
| 13.1 | Relação com a criança falecida | <input type="checkbox"/> mãe | <input type="checkbox"/> pai | <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____ | | | | | |
| 14 | Quantas pessoas moram nesta casa? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | personas | | | | | |
| 15 | Quantos cômodos são usados para dormir? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | cômodos | | | | | |
| 16 | Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | torneiras (pontos de água) | | | | | |
| 17 | Há algum fumante residente nesta casa? | <input type="checkbox"/> Sim, quantos _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe | | | | | |
| 18 | Qual a idade da mãe? | <input type="text"/> | anos | 19 | A mãe tem trabalho remunerado? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 20 | Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação) | <input type="text"/> | série | <input type="text"/> | grau | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 21 | A mãe vive com o pai da criança / companheiro? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe | | | | | |
| 22 | Qual a cor da pele da mãe da criança? | <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Preta | <input type="checkbox"/> Amarela | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Parda | <input type="checkbox"/> Indígena | <input type="checkbox"/> não sabe | | | | | |
| 23 | Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | vezes | | | | | |
| 23.1 | Essas gravidezes resultaram em | <input type="text"/> | abortos | <input type="text"/> | nascidos vivos | <input type="text"/> | <input type="text"/> | nascidos mortos | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 23.2 | Tipo(s) de parto(s) | <input type="text"/> | partos normais | <input type="text"/> | partos cesáreos | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 23.3 | Qual a data do último parto? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> não sabe | | | |
| 24 | Dos filhos que nasceram vivos, algum morreu? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não se aplica | <input type="checkbox"/> não sabe | | | | |
| 24.1 | Que idade tinha e de quê morreu? | idade | <input type="text"/> | Causa da morte | <input type="text"/> | | | | |
| | | idade | <input type="text"/> | Causa da morte | <input type="text"/> | | | | |
| | | idade | <input type="text"/> | Causa da morte | <input type="text"/> | | | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| 25 | Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> parente adulto |
| | | <input type="checkbox"/> Outra criança | <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> não sabe |
| GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL | | | | |
| Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc. | | | | |
| 26 | A gravidez foi planejada? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem | <input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 26.1 | Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 27 | A gravidez foi | <input type="checkbox"/> única | <input type="checkbox"/> gemelar | <input type="checkbox"/> trigemelar ou mais |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 28 | A mãe fez pré-natal? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 28.1 | Se não fez pré-natal, por que não? | <input type="text"/> | | |
| 28.2 | Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | meses |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 28.3 | Se tardio (após primeiro trimestre), por que? | <input type="text"/> | | |
| 28.4 | Quantas consultas fez no pré-natal? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | consultas |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 28.5 | A mãe tomou vacina contra tétano? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 28.6 | Quantas doses? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | doses |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 28.7 | Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros) | <input type="text"/> | | |
| 28.8 | Tipo de consultório | <input type="checkbox"/> SUS | <input type="checkbox"/> Convênio | <input type="checkbox"/> Particular |
| | | <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 28.9 | Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a: | | | |
| | Consulta no Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | Pré-natal de alto risco | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | Exames | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | Ultra-som | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | Medicamentos | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 29 | Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 29.1 | Qual o nome da maternidade indicada? | <input type="text"/> | | |
| 30 | Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal? | <input type="checkbox"/> ótimo | <input type="checkbox"/> bom | <input type="checkbox"/> regular |
| | | <input type="checkbox"/> ruim | <input type="checkbox"/> não sabe | |
| | Por que? | <input type="text"/> | | |
| 31 | O cartão de pré-natal está completo? | | | |
| | Completo(a) significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização para tétano) de acordo com a idade gestacional | | | |
| | | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> cartão/caderneta não disponível |
| | | <input type="checkbox"/> não se aplica | | |

31.4 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

| Data | Idade Gestacional | Peso (Kg) | PA (mmHg) | UF (cm) | BCF | MF | Exames (inclusive US) | Observações/conduita |
|------|-------------------|-----------|-----------|---------|-----|----|-----------------------|----------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

32 Durante a gravidez, a mãe apresentou

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> pressão alta | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã | <input type="checkbox"/> Rh negativo |
| <input type="checkbox"/> doença do coração | <input type="checkbox"/> sífilis | <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro | <input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema |
| <input type="checkbox"/> infecção urinária | <input type="checkbox"/> HIV / Aids | <input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões | <input type="checkbox"/> não sabe |
| <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____ | | | |

33 Houve tratamento? sim, qual _____ não, por que? _____ não sabe

37.2 Em que época da gravidez? no _____ mês de gestação ou a partir do _____ mês de gestação

35 Durante a gestação, a mãe fez uso de

| | | | |
|---|---|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarro | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ vezes por dia | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |
| <input type="checkbox"/> Bebidas alcoólicas | <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não sabe |

ASSISTÊNCIA AO PARTO

34 Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/maternidade) na ocasião do parto?

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu | <input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer | <input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê |
| <input type="checkbox"/> Teve sangramento | <input type="checkbox"/> Teve contrações | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____ | | |

34.1 Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", _____ horas _____ dias Não sabe isto aconteceu quanto tempo antes do parto?

34.2 Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento? _____ horas _____ dias Não sabe

35 Quando rompeu a bolsa d'água? Só na hora do parto < 12 h antes do parto 12 – 24 h antes do parto mais de 24 h antes do parto Não sabe

39.1 Como estava o líquido? Claro Escuro Com sangue Não sabe

39.2 O líquido tinha mau cheiro? Sim Não não sabe

36 De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu? _____ semanas ou _____ meses não sabe

37 O parto ocorreu: No domicílio No trajeto para o serviço de saúde No hospital / maternidade Outros. Especificar _____ não sabe

37.1 Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não? _____

37.2 O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal? Sim Não Não foi indicado hospital não sabe

37.3 Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não? _____

38 O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento? Sim Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital não sabe Não. Por que _____

38.1 Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança. _____

39 Como a mãe foi transportada na hora do parto? Taxi Ambulância/SAMU Carro particular Carro da polícia Ônibus Parto foi domiciliar/Não foi transportada Outros. Especificar _____ não sabe

40 Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida? menos de 30 minutos de 30 minutos a duas horas duas horas ou mais não sabe

41 Estava com acompanhante na sala de parto? sim, quem? _____ não não sabe

42 Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto? dinâmica uterina/avaliação contração toque vaginal Não medida de PA ausculta do bebê não se aplica não sabe

42.1 As batidas do coração do bebê estavam presentes? sim, normais não, antes do início do trabalho de parto sim, anormal antes do início do trabalho de parto não, durante o trabalho de parto sim, anormal durante o trabalho de parto não sabe

43 Quem fez o parto? médico enfermeira parteira pariu sozinha outro _____ não sabe

44 Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê? ótimo regular não se aplica bom ruim não sabe

43 Por quê?

INFORMAÇÕES SOBRE O NATIMORTO

45 O bebê manifestou algum sinal de vida quando nasceu? (movimentos, respiração, batimento cardíaco)

Sim. Por quanto tempo? Não não sabe

46 Foi tentada reanimação? Sim Não não sabe

46.1 Qual profissional tentou a reanimação? Pediatra / neonatologista Outro. Qual?

47 A morte do bebê ocorreu Antes do trabalho de parto Depois do trabalho de parto

Durante o trabalho de parto Não sabe

48 Qual o peso ao nascer? gramas

49 Prematuro? Sim Não não sabe

50 Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

"Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52."

51 O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52.

52 Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psí-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

53 Repercussões do óbito na família

54 Data da entrevista

55 Responsável pela investigação

Nome Carimbo e rubrica

ANEXO J – Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal (Síntese, Conclusões e Recomendações)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

IF5

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

Síntese, conclusões e recomendações

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| 1 | Nome da Criança _____ | | ou Óbito Fetal <input type="checkbox"/> anteparto <input type="checkbox"/> intraparto <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Nome da mãe _____ | | | |
| 3 | Nº da Declaração de Nascido Vivo _____ | | 4 | Data de Nascimento _____ |
| 5 | Nº da Declaração de Óbito _____ | | 6 | Data do óbito _____ |
| 7 | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado | | 8 | Peso ao Nascer _____ gramas |
| 9 | Idade ao óbito (infantil) _____ meses _____ dias _____ horas _____ minutos _____ Ign | | | |
| 10 | Idade gestacional _____ semanas ou _____ meses _____ Ign | | | |
| 11 | Faixa etária ao óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Neonatal precoce <input type="checkbox"/> Neonatal tardio <input type="checkbox"/> Pós-neonatal _____ Ign | | | |
| 12 | Idade da mãe (em anos) _____ anos | | 13 | Escolaridade materna _____ série _____ grau _____ Ign |
| 14 | Município de residência da família _____ | | | UF _____ |
| 15 | Município de ocorrência do óbito _____ | | | UF _____ |
| Resumo do caso | | | | |
| _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |
| 16 | Fontes de informações da investigação <input type="checkbox"/> Prontuários ambulatoriais (11/F1) <input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar (13/F3) <input type="checkbox"/> Autópsia verbal (AV1) <input type="checkbox"/> Registros do atendimento de urgência/emergência (11/F1) <input type="checkbox"/> SVO (1F4) <input type="checkbox"/> Registros hospitalares (12/F2) <input type="checkbox"/> IML (1F4) | | | |
| 17 | Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal | | | |
| 17.1 | Nome _____ | | Código CNES _____ | |
| 17.2 | Nome _____ | | Código CNES _____ | |
| 17.3 | Tipo de estabelecimento <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal <input type="checkbox"/> Ign | | | |
| 17.4 | Idade gestacional quando realizou a primeira consulta _____ semanas ou _____ meses _____ Ign | | | |

| | | | | |
|-------------|---|----------------|---------------------------|--|
| 18 | Local do parto <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Ign | | | |
| 18.1 | Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto _____ | | | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Nome _____ | | Código CNES _____ | |
| 18.2 | Tipo de estabelecimento <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado conveniado <input type="checkbox"/> Privado não conveniado <input type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Ign | | | |
| 18.3 | Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | | | |
| 18.4 | Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | | | |
| 19 | A criança era acompanhada na atenção básica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | | | |
| 19.1 | Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada: _____ | | | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| | Nome _____ | | Código CNES _____ | |
| 19.2 | Tipo de estabelecimento <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal <input type="checkbox"/> Ign | | | |
| 19.3 | A vacinação estava em dia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | | | |
| 20 | A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 21 | Causas do óbito após a investigação _____ | | | CID _____ |
| | Parte I a) _____ | | | |
| | b) _____ | | | |
| | c) _____ | | | |
| | d) _____ | | | |
| | Parte II _____ | | | |
| 22 | Causa básica após a investigação _____ | | | |
| 23 | A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 23.1 | Quais campos e que alterações | | | |
| | Campo _____ | Original _____ | Após a investigação _____ | |
| | Campo _____ | Original _____ | Após a investigação _____ | |
| | Campo _____ | Original _____ | Após a investigação _____ | |
| 24 | A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo? <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 24.1 | Quais campos e que alterações | | | |
| | Campo _____ | Original _____ | Após a investigação _____ | |
| | Campo _____ | Original _____ | Após a investigação _____ | |
| | Campo _____ | Original _____ | Após a investigação _____ | |

| | | | | |
|-------|--|---|------------------------------|------------------------------|
| 25 | Foram identificados problemas após a investigação? | <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 26 | Descrever os problemas identificados após a investigação | Falha no acesso Falha na assistência | | |
| | Assinalar com um X a alternativa mais adequada (itens 26 a 35) | 1 Sim 2 Não 3 Inconclusivo | | |
| 26.1 | Planejamento familiar | 1 | 2 | 3 |
| 26.2 | Pré-natal | 1 | 2 | 3 |
| 26.3 | Assistência ao parto | 1 | 2 | 3 |
| 26.4 | Assistência ao recém-nascido na maternidade | 1 | 2 | 3 |
| 26.5 | Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS / PSF / PACS | 1 | 2 | 3 |
| 26.6 | Assistência à criança na urgência / emergência | 1 | 2 | 3 |
| 26.7 | Assistência à criança no hospital | 1 | 2 | 3 |
| 26.8 | Dificuldades da família | 1 | 2 | 3 |
| 26.9 | Causas externas | 1 | 2 | 3 |
| 26.10 | Organização do sistema / serviço de saúde | 1 Sim 2 Não 3 Inconclusivo | | |
| | a Cobertura da atenção primária | 1 | 2 | 3 |
| | b Referência e contra-referência | 1 | 2 | 3 |
| | c Pré-natal de alto risco | 1 | 2 | 3 |
| | d Leito de UTI - gestante de alto risco | 1 | 2 | 3 |
| | e Leitos de UTI Neonatal | 1 | 2 | 3 |
| | f Central de regulação | 1 | 2 | 3 |
| | g Transporte pré e inter-hospitalar | 1 | 2 | 3 |
| | h Bancos de sangue | 1 | 2 | 3 |
| | i Outros. Especificar: _____ | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------|--|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 27 | Este óbito poderia ter sido evitado? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> Inconclusivo | | | | | | |
| 28 | Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada) | | | | | | | | | |
| | Wigglesworth | <input type="checkbox"/> W1 | <input type="checkbox"/> W2 | <input type="checkbox"/> W3 | <input type="checkbox"/> W4 | <input type="checkbox"/> W5 | <input type="checkbox"/> W6 | <input type="checkbox"/> W7 | <input type="checkbox"/> W8 | <input type="checkbox"/> W9 |
| | SEADE | <input type="checkbox"/> S1 | <input type="checkbox"/> S2 | <input type="checkbox"/> S3 | <input type="checkbox"/> S4 | <input type="checkbox"/> S5 | <input type="checkbox"/> S6 | <input type="checkbox"/> S7 | <input type="checkbox"/> S8 | <input type="checkbox"/> S9 |
| | Lista brasileira | <input type="checkbox"/> 1.1 | <input type="checkbox"/> 1.2.1 | <input type="checkbox"/> 1.2.2 | <input type="checkbox"/> 1.2.3 | <input type="checkbox"/> 1.3 | <input type="checkbox"/> 1.4 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 29 | Recomendações e medidas de prevenção | | | | | | | | | |
| 29.1 | Planejamento familiar | _____ | | | | | | | | |
| 29.2 | Pré-natal | _____ | | | | | | | | |
| 29.3 | Assistência ao parto | _____ | | | | | | | | |
| 29.4 | Assistência ao recém-nascido na maternidade | _____ | | | | | | | | |
| 29.5 | Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS | _____ | | | | | | | | |
| 29.6 | Assistência à criança na urgência / emergência | _____ | | | | | | | | |
| 29.7 | Assistência à criança no hospital | _____ | | | | | | | | |
| 29.8 | Organização do sistema / serviço de saúde | _____ | | | | | | | | |
| 30 | Data da conclusão do caso | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | | | | | | |
| 31 | Responsável | _____ | | | | | | | | |
| | Nome | _____ | | | | Carimbo e rubrica _____ | | | | |

ANEXO K – Ficha de Investigação de Óbito Infantil (Autopsia Verbal)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 1 AV1

Autopsia verbal
Criança menor de um ano

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Complemento da entrevista domiciliar

Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da criança falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte, ou a mãe de uma sequência da Ficha de Investigação de Óbito Infantil. Isto é, logo após aos relatos espontâneos sobre a doença ou situação que levou à morte. (Questão 77 da Ficha de Investigação de Óbito Infantil – Entrevista domiciliar)

Nº do Caso

| IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO | | | |
|--|---|---|--|
| 1 | Nome do(a) falecido(a) | | |
| 2 | Nome da mãe | | |
| 3 | Data de nascimento | Data do óbito | Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| 4 | A Declaração de Nascido Vivo (DN) foi emitida? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | Nº DN |
| 5 | A Declaração de Óbito (DO) foi emitida? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | Nº DO |
| 6 | Possui Certidão de Óbito (emitida pelo Cartório)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | |
| 7 | Local do sepultamento | | |
| LOCAL DA ENTREVISTA | | | |
| 8 | Logradouro (Rua, Praça, Av, etc.) | Nº | Compl. |
| 9 | Jairro | Distrito/Povoado | |
| 10 | Município | UF | Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural |
| 11 | Fonte de Referência | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO | | | |
| 12 | Nome do(a) entrevistado(a) | | |
| 13 | Qual sua relação com o(a) falecido(a)? | <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> outro | |
| ÓBITO DEVIDO A CAUSA EXTERNA | | | |
| 14 | O bebê sofreu algum ferimento/acidente/violência? | <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 15 | O bebê faleceu devido a ferimento/acidente/violência? | <input type="checkbox"/> Sim: passe à Questão 65 <input type="checkbox"/> Não: continue da Questão 15 até a Questão 73 | |
| FATORES DE SAÚDE E HISTÓRIA DA GRAVIDEZ DA MÃE | | | |
| 16 | Tentou interromper a gravidez (perder o bebê)? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 17 | Como? | <input type="checkbox"/> chás <input type="checkbox"/> comprimidos <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> coquetéis injetáveis <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 18 | Durante a gravidez a mãe sofreu algum ferimento ou agressão ou violência? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 19 | Qual era o estado de saúde da mãe no momento do nascimento do bebê? | <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> doente <input type="checkbox"/> faleceu durante o parto <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 20 | No dia do parto, a mãe apresentou | <input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> febre <input type="checkbox"/> confusão mental <input type="checkbox"/> convulsão <input type="checkbox"/> muito sangramento <input type="checkbox"/> nada disso <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 21 | A mãe teve febre no dia que o trabalho de parto começou? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | |

| 22 | A mãe teve febre após o parto? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
|-------------------------|---|--|--|--|
| 23 | A mãe apresentou depressão pós parto? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 24 | Qual era o estado de saúde da mãe no momento da morte do bebê? | <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> doente <input type="checkbox"/> falecida <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| CONDIÇÕES DE NASCIMENTO | | | | |
| 25 | O bebê respirou (aspirou) a água durante o trabalho de parto? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 26 | Quanto tempo durou o trabalho de parto? | <input type="checkbox"/> menos de 12 horas <input type="checkbox"/> 12 a 24 horas <input type="checkbox"/> 24 horas ou mais <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 27 | O parto foi: | <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> cesáreo <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 28 | Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps (puxado a ferro)? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 29 | Que parte do bebê saiu primeiro? | <input type="checkbox"/> cabeça <input type="checkbox"/> braço/mão <input type="checkbox"/> pés <input type="checkbox"/> nádegas <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 30 | O cordão umbilical saiu antes do bebê nascer? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 31 | O bebê nasceu com circular do cordão (fechado)? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 32 | Precisou de ajuda para respirar? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 33 | Demorou a chorar? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 34 | Qual foi o peso do bebê ao nascer? | <input type="text"/> gramas <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 35 | O tamanho do bebê, de acordo com o tempo de gestação, foi | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> menor que o normal <input type="checkbox"/> maior que o normal <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 36 | Apresentou esses quebrados decorrentes de parto? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 37 | Tinha algum sinal de paralisia? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 38 | Qual era a cor do bebê ao nascer? | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> roxa <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 39 | Tinha alguma malformação? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 40 | Onde? | <input type="checkbox"/> nas mãos/pés <input type="checkbox"/> nas costas (calombo ou buraco) <input type="checkbox"/> na cabeça (muito grande) <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> na caração <input type="checkbox"/> no lábio e/ou no céu da boca <input type="checkbox"/> na cabeça (muito pequena) <input type="checkbox"/> outro | | |
| 41 | Tinha lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele quando nasceu? | <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe | | |
| 42 | Onde? | <input type="checkbox"/> rosto <input type="checkbox"/> braços e pernas <input type="checkbox"/> tronco <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro local | | |
| 43 | Como eram? | <input type="checkbox"/> manchas avermelhadas <input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço) <input type="checkbox"/> manchas roxas <input type="checkbox"/> feridas com pus <input type="checkbox"/> bolhas com pus <input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente <input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro | | |

| SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE O BEBÊ QUE NASCEU VIVO | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------|----------------|---------------|----------|
| 37 | Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer? | horas | dias | meses | não se aplica | não sabe |
| 38 | Chegou a se alimentar | sim, no peito | sim, na mamadeira | sim, por sonda | sim, outro | não sabe |
| 38.1 | Quanto tempo depois de nascer começou a se alimentar? | horas | dias | | | não sabe |
| 38.2 | O bebê parou de se alimentar antes de morrer? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 39 | Tomou somente leite do peito? | | sim | não | | não sabe |
| 40 | Foi usada alguma coisa para curar (cuidar) o umbigo? | sim, o quê? | | nada | | não sabe |
| 41 | Teve o umbigo vermelho ou com secreção? | | sim | não | | não sabe |
| 42 | Apresentou coloração amarelada nos olhos, pele, palmas das mãos ou plantas dos pés (icterícia)? | | sim | não | | não sabe |
| 42.1 | Quanto tempo depois do nascimento a coloração amarelada começou? | horas | dias | | | |
| 42.2 | Durante quanto tempo permaneceu com a coloração amarela? | horas | dias | | | |
| 42.3 | Quando o bebê morreu ele ainda estava com a coloração amarela? | | sim | não | | não sabe |
| 43 | O bebê crescia normalmente? | | sim | não | | não sabe |
| 44 | Teve convulsões (ataque)? | sim, vez(es) por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 45 | Ficou rígido (endurecido) ou curvado para trás? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 46 | A moleira (fontanela) ficou saliente? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 47 | A moleira (fontanela) ficou funda (deprimida)? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 48 | Chegou a ficar inconsciente (desacordado)? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 48.1 | Como começou? | | de repente | lentamente | | não sabe |
| 48.2 | Teve febre? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 49 | A febre era: | | contínua | ia e vinha | | não sabe |
| 49.1 | A febre era muito alta? | | sim | não | | não sabe |
| 49.2 | Teve febre apenas à tarde e/ou à noite? | | sim | não | | não sabe |
| 49.3 | Teve calafrios ou arrepios? | | sim | não | | não sabe |
| 50 | Teve temperatura mais baixa que o normal (hipotermia)? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 51 | Teve tosse? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe |
| 51.1 | A tosse era frequente? | | sim | não | | não sabe |
| 51.2 | Tossia somente quando estava deitado? | | sim | não | | não sabe |
| 51.3 | Vomitava depois de tossir? | | sim | não | | não sabe |
| 51.4 | A tosse era com catarro? | | sim | não | | não sabe |
| 51.5 | Tossia com sangue? | | sim | não | | não sabe |
| 51.6 | Teve suor à tarde e/ou à noite? | | sim | não | | não sabe |

| | | | | | | | | |
|------|---|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------|------------------|-------------|----------|
| 52 | Respirava mais rápido do que o normal? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 53 | Teve dificuldades em respirar? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 53.1 | Fazia barulho para respirar? | sim, roncos | sim, chiados | não | | não sabe | | |
| 53.2 | A cada vez que respirava sua barriguinha murchava perto das costelas? | | sim | não | | não sabe | | |
| 54 | Ficou rosinho (cianótico) alguma vez? | | sim | não | | não sabe | | |
| 54.1 | A cor arroxeada (cianose) foi: | | ao redor da boca | nas mãos e nos pés | no corpo todo | não sabe | | |
| 55 | Teve diarreia? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 55.1 | A diarreia era: | | contínua | ia e vinha | | não sabe | | |
| 55.2 | Quantas vezes defecava no dia? | | | vezes | | não sabe | | |
| 55.3 | Em algum momento as fezes tinham sangue? | | sim | não | | não sabe | | |
| 56 | Vomitava? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 56.1 | Quanto tempo depois do nascimento começou a vomitar? | horas | dias | meses | | | | |
| 56.2 | Quantas vezes vomitava por dia? | | | vezes | | não sabe | | |
| 57 | Teve a barriga inchada? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 58 | Teve dificuldades em urinar? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 59 | Teve mudança na quantidade de urina por dia | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 59.1 | Qual? | | aumentou muito | diminuiu muito | parou | | | |
| 59.2 | | | aumentou pouco | diminuiu pouco | não sabe | | | |
| 60 | Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 60.1 | Onde? | | nariz | boca | ânus | outro | | |
| 61 | Teve algum inchaço? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 61.1 | Onde? | | nas pernas | no rosto | no corpo todo | nas articulações | não sabe | outro |
| 62 | Teve fínguas? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |
| 62.1 | Onde? | | no pescoço | na nuca | na axila | na virilha | | não sabe |
| 63 | Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele durante a doença que levou à morte? | | sim | não | | não sabe | | |
| 63.1 | Onde? | | rosto | braços e pernas | tronco | não sabe | outro local | |
| 63.2 | Como eram? | | manchas avermelhadas | pápulas ou nódulos (caroço) | | | | |
| 63.3 | | | manchas roxas | feridas com pus | | | | |
| 63.4 | | | bolhas com pus | feridas com líquido transparente | | | | |
| 63.5 | | | bolhas com líquido transparente | não sabe | outro | | | |
| 64 | Teve coceira? | sim, por quanto tempo? | | não | | não sabe | | |

| HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA | | | |
|--|---|---|---|
| 65 | Sofreu algum ferimento, acidente ou violência antes da morte? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe |
| 65.1 | Qual? | <input type="checkbox"/> acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> corte |
| | | <input type="checkbox"/> envenenamento ou intoxicação | <input type="checkbox"/> sufocação |
| | | <input type="checkbox"/> queda | <input type="checkbox"/> pancada |
| | | <input type="checkbox"/> outro | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 65.2 | Como, quando e onde aconteceu? | | |
| 66 | Foi mordido ou picado por algum animal ou inseto? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe |
| SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS/TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE | | | |
| 67 | Se a criança ficou internada, algum profissional de saúde informou sobre a doença? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe |
| 67.1 | O que ele disse? | | |
| 67.2 | Qual foi o tratamento indicado? | | |
| 68 | Se foi atendida em ambulatório (UBS, PSF, Clínica) algum profissional de saúde informou sobre a doença? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe |
| 68.1 | O que ele disse? | | |
| 68.2 | Qual foi o tratamento indicado? | | |
| 69 | Foi operado(a) por causa da doença? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe |
| 69.1 | Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)? | ___ dias | <input type="checkbox"/> não sabe |
| 69.2 | Que parte do corpo foi operada? | <input type="checkbox"/> não sabe | |
| 70 | Se não recebeu tratamento em serviços de saúde, por que não? | <input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento | <input type="checkbox"/> encontrou morto |
| | | <input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento | <input type="checkbox"/> outro |
| | | <input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento | <input type="checkbox"/> não se aplica |
| | | <input type="checkbox"/> não quis/não aceitou | <input type="checkbox"/> não sabe |

| ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES | | | |
|---|--|---|--|
| 71 | Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte, se houver | | |
| 72 | Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte, se houver | | |
| Solicite o cartão de vacina da criança falecida | | | |
| 73 | Tomou vacinas? | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe |
| 73.1 | Quais? | <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> sarampo, rubéola, caxumba |
| | | <input type="checkbox"/> contra hepatite | <input type="checkbox"/> contra sarampo |
| | | <input type="checkbox"/> contra febre amarela | <input type="checkbox"/> não sabe |
| | | <input type="checkbox"/> triplíce (DTP) | <input type="checkbox"/> DTP+HIB |
| | | <input type="checkbox"/> anti-pólio | <input type="checkbox"/> rotavírus |
| | | <input type="checkbox"/> outra | |

| CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| Causas da morte depois de entrevista | | | |
| Parte I | Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte | a | |
| | Causas antecedentes | b | Devido ou como consequência de |
| | Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica | c | Devido ou como consequência de |
| | | d | Devido ou como consequência de |
| Parte II | Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima | | |
| Data da entrevista | | ___/___/___ | Data da análise |
| Nome dos entrevistadores | | Profissionais médicos que analisaram as informações | |

ANEXO L – Ficha de Coleta de dados de Laudo de Necropsia



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Vigilância em Saúde
 Departamento de Análise de Situação de Saúde



Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia

Nº do Caso

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Nome da Criança _____ | ou Óbito Fetal <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 2 | Nome da mãe _____ | | | | | | |
| 3 | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado | | | | | | |
| 4 | Nº da Declaração de Óbito _____ | 5 Data do óbito <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| 6 | Número do Laudo de Necropsia _____ | Data de emissão do Laudo <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Órgão Emissor do Laudo _____ | Município _____ | | | | | |
| 7 | Município de ocorrência do óbito _____ | UF <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 8 | Causas da morte, que constam no Laudo de Necropsia _____ _____ _____ _____ | | | | | | |
| 9 | Descrição do caso no Laudo e/ou informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento do médico ou serviço de saúde _____ _____ _____ _____ | | | | | | |
| 10 | Exame macroscópico – transcrever os principais achados _____ _____ _____ _____ | | | | | | |
| 11 | Exame microscópico e/ou toxicológico – transcrever os principais achados _____ _____ _____ _____ | | | | | | |
| 12 | Data da conclusão <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 13 | Responsável pela investigação Nome _____ Carimbo e rubrica _____ | | | | | | |