



Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA

**ÓBITOS FETAIS: UMA ANÁLISE DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO DO
MUNICÍPIO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE**

RECIFE

2017

LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA

**Óbitos fetais: uma análise da vigilância do óbito do município do Jaboatão
dos Guararapes-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/CCS/UFPE), como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de mestre. – linha de pesquisa – modo de vida, morbimortalidade e atenção à saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thália Velho Barreto de Araújo

RECIFE

2017

Catalogação na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4-1895

M332o	Maria, Lidian Franci Batalha Santa. Óbitos fetais: uma análise da vigilância do óbito do município do Jaboatão dos Guararapes-PE / Lidian Franci Batalha Santa Maria. – Recife: o autor, 2017. 83 f.; 30 cm.
	Orientadora:Thália Velho Barreto de Araújo. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Inclui referências, tabelas e anexos.
	1. Avaliação em saúde. 2. Estatísticas vitais. 3. Óbito fetal. 4. Sistemas de informação em saúde. 5. Vigilância epidemiológica. I. Araújo, Thália Velho Barreto de (orientadora). II. Título.
	614 CDD (23.ed.)
	UFPE (CCS 2018 - 090)

LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA

**ÓBITOS FETAIS: UMA ANÁLISE DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO DO MUNICÍPIO DO
JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE**

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Cristine Vieira do Bonfim

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a Dr^a. Gabriela da Silveira Gaspar

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a. Dr^a. Thália Velho Barreto de Araújo

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Dedico este trabalho a todos os que me incentivaram, apoiaram e contribuíram de alguma forma para a realização desse sonho.

À família que me sustenta e me sustentou com carinho e compreensão, sendo meu porto seguro em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por direcionar meus passos e por todas as bênçãos concedidas – do dom da vida às oportunidades proporcionadas. E também por me fazer crescer com os obstáculos e contrariedades da vida.

Aos meus pais, Edionor e Ezra, que sempre investiram, incentivaram e acreditaram em mim. Além de me dedicarem amor e respeito, ensinando-me princípios e valores que me tornaram o que sou hoje.

A Humberto e Letícia, esposo e filha, que compreenderam minha ausência mesmo presente, e aguentaram ao meu lado esses dois anos de dedicação intensa aos estudos.

Aos meus familiares, pelo carinho, motivação e companheirismo.

A Priscila, minha amiga-irmã e madrinha-afilhada, que me incentivou quando precisei de coragem para decidir seguir meu sonho mesmo diante de tantas dificuldades.

À equipe de trabalho da Secretaria de Saúde de Pernambuco, pelo exemplo de competência e dedicação ao trabalho realizado, e pelas oportunidades fornecidas.

Às minhas amigas da faculdade e da Residência pela amizade e inspiração de perseverança.

À minha orientadora Thália, por dispor de seu tempo e atenção e por todo o conhecimento transmitido.

À Secretaria Executiva de Promoção à Saúde do Jaboatão dos Guararapes pela anuência do uso dos dados da presente pesquisa.

À equipe do Núcleo de Informações da Vigilância Epidemiológica do Jaboatão dos Guararapes, pela atenção, assistência e compreensão ao ceder as informações requisitadas, e pelo companheirismo durante os meses dedicados à coleta.

A Cremilda pelas grandes contribuições na minha preparação antes do mestrado e pela revisão da Dissertação e do artigo.

Às (os) amigas (os) do Mestrado, pelas trocas, amizades desenvolvidas e também pelos momentos de descontração necessários no processo.

A toda equipe do mestrado, pelas aulas ministradas e todo o apoio fornecido.

Às amizades de todos os lugares e tempos, que me fortaleceram, de perto e de longe, quando mais precisei.

RESUMO

Nos últimos anos, os óbitos fetais têm ganhado notoriedade através das sucessivas publicações que evidenciaram sua magnitude e invisibilidade, levando a Organização Mundial da Saúde a reconhecer a necessidade de monitorar essas mortes. Este estudo teve por objetivo avaliar a completude das fichas de investigação, os principais indicadores da Vigilância do óbito fetal do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, e suas contribuições para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A população de estudo consistiu em todos os óbitos fetais ocorridos no ano de 2014, de residentes. Os dados foram obtidos das fichas de investigação do óbito e do banco do SIM. Foi analisada a completude das fichas de 68 óbitos fetais e de 13 variáveis da Declaração de Óbitos (DO) antes e após a investigação. Em 2014, a taxa de mortalidade fetal foi de 10,3‰. Dos 102 óbitos, 86,3% (88) foram investigados, 67% (59) antes de 120 dias após a morte. Apenas nove (10,2% dos óbitos investigados) foram discutidos pelo Grupo Técnico (GT). A ficha hospitalar apresentou maior frequência de preenchimento e a síntese a maior completude; e com pior preenchimento a ambulatorial. Houve retificações das 13 variáveis estudadas da DO. Os resultados mostraram que a vigilância do óbito fetal no Jaboatão dos Guararapes requer progressos na cobertura, oportunidade e completude das informações dos instrumentos de coleta para se consolidar como uma ferramenta de redução da mortalidade fetal. Por outro lado, revelou a contribuição do processo investigativo na qualificação do SIM.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Estatísticas vitais. Óbito fetal. Sistemas de informação em saúde. Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

In recent years, fetal deaths have gained notoriety, through successive publications that evidenced their magnitude and invisibility, prompting the World Health Organization to recognize the need to monitor these deaths. The objective of this study was to evaluate the completeness of the research sheets, the main indicators of Fetal Death Surveillance in Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco State, and their contributions to the Mortality Information System (SIM). The study population consisted of all fetal deaths that occurred in the year 2014, among residents. The data were obtained from the death investigation and the database of SIM. We analyzed the completeness of the 68 fetal deaths and of 13 variables from death certificate, before and after the investigation. In 2014, the fetal mortality rate was 10,3‰. Among 102 fetal death, 86,3% (88) were investigated, 67% (59) before 120 days after dead. Only nine deaths (10,2% of those investigated) were discussed by the Technical Group (GT). The hospital sheet was the most frequent recorded and the synthesis sheet had the greater completeness; and the outpatient sheet had lower degree of completion. All 13 variables from the death certificate studied were rectified. The results showed that the Fetal Death Surveillance in Jaboatão dos Guararapes requires progress in the coverage, timeliness and completeness of data collection instruments to consolidate as a tool to reduce fetal mortality. On the other hand, it showed the contribution of the investigative process in qualifying of the Mortality information system.

Keywords: Health evaluation. Vital statistics. Fetal death. Health information systems. Epidemiological surveillance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 10	– 10 ^a revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DNV	– Declaração de Nascido Vivo
DO	– Declaração de Óbito
ENAP	– Every Newborn Action Plan
F1	– Ficha de investigação ambulatorial do óbito fetal
F2	– Ficha de investigação hospitalar do óbito fetal
F3	– Ficha de investigação domiciliar do óbito fetal
GBD	– Global Burden of Disease
GT	– Grupo técnico
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF4	– Ficha de coleta de dados de laudo de necropsia do óbito infantil e fetal
IF5	– Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – sínteses, conclusões e recomendações
IML	– Instituto Médico Legal
MS	– Ministério da Saúde
OF	– Óbitos fetais
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PAISC	– Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PE	– Pernambuco
PN	– Pré-natal
PNAR	– Pré-natal de alto risco
PNIAM	– Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PRMI	– Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
RMR	– Região Metropolitana do Recife
RN	– Recém-nascido
SIM	– Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinasc	– Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	– Sistema Único de Saúde
SVO	– Serviço de Verificação de Óbito
TMF	– Taxa de mortalidade fetal
UTI	– Unidade de terapia intensiva
VDRL	– Venereal Diseases Research Laboratory
VO	– Vigilância do óbito
VOF	– Vigilância do óbito fetal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação ambulatorial do óbito fetal (F1). Jaboatão dos Guararapes, 2014	50
Tabela 2	Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação hospitalar do óbito fetal (F2). Jaboatão dos Guararapes, 2014	51
Tabela 3	Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação domiciliar do óbito fetal (F3). Jaboatão dos Guararapes, 2014	53
Tabela 4	Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação - síntese, recomendações e conclusões do óbito fetal (IF5). Jaboatão dos Guararapes, 2014	55
Tabela 5	Grau de preenchimento, completude e retificação de variáveis das DO antes e após a investigação dos óbitos fetais. Jaboatão dos Guararapes, 2014	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Epidemiologia da mortalidade fetal	17
2.2 Determinantes dos óbitos fetais	19
2.3 Sistema de Informações sobre Mortalidade e a Vigilância do Óbito Fetal (VOF): origem e regulamentações	21
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVO GERAL	26
4.1 Objetivos específicos	26
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
5.1 Área de estudo	27
5.2 A VOF no município do Jaboatão dos Guararapes	27
5.3 Desenho, população do estudo e período de referência.....	28
5.4 Fontes dos dados	29
5.5 Processamento e análise dos dados	30
5.6 Limitações	31
5.7 Considerações Éticas	32
6 RESULTADOS	33
Artigo – UM OLHAR SOBRE A VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS FETAIS DO JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO EM 2014.....	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58

ANEXOS	64
ANEXO A - Declaração de Óbito	64
ANEXO B - Ficha de investigação ambulatorial do óbito fetal (F1)	65
ANEXO C - Ficha de investigação hospitalar do óbito fetal (F2)	67
ANEXO D – Ficha de investigação domiciliar do óbito fetal (F3)	69
ANEXO E - Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – Síntese, conclusões e recomendações (IF5)	75
ANEXO F - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	70
ANEXO G - Carta de Anuênciā da Secretaria Executiva de Promoção à Saúde do Jaboatão dos Guararapes	83

1 INTRODUÇÃO

Governantes de países, integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), assumiram metas e pactos para o novo milênio. Dentre eles, estava o Objetivo do Milênio de reduzir, até o ano de 2015, em três quartos a mortalidade materna e em dois terços a taxa da mortalidade das crianças menores de cinco anos em relação à taxa do ano de 2000 (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

A Declaração do Milênio direcionou a atenção política e compromissos financeiros de governos parceiros do desenvolvimento para a saúde da criança, sendo observada uma redução de 53% (12,1 para 5,8 milhões ao ano) na mortalidade em menores de cinco anos entre 1990 e 2015 (GBD 2015 CHILD MORTALITY COLLABORATORS, 2016).

A mortalidade em menores de um ano de vida, ou mortalidade infantil, também tem sido alvo da preocupação mundial nas últimas décadas, porque é considerada um indicador que sinaliza o nível de desenvolvimento social e de garantia de direitos humanos da população (FRIAS; NAVARRO, 2013). No Brasil, houve uma redução de 70% em suas taxas, entre 1990 e 2013, diminuindo de 47,1 para 14,5 por mil nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2015).

Esse decréscimo está relacionado à implantação de políticas públicas voltadas à segurança alimentar e nutricional, à expansão da cobertura do saneamento básico e vacinação e ao modelo de atenção à saúde da Estratégia de Saúde da Família (UNICEF, 2008). Como também, a criação de programas específicos, como: o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984; o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) em 1995; o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), entre outros (FRIAS; NAVARRO, 2013).

Distante dos holofotes das políticas internacionais e nacionais das últimas décadas estão os óbitos fetais¹ (LAWN et al., 2011), que apesar de sua crescente visibilidade são conhecidos por uma história de negligência pelas autoridades mundiais (LANSKY, 2013; LAWN et al., 2011). É percebida a contradição entre as políticas globais no cuidado com a

¹ Óbito fetal é a morte de um feto antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, isto é, a inexistência de sinais vitais, como batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos da musculatura de contração voluntária, depois do parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

maternidade e a desconsideração com a aspiração da maioria das mães: um bebê vivo (FRØEN et al., 2011).

Enquanto foram feitos investimentos na melhoria de informações e programas voltados para os grupos alvos contemplados nos acordos internacionais (LAWN et al., 2016), os natimortos não foram contemplados diretamente pelos financiamentos proporcionados pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (NAÇÕES UNIDAS, 2000), nem costumam ser rotineiramente mapeados pela ONU ou pela *Global Burden of Disease - GBD* (LAWN et al., 2011).

Os motivos apontados para o descaso com a natimortalidade incluem desde a precariedade das informações (LANSKY, 2013) ao menor esclarecimento das causas dos óbitos (MACDORMAN; GREGORY, 2015). Segundo Frøen et al. (2011), o insuficiente conhecimento das causas dos óbitos fetais está associado com a baixa expectativa de prevenção e esta com a relativização da prioridade de tais perdas.

Uma forma de diminuir a importância das mortes fetais é atribuir a sua ocorrência à imaturidade ou inviabilidade do conceito (FRØEN et al., 2011). Mesmo em países onde é alto o risco de ocorrer uma perda fetal, é um erro tratá-la como uma algo insignificante (FRØEN et al., 2011).

No Brasil, um estudo de revisão sistemática realizado com pesquisas nacionais, no período de dez anos (2003 a 2013), selecionou 27 estudos com informações sobre os óbitos fetais, apenas 13 estudos com enfoque único nos natimortos; 19 dos 27 foram realizados nas regiões Sul e Sudeste, cinco no Nordeste e nenhum nas regiões Norte e Centro-Oeste (BARBEIRO et al., 2015).

A própria definição de óbito fetal não possui consenso no uso entre os países (AMINU et al., 2014; AQUINO; CECATTI , 1998) e alguns países ainda não dispõem de estatísticas nacionais sobre os óbitos fetais (COUSENS et al., 2011). Dentre as limitações encontradas nas informações sobre os óbitos fetais, está o registro incorreto de óbitos neonatais como fetais, e estes, de maneira semelhante, são subnotificados ao serem considerados abortos em muitas situações (LANSKY, 2013).

Embora negligenciadas, tais mortes são em sua maioria evitáveis (LAWN et al., 2016), ou seja, seus fatores determinantes são passíveis de detecção em tempo oportuno e intervenção apropriada, através de ações dos serviços de saúde acessíveis no contexto considerado (LANSKY, 2013; MALTA et al., 2010).

Além do impacto psicológico da natimortalidade para a gestante, a ocorrência de complicações como infecção e hemorragias, coexistentes com o óbito fetal, podem se associar ao aumento da morbimortalidade da gestante, refletindo no estado global da saúde materna (ANDRADE et al., 2009; LAWN et al., 2016). Logo, o fortalecimento das estratégias de prevenção durante a assistência pré-natal e intraparto para diminuição da perda fetal é, igualmente, fundamental para o alcance dos Objetivos do Milênio de reduzir mortes infantis e maternas (FRØEN et al., 2011; FRØEN et al., 2016).

Após as sucessivas publicações que desvelaram a magnitude e invisibilidade dos óbitos fetais, as pressões de países integrantes da OMS (LAWN et al., 2016) e a perspectiva adotada da integração de estratégias para o cuidado contínuo na prevenção da mortalidade fetal, neonatal e materna (FRØEN et al., 2016), recentemente têm sido estabelecidas metas internacionais para redução dos natimortos como as do *Every Newborn Action Plan – ENAP*, onde os países se comprometem a reduzir a taxa de natimortalidade abaixo de 10 por mil nascimentos até o ano de 2035, e os países que já estão abaixo desse valor a concentrar esforços em reduzir as desigualdades, bem como monitorar as mortes evitáveis (LAWN et al., 2014; UNICEF, 2013).

Para que haja um monitoramento efetivo, é importante reconhecer os sistemas de informações como parte integrante dos sistemas de saúde e que a produção oportuna e contínua das informações é essencial para a qualidade do cuidado (FRØEN et al., 2016). Além disso, o incentivo à produção de informações de qualidade, sua avaliação e retroalimentação aos serviços de saúde melhora a compreensão dos óbitos fetais e proporciona a prevenção dos mesmos (MENEZZI et al., 2016).

Lawn et al. (2016) incentivam, para melhor registro dos óbitos fetais, a realização de investigações domiciliares, de maneira semelhante aos já realizados com os óbitos infantis em alguns países. Sugerem ainda que o registro seja sistemático, com revisão dos dados e auditoria dos óbitos, já que alguns dos casos são considerados inaceitáveis mesmo em locais com sistemas de saúde deficientes (LAWN et al., 2016).

Nesse sentido, a investigação dos óbitos fetais tem sido utilizada no Brasil como ferramenta de monitoramento e vigilância, a fim de reconhecer as situações de risco e fomentar o cuidado adequado às gestantes no pré-natal e parto e, dessa forma, aumentar a sobrevida e a qualidade de vida das crianças (BRASIL, 2009). Além de contribuir de forma

complementar na qualificação do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (LAURENTI et al., 2013).

O presente trabalho se insere no desafio de aumentar a visibilidade dos óbitos fetais, acompanhando a tendência mundial recente, ao direcionar o olhar para uma das estratégias instituídas no país que objetiva a redução da natimortalidade e das mortes evitáveis, consequentemente, o cumprimento de metas e pactuações internacionais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Epidemiologia da mortalidade fetal

A Organização Mundial da Saúde recomenda incluir nas estatísticas de óbitos todos os natimortos com peso mínimo ao nascer de 500g. Na ausência dessa informação deve-se adotar a idade gestacional a partir de 22 semanas ou comprimento de 25 cm (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) para melhorar a notificação dos óbitos (LAWN et al., 2011) e também pela importância intrínseca às mortes nessa faixa de peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Em comparações internacionais é utilizado o período fetal tardio, a partir de 28 semanas de gestação e/ou 1000g ou comprimento de 35 cm (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Pois muitos países contabilizam somente esses óbitos, em especial pela discussão da viabilidade fetal ou potencial de sobrevivência dos fetos com extremo baixo peso². Mas não é consenso entre os pesquisadores a exclusão desse grupo nas análises, visto que em países desenvolvidos procura-se ampliar a redução das taxas para prevenir a morte de bebês de extremo baixo peso e os países em desenvolvimento possuem elevado número de mortes evitáveis nesse grupo (LANSKY et al., 2002).

No Brasil, o manual de preenchimento da Declaração de Óbito (DO) considera como natimortos os conceitos sem vida a partir de 20 semanas, tornando obrigatória a emissão desse documento para fetos dentro desse parâmetro (BRASIL, 2011). Todavia, o manual de vigilância do óbito infantil e fetal adota recomendação da OMS (CID10) e classifica como aborto a extração de fetos, seja ela espontânea ou induzida, com menos de 22 semanas de gestação, ou menos de 500g (BRASIL, 2009).

As aferições necessárias para a classificação do óbito, como peso ao nascer e comprimento, não são feitas em muitos países de baixa renda, ficando a idade gestacional como o critério mais utilizado, baseando-se muitas vezes na data da última menstruação (LAWN et al., 2011). Por outro lado, o peso ao nascer pode ser influenciado pela restrição do crescimento intrauterino que pode ocorrer com frequência, principalmente nos óbitos fetais precoces (BLENCOWE et al., 2016).

² Segundo a WHO (2016), fetos ou recém-nascidos com peso inferior a 2500g são classificados em baixo peso, menos que 1500g em muito baixo peso e abaixo de 1000g em extremo baixo peso ao nascer.

Na análise da natimortalidade, o indicador mais utilizado é a taxa de mortalidade fetal (TMF) considerada sensível às condições de saúde da população como um todo, principalmente no que concerne à saúde materna, o acesso e qualidade de pré-natal e parto (ANDRADE et al., 2009). Seu cálculo é obtido através do número de mortes fetais dividido pelo total de nascimentos (nascidos vivos e óbitos fetais) de mães residentes de determinado local e época, multiplicados por mil. (BRASIL, 2009).

Estimou-se, para 2015, a ocorrência de 2,6 milhões de natimortos em todo o mundo, utilizando apenas o período fetal tardio (BLENCOWE et al., 2016). No mesmo ano, as taxas de mortalidade fetal, variaram de 1,2 na Islândia a 56,3 óbitos para cada mil nascimentos, no Sudão do Sul (GBD 2015 CHILD MORTALITY COLLABORATORS, 2016).

A TMF mundial sofreu redução de 2,0% ao ano entre os anos de 2000 e 2015, passando de 24,7 para 18,4 por mil nascimentos, respectivamente (BLENCOWE et al., 2016). Esta redução é inferior à observada para a mortalidade em menores de cinco anos (3,6% ao ano) no mesmo período (GBD 2015 CHILD MORTALITY COLLABORATORS, 2016) e se deu de forma ainda mais lenta em alguns países (BLENCOWE et al., 2016).

No Brasil, considerando as capitais brasileiras, a taxa de natimortalidade reduziu de 14,1 para 9,3 por mil nascimentos de 1996 a 2010, respectivamente (VELOSO et al., 2013). Mas existe muita desigualdade entre os municípios e regiões brasileiras, com taxas mais elevadas em áreas menos desenvolvidas como a Região Nordeste (aproximadamente 12% nascimentos) e mais baixas em áreas mais desenvolvidas como a Região Sul (abaixo de 8,0% nascimentos) no ano de 2010. As reduções também foram diferenciadas sendo de 1,17% por ano no Nordeste e 3,83% ao ano no Sul do país durante o referido período (VELOSO et al., 2013).

Outro parâmetro de relevância dos natimortos remete-se ao momento em que a morte ocorreu, se antes ou durante o parto, o que classificará o óbito em ante ou intraparto, respectivamente (AQUINO; CECATTI, 1998). A morte antes do parto está relacionada com cuidados no pré-natal e com a saúde materna, e a ocorrência do óbito durante o parto possui estreita ligação aos cuidados obstétricos (LAWN et al., 2016; MCCLURE et al., 2015; PENICHE et al., 2016).

No mundo, mais da metade das mortes fetais ocorrem durante o parto, sendo em maior proporção nos locais onde é maior a TMF (LAWN et al., 2016). A proporção de natimortos intraparto variou de 10,0% em regiões desenvolvidas a 59,3% no Sul da Ásia em 2015

(LAWN et al., 2016). Um estudo realizado no México, em 2013, encontrou proporção de óbitos fetais intraparto em torno de 50% (PENICHE et al., 2016). Essa informação aponta para falhas em diferentes tipos de cuidados e destaca as desigualdades entre países e regiões.

2.2 Determinantes dos óbitos fetais

Diversos fatores apresentam relação com os óbitos fetais, desde as condições biológicas maternas, condições ambientais, demográficas, às relações sociais (FRANÇA; LANSKY, 2009). Pois determinarão as intervenções necessárias para reduzir as mortes, variando de mudanças estruturais a ações definidas pelas políticas públicas de saúde (FRANÇA; LANSKY, 2009).

Os fatores socioeconômicos maternos podem influenciar o acesso da mãe aos serviços de saúde e acarretar, indiretamente, sua exposição a situações de maior risco, interferindo na sobrevida do feto e recém-nascido, o que torna importante compreender o contexto social e ambiental, para estudar os determinantes dos óbitos. (MARTINS et al., 2013).

Dentre os principais determinantes associados às mortes fetais, estão os fatores relacionados à mãe como: idade materna avançada; morbidade materna; paridade; perda fetal anterior e as características sociodemográficas (baixa escolaridade) (AMINU et al., 2014; MCCLURE et al., 2015). Existem, ainda, questões referentes ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde como pré-natal inadequado, e outras ligadas diretamente ao feto – sexo, prematuridade e baixo peso ao nascer (AMINU et al., 2014; MCCLURE et al., 2015).

A gestação, por ser um fenômeno fisiológico, normalmente ocorre sem grandes alterações, contudo algumas mulheres apresentam problemas de saúde na sua evolução ou complicações no parto, mas que podem ser devidamente tratados no pré-natal e na assistência ao parto (LAURENTI, et al., 2015). O estudo dos padrões sociodemográficos e dos riscos obstétricos contribui para o melhor monitoramento das gestantes e seus conceptos (KOBINSKY et al., 2016). Assim, o acesso e a qualidade do atendimento se tornam decisivos para a saúde perinatal, considerando que 97% dos nascimentos do Brasil são hospitalares (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2009a).

O paradoxo existente entre a intensa medicalização do parto, os avanços da tecnologia na assistência perinatal e as, ainda, elevadas taxas de mortalidade materna, fetal e neonatal precoce podem estar ligadas ao desigual acesso ao serviço com tecnologia de ponta

(LANSKY et al., 2014), assim como expõe falhas presentes na qualidade da assistência prestada como a utilização de práticas retrógradas e até mesmo danosas influenciando negativamente no desfecho para mães e bebês (KOBBLINSKY et al., 2016; LANSKY et al., 2014).

Vanderlei e Frias (2015) ressaltam a mercantilização da saúde, a formação precária dos profissionais da saúde e a desinformação da população como fatores contribuintes para a utilização em excesso de procedimentos danosos desnecessários. Ademais, a ampliação do acesso e da qualidade da assistência pré-natal é fundamental para ter impacto na redução das mortes fetais (SCHOEPS et al., 2007).

O óbito fetal pode ser resultado da associação de várias intercorrências (MENEZZI et al., 2016). Dentre as causas apontadas em todo o mundo, os cinco principais alvos para redução dos natimortos são: complicações no parto; infecções maternas durante a gravidez; condições maternas, principalmente, hipertensão arterial; restrição do crescimento fetal e anomalias congênitas (LAWN et al., 2011).

Estudo nacional assinala a contribuição do crescimento intrauterino restrito e das infecções e condições maternas na cadeia causal do óbito fetal (BARBEIRO et al., 2015). Segundo Lawn et al. (2011), a restrição do crescimento fetal é comum e pode estar relacionada com a hipertensão materna. A hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer também têm logrado destaque na ocorrência da morte fetal (ASSIS et al., 2014).

A prematuridade, as infecções e asfixia/hipóxia são consideradas causas com grande potencial de prevenção (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2009a), bem como a maioria das causas dos óbitos fetais, até mesmo algumas malformações congênitas (LAWN et al., 2016).

As causas podem ser classificadas segundo critérios de evitabilidade, ou seja, classificações sistematizadas que dizem se o óbito poderia ser evitado ou não (LANSKY, 2013) e são muito úteis na avaliação da efetividade dos serviços de saúde (ASSIS, 2013; FRIAS et al., 2013b). Dessa forma, as classificações são modificadas ao longo do tempo de acordo a atualização da tecnologia existente e a incorporação de novos conhecimentos (ASSIS et al., 2014).

Dentre as principais listas para a classificação da evitabilidade utilizadas no Brasil está a lista de Wigglesworth modificada (KEELING et al., 1989). Utilizada internacionalmente para a análise do óbito perinatal essa lista possui grupos de causas excludentes e separados

em: anteparto; malformação congênita; imaturidade; asfixia, e causas específicas (BRASIL, 2009).

Juntamente com a classificação de Wigglesworth modificada, a lista da Fundação SEADE (ORTIZ, 2000) era recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) para a análise dos critérios de evitabilidade dos óbitos infantis até o ano de 2007 (ASSIS, 2013). Essa é subdividida em: mortes evitáveis (com cinco subgrupos); não evitáveis; mal definidas, e não classificadas.

A partir de 2008, foi adotada pelo MS a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (MALTA et al., 2007). Também conhecida como Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis é direcionada às mortes em menores de cinco anos (ASSIS, 2013). Em 2010, a lista foi atualizada e dividida em três grupos: causas evitáveis; causas de morte mal definidas, e demais causas de morte (MALTA et al., 2010).

A classificação do óbito fetal de acordo com o potencial de prevenção tem sido utilizada na vigilância dos óbitos, pois além de auxiliar na avaliação da assistência prestada do pré-natal aos cuidados com feto, contribui na definição de ações para redução da natimortalidade (ASSIS, 2013).

2.3 Sistema de Informações sobre Mortalidade e a Vigilância do Óbito Fetal no Brasil (VOF): origem e regulamentações.

Os sistemas de informações que tratam dos eventos vitais, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) possuem abrangência nacional. Sua alimentação se dá através do preenchimento de documentos regulamentados e padronizados em todo o território brasileiro: Declaração de Óbito (DO) e de Nascido Vivo (DNV), respectivamente.

As declarações citadas são obrigatórias e gratuitas e proveem, dentre outros, dados referentes às condições da criança ao nascer, à gravidez e ao parto, e particularidades da mãe que influenciam na saúde do recém-nascido (ALMEIDA, 2011). Sua padronização permite a comparabilidade dos dados entre as regiões, Unidades da Federação e municípios brasileiros (ALMEIDA, 2011; BRASIL, 2011).

Na ocorrência do óbito fetal com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas, ou peso de 500g ou mais, é obrigatório o registro através da DO, instrumento necessário para

emissão da Certidão de Óbito e consequente sepultamento, cujo preenchimento é de responsabilidade do profissional médico (BRASIL, 2011).

A DO é impressa em sequência numérica única e emitida em três vias, uma das quais é encaminhada à Secretaria municipal de saúde para alimentar o SIM. Este foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975, no contexto de implantação do sistema de vigilância epidemiológica no país (BRASIL, 2011). A análise dos dados do SIM permite construir indicadores de saúde específicos para de maneira rápida e com baixo custo desenvolver ações de vigilância epidemiológica, bem como, auxiliar no planejamento e avaliação de programas de saúde. (MELLO-JORGE; LAURENTI; DI NUBILA, 2010; MAGALHÃES et al., 2012).

As informações fornecidas pelo SIM, como por qualquer outro sistema de informação em saúde, precisam dispor de boa qualidade, com informações representativas e oportunas a fim de mostrar a relevância dos registros nacionais obrigatórios (LAWN et al., 2014). Devem ainda fornecer subsídios importantes para a melhoria da saúde da população (HARAKI; GOTLIEB; LAURENTI, 2005). Outras dimensões importantes na adequação das informações são a consistência e a completude das variáveis e seu monitoramento pode contribuir para o aperfeiçoamento das estatísticas vitais (RAMALHO et al., 2015).

Barbeiro et al. (2015) relataram que, apesar da melhoria na qualidade das informações das declarações de óbito fetal, o seu preenchimento ainda é deficiente, principalmente das variáveis sociodemográficas maternas, dificultando o estudo das desigualdades sociais na natimortalidade a partir de informações do SIM.

A vigilância do óbito (VO), ao investigar as informações relacionadas a uma pessoa falecida e às conjunturas desencadeadoras da sua morte (BRASIL, 2015), fornece informações complementares aos dados das DO e contribui para o aprimoramento das estatísticas vitais, seja retificando variáveis, melhorando seu preenchimento, ou mesmo esclarecendo mais precisamente as causas e as classificações de evitabilidade do óbito (BARRETO; NERY; MENDES, 2011; OLIVEIRA et al., 2016).

Logo, a VO é uma ferramenta para auxiliar no diagnóstico das condições de saúde e na tomada de decisões para o melhoramento dos programas e das políticas de saúde (BARRETO; NERY; MENDES, 2011; SANTANA et al., 2011), e para promover o aperfeiçoamento permanente dos profissionais envolvidos através da análise dos óbitos (FRIAS et al., 2013b).

Em âmbito nacional, a institucionalização da Vigilância do Óbito iniciou-se em 2008 com a obrigatoriedade da investigação das mortes maternas (BRASIL, 2008a), tendo como

objetivo principal o acesso em tempo oportuno aos determinantes das mortes a fim de evitar novas ocorrências (BRASIL, 2015).

Em 2010, a obrigatoriedade das investigações foi estendida aos óbitos infantis e fetais nos serviços de saúde públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010 do Ministério da Saúde, sendo facultativa a investigação dos óbitos por malformação congênita grave ou letal devido ao seu menor potencial de prevenção (BRASIL, 2010).

Segundo Frias et al. (2013b), a VOF pode ser dividida nas seguintes etapas:

1. Investigação – identificação dos óbitos fetais, seleção dos óbitos para investigação, coletas dos dados das diversas fontes (nas fichas de investigação);
2. Análise do óbito – são avaliadas, além da qualidade do registro das fichas, a condição socioeconômica da mãe e a assistência prestada desde o pré-natal ao parto. São identificados os problemas relacionados ao óbito e analisados os critérios de evitabilidade;
3. Identificação e proposição de medidas preventivas e corretivas – inclui a correção das estatísticas vitais;
4. Elaboração de relatórios – que devem ser apresentados em reuniões de trabalho com os atores envolvidos, ou para estudiosos do assunto e gestores para pactuar medidas preventivas.

Para garantir a efetividade da vigilância e a oportunidade das informações, foram estabelecidos prazos a serem cumpridos para cada uma das etapas que compõem a VOF. O tempo estabelecido para a notificação do óbito pelos profissionais de saúde é de 48 horas. Dentro de 30 dias os dados devem estar no SIM e em 120 dias todo o processo de investigação, discussão, análise e conclusão precisa ser encerrado (BRASIL, 2010). Ademais, foi introduzindo no SIM um módulo de investigação do óbito, conhecido como Módulo Web do SIM, para facilitar o acesso e monitoramento das informações da vigilância (BRASIL, 2015).

Existem assim atribuições específicas de cada esfera do governo: o município é responsável pela busca ativa de óbitos e nascimentos em diferentes fontes, pela vigilância dos óbitos, a gestão dos sistemas de informações e a divulgação das informações; o Estado – gere as informações municipais, consolidando, analisando e enviando-as ao nível federal, bem como retroalimentando os dados. Deve ainda divulgar as informações e promover atividades de educação no âmbito estadual; no âmbito federal, o Ministério da Saúde possui as funções

acima listadas para o Estado e se responsabiliza pela normatização dos instrumentos e fluxos (FRIAS et al., 2013b).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando a trajetória de descaso das políticas mundiais e nacionais quanto ao óbito fetal e das autoridades e dos profissionais de saúde quanto à viabilidade desses fetos;

Considerando que são mortes, em sua maioria, evitáveis que repercutem negativamente na saúde reprodutiva e familiar como um todo;

Considerando a lenta redução da mortalidade fetal no país, frente às diminuições observadas das taxas de mortalidade infantil e de menores de cinco anos;

Considerando a carência de estudos nacionais e locais com enfoque nos óbitos fetais no contexto da vigilância dos óbitos;

Considerando que as fichas de investigação dos óbitos fornecem informações adicionais aos dados presentes nos Sistemas de Informações de Estatísticas Vitais, permitindo delinear mais detalhadamente o perfil e as circunstâncias precursoras das mortes e, assim, contribuir no planejamento das ações e na tomada de decisões;

O presente estudo se propõe a avaliar a Vigilância do Óbito Fetal (VOF) e sua contribuição no aperfeiçoamento das informações do SIM promovendo a discussão sobre a importância de avanços no processo investigativo, que permite identificar possíveis intervenções para prevenir novas mortes e, assim, melhorar os indicadores de saúde materno-infantil como um todo.

4 OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo investigativo da vigilância dos óbitos fetais e suas possíveis contribuições ao SIM, em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, no ano de 2014.

4.1 Objetivos específicos

- Estimar a magnitude do óbito fetal;
- Diagnosticar a cobertura e a oportunidade da Vigilância do Óbito Fetal;
- Determinar a proporção de encerramento de óbitos com discussão pelo GT;
- Avaliar a completude e o grau de preenchimento das fichas de investigação do óbito fetal;
- Analisar a completude, o grau de preenchimento e a consistência de variáveis da DO.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Área do estudo

O estudo foi realizado no município do Jaboatão dos Guararapes, integrante da Região Metropolitana do Recife, localizado no litoral de Pernambuco; possui extensão territorial de 256 km² e população estimada em 680.943 habitantes para o ano de 2014, segunda maior população do estado (IBGE, 2014). Possui 27 bairros e encontra-se atualmente dividido em sete regionais.

A rede municipal de saúde do Jaboatão possui:

- 100 unidades da Estratégia de Saúde da Família;
- 15 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde;
- 14 Unidades Básicas de Saúde
- 05 (cinco) Policlínicas;
- 04 (quatro) Unidades de Pronto Atendimento (três estaduais e uma municipal);
- 04 (quatro) hospitais (um administrado pelo Estado e três conveniados).

O município conta ainda com um Centro de Referência à Saúde da Mulher, para onde são encaminhados casos de pré-natal de alto risco.

5.2 A VOF no município do Jaboatão dos Guararapes

A investigação dos óbitos fetais em Jaboatão foi implementada a partir de 2010, com a formalização do pacto para acelerar a redução das desigualdades no Nordeste, firmado entre o Estado e os 26 municípios pernambucanos com as maiores taxas de mortalidade infantil. Dentre as metas presentes no termo de compromisso estão o aprimoramento do SIM e Sinasc, e a estruturação das ações de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, fetais e infantis (PERNAMBUCO, 2010).

A partir de então, a Secretaria de Saúde de Pernambuco iniciou com os municípios um processo de capacitação dos profissionais para a captação dos óbitos e realização das investigações. Originalmente eram investigados os óbitos fetais acima de 2500g,

posteriormente o ponto de corte do peso ao nascer baixou para 2000g, em seguida para 1500g. Em 2014 já era utilizado o peso mínimo de 500g.

A investigação dos óbitos fetais em Jaboatão é feita por meio das fichas recomendadas pelo Ministério da Saúde: Ficha ambulatorial (F1), Ficha hospitalar (F2), Ficha domiciliar (F3), Ficha de coleta de dados de laudo de necropsia (IF4) e Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – sínteses, conclusões e recomendações (IF5). No ano do estudo, a investigação era centralizada na vigilância epidemiológica do município. A mesma equipe fazia o preenchimento de todas as fichas de investigação, com exceção dos hospitais que possuíam Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e, por isso, realizavam o preenchimento da ficha hospitalar para posterior entrega ao responsável pela investigação do município.

5.3 Desenho, população do estudo e período de referência

Trata-se de um estudo transversal de base populacional. A população foi composta de todos os óbitos fetais (peso fetal igual ou superior a 500g e/ou idade gestacional a partir de 22 semanas) ocorridos no ano de 2014, de mulheres residentes no Jaboatão dos Guararapes. O município foi escolhido por ser o segundo em população no Estado e também em número de óbitos fetais no referido ano.

O ano de 2014 foi escolhido por ser o último ano com o banco de dados fechado pelo Ministério da Saúde no momento da coleta.

Do total de 102 óbitos fetais, 14 óbitos não foram investigados pela não localização de seus endereços de residência, dificuldade de acesso aos prontuários hospitalares, falta de informações de identificação da mãe, ou ainda, a extrapolação do período de oportunidade das investigações.

Dentre os investigados, 09 óbitos não tiveram as fichas de investigação localizadas na ocasião do estudo. Isso perfaz 22,6% de perdas em relação ao total de óbitos, ou 10,23% dos óbitos investigados. O detalhamento da população do estudo consta do fluxograma a seguir.



Figura 1. Óbitos fetais 2014 – Jaboatão dos Guararapes (PE)

5.4 Fontes dos dados

As fontes dos dados foram: a base de dados do SIM que possui as variáveis da DO (Anexo A), do módulo Web do SIM (de óbitos por residência) e as Fichas de Investigação dos Óbitos Fetais, da Gerência de Vigilância em Saúde da Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes (Anexo B ao Anexo E). O total de nascimentos foi obtido através da página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O preenchimento da ficha de investigação depende do percurso assistencial realizado pela gestante/parturiente. Se a gestante fez o pré-natal, o (a) investigador (a) deverá preencher a Ficha Ambulatorial, a partir de dados presentes no(s) prontuário(s) da(s) unidade(s) de saúde por onde a ela passou. Da mesma forma, pode haver mais de uma Ficha Hospitalar, uma para cada maternidade em que a mulher foi assistida na ocasião do parto.

Caso o feto morto tenha sido encaminhado para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML) haverá informações a serem preenchidas na IF4.

Todas as fichas são consolidadas nas fichas resumo do caso e IF5 para discussão do Grupo Técnico de investigação.

As fichas de investigação são organizadas em blocos compostos de um conjunto de variáveis inter-relacionadas. A Ficha Ambulatorial é composta por 38 variáveis e encontra-se dividida em dois blocos: Identificação e Assistência pré-natal. A Ficha Hospitalar possui 52 variáveis distribuídas em três blocos: Identificação, Assistência ao parto e Anotações sobre o natimorto. A Ficha Domiciliar contém 96 variáveis e cinco blocos: Identificação, Características da mãe e da família, Gestação e pré-natal, Assistência ao parto e Informações sobre o natimorto. A IF5 (Ficha Síntese) não é dividida em blocos, embora seja constituída por 50 variáveis aplicáveis aos óbitos fetais que permitem sua subdivisão, desde informações de identificação às recomendações para os serviços de saúde.

5.5 Processamento e análise dos dados

Foi criado um banco de dados para cada ficha confidencial de investigação do óbito fetal (F1, F2, F3 e IF5) contendo todas as variáveis. Os dados foram coletados e digitados pela autora no período de setembro de 2016 a novembro de 2016, na Gerência de Vigilância em Saúde do Jaboatão dos Guararapes.

Inicialmente, foi avaliada a VOF no município do Jaboatão dos Guararapes em 2014, através de indicadores específicos como: Proporção de OF investigados; Proporção de OF investigados em tempo oportuno (≤ 120 dias); tempo de atraso da investigação em dias após o prazo de 120 dias; Proporção de OF discutidos pelo Grupo Técnico; distribuição da frequência investigação por tipo de ficha, grau preenchimento e completitude das fichas – F1, F2, F3 e IF5.

Foram ainda analisadas a frequência de retificação e a completitude, antes e depois da investigação, das seguintes variáveis da Declaração de Óbito (DO): Sexo, Peso ao nascer, Idade gestacional, Idade da mãe, Escolaridade da mãe, Bairro, Local de ocorrência, Estabelecimento onde ocorreu o parto, Número de filhos nascidos vivos, Número de filhos nascidos mortos, Tipo de parto, Óbito em relação ao parto, Encaminhado para necropsia.

Não foi analisada a completitude das fichas IF4 (Dados do laudo de necropsia) uma vez que nem todos os óbitos foram enviados para necropsia e mesmo aqueles que foram enviados não tiveram tais fichas devidamente preenchidas.

A análise da completude teve como base o sistema de escore proposto por Romero e Cunha (2006), já utilizado em publicações nacionais (CAETANO, VANDERLEI, FRIAS, 2013; RAMALHO et al., 2015), e adaptado pela autora do presente trabalho. Esse considera a proporção de campos ignorados e/ou em branco analisando a incompletude das variáveis. O presente trabalho utilizou o inverso - a completude das informações - para classificação do preenchimento descrito conforme o quadro abaixo. Foi utilizada a estatística descritiva com distribuição das frequências relativas por variável e medida de tendência central (média) da completude por blocos de variáveis.

Quadro1. Classificação do grau de preenchimento conforme o percentual de completude

Excelente	> 95,0%
Bom	90,0 a 95,0%
Regular	80,0 a 89,9%
Ruim	50,0 a 79,9%
Muito ruim	< 50,0%

5.6 Limitações

O estudo utilizou dados secundários sujeitos a erros de registros e até mesmo sub-registro de informações. Contudo, os formulários de investigação dos óbitos fetais têm também o propósito de resgatar dados, possivelmente suprimidos das DO.

O Ministério da Saúde admite o cálculo direto das taxas de mortalidade para 07 Unidades da Federação (São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e Distrito Federal (RIPSA, 2009b), por serem suas estatísticas vitais consideradas satisfatórias, em comparação aos demais Estados brasileiros que podem apresentar subnotificação de óbitos e/ou nascimentos. Em Pernambuco, a cobertura dos óbitos foi de 93,2% no ano de 2008. Os municípios da RMR ficaram na faixa acima de 90% de cobertura para óbitos (SZWARCWALD et al., 2011).

Frias et al. (2013a) encontraram, no triênio 2003-2005, informações vitais satisfatórias no município de Jaboatão dos Guararapes e qualidade de informações no estado de PE superiores às da região Nordeste e do Brasil. Outra pesquisa realizada no estado de PE (2006-2008), os municípios da RMR do Recife apresentaram informações vitais classificadas como

consolidadas, isto é, os parâmetros avaliados para os sistemas, SIM e Sinasc, e as causas mal definidas, foram considerados satisfatórios (RODRIGUES et al., 2012).

5.7 Considerações Éticas

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) a fim de atender às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Foi aprovado em 01 de setembro de 2016 sob o parecer número 1.707.444 (Anexo F). Também foi obtida a anuênciada Secretaria Executiva de Promoção da Saúde do Jaboatão dos Guararapes (Anexo G).

6 RESULTADOS

Será apresentado a seguir o artigo - **Um olhar sobre a vigilância dos óbitos fetais do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco em 2014** - que se destina a responder aos objetivos propostos na dissertação. O referido artigo foi submetido à **Revista Ciência e Saúde Coletiva** em 30 de maio de 2017, aceito em 26 de junho de 2017 e publicado no volume 22, número 10 de outubro de 2017, número temático da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde*.

*MARIA, Lidian Franci Batalha Santa; ARAUJO, Thália Velho Barreto de. Um olhar sobre a vigilância dos óbitos fetais do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, em 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3415-3428, Out 2017.

DOI: 10.1590/1413-812320172210.17572017

Artigo Original

UM OLHAR SOBRE A VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS FETAIS DO JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO EM 2014.

Introdução

Nos últimos anos, os óbitos fetais têm ganhado notoriedade através das sucessivas publicações sobre sua magnitude e invisibilidade, desencadeando pressões de muitos países integrantes da OMS para o reconhecimento e monitoramento dessas mortes¹.

Para que haja um monitoramento efetivo dos óbitos fetais é necessário reconhecer a importância da produção oportuna e contínua das informações² e, ainda, incentivar a realização da captura de dados em domicílios, de maneira semelhante às já realizadas com os óbitos infantis em alguns países, tomando como base a auditoria dos natimortos registrados nos estabelecimentos de saúde¹.

Nesse sentido, no Brasil, a investigação dos óbitos fetais foi instituída por meio de base legal a partir de 2010³ e tem sido utilizada como ferramenta de monitoramento e vigilância, a fim de reconhecer as situações de risco e fomentar o cuidado adequado às gestantes no pré-natal e parto⁴. A vigilância do óbito (VO) consiste em estratégia de prevenção de novas mortes, pois envolve uma sequência de etapas, dentre elas a discussão dos óbitos pelo Grupo Técnico (GT), que permite: detectar correções nas informações dos registros vitais, analisar a cadeia de determinantes, avaliar a rede assistencial envolvida nas ocorrências com o enfoque na evitabilidade e propor medidas preventivas e corretivas; para tanto, é importante o envolvimento de representantes de todas as áreas técnicas da assistência na discussão⁵.

Dessa forma, a VO possibilita o aperfeiçoamento permanente dos profissionais envolvidos através da análise dos óbitos⁶ e contribui de forma complementar na qualificação das estatísticas vitais ao resgatar e corrigir suas informações⁷.

Para garantir a efetividade da vigilância e a oportunidade das informações, a Portaria do Ministério da Saúde, nº72 de 11 de janeiro de 2010, estabelece prazos a serem cumpridos para cada uma das etapas que compõem a vigilância dos óbitos fetais, devendo encerrar todo o processo investigativo em até 120 dias da data do óbito³.

As informações precisam ainda dispor de boa qualidade, com dados representativos⁸. Logo, consistência e completude das variáveis são parâmetros que devem ser considerados na análise da adequação das informações e no seu monitoramento e que podem contribuir para o aperfeiçoamento dos registros⁹.

Pesquisas sobre a vigilância dos óbitos fetais (VOF) são escassas no Brasil, principalmente aquelas que se propõem a analisar dimensões do processo investigativo e sua contribuição para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Este estudo teve por objetivo avaliar a completude das fichas de investigação, os principais indicadores da VOF do Jaboatão dos Guararapes-PE, município da Região Metropolitana do Recife, em 2014, e suas contribuições para o SIM.

Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, de base populacional. A população foi composta por todos os óbitos fetais (peso $\geq 500\text{g}$ e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas) ocorridos no ano de 2014, de mulheres residentes no Jaboatão dos Guararapes.

O município é integrante da Região Metropolitana do Recife, localizado no litoral de Pernambuco, possui extensão territorial de 256 km² e população estimada em 680.943 habitantes para o ano de 2014, segunda maior população do estado¹⁰.

As fontes dos dados foram as fichas de investigação do óbito fetal do município e o banco dos óbitos fetais municipal, por residência, do SIM. A investigação dos óbitos fetais em Jaboatão

é feita por meio das fichas recomendadas pelo Ministério da Saúde³⁻⁴: Ficha ambulatorial (F1), Ficha hospitalar (F2), Ficha domiciliar (F3), Ficha de coleta de dados de laudo de necropsia (IF4) e Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – sínteses, conclusões e recomendações (IF5).

Foi analisada a completude das variáveis das fichas dos 68 óbitos que possuíam ao menos uma das fichas de investigação disponível- F1, F2, F3 e IF5. Não foi analisada a completude das fichas IF4 uma vez que nem todos os óbitos foram enviados para necropsia e mesmo aqueles que foram enviados, não tiveram tais fichas devidamente preenchidas.

A Ficha Ambulatorial é composta por 38 variáveis e encontra-se dividida em dois blocos: Identificação e Assistência pré-natal. A Ficha Hospitalar possui 52 variáveis distribuídas em três blocos: Identificação, Assistência ao parto e Anotações sobre o natimorto. A Ficha Domiciliar contém 96 variáveis e cinco blocos: Identificação, Características da mãe e da família, Gestação e pré-natal, Assistência ao parto e Informações sobre o natimorto. A IF5 (Ficha Síntese) não é dividida em blocos, embora seja constituída por 50 variáveis aplicáveis aos óbitos fetais que permitem sua subdivisão, desde informações de identificação às recomendações para os serviços de saúde. Para cada ficha foi criado um banco de dados em planilha do programa Microsoft Excel.

Foram analisadas a frequência de retificação e a completude, antes e depois da investigação, das seguintes variáveis da Declaração de Óbito (DO): Sexo, Peso ao nascer, Idade gestacional, Idade da mãe, Escolaridade da mãe, Bairro, Local de ocorrência, Estabelecimento onde ocorreu o parto, Número de filhos nascidos vivos, Número de filhos nascidos mortos, Tipo de parto, Óbito em relação ao parto, Encaminhado para necropsia.

A análise da completude teve como base o sistema de escore proposto por Romero e Cunha (2006)¹¹ adaptado, já utilizado em publicações nacionais. Esse considera a proporção de

campos ignorados e/ou em branco analisando a incompletitude das variáveis. O presente trabalho utilizou o inverso - a completitude das informações - para classificação do preenchimento nos seguintes graus de avaliação: Excelente (>95,0%); Bom (90,0 a 95,0%); Regular (80,0 a 89,9%); Ruim (50,0 a 79,9%) e Muito ruim (<50,0%). Foram realizadas as frequências relativas e medidas de tendência central (médias) da completitude por blocos de variáveis e da ficha como um todo.

Foram analisados ainda os seguintes indicadores para os óbitos fetais: proporção de óbitos investigados; proporção de óbitos investigados dentro do prazo; proporção de óbitos investigados com atraso; proporção de óbitos discutidos pelo GT; proporção de óbitos discutidos dentro do prazo preconizado; e distribuição da frequência da investigação por tipo de ficha.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) sob o parecer número 1.707.444 e aprovado em 01 de setembro de 2016. Também foi obtida a anuênciada Secretaria Executiva de Promoção da Saúde do Jaboatão dos Guararapes.

Resultados

Em 2014, ocorreram 9.921 nascimentos, 102 nascidos mortos e 9.819 nascidos vivos no Jaboatão dos Guararapes. A taxa de mortalidade fetal foi de 10,3 óbitos por mil nascimentos de mães residentes. Do total desses natimortos, 75,5% nasceu no Recife contra 20,6% de nascidos no Jaboatão e 3,9% em outros municípios.

Dos 102 óbitos fetais, 86,3% (88) foram investigados e 14 não foram investigados. Dentre os 88 óbitos investigados, 09 (10,2%) não tiveram as fichas de investigação localizadas na

ocasião do estudo, sendo incluídos na análise da investigação 79 óbitos. Sessenta e oito óbitos possuíam ao menos uma das fichas de investigação disponível.

Dos óbitos investigados, 67,0% (59) foram dentro do prazo de 120 dias. Para 29 (33,0%) óbitos investigados após o prazo, a mediana dos dias de atraso foi de 63 dias, com quartis de 25% e 75% equivalentes a 11 e 177 dias, respectivamente. O tempo mínimo de atraso foi de 02 dias e o máximo de 393 dias. Apenas 09 óbitos (10,2% dos óbitos investigados e 8,8% do total de óbitos fetais) foram discutidos pelo GT estadual, desses 04 foram concluídos dentro do período máximo de 120 dias.

Os principais entraves relatados pela equipe da VO do município foram: a rotatividade dos profissionais da equipe técnica, a dificuldade de localizar o endereço da mãe para a investigação domiciliar, a indisponibilidade das informações dos prontuários e o não encaminhamento da DO dos óbitos ocorridos em outro município. A ausência de profissional médico pediatra no GT do município foi o principal motivo relacionado à baixa proporção de óbitos concluídos com discussão.

Nenhum dos 79 óbitos estudados apresentou mais de uma ficha por tipo de investigação (ambulatorial, hospitalar), mesmo tendo a mãe realizado o pré-natal em dois estabelecimentos distintos ou passado por mais de um hospital durante o trabalho de parto.

Observou-se maior frequência de preenchimento da Ficha Hospitalar, disponível para 65 (73,9%) dos 88 óbitos investigados, o que corresponde a 82,3% dos óbitos estudados. Em segundo lugar, ficou a Ficha Domiciliar com 26,1% (23) óbitos investigados ou 29,1% dos estudados. A ficha ambulatorial foi preenchida com menor frequência, para 11 (12,5%) dos óbitos investigados ou 13,9% dos estudados.

O município dispunha de guia de remoção de cadáver e do protocolo de necropsia de 31 natimortos. Entretanto, apenas para 09 (10,2% dos 88 óbitos investigados) a ficha IF4 (laudo

de necropsia) foi parcialmente preenchida, o que inviabilizou o estudo da completude dessa ficha. Ainda, para 11 óbitos a investigação foi encerrada tendo somente as informações que compõem a IF4.

A ficha IF5 só era preenchida nas discussões e estava presente em 08 casos. Embora tenham sido discutidos 09 óbitos, um caso não foi localizado nos arquivos do município. Nesse ano, a discussão dos óbitos era centralizada no Estado e o caso não localizado pode ter sido arquivado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Em relação à completude das fichas foram analisadas as variáveis, os blocos e as fichas. A ficha com pior preenchimento foi a Ambulatorial (61,5%) e a mais bem preenchida foi a Ficha Síntese (94,0%). As fichas Hospitalar e Domiciliar apresentaram preenchimento regular com 80,9% e 85,2%, respectivamente.

A Ficha Ambulatorial apresentou completude considerada ruim e seus blocos de Identificação e Assistência Pré-natal também tiveram preenchimento ruim 61,62% e 61,44%, respectivamente. As variáveis com melhor grau de preenchimento foram: Número da Declaração de Óbito (DO); Nome da Mãe; Local do Pré-natal; e informações sobre a história reprodutiva materna (Número de gestações, abortos, tipo de parto). Essas tiveram completude de 100%, ou seja, preenchimento excelente. Em contraste, as variáveis referentes à caracterização da assistência pré-natal recebida foram categorizadas, predominantemente, como ruim (Tabela 1).

Algumas variáveis dessa ficha não foram preenchidas (0% de completude) e classificadas em muito ruim: Número do cartão SUS da mãe; Distrito Sanitário/Administrativo; Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do pré-natal; Observações gerais e Observações do entrevistador (Tabela 1).

A Ficha Hospitalar é composta por três blocos. O primeiro bloco (Identificação) obteve preenchimento excelente para todas as variáveis exceto para Número do cartão SUS da mãe (10,8% ou muito ruim). O bloco Assistência ao parto apresentou completude de 82,9% (regular), uma vez que a de seus componentes variou de 100% (excelente) a 33,9% (muito ruim). As variáveis com pior preenchimento do bloco foram Código CNES estabelecimento, Data do último parto e Medicação durante a gravidez com 33,9%, 38,5% e 40,0%, respectivamente. Nesse bloco, menos de um quarto (13/36) das variáveis tiveram preenchimento excelente, além disso, variáveis que informam sobre a presença de fatores de risco materno-gestacionais e sobre a qualidade da assistência prestada no parto tiveram preenchimento ruim – Tempo de bolsa rota, Aspecto do líquido amniótico, Intercorrência(s) materna durante o trabalho de parto, Fatores de risco, Maior intervalo sem avaliação fetal e Medicação utilizada (Tabela 2).

O último bloco da Ficha Hospitalar (Anotações sobre o natimorto) obteve completude de 68,7% (ruim). Das 09 variáveis 05 são semiestruturadas (abertas), as quais tiveram preenchimento de ruim (70,8%) a muito ruim (16,9%). As demais apresentaram preenchimento de excelente a regular, sendo a de maior completude Condições de nascimento (95,4%) (Tabela 2).

Na Ficha Domiciliar, o preenchimento dos seus blocos variou de bom a ruim, os de maior completude foram: Assistência ao parto (90,7%) e Características da mãe e da família (90,4%), e o de pior preenchimento foi Identificação (74,4%). Este embora possua 05 das 10 variáveis com preenchimento excelente, duas foram classificadas em muito ruim - Número do cartão SUS da mãe (17,4%) e Distrito Sanitário/Administrativo (8,7%). O bloco Características da mãe e da família apresentou 13 das 23 (56,5%) variáveis com

preenchimento excelente, uma ruim (trabalho remunerado) e uma muito ruim - Data do último parto (Tabela 3).

O grupo denominado Gestação e Pré-natal foi composto de 14 variáveis com preenchimento excelente, dessas 04 com completude de 100% (Mãe fez pré-natal, Motivo não fez pré-natal, mês iniciou o pré-natal e Número de consultas pré-natal). Por outro lado, informações importantes sobre o acesso ao Centro de Saúde, pré-natal de alto risco (PNAR), exames e medicamentos tiveram preenchimento ruim. Nas informações da Assistência ao parto, 12 das 20 variáveis (60,0%) mostraram preenchimento excelente e 04, ruim. E no último bloco, apenas a variável Observação da família foi classificada como excelente com completude 100%. Entretanto, a variável Repercussões na família apresentou preenchimento muito ruim (34,8%) (Tabela 3).

Das 50 variáveis da Ficha Síntese que se aplicam aos óbitos fetais, 41 (82,0%) tinham preenchimento excelente com 100% de completude em todas elas. Apenas 02 variáveis que tratam da classificação da evitabilidade dos óbitos apresentaram preenchimento muito ruim (Fundação SEADE e Wigglesworth Expandida), ambas com 0% de completude. Só foi verificado o preenchimento da classificação de evitabilidade da lista de mortes evitáveis por intervenção dos SUS. A escolaridade materna, que apresentou completude excelente na Ficha Domiciliar, mostrou preenchimento ruim (75,0%) na Ficha Síntese (Tabela 4).

Ao comparar a completude de 13 variáveis da DO, antes e após a investigação, pode-se observar a contribuição da vigilância do óbito no resgate de informações do SIM. A completude das informações sobre a escolaridade da mãe e encaminhamento do corpo para necropsia foi classificada como ruim antes do resgate do processo investigativo (79,4% e 62,8%, respectivamente) e passaram para completude regular após o resgate das fichas (85,3% e 86,3%, respectivamente). O grupo das 13 variáveis apresentou grau de

preenchimento antes e após o resgate através da investigação de 88,9% e 94,9%, respectivamente, passando de completude regular para boa. Houve retificações nas 13 variáveis estudadas da DO (Tabela 5).

Foram constatados erros de registro em 11 variáveis analisadas na DO. A variável, Número de nascidos mortos, apresentou mudança considerável na distribuição de frequência após a investigação. Antes da investigação 64,7% das mães haviam apresentado perda fetal anterior e, após a investigação, 60,8% das mães não apresentaram. A completude dessa variável passou de regular a boa. Houve alteração em 49 dos 88 óbitos investigados (55,7%) nas informações no número de filhos previamente mortos.

Também foram verificadas algumas inconsistências no preenchimento de variáveis da DO como: Idade gestacional igual a zero, dois ou sete semanas; número de nascidos vivos igual a 16 para uma mãe de 16 anos de idade; e parto cesáreo para um óbito ocorrido em via pública.

Discussão

A investigação do óbito fetal em Jaboatão dos Guararapes apresentou elevada proporção de óbitos investigados (86,3%), superior ao percentual observado no Brasil em 2013 - 72% dos óbitos infantis e fetais⁵. Entretanto, ao analisar o total de concluídos com discussão ou mesmo a proporção de óbitos investigados dentro do prazo de 120 dias, pode-se inferir dificuldades no processo investigativo.

A falta de recursos financeiro e humano, o desconhecimento de suas atribuições pela equipe de investigação e o preenchimento incompleto dos dados hospitalares, têm sido apontados como fatores que dificultam o processo investigativo¹³. Assim como, há evidências de que barreiras no acesso aos prontuários e à DO contribuem para o atraso na conclusão do caso no prazo estabelecido¹³. Também, é possível que ocorram obstáculos para a realização da

entrevista domiciliar por recusa familiar, mudança ou inexistência do endereço como mencionado em estudos sobre óbito infantil realizados no Nordeste¹⁴⁻¹⁵. O tempo de investigação acima do preconizado prejudica a oportunidade da informação para a definição de ações de intervenção e melhoria do cuidado, além de contribuir para o abandono do processo investigativo, uma vez que a todo o momento surgem novos casos que passam a ser priorizados.

A Ficha Hospitalar teve maior frequência de preenchimento, diferente da realidade encontrada em outro município nordestino com óbitos infantis ocorridos em 2009/2010¹⁶. Isso pode ser explicado pelo fato de que a maioria dos natimortos de residentes em Jaboatão, em 2014, terem nascido no Recife e em estabelecimentos que possuem Núcleo Hospitalar de Epidemiologia que, dada a obrigatoriedade conferida pela legislação brasileira^{3, 17}, realizam a investigação e preenchimento dessa ficha logo após a ocorrência do óbito.

A Ficha Domiciliar apresentou maior grau de preenchimento do que a Hospitalar. Questões ligadas ao preenchimento inadequado ou mesmo aos registros incompletos e ilegíveis dos prontuários médicos podem ter colaborado para o pior preenchimento da Hospitalar em comparação à Domiciliar^{14,18-19}. Além disso, a melhor completitude da Domiciliar corrobora com o encontrado por outros autores¹⁶ que referem a contribuição da equipe de saúde da família na investigação¹⁴⁻¹⁵, facilitando a localização dos endereços e a sensibilização das famílias para a entrevista. O preenchimento adequado dessa ficha contribui para o resgate de informações importantes das fichas Ambulatorial e Hospitalar, uma vez que seus blocos abarcam dados sobre a assistência prestada nesses estabelecimentos.

As informações sobre os dados ambulatoriais tiveram menor número de formulários preenchidos (1:8) e também o pior grau de preenchimento (61,5%) dentre as fichas analisadas. Caetano, Vanderlei e Frias (2013) também observaram menor completitude na ficha

ambulatorial para óbitos infantis em Arapiraca-AL¹⁶. Pesquisas sobre qualidade dos prontuários de Unidades Básicas de Saúde assinalam a precariedade das informações com implicações na continuidade do cuidado²⁰.

Adicionalmente, o número reduzido de fichas de coleta de dados de necropsia preenchidas, aponta que embora haja o acesso aos serviços de necropsia as informações não estão sendo utilizadas em toda sua potencialidade. No entanto, os dados fornecidos por meio desse procedimento poderiam contribuir para a melhor compreensão das causas de morte.

A ficha síntese foi a que obteve maior completude, mas só foi observado o preenchimento para oito dos óbitos, que foram discutidos e, assim, concluídos. O baixo percentual de preenchimento dessa ficha aponta para dificuldades na consolidação dos casos^{13,16}. A falta de treinamento da equipe e do auxílio do profissional médico para as devidas correções nessa etapa da investigação são alguns dos motivos já relatados por outros pesquisadores¹³.

Atualmente, o município dispõe de profissional pediatra dentro do grupo técnico de discussão dos óbitos, o que facilita a conclusão das investigações e o aumento na proporção de óbitos discutidos. O encerramento dos casos com discussão é essencial para consolidação da análise do caso¹⁶, bem como para a divulgação dos resultados e encaminhamento das recomendações aos gestores dos diversos setores envolvidos^{4,13}. Ademais, é preciso incentivar a correção das informações mesmo nos casos em que óbitos não forem concluídos com investigação.

Ao analisar a completude de variáveis da DO antes e após a investigação dos óbitos, observou-se a contribuição da vigilância dos óbitos fetais na qualificação do SIM, tanto no resgate de informações ignoradas como na correção de informações registradas na DO ou erros de digitação.

O elevado percentual de alterações do número de nascidos mortos prévios pode ser atribuído à inclusão equivocada, entre essas perdas fetais, do óbito que motivou a declaração. Segundo o

Manual de instruções para o preenchimento da DO essa variável não deve considerar o óbito fetal ao qual o documento se refere¹².

A variável da DO referente ao encaminhamento do corpo para necropsia também mostrou elevado percentual de resgate, a semelhança do encontrado por outros autores,⁷ e pode refletir a pouca importância dada pelo profissional médico ao preenchimento desse campo. As demais inconsistências citadas podem ser resultado de falhas na digitação da DO no sistema ou, ainda, de problemas quanto ao correto preenchimento da DO.

Tais achados corroboram com a afirmação de pesquisadores sobre a importância da validação das informações da DO pela vigilância⁷ e mostram que a análise do banco, antes da investigação, pode provocar interpretações erradas na distribuição de algumas variáveis.

Além do acesso às tecnologias em saúde, a qualidade dos dados da DO também dependem da compreensão do médico sobre a dinâmica de eventos que englobam a cadeia causal do óbito e de seu comprometimento com a produção de estatísticas confiáveis⁷.

Os resultados mostraram que a vigilância do óbito fetal no Jaboatão dos Guararapes, em 2014, apresentou deficiências e dificuldades operacionais a serem superadas. O pequeno número de óbitos encerrados com discussão revela que a VOF não cumpre a finalidade à qual foi proposta. Uma vez que somente na discussão são feitas a identificação dos problemas, as recomendações de melhorias da rede assistencial e a análise da evitabilidade dos óbitos. Por outro lado, revelou a contribuição do processo investigativo na qualificação do SIM.

A melhoria na qualificação das informações sobre os óbitos fetais requer a realização de capacitações permanentes dos médicos no preenchimento da DO e das equipes envolvidas na operacionalização do SIM e em todas as dimensões do processo investigativo^{7,13,19}.

Para tanto, é imprescindível, desenvolver o pensamento crítico sobre o papel da vigilância do óbito e a importância de informações completas, fidedignas e oportunas para o planejamento

das ações de melhoria na qualidade do cuidado integrado da assistência ao pré-natal e parto, a fim de prevenir novas mortes e reduzir a natimortalidade.

Referências

1. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, Flenady V, Frøen JF, Qureshi ZU, Calderwood C, Shiekh S, Jassir FB, You D, McClure EM, Mathai M, Cousens S; The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group, The Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet* , Feb 06, 2016; 387: 587-603
2. Frøen, JF, Friberg IK, Lawn JE, Bhutta ZA, Pattinson RC, Allanson ER, Flenady V, McClure EM, Franco L, Goldenberg RL, Kinney MV, Leisher SH, Pitt C, Islam M, Khera A, Dhaliwal L, Aggarwal N, Raina N, Temmerman M; The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *The Lancet* , , 2016; 387 (10018): 574–586.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a regulamentação da Vigilância de Óbitos Infantis e Fetais. *Diário Oficial da União* 2010; n. 7, 11 jan.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2^a edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. 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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

6. Frias PG, Viola RC, Navarro LM, Machado MRM, Rocha PMM, Wakimoto MD, Bittencourt SDA. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. In: Bittencourt SDA, Dias MAB, Wakimoto MD, organizadores. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP; 2013. p. 201-246.
7. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Medeiros ZM. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(3): 282-90.
8. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee ACC, Waiswa P, Lalli M, Bhutta Z, Barros AJD, Christian P, Mathers C, Cousens SN; The Lancet Every Newborn Study Group. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *The Lancet* 2014 Jul; 384(9938): 189-205.
9. Ramalho MOA, Frias PG, Vanderlei, LCM, Macêdo VC, Lira PIC. Avaliação da incompletude de óbitos de menores de um ano em Pernambuco, Brasil, 1999-2011. *Revista Ciênc.Saúde Coletiva* 2015; 20(9): 2891-2898.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). *Estimativas da População* 2014. [Acessado 2016 Mar 1]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf.
11. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(3): 673-681.

12. 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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Dutra IR, Andrade GN, Rezende EM, Gazzinelli A. Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Reme: Rev Min Enferm*. 2015; 19(3): 597-611.
14. Mathias TAF, Uchimura TT, Assunção AN, Predebon KM. Atividades de extensão universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil e estatísticas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62 (2): 205-311.
15. Santana IP, Santos JM, Costa JR, Oliveira RR, Orlandi MHF, Mathias TAF. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(4): 556-562.
16. Caetano SF, Vanderlei LCM, Frias PG. Avaliação da completude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca, Alagoas. *Cad. Saúde Colet*. 2013; 21(3): 309-317.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União* 2008, n.105, 03 jun.
18. Souza EC, Tonini L, Pinheiro D. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. *Rev. ACRED*. 2014; 4(7): 66-87.
19. Oliveira CM, Guimarães MJB, Bonfim CV, Frias PG, Antonino VCS, Guimarães ALS, Medeiros ZM. Adequação da investigação dos óbitos infantis no Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. No prelo 2016.

20. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 173-182.

Tabela 1. Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação ambulatorial do óbito fetal (F1). Jaboatão dos Guararapes, 2014

Blocos / Variáveis	Fichas (n=11)	
	%	Critério de completude*
Identificação		
Nº da DO	100,00	Excelente
Nome da mãe	100,00	Excelente
Data do óbito	90,91	Bom
Número do Cartão SUS da mãe	0,00	Muito Ruim
Sexo	90,91	Bom
Peso ao nascer	72,73	Ruim
Idade gestacional	63,64	Ruim
Distrito Sanitário/ Administrativo	0,00	Muito Ruim
Cobertura	36,36	Muito Ruim
SUBTOTAL (09)	61,62	Ruim
Assistência pré-natal		
Local do PN	100,00	Excelente
Código CNES estab.	0,00	Muito Ruim
Tipo de provedor no PN	81,82	Regular
Idade gestacional na 1ª consulta	90,91	Bom
Nº de consultas pré-natal	90,91	Bom
Nº Gestações	100,00	Excelente
Nº Abortos	100,00	Excelente
Nº Partos normais	100,00	Excelente
Nº Partos cesáreos	100,00	Excelente
Gestante de alto risco	90,91	Bom
Fez PN de alto risco	72,73	Ruim
Local PNAR	72,73	Ruim
Idade Gest. Iniciou PNAR	72,73	Ruim
Fez PN na Atenção Básica junto PNAR	63,64	Ruim
Internada na gestação	54,55	Ruim
Nº de internações	54,55	Ruim
Motivo(s) internação	54,55	Ruim
IG internação	54,55	Ruim
Local internação	54,55	Ruim
Fatores de risco	63,64	Ruim
Medicação	63,64	Ruim
Vacinação tétano	27,27	Muito Ruim
Quadro de PN	81,82	Regular
Visita domiciliar pela Equipe de Saúde	9,09	Muito Ruim
Motivo da visita	9,09	Muito Ruim
Quadro Exames	81,82	Regular
Causas no prontuário	36,36	Muito Ruim
Observações Gerais	0,00	Muito Ruim
Observações do entrevistador	0,00	Muito Ruim
SUBTOTAL (29)	61,44	Ruim
TOTAL (38)	61,48	Ruim

DO: declaração de óbito; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; PN: pré-natal; PNAR: pré-natal de alto risco

*Completude: > 95,00%: excelente; 95-90%: bom; 89,99-80%: regular; 79,99-50%: ruim; < de 50: muito ruim.

Tabela 2. Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação hospitalar do óbito fetal (F2). Jaboatão dos Guararapes, 2014

Blocos / Variáveis	Fichas (n=65)	
	%	Critério de completude*
Identificação		
Nº da DO	100,00	Excelente
Nome da mãe	100,00	Excelente
Data do óbito	100,00	Excelente
Sexo	98,46	Bom
Peso ao nascer	100,00	Excelente
Idade gestacional	98,46	Excelente
Número do Cartão SUS da mãe	10,77	Muito Ruim
SUBTOTAL (07)	86,81	Regular
Assistência ao Parto		
Data do parto	100,00	Excelente
Hora do parto	95,38	Excelente
Local de ocorrência do parto	100,00	Excelente
Tipo de parto	98,46	Excelente
Profissional que fez o parto	100,00	Excelente
Tempo de bolsa rota	64,62	Ruim
Aspecto do líquido amniótico	53,85	Ruim
Intercorrência(s) materna durante trabalho de parto	73,85	Ruim
Estabelecimento de saúde em que ocorreu o parto	100,00	Excelente
Código CNES estab.	33,85	Muito Ruim
Tipo de hospital/maternidade	100,00	Excelente
Nº Gestações	98,46	Excelente
Nº Abortos	96,92	Excelente
Nº Filhos nascidos vivos	89,23	Regular
Nº Natimortos	92,31	Bom
Nº Partos normais	90,77	Bom
Nº Partos cesáreos	89,23	Regular
Data do último parto	38,46	Muito Ruim
Fatores de risco	72,31	Ruim
Medicação durante a gravidez	40,00	Muito Ruim
Data de internação	100,00	Excelente
Hora da internação	83,08	Regular
Condição à internação	90,77	Bom
Mãe examinada antes de ir para sala de parto	100,00	Excelente
Apresentação do parto	67,69	Ruim
Exames de sangue na admissão	96,92	Excelente
Partograma	93,85	Bom
Nº de avaliações maternas	84,62	Regular
Nº de avaliações fetais	83,08	Regular
Maior intervalo sem avaliação materna	80,00	Regular
Maior intervalo sem avaliação fetal	78,46	Ruim
Medicação utilizada	78,46	Ruim
Indicação para cesárea	96,92	Excelente
Anestesia	83,08	Regular
Tipo de anestesia	81,54	Regular
Outros métodos de alívio de dor	58,46	Ruim
SUBTOTAL (36)	82,91	Regular
Anotações sobre o natimorto		
Profissional assistiu a criança na sala de parto	84,62	Regular
Tentada reanimação	93,85	Bom
Condições de nascimento	95,38	Excelente
Problemas do feto	55,38	Ruim
Problemas maternos afetando o feto	70,77	Ruim
Corpo encaminhado para necropsia	92,31	Bom

Causas no prontuário	67,69	Ruim
Observações Gerais	16,92	Muito Ruim
Observações do entrevistador	41,54	Muito Ruim
SUBTOTAL (09)	68,72	Ruim
TOTAL (52)	80,98	Regular

DO: declaração de óbito; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

*Completitude: > 95,00%: excelente; 95-90%: bom; 89,99-80%: regular; 79,99-50%: ruim; < de 50: muito ruim.

Tabela 3. Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação domiciliar do óbito fetal (F3). Jaboatão dos Guararapes, 2014

Blocos / Variáveis	Fichas (n=23)	
	%	Critério de completude*
Identificação		
Nº da DO	100,00	Excelente
Nome da mãe	100,00	Excelente
Data do óbito	100,00	Excelente
Sexo	100,00	Excelente
Peso ao nascer	95,65	Excelente
Idade gestacional	86,96	Regular
Nº do Cartão SUS da mãe	17,39	Muito Ruim
Cobertura	52,17	Ruim
Distrito Sanitário/ Administrativo	8,70	Muito Ruim
Bairro	82,61	Regular
SUBTOTAL (10)	74,35	Ruim
Características da mãe e da família		
Nome do entrevistado	73,91	Ruim
Parentesco com a criança	95,65	Excelente
Nº pessoas no domicílio	100,00	Excelente
Nº dormitórios no domicílio	100,00	Excelente
Nº pontos de água	100,00	Excelente
Fumantes na residência	91,30	Bom
Nº fumantes	82,61	Regular
Idade da mãe	100,00	Excelente
Trabalho remunerado	78,26	Ruim
Escolaridade da mãe	100,00	Excelente
Situação conjugal	100,00	Excelente
Raça/Cor mãe	100,00	Excelente
Nº Gestações anteriores	100,00	Excelente
Nº Abortos	100,00	Excelente
Nº Filhos nascidos vivos	95,65	Excelente
Nº Natimortos	95,65	Excelente
Nº Partos normais	95,65	Excelente
Nº Partos cesáreos	91,30	Bom
Data do último parto	30,43	Muito Ruim
Dos filhos vivos, algum morreu	86,96	Regular
Idade do irmão falecido	86,96	Regular
Causa de óbito do irmão falecido	86,96	Regular
Pessoa que cuidava da criança falecida	86,96	Regular
SUBTOTAL (23)	90,36	Bom
Gestação e pré-natal		
Gravidez planejada	95,65	Excelente
Informações a métodos contraceptivos	86,96	Regular
Mãe Fez PN	100,00	Excelente
Motivo não fez o PN	100,00	Excelente
Mês iniciou o PN	100,00	Excelente
Motivo não iniciou o PN no 1º trimestre	95,65	Excelente
Nº consultas PN	100,00	Excelente
Tomou vacina antitetânica	95,65	Excelente
Nº doses	91,30	Bom
Local PN	95,65	Excelente
Tipo de provedor no PN	91,30	Bom
Dificuldades consulta no Centro de Saúde	60,87	Ruim
Centro de Saúde. Qual?	60,87	Ruim
Dificuldades no PNAR	65,22	Ruim
PNAR. Qual?	65,22	Ruim
Dificuldades Exames	65,22	Ruim

Exames. Qual?	60,87	Ruim
Dificuldades ultrassom	65,22	Ruim
Ultrassom. Qual?	56,52	Ruim
Dificuldades medicamentos	56,52	Ruim
Medicamentos. Qual?	56,52	Ruim
Houve referência da maternidade	95,65	Excelente
Maternidade referenciada	95,65	Excelente
Como avalia o atendimento no PN	95,65	Excelente
Cartão do PN completo	95,65	Excelente
Quadro PN	78,26	Ruim
Fatores de risco	91,30	Bom
Houve Tratamento	95,65	Excelente
Em que mês da gestação	95,65	Excelente
Uso de cigarro	91,30	Bom
Uso de drogas	91,30	Bom
Uso de bebidas alcoólicas	91,30	Bom
SUBTOTAL (32)	83,83	Regular
Assistência ao parto		
Motivo para a busca de atendimento	95,65	Excelente
Se bebê parou de mexer, quanto tempo antes do parto isso ocorreu?	91,30	Bom
Tempo entre o início dos sinais e a procura atendimento	69,57	Ruim
Tempo de bolsa rota	73,91	Ruim
Aspecto do líquido	52,17	Ruim
Idade gestacional ao nascer	91,30	Bom
Local de ocorrência do parto	100,00	Excelente
Motivo não ter ocorrido em hospital	100,00	Excelente
Parto ocorreu na maternidade indicada no PN	100,00	Excelente
Motivo não ter ocorrido na maternidade indicada	78,26	Ruim
Parto ocorreu 1ª maternidade procurada	100,00	Excelente
Nº de estabelecimentos procurados	100,00	Excelente
Meio de transporte utilizado na ocasião do parto	100,00	Excelente
Tempo de espera para ser atendida	95,65	Excelente
Acompanhante na sala de parto	95,65	Excelente
Mãe examinada antes de ir para sala de parto	91,30	Bom
Presença de batimentos fetais	95,65	Excelente
Quem fez o parto	86,96	Regular
Como avalia atendimento na maternidade	100,00	Excelente
Motivo da avaliação	95,65	Excelente
SUBTOTAL (20)	90,65	Bom
Informações sobre o natimorto		
Sinal de vida ao nascer	91,30	Bom
Período de tempo dos sinais de vida	91,30	Bom
Tentada reanimação	86,96	Regular
Profissional que tentou reanimar	78,26	Ruim
Morte em rel. ao parto	78,26	Ruim
Peso ao nascer	86,96	Regular
Prematuro	60,87	Ruim
Observações da Família	100,00	Excelente
Antecedentes familiares	86,96	Regular
Observações do entrevistador	65,22	Ruim
Repercussões na família	34,78	Muito ruim
SUBTOTAL (11)	78,26	Ruim
TOTAL (96)	85,19	Regular

DO: declaração de óbito; PN: pré-natal; PNAR: pré-natal de alto risco

*Compleititude: > 95,00%: excelente; 95-90%: bom; 89,99-80%: regular; 79,99-50%: ruim; < de 50: muito ruim.

Tabela 4. Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação - síntese, recomendações e conclusões do óbito fetal (IF5). Jaboatão dos Guararapes, 2014

Variáveis	Fichas (n=08)	
	%	Critério de completude*
Momento óbito fetal	87,50	Regular
Nome da mãe	100,00	Excelente
Nº da DO	100,00	Excelente
Data do óbito	100,00	Excelente
Sexo	100,00	Excelente
Peso ao nascer	100,00	Excelente
Idade gestacional	87,50	Regular
Faixa etária ao óbito	100,00	Excelente
Idade da mãe	100,00	Excelente
Escolaridade da mãe	75,00	Ruim
Município de residência	100,00	Excelente
Município de ocorrência	100,00	Excelente
Resumo do caso	87,50	Regular
Fontes de informação	100,00	Excelente
Estabelecimento de saúde onde fez o PN	100,00	Excelente
Tipo de estabelecimento do PN	100,00	Excelente
Idade gestacional na primeira consulta	100,00	Excelente
Local do parto	100,00	Excelente
Estabelecimento onde ocorreu o parto	100,00	Excelente
Tipo de estabelecimento do parto	100,00	Excelente
Uso do partograma	87,50	Regular
Realizado VDRL	100,00	Excelente
Investigação alterou/corrigiu causa de óbito	100,00	Excelente
Causas do óbito após a investigação	87,50	Regular
Causa básica após investigação	87,50	Regular
Alteração/correção de outro campo da DO	100,00	Excelente
Problemas identificados após a investigação	100,00	Excelente
Planejamento familiar - falha acesso/assistência	100,00	Excelente
Pré-natal - falha acesso/assistência	100,00	Excelente
Assistência ao parto - falha acesso/assistência	100,00	Excelente
Dificuldades da família	100,00	Excelente
Causas externas	100,00	Excelente
Problemas na cobertura da atenção primária	100,00	Excelente
Problemas na referência e contrarreferência	100,00	Excelente
Problemas no PNAR	100,00	Excelente
Problemas leitos de UTI gestante de alto risco	100,00	Excelente
Problemas Leitos de UTI Neonatal	100,00	Excelente
Problemas central de regulação	100,00	Excelente
Problemas transporte pré e inter-hospitalar	100,00	Excelente
Problemas Bancos de sangue	100,00	Excelente
Óbito evitável	100,00	Excelente
Classificação de Wigglesworth Espandida	0,00	Muito ruim
Classificação Fundação SEADE	0,00	Muito ruim
Classificação Lista Brasileira	100,00	Excelente
Recomendações Planejamento Familiar	100,00	Excelente
Recomendações PN	100,00	Excelente
Recomendações Assistência ao parto	100,00	Excelente
Recomendações Assistência ao RN na maternidade	100,00	Excelente
Recomendações Organização do sistema/serviço de saúde	100,00	Excelente
Data da conclusão	100,00	Excelente
TOTAL (50)	94,00	Bom

DO: declaração de óbito; PN: pré-natal; VDRL: Venereal Diseases Research Laboratory; PNAR: pré-natal de alto risco;

UTI: Unidade de Terapia Intensiva; RN: recém-nascido

*Completude: > 95,00%: excelente; 95-90%: bom; 89,99-80%: regular; 79,99-50%: ruim; < de 50: muito ruim.

Tabela 5. Grau de preenchimento, completude e retificação de variáveis das DO antes e após a investigação dos óbitos fetais. Jaboatão dos Guararapes, 2014

Variáveis - DO (n=102)	Antes da investigação		Após a investigação		Retificação após a VOF n(%)
	%	Critério de completude*	%	Critério de completude*	
Sexo	99,02	Excelente	100,00	Excelente	1(1,0)
Peso ao nascer	92,16	Bom	99,02	Excelente	7(6,9)
Idade gestacional	80,39	Regular	92,16	Bom	15(14,7)
Idade da mãe	86,27	Regular	91,18	Bom	7(6,9)
Escolaridade da mãe	79,41	Ruim	85,29	Regular	14(13,7)
Bairro de residência	98,04	Excelente	99,02	Excelente	3(2,9)
Local de ocorrência	100,00	Excelente	100,00	Excelente	5(4,9)
Estabelecimento onde ocorreu o parto	98,04	Excelente	99,02	Excelente	5(4,9)
Nº Filhos nascidos vivos	86,27	Regular	93,14	Bom	10(9,8)
Nº Filhos nascidos mortos	85,29	Regular	93,14	Bom	49(48,0)
Tipo de parto	94,12	Bom	98,04	Excelente	4(3,9)
Óbito em relação ao parto	94,12	Bom	97,06	Excelente	10(9,8)
Encaminhado para necropsia	62,75	Ruim	86,27	Regular	25(24,5)
TOTAL (13)	88,91	Regular	94,87	Bom	

DO: declaração de óbito; VOF: vigilância do óbito fetal

*Completude: > 95,00%: excelente; 95-90%: bom; 89,99-80%: regular; 79,99-50%: ruim; < de 50: muito ruim.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade fetal do município encontra-se próxima à meta pactuada internacionalmente, entretanto, revela que muito pode ser feito para redução desses óbitos. Nessa perspectiva, faz-se necessária a realização de outros estudos que enfoquem a causalidade e evitabilidade dos natimortos para o fortalecimento de estratégias com impacto na redução da TMF.

A Vigilância dos Óbitos Fetais do Jaboatão dos Guararapes mostrou potencial para o aprimoramento das informações do SIM. Mas o processo investigativo da VOF do município requer progressos na cobertura, oportunidade e completitude das informações dos instrumentos de coleta.

O desenvolvimento de ações que fortaleçam o papel das Equipes de Saúde da Família no processo investigativo pode contribuir para o aperfeiçoamento dos registros ambulatoriais. Bem como auxiliar no preenchimento das fichas e no encerramento dos casos com discussão.

Dessa forma, melhorias no processo investigativo permitirão a identificação imediata dos problemas que influenciaram o óbito e o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde, consolidando a VOF como uma ferramenta para redução da mortalidade fetal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, W.S. **Mortalidade infantil e acesso ao parto nos municípios brasileiros. 2011.** 85 f. Dissertação (Mestrado em ciências da epidemiologia em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- AMINU, M. et al. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. **BJOG.** 2014; 121 (Suppl. 4): 141–153.
- ANDRADE, L. G. et al. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, 2009.
- AQUINO, M. M. A.; CECATTI, J. G. Epidemiologia do óbito fetal em população de baixa renda. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 1998.
- ASSIS, H. M. **Mortalidade fetal: um estudo para os óbitos evitáveis ocorridos no município de Belo Horizonte, 2008-2010.** 88 f. Tese (Doutorado em demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- ASSIS, H. M. et al. Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 314-317, 2014.
- BARBEIRO, F. M. dos S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 22, 2015.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; MENDES, Y. M. M. B. Mortalidade Perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, p. 88-95, jan./mar. 2011.
- BLENCOWE, H. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. **Lancet Glob Health**, vol. 4, n. 2, p. 98-108, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), n.105, 03 jun. 2008b, p. 50.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 1.119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 jun. 2008a.
- 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, 2011.

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, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a regulamentação da Vigilância de Óbitos Infantis e Fetais. **Diário Oficial da União**, n. 7, 11 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAETANO, S.F., VANDERLEI, L.C.M., FRIAS, P.G. Avaliação da completude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca, Alagoas. **Cad. Saúde Colet.** 2013; v.21, n.3, p.309-317.

COUSENS, S. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. **The Lancet**, vol. 377, n. 9774, p. 1319-1330, 2011.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpe.def> . Acesso em 11 Jan 2017.

DUTRA, I. R. et al. Investigação dos óbitos infantil e fetal no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 597-604, 2015.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009, p.(83-112).

FRIAS, P. G. et al. Correção de informações vitais: estimativa da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.6, p. 1048-1058. 2013a.

FRIAS, P. G. et al. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. In: Bittencourt SDA, Dias MAB, Wakimoto MD, organizadores. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP; 2013b. p.(201-246).

FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In: Bittencourt DAS, Dias MAB, Wakimoto MD, organizadores. **Vigilância do óbito materno**,

infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP; 2013, p.(91-121).

FRØEN, J. F. et al. Stillbirths: why they matter. **Lancet**, vol. 377, n. 9774, p. 1353-1366, 2011.

FRØEN, J. F. et al. for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. **Lancet**, vol. 387, n. 10018, p. 574-586, 2016.

GBD 2015 CHILD MORTALITY COLLABORATORS. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, vol. 388, n. 10053, p. 1725-1774, 2016

HARAKI, C. A. C; GOTLIEB, S. L. D; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 8, n. 1, p. 19-24, 2005.

HEAZELL, A. E. P. et al, for **The Lancet** Ending Preventable Stillbirths Series study Group, with The Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. **Lancet** 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). **Estimativas da População, 2014**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf Acesso em 01 Mar 2016.

KEELING, J. et al. Classification of perinatal death. **Arch Dis Child**, v. 64, n. 10, p. 1345-1351, 1989.

KOBLINSKY, M. et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. **Lancet** 2016; vol. 388, n. 10057, p. 2307-2320, 2106.

LANSKY, S. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis. In: Bittencourt D.A.S., Dias MAB, Wakimoto MD, organizadores. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.** Rio de Janeiro (RJ): EAD/EM-SP; 2013, p.(123-133).

LANSKY, S. et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n. 6, p. 759-72, Dezembro, 2002.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LAURENTI, R. et al. O estudo do binômio mãe-filho: descrição e resultados gerais. **Rev. bras. epidemiol.**, v.18, n.2, p. 398-412, 2015.

LAURENTI, R. et al. Perinatal Mortality in hospitals of the state of São Paulo: methodological aspects and some characteristics of mothers and conceptuses. **Journal of Human Growth and Development**. 2013, 23(3): 261-269.

LAWN, J. E. et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. **The Lancet**, vol. 384, n. 9938, p. 189-205, Jul, 2014.

LAWN, J. E. et al. Stillbirths: Where? When? Why?: How to make the data count. **The Lancet**, vol. 377, n. 9775, p. 1448-1463, 2011.

LAWN, J. E. et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. **The Lancet**, vol. 387, n. 10018, p. 587-603, 2016.

MACDORMAN, M. F.; GREGORY, E. C. W. Fetal and Perinatal Mortality: United States, 2013. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. **National Vital Statistics Reports**, v. 64, n. 8, July 23, 2015. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_08.pdf. Access on 16 Nov. 2016.

MAGALHÃES, M. C. et al. Uso dos sistemas de informações em saúde no monitoramento da morbimortalidade materna e perinatal. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.15, n.3, p.328-335, julho/setembro. 2012.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776. 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. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.

MARTINS, E. F. et al. Mortalidade perinatal e desigualdades socioespaciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1062-1070, Out, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1062.pdf. Acesso em 16 Fev. 2016

MATHIAS, Thais Aidar de Freitas 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, 2009.

MCCLURE, E. M. et al. Stillbirth rates in low-middle income countries 2010 - 2013: a population-based, multi-country study from the Global Network. **Reproductive Health**, 2015, v. 12 (Suppl 2):S7. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464024/pdf/1742-4755-12-S2-S7.pdf> Access on 29 Dec. 2016. doi:10.1186/1742-4755-12-S2-S7

MELLO-JORGE, M. H. P. de; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 13, n. 4, p. 561-576, 2010.

MENEZZI, A. M. E. D. et al. Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.40, n. 2, p.208-212, 2016.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf>

OLIVEIRA, C. M. et al. (no prelo). Adequação da investigação dos óbitos infantis no Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2016b.

OLIVEIRA, C. M. et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. **Acta paul. enferm.**, v. 29, n. 3, p. 282-290, 2016a.

ORTIZ, L. P. **Agrupamento das causas evitáveis de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças**. Fundação SEADE, São Paulo, 2000.

PENICHE, T. M. et al. An ecological study of stillbirths in Mexico from 2000 to 2013. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n.5, p. 322-330, May 2016. Available from <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/15-154922.pdf>. Access on 11 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.154922>

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos (DG AJ). Coordenação Jurídica de Convênios. **Pacto para acelerar a redução das desigualdades no nordeste**. Recife, 29 Jan. 2010.

RAMALHO, M. O. A. et al. Avaliação da incompletitude de óbitos de menores de um ano em Pernambuco, Brasil, 1999-2011. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2891-2898, 2015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (org.). **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (Ripsa). **Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB)**; 2009b. Brasília, DF: Departamento de informática do SUS/MS (DATASUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm> Acesso em 11 Jan. 2017.

RODRIGUES, Mirella et al. Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de Pernambuco, 2006-2008. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 15, n. 2, p. 275-284, 2012.

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 Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 673-681, 2006.

SANTANA, I. P. et al . Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 4, p. 556-562, 2011.

SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.

SOUZA, E.C.; TONINI L.; PINHEIRO D. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. **Rev. ACRED**, v. 4, n. 7, p. 66-87, 2014.

SZWARCWALD, C. L. et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimativa das coberturas do SIM e Sinasc nos municípios brasileiros. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF, 2011.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2008**: Caderno Brasil. Distrito Federal: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), janeiro de 2008.

UNICEF. WHO. **Every Newborn: An action plan to end preventable newborn deaths**. 2013. www.everynewborn.org.

VANDERLEI, L. C. de M.; FRIAS, P. G. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.15, n. 2, p. 157-158, 2015..

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p.173-182, 2008.

VELOSO, H. J. F. et al. Secular trends in the rate of low birth weight in Brazilian State Capitals in the period 1996 to 2010. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 91-101, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International statistical classification of diseases and related health problems**. 10th revision. Fifth edition. Vol. 02. 2016. Available from: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf. Access on 18 Feb. 2016.

ANEXOS

ANEXO A - Declaração de Óbito

		República Federativa do Brasil Ministério da Saúde			1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE			Declaração de Óbito				
		1. Cartório	2. Código	3. Registro	4. Data	5. UF	6. Cemitério	7. Cartão SUS	8. Óbito	9. Data	10. Naturalidade	
I Cartório	11. Nome do falecido	12. Nome do pai	13. Nome da mãe	14. Data de Nascimento	15. Idade	16. Escolaridade	17. Sexo	18. Estado civil	19. Ocupação habitual e ramo de atividade	20. Código		
	1. Falecido 2. Não Falecido	Óbito	Data	Anos completos	Meses	Dias	Horas	Ignorado	(Em anos de estudos concluídos)	M - Masc. 1 - Separado judicialmente 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Divorciado 6 - Ignorado	F - Fem. 1 - Ignorado 2 - Branca 3 - Preta 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Amarela	
	21. Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	22. Código	23. Número	24. Complemento	25. CEP	26. Bairro/Distrito	27. Código	28. Número	29. Complemento	30. CEP		
	31. Bairro/Distrito	32. Código	33. Número	34. Complemento	35. Código	36. Local de ocorrência do óbito	37. Estabelecimento	38. Código	39. Código	40. Código		
	41. Hospital 2. Outros estab. saúde 3. Domicílio 4. Via pública 5. Outros 9. Ignorado	42. Ignorado	43. Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	44. Número	45. Complemento	46. CEP						
	47. Bairro/Distrito	48. Código	49. Número	50. Complemento	51. CEP	52. Ignorado						
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE AMAE										53. Número de filhos totais (Obs: Usar 09 para ignorar)	
	IV Ocorrência	54. Idade	55. Escolaridade	56. Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	57. Nascidos vivos	58. Nascidos mortos						
		59. Anos	60. (Em anos de estudo concluídos)	61. Código	62. Ignorado	63. Ignorado						
		64. Menos de 22 2. De 22 a 27 3. De 28 a 31 4. De 32 a 36 5. De 37 a 41 6. 42 e mais 9. Ignorado	65. De 1 a 3 2. De 4 a 7 3. 12 e mais 9. Ignorado	66. Vaginal 2. Cesárea 3. Tripla e mais 9. Ignorado	67. Antes 2. Durante 3. Depois 9. Ignorado	68. Ignorado						
69. Ignorado		70. Ignorado	71. Ignorado	72. Ignorado	73. Ignorado							
74. ÓBITOS EM MULHERES		75. Morte em relação ao parto	76. ASSISTÊNCIA MÉDICA									
77. A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ?		78. Morte ocorreu durante o puerpério ?	79. Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte ?									
1. Sim 2. Não 9. Ignorado		1. Sim, até 42 dias 2. Sim de 43 dias a 1 ano 3. Não 9. Ignorado	1. Sim 2. Não 9. Ignorado									
80. Exame complementar ?		81. Cirurgia ?	82. Necropsia ?									
1. Sim 2. Não 9. Ignorado		1. Sim 2. Não 9. Ignorado	1. Sim 2. Não 9. Ignorado									
CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA										83. Parte I		
PARTE I										84. Doença ou estatuto morbido que causou diretamente a morte		
CAUSAS ANTECEDENTES										85. a. Devido ou como consequência de:		
										86. b. Devido ou como consequência de:		
										87. c. Devido ou como consequência de:		
										88. d. Devido ou como consequência de:		
PARTE II										89. Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, portanto, na cadeia acima.		
										90. CRM	91. O médico que assina atendeu ao falecido ?	
										1. Sim 2. Substituto 3. IML 4. SVO 5. Outros	92. Data do atestado	93. Assinatura
										94. Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	95. Data	
										96. Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	97. Se a OCORRÊNCIA FOR EM VÍA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO	
										98. Localid. S/ Médico	99. Declarante	100. Testemunhas
											A	
											B	

ANEXO B – Ficha de investigação ambulatorial do óbito fetal (F1)

F1



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

Nº do Caso

Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde ambulatorial

1	Nome da mãe								
2	Nº da Declaração de Óbito			3	Data do óbito				
4	Sexo	Masculino	Feminino	Ignorado	5	Peso ao Nascer	_____	gramas	
6	Idade gestacional			semanas ou	meses	Ignorado			
7	Nº do Cartão SUS da mãe			8	Equipe / PACS / PSF			sem cobertura	
9	Centro de Saúde / UBS			10	Distrito Sanitário / Administrativo				
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL									
Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão/Caderneta da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.									
11	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal			Nome _____			Código CNES _____		
12	Tipo de serviço		Centro de Saúde	Consultório convênio	Particular	Não fez pré-natal			
13	Idade gestacional na primeira consulta			semanas ou	meses	SR			
14	Número de consultas pré-natal			consultas				SR	
15	M esteve grávida antes?			sim	não	SR			
16.1	Número de gestações (inclusive esta)		Número de partos	Número de abortos	_____	SR			
16.2	Tipo(s) de parto(s)			partos normais	partos cesáreos	SR			
17	Foi considerada gestante de alto risco?			sim	não	SR			
18.1	Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco?			sim, qual?	não	SR			
18.2	A partir de			semanas				SR	
18.3	Manteve o acompanhamento pela atenção básica durante o PNAR?			sim	não	SR			
19	Foi internada durante a gestação?			sim	não	SR			
20.1	Quantas vezes?			vezes				SR	
20.2	Qual(is) o(is) motivo(s)?						SR		
21.1	Com quantas semanas de gestação?			1 ^ª internação	Local _____	SR			
21.2				2 ^ª internação	Local _____	SR			
22	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Cardiopatias <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 _____ <ul style="list-style-type: none"> <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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rubéola 					

ANEXO C – Ficha de investigação hospitalar do óbito fetal (F2)



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	Data do óbito			
3	Nº de Declaração do Óbito			4	Sexo			
5	Maculino	Feminino	Ignorado	6	Peso ao Nacer			
7	Idade gestacional			8	semanas ou meses			
9	Número do Cartão-Sus da mãe			10	Ignorado			
11	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação			12	Nome _____ Código CNES _____			
13	Tipo de hospital/maternidade			14	SUS	Comunitário	Particular	
ASSISTÊNCIA AO PARTO								
15	Pesquisar na(s) unidade(s) em serviço de saúde onde a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UCI, RAVI, etc.)							
16	Data do parto		Hora do parto		SR			
17	O parto ocorreu:	No domicílio	Na maternidade	Via pública	SR			
	No trajeto para o serviço de saúde		Outro serviço de saúde: Especificar _____					
18	Tipo de parto		Vaginal	Fórceps	Cesárea	SR		
19	Profissional que fez o parto	Médico obstetra	Médico não obstetra					
	Enfermeira/ Obstetra	Sem assistência no período expulsoivo				SR		
	Outro: Especificar _____							
20	Tempo de bala rota	_____ horas	Não se aplica	SR				
21	Aspecto do líquido amniótico	Claro	Com meconíio	Sanguinolento	Fétido	SR		
22	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto							
	Hipertensão	Infecção	Eclâmpsia	Hemorragia				
	Sem intercorrência	Outro: Especificar _____						
23	Idade gestacional cronológica	semanas ou meses	Ignorado	SR				
24	Esteve grávida entre desta gestação?	sim	não	SR				
25	Número de gestações (inclusive esta)	Número de partos	Número de abortos	SR				
26	Tipo(s) de parto(s)	partos normais	partos cesáreos	SR				
27	Filhos nascidos vivos	Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação)						
28	Data do último parto	SR						
29	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:							
	Infecção urinária	Ruptura prematura de membrana						
	Cardiopatias	Isquimização pelo fator Rh	HIV/AIDS					
	Gestação múltipla	Hemorragias	Hepatite					
	Toxoplasmose	Gestação prolongada	Anemia					
	Crescimento intra-uterino restrito	Sífilis	Rubéola					
	Diabetes/ Diabetes gestacional	Doença Sexualmente Transmissível (DST)						
	Trabalho de parto prematuro	Gravidez sem complicações/intercorrências						
	Hipertensão arterial/ DHO (Doença hipertensiva específica de gravidez)	Tirotoxicose						
	Outras, especificar _____		SR					
30	Foi uso de alguma medicação durante a gravidez?	Sim	Não	SR				
31	Qual(s) medicamento(s) usado(s)							
As questões seguintes devem ser respondidas para o caso de parto hospitalarizado e/ou falecido no hospital para a questão 32								
32	Qual o nome do estabelecimento	Nome _____ Código CNES _____						

01		Tipo de maternidade		SUS	Convênio	Particular		
02		Data de internação		Data de internação		SR		
03		Condição à internação		Trabalho de parto (exeto período expulso)		Indução do parto (feto morto, outros)		
				Início de trabalho de parto prematuro		Amniotrips prematura sem trabalho de parto		
				Período expulso		Cesárea		
				Outro. Especificar		SR		
04 Registro à admissão da gestante na maternidade								
05		Pressão arterial: Anotar valores		Sim	mmHg	Não	SR	
		Dinâmica uterina:		Sim	contrapções por	Não	SR	
		Dilatação do colo:		Sim	centímetros	Não	SR	
		Batimentos cardíofetais:		Positivo	bpm	Negativo	SR	
		Apresentação:		Cefálica	Pélvica	Anormal	SR	
		Membra amniótica:		Integra	Rotas		SR	
06		Foram realizados na admissão		Classificação sanguínea e fator Rh		VDR	Anti-HIV	SR
07		Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)		Sim	Não	Não se aplica		SR
08		Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação				Não se aplica		SR
09		Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação				Não se aplica		SR
10		Maior intervalo com avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação		Avaliação de mãe		hora / minuto	Não se aplica	SR
				Avaliação do feto - BCF		hora / minuto	Não se aplica	SR
11		Medicação utilizada		Obstetica	Misoprotol	Corticoide. Data de inicio do uso:	SR	
				Antibióticos	Mepenidina	Não usou medicação		
				Outra. Especificar			SR	
12		Se foi realizada cesárea, qual a indicação						
				Amniotrips prematura		Falta de indução do parto	Prematuridade	
				Apresentação anormal		Hemorragia	Sofrimento fetal agudo	
				CIU/Oligohidrâmnio		Desproporção céfalo-pélvica	Horativa	
				Descolamento prematuro de placentas		Doença hipertensiva específica de gravidez / eclâmpsia		
				Outra. Especificar				SR
13		Anestesia durante o trabalho de parto		Sim	Não			SR
14		Se sim, qual?	Obstetra	Local	Período	Requis		SR
15		Outros métodos de alívio da dor		Sim	Não			SR
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATHMORTE								
16		Peso ao nascer:		gramas				SR
17		Quem assistiu a criança na sala de parto?		Obstetra	Enfermeira	Residente		SR
				Pediatra	Estudante	Outro. Especificar		
18		Foi realizada alguma tentativa de ressuscitação?		Sim	Não			SR
19		Condições de nascimento:		nascido vivo	nascido morto, óbito antes do trabalho de parto			
				nascido morto, feto macerado	nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento			
20		Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (nascença, mal formação, etc.)						
21		Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto						
22		O corpo foi encaminhado para necropsia?		Sim	Não			SR
23		Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver						
24		Observações gerais						
25		Segundo o investigador o que aconteceu neste caso?						
26		Data do encaminhamento da coleta de dados						
27		Responsável pela investigação						
		Nome:		Carimbo e rubrica				

ANEXO D – Ficha de investigação domiciliar do óbito fetal (F3)

F3



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

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				
4	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao nascer	6	gramas	
7	Idade gestacional	<input type="checkbox"/> meses		<input type="checkbox"/> não sabe					
8	Nº do Cartão SUS da mãe	9			Equipe / PACS / PSF	10		sem cobertura	
11	Centro de Saúde / UBS	12			Distrito Sanitário / Administrativo				
13	Endereço de residência da família (rua/Praca/Av.)			Nº	Compl.				
14	Bairro:	Distrito / Povoado			Local	<input type="checkbox"/> urbano	<input type="checkbox"/> rural		
15	Município de residência			UF	<input type="checkbox"/> LL				
CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA									
16	Nome do(a) entrevistado(a)								
17	18.1	Relação com a criança falecida	<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> outro. Especificar				
18	19	Quantas pessoas moram nesta casa?	<input type="checkbox"/> pessoas		<input type="checkbox"/> não sabe				
20	21	Quantos cômodos são usados para dormir?	<input type="checkbox"/> cômodos		<input type="checkbox"/> não sabe				
22	23	Quantas tomeras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	<input type="checkbox"/> tomeras (pontos de água)		<input type="checkbox"/> não sabe				
24	25	Há algum fumante residente nesta casa?	<input type="checkbox"/> Sim, quantos		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe			
26	27	Qual a idade da mãe?	<input type="checkbox"/> anos		28	A mãe tem trabalho remunerado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
29	30	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)	<input type="checkbox"/> série		31	grau	<input type="checkbox"/> não sabe		
32	33	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe			
34	35	Qual a cor da pele da mãe da criança?	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Amarela				
36	37		<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> não sabe				
38	39	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	<input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe				
40	41	42	43	44	45	46	47	48	
49	50	51	52	53	54	55	56	57	
58	59	60	61	62	63	64	65	66	
67	68	69	70	71	72	73	74	75	
76	77	78	79	80	81	82	83	84	
85	86	87	88	89	90	91	92	93	
94	95	96	97	98	99	100	101	102	
103	104	105	106	107	108	109	110	111	
112	113	114	115	116	117	118	119	120	
121	122	123	124	125	126	127	128	129	
130	131	132	133	134	135	136	137	138	
139	140	141	142	143	144	145	146	147	
148	149	150	151	152	153	154	155	156	
157	158	159	160	161	162	163	164	165	
166	167	168	169	170	171	172	173	174	
175	176	177	178	179	180	181	182	183	
184	185	186	187	188	189	190	191	192	
193	194	195	196	197	198	199	200	201	
202	203	204	205	206	207	208	209	210	
211	212	213	214	215	216	217	218	219	
220	221	222	223	224	225	226	227	228	
229	230	231	232	233	234	235	236	237	
238	239	240	241	242	243	244	245	246	
247	248	249	250	251	252	253	254	255	
256	257	258	259	260	261	262	263	264	
265	266	267	268	269	270	271	272	273	
274	275	276	277	278	279	280	281	282	
283	284	285	286	287	288	289	290	291	
292	293	294	295	296	297	298	299	300	
301	302	303	304	305	306	307	308	309	
310	311	312	313	314	315	316	317	318	
319	320	321	322	323	324	325	326	327	
328	329	330	331	332	333	334	335	336	
337	338	339	340	341	342	343	344	345	
346	347	348	349	350	351	352	353	354	
355	356	357	358	359	360	361	362	363	
364	365	366	367	368	369	370	371	372	
373	374	375	376	377	378	379	380	381	
382	383	384	385	386	387	388	389	390	
391	392	393	394	395	396	397	398	399	
400	401	402	403	404	405	406	407	408	
409	410	411	412	413	414	415	416	417	
418	419	420	421	422	423	424	425	426	
427	428	429	430	431	432	433	434	435	
436	437	438	439	440	441	442	443	444	
445	446	447	448	449	450	451	452	453	
454	455	456	457	458	459	460	461	462	
463	464	465	466	467	468	469	470	471	
472	473	474	475	476	477	478	479	480	
481	482	483	484	485	486	487	488	489	
490	491	492	493	494	495	496	497	498	
499	500	501	502	503	504	505	506	507	
508	509	510	511	512	513	514	515	516	
517	518	519	520	521	522	523	524	525	
526	527	528	529	530	531	532	533	534	
535	536	537	538	539	540	541	542	543	
544	545	546	547	548	549	550	551	552	
553	554	555	556	557	558	559	560	561	
562	563	564	565	566	567	568	569	570	
571	572	573	574	575	576	577	578	579	
580	581	582	583	584	585	586	587	588	
589	590	591	592	593	594	595	596	597	
598	599	600	601	602	603	604	605	606	
607	608	609	610	611	612	613	614	615	
616	617	618	619	620	621	622	623	624	
625	626	627	628	629	630	631	632	633	
634	635	636	637	638	639	640	641	642	
643	644	645	646	647	648	649	650	651	
652	653	654	655	656	657	658	659	660	
661	662	663	664	665	666	667	668	669	
670	671	672	673	674	675	676	677	678	
679	680	681	682	683	684	685	686	687	
688	689	690	691	692	693	694	695	696	
697	698	699	700	701	702	703	704	705	
706	707	708	709	710	711	712	713	714	
715	716	717	718	719	720	721	722	723	
724	725	726	727	728	729	730	731	732	
733	734	735	736	737	738	739	740	741	
742	743	744	745	746	747	748	749	750	
751	752	753	754	755	756	757	758	759	
760	761	762	763	764	765	766	767	768	
769	770	771	772	773	774	775	776	777	
778	779	780	781	782	783	784	785	786	
787	788	789	790	791	792	793	794	795	
796	797	798	799	800	801	802	803	804	
805	806	807	808	809	810	811	812	813	
814	815	816	817	818	819	820	821	822	
823	824	825	826	827	828	829	830	831	
832	833	834	835	836	837	838	839	840	
841	842	843	844	845	846	847	848	849	
850	851	852	853	854	855	856	857	858	
859	860	861	862	863	864	865	866	867	
868	869	870	871	872	873	874	875	876	
877	878	879	880	881	882	883	884	885	
886	887	888	889	890	891	892	893	894	
895	896	897	898	899	900	901	902	903	
904	905	906	907	908	909	910	911	912	
913	914	915	916	917	918	919	920	921	
922	923	924	925	926	927	928	929	930	
931	932	933	934	935	936	937	938	939	
940	941	942	943	944	945	946	947	948	
949	950	951	952	953	954	955	956	957	
958	959	960	961	962	963	964	965	966	
967	968	969	970	971	972	973	974	975	
976	977	978	979	980	981	982	983	984	
985	986	987	988	989	990	991	992	993	
994	995	996	997	998	999	9999	99999	999999	

26	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 de gestante, exames, receitas médicas, etc.						
26.1	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	
26.2	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"/> gêmeas	<input type="checkbox"/> trigêmeas 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 quê não?					
28.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe			
28.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por quê?					
28.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> doses	<input type="checkbox"/> não sabe			
28.7	Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UFSC/Outro)					
29.1	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> não sabe	
29.2	Durante a gravidez, teve alguma dificuldade 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		
29.3	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		
29.4	Qual o nome da maternidade indicada?					
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?					
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		

36	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?	<input type="text"/> semanas	<input type="text"/> mês	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> não sabe		
37	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"/> não sabe		
	Outros. Especificar	<hr/>					
37.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?	<hr/> <hr/>					
37.2	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		
37.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?	<hr/> <hr/>					
38	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		
39	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.	<hr/> <hr/> <hr/>					
40	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"/> ônibus	
	Parto foi domiciliar/Não foi transportada	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar	<input type="checkbox"/> não sabe				
41	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		
41.1	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> sim, quem?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe			
42	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"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> medida de PA	<input type="checkbox"/> ausculta do bebê	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe			
43	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"/> não sabe			
	<input type="checkbox"/> sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não, durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não sabe				
	<input type="checkbox"/> sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não sabe					
44	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> partoira	<input type="checkbox"/> partiu sozinha	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não sabe
45	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

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, psi-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 E – Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – Síntese, conclusões e recomendações (IF5)

IF5



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

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

Síntese, conclusões e recomendações

1	Nome da Criança	ou Óbito Fetal	anterior	posterior		
2	Nome da mãe					
3	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Data de Nascimento				
4	Nº da Declaração de Óbito	Data do óbito				
5	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorando	Peso ao Nascer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gramas				
6	Mês do óbito (infantil): <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> minutos	Igru				
7	Idade gestacional: <input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses	Igru				
8	Faixa etária ao óbito: <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Neonatal precoce <input type="checkbox"/> Neonatal tardio <input type="checkbox"/> Pós-neonatal	Igru				
9	Mês da mãe (em anos): <input type="checkbox"/> anos	Escolaridade materna: <input type="checkbox"/> séries <input type="checkbox"/> grau	Igru			
10	Município de residência da família	UF: <input type="checkbox"/>				
11	Município de ocorrência do óbito	UF: <input type="checkbox"/>				
Resumo do caso:						
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
12	Fones de informações da investigação	<input type="checkbox"/> Promotores ambulatórios (IF1)	<input type="checkbox"/> Enfermeira domiciliar (IF3)	<input type="checkbox"/> Autópsia verbal (AVI)		
		<input type="checkbox"/> Registros de atendimento de urgência/emergência (IF4)	<input type="checkbox"/> SVDO (IF4)			
		<input type="checkbox"/> Registros hospitalares (IF2)	<input type="checkbox"/> DMI (IF4)			
13	Estabelecimento(s) de saúde onde foi o pré-natal	Não se aplica, pois não foi pré-natal				
13.1	Nome: _____	Código: CNIS: _____				
13.2	Nome: _____	Código: CNIS: _____				
13.3	Tipo de estabelecimento: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não foi pré-natal	Igru			
13.4	Mês gestacional quando realizou a primeira consulta: <input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses	Igru				

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 I 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 _____											

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

27	Bate o bico 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 Expandida	<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	
	Lisus 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 de 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	<input type="checkbox"/>								
31	Responsável	Nome			Carimbo e rubrica					

ANEXO F - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAUSAS E FATORES ASSOCIADOS AOS ÓBITOS PERINATAIS DO MUNICÍPIO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES

Pesquisador: LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57554516.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.707.444

Apresentação do Projeto:

Apresenta-se a mortalidade perinatal é um importante indicador de saúde materno-infantil, uma vez que é composta pelos óbitos neonatais precoces e os óbitos fetais. Este projeto se propõe a descrever as causas relacionadas aos óbitos perinatais ocorridos em município da Região Metropolitana do Recife e investigar fatores associados que contribuem para as mortes fetais e neonatais precoce, analisando cada componente de forma separada e ressaltando, assim, sua relevância como evento sentinelas que refletem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde do pré-natal à assistência ao parto e recém-nascido. Trata-se de um estudo do tipo caso-controle, onde serão considerados casos todos os óbitos perinatais ocorridos em 2014, com peso ao nascer igual ou superior a 500g, filhos de mães residentes no Jaboatão dos Guararapes.

Objetivo da Pesquisa:

Verifica-se que o objetivo tem por base o estudo que será realizado no município do Jaboatão dos Guararapes integrante da Região Metropolitana do Recife, localizado no litoral de Pernambuco, possui extensão territorial de 256 km² e população estimada em 678.346 habitantes. Encontra-se

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 1.707.444

atualmente dividido em sete regionais. Trata-se de um estudo do tipo caso-controle, onde serão considerados casos todos os óbitos perinatais ocorridos em 2014, com peso ao nascer igual ou superior a 500g, filhos de mães residentes no Jaboatão dos Guararapes. O grupo controle será composto de nascidos vivos entre 26 de dezembro de 2013 e 31 de dezembro de 2014, que não evoluíram para o óbito até seis dias completos de vida, com as mesmas características dos casos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratarem de dados secundários, o projeto não oferecerá riscos diretos aos participantes. Os possíveis riscos são a quebra de sigilo e o extravio de dados, contudo a pesquisadora se compromete a manter total sigilo das informações confidenciais como a identificação dos participantes. Da mesma forma que armazenará os dados, de forma segura, por tempo mínimo de 05 anos.

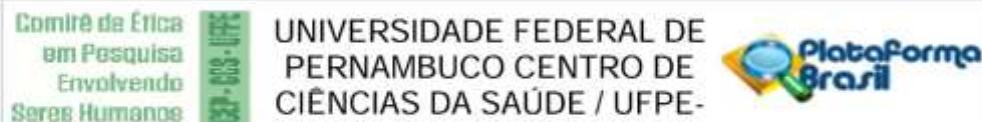
Benefícios:

O projeto possibilitará o conhecimento das circunstâncias desencadeadoras do óbito perinatal, das falhas e limitações presentes no acesso e na qualidade da assistência prestada às mulheres, do planejamento familiar aos primeiros cuidados com os recém-nascidos. E o estudo da investigação dos óbitos concorrerá para a qualificação das informações do município e a proposição de medidas preventivas a fim de melhorar a assistência à saúde materno-infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se que será realizado no município do Jaboatão dos Guararapes que possui extensão territorial de 256 km² e população estimada em 678.346 habitantes. Encontra-se atualmente dividido em sete regionais. Trata-se de um estudo do tipo caso-controle, onde serão considerados casos todos os óbitos perinatais ocorridos em 2014, com peso ao nascer igual ou superior a 500g, filhos de mães residentes no Jaboatão dos Guararapes.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.707.444

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados e verifica-se que, neste estudo, não haverá entrevista ou intervenção pessoal, todos os dados analisados serão oriundos de fontes de dados secundários, os quais a pesquisadora se compromete em manter total confidencialidade da identificação pessoal.

Recomendações:

S/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consustanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	CEP: 50.740-600
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.707.444

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_705848.pdf	30/08/2016 11:25:57		Aceito
Outros	RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS.docx	30/08/2016 11:19:30	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito
Outros	Autorizacaodeusodedados.pdf	30/08/2016 11:18:11	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LIDIAN_com.docx	30/08/2016 11:15:34	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito
Outros	Curriculo_Thalia.docx	05/07/2016 10:24:55	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito
Folha de Rosto	FolharostoLidian.pdf	05/07/2016 10:20:16	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	04/07/2016 11:41:58	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	04/07/2016 11:30:14	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito
Outros	Curriculo_Lidian.doc	04/07/2016 10:49:46	LIDIAN FRANCI BATALHA SANTA MARIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Setembro de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Ppredio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO G – Carta de Anuênciâa da Secretaria Executiva de Promoção à Saúde do Jaboatão dos Guararapes



PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL
SECRETARIA EXECUTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
GABINETE

Jaboatão dos Guararapes, 12 de maio de 2016

CARTA DE ANUÊNCIA

A pesquisa “**CAUSAS E FATORES ASSOCIADOS AOS ÓBITOS PERINATAIS DO MUNICÍPIO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES**”, da aluna Lidian Franci Batalha Santa Maria, estudante do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, está autorizada a ser realizada nesta instituição, sob acompanhamento da Orientadora Profª Thália Velho Barreto de Araújo, conforme projeto de pesquisa apresentado.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município que seja decorrente da participação da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora deve apresentar a Instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e, no caso de não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuênciâa a qualquer momento da pesquisa.


Gessyanne Vale Paulino
Secretaria Executiva de Promoção da Saúde
Mês de maio de 2016

Gessyanne Vale Paulino
Secretaria Executiva de Promoção da Saúde