



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Franci Batalha Santa Maria, Lidian; Velho Barreto de Araújo, Thália
Um olhar sobre a vigilância dos óbitos fetais do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco,
Brasil, em 2014

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 10, outubro, 2017, pp. 3415-3428
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053248026>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Um olhar sobre a vigilância dos óbitos fetais do Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, em 2014

A glance over the surveillance of fetal deaths of Jaboatão dos Guararapes in the Brazilian state of Pernambuco, Brazil, in 2014

Lidian Franci Batalha Santa Maria ¹

Thália Velho Barreto de Araújo ¹

Abstract This study aimed to achieve a complete evaluation of the records of investigation, and the principal indicators of fetal death surveillance of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco State, and their contributions Mortality Information System (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM). The population of the study comprised all fetal deaths taking place in the year 2014, of people resident in the town. The data were obtained from death investigation records and the databank of the SIM. The completeness of the report forms of 68 fetal deaths, and 13 variables in the death certificates, before and after the investigation, was analyzed. In 2014 the rate of fetal mortality was 10.3‰. Of the 102 deaths, 86.3% (88) were investigated, and 67% (59) were investigated within a period of 120 days. Only nine (10.2% of the deaths investigated) were the subject of a final discussion to complete investigation. The Hospital Form was the most frequently filled in, and the Summary Form was the form most completely filled in. The Outpatient Form was the least well filled-in. In the death certificates, there were rectifications made in the 13 variables studied. The results showed deficiencies and operational difficulties in Fetal Death Surveillance in Jaboatão dos Guararapes. Conversely, the study revealed the contribution of the investigation process in qualifying of the SIM.

Key words Fetal deaths, Epidemiology Surveillance, Health evaluation, Health information systems

Resumo Este estudo teve por objetivo avaliar a completitude 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 completitude 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) foram investigados antes de 120 dias. Apenas nove (10,2% dos óbitos investigados) foram discutidos. A ficha hospitalar foi a mais frequente e a síntese com maior completitude, 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 apresentou deficiências e dificuldades operacionais. Por outro lado, revelou a contribuição do processo investigativo na qualificação do SIM.

Palavras-chave Óbito fetal, Vigilância Epidemiológica, Avaliação em saúde, Sistemas de informação em saúde

¹ Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rêgo 1235, Cidade Universitária. 50670-420 Recife PE Brasil. lidianfbsm@gmail.com

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 o 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 completitude 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 completitude 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 $\geq 500g$ 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 completitude 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 completitude 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 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.

A análise da completitude teve como base o sistema de escore proposto por Romero e Cunha¹¹ 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 a 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) e aprovado. Também foi obtida a anuência da 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. 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 sua completitude. 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 completitude 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 Síntese (94,0%). As fichas Hospitalar e Domiciliar apresentaram preenchimento regular com 80,9% e 85,2%, respectivamente.

A Ficha Ambulatorial apresentou completitude 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 completitude 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 completitude) 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 completitude 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, uma em cada três (13/36) das variáveis teve 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 completitude 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 completitude a de Condições de nascimento (95,4%) (Tabela 2).

Na Ficha Domiciliar, o preenchimento dos seus blocos variou de bom a ruim, os de maior completitude 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 completitude 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 completitude 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 completitude 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 completitude. Só foi verificado o preenchimento da classificação de evitabilidade da lista de mortes evitáveis por intervenção dos SUS. A escolaridade materna, que apresentou completitude excelente na Ficha Domiciliar, mostrou preenchimento ruim (75,0%) na Ficha Síntese (Tabela 4).

Ao comparar a completitude de 13 variáveis da DO, antes e após a investigação, pôde-se observar a contribuição da vigilância do óbito no resgate de informações do SIM. A completitude 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).

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

Blocos / Variáveis	Fichas (n=11)	
	%	Critério de completitude*
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.

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

mente) e passaram para completitude regular após o resgate das fichas (85,3% e 86,3%, respec-

tivamente). O grupo das 13 variáveis apresentou grau de preenchimento antes e após o resgate

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

Blocos / Variáveis	Fichas (n=65)	
	%	Critério de completitude*
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

continua

Tabela 2. continuação

Blocos / Variáveis	Fichas (n=65)	
	%	Critério de completitude*
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.

através da investigação de 88,9% e 94,9%, respectivamente, passando de completitude 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% não apresentaram. A completitude 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 investigativo¹². Assim como, há evidências de que barreiras no acesso aos prontuários e à DO contribuem para o atraso na conclusão do caso no prazo estabelecido¹². 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 Nordeste^{13,14}. 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 2009/2010¹⁵. 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^{3,16}, realizam a investigação e o 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

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

continua

aos registros incompletos e ilegíveis dos prontuários médicos podem ter colaborado para o pior preenchimento da Hospitalar em comparação à Domiciliar^{13,17,18}. Além disso, a melhor completude da Domiciliar corrobora com o encontrado por outros autores¹⁵ que referem a contribuição da equipe de saúde da família na investigação^{13,14}, facilitando a localização dos endereços e a sen-

sibilização 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 preenchi-

Tabela 3. continuação

Blocos / Variáveis	Fichas (n=23)	
	%	Critério de completitude*
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

continua

dos (1:8) e também o pior grau de preenchimento (61,5%) dentre as fichas analisadas. Caetano et al. também observaram menor completitude na ficha ambulatorial para óbitos infantil em Arapiraca-AL¹⁵. Pesquisas sobre qualidade dos prontuários de Unidades Básicas de Saúde assinalam a precariedade das informações com implicações na continuidade do cuidado¹⁹.

Adicionalmente, o número reduzido de fichas de coleta de dados de necropsia preenchidas, apontando que embora haja o acesso aos serviços de necropsia as informações não estão sendo uti-

lizadas 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 completitude, 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^{12,15}. A falta de treinamento da equipe e do auxílio do profissional médico para as devidas correções nessa etapa da inves-

Tabela 3. continuação

Blocos / Variáveis	Fichas (n=23)	
	%	Critério de completitude*
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

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

tigação são alguns dos motivos já relatados por outros pesquisadores¹².

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 a consolidação da análise do caso¹⁵, bem como para a divulgação dos resul-

tados e o encaminhamento das recomendações aos gestores dos diversos setores envolvidos^{4,12}. Ademais, é preciso incentivar a correção das informações mesmo nos casos em que os óbitos não forem concluídos com investigação.

Ao analisar a completitude 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

Tabela 4. Grau de preenchimento e completude das fichas de investigação - síntese, recomendações e conclusões do óbito fetal (IF5). Jabotão 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 contra-referência	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 Expandida	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, completitude e retificação de variáveis das DO antes e após a investigação dos óbitos fetais. Jabotão dos Guararapes, 2014

Variáveis - DO (n=102)	Antes da investigação		Após a investigação		Retificação após a VOF n(%)
	%	Critério de completitude*	%	Critério de completitude*	
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

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

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 refere²⁰.

A variável da DO referente ao encaminhamento do corpo para necropsia também mostrou elevado percentual de resgate, a semelhança do encontrado por outros autores⁷, 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 Jabotão 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^{7,12,18}.

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.

Colaboradores

LFB Santa Maria e TVB Araújo declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

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. *Lancet* 2016; 387(10018):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 (MS). 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; 11 jan.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2ª ed. Brasília: MS; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: MS; 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: 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):282-290.
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. *Lancet* 2014; 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. *Cien Saude Colet* 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 Saude Publica* 2006; 22(3):673-681.
12. 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.

13. 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.
14. Santana IP, Santos JM, Costa JR, Oliveira RR, Orlandi MHE, Mathias TAF. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(4):556-562.
15. Caetano SF, Vanderlei LCM, Frias PG. Avaliação da completitude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca, Alagoas. *Cad. Saúde Colet*. 2013; 21(3):309-317.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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; 03 jun.
17. 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.
18. Oliveira CM, Guimarães MJB, Bonfim CV, Frias PG, Antonino VCS, Guimarães ALS, Medeiros ZM. Adequação da investigação dos óbitos infantis no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet* No prelo 2016.
19. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):173-182.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito*. Brasília: MS; 2011.

Artigo apresentado em 30/05/2017

Aprovado em 26/06/2017

Versão final apresentada em 13/07/2017