

Avaliação da qualidade da investigação epidemiológica dos óbitos perinatais, Recife-Pernambuco

Epidemiological investigation of perinatal deaths in Recife-Pernambuco: a quality assessment

Evaluación de la calidad de la investigación epidemiológica de las muertes perinatales, Recife-Pernambuco

Isabela de Lucena Heráclio^I, Maysa Almeida da Silva^{II}, Mirella Bezerra Rodrigues Vilela^I,
Conceição Maria de Oliveira^{III}, Paulo Germano de Frias^{IV}, Cristine Vieira do Bonfim^I

^I Universidade Federal de Pernambuco. Recife-PE, Brasil.

^{II} Fundação Joaquim Nabuco, Diretoria de Pesquisas Sociais. Recife-PE, Brasil.

^{III} Centro Universitário Maurício de Nassau. Recife-PE, Brasil.

^{IV} Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos de Avaliação em Saúde. Recife-PE, Brasil.

Como citar este artigo:

Heráclio IL, Silva MA, Vilela MBR, Oliveira CM, Frias PG, Bonfim CV. Epidemiological investigation of perinatal deaths in Recife-Pernambuco: a quality assessment. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2519-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0916>

Submissão: 09-01-2018

Aprovação: 23-05-2018

RESUMO

Objetivo: avaliar a completitude das variáveis das fichas de investigação dos óbitos perinatais, estratificadas por componentes etários. **Método:** estudo descritivo realizado no Recife-PE, em 2014. Dos 308 óbitos perinatais, excluiram-se 46 decorrentes de malformação congênita e 7 fichas não localizadas. A análise contou com 255 óbitos (160 fetais e 95 neonatais precoces). Calculou-se o grau de completitude de 98 variáveis agregadas em seis blocos: identificação, pré-natal, nascimento, características da família, ocorrência do óbito e conclusões e recomendações. **Resultados:** a mediana de preenchimento do perinatal foi 85,7% (82,8% fetal e 89,5% neonatal precoce). O bloco de melhor preenchimento foi "identificação para o perinatal" (96,1%) e seus componentes, fetal (94,7%) e neonatal precoce (97,9%), e o de pior foi "pré-natal" (69,8%), acompanhado pelo fetal (73,8%) e neonatal precoce (67,4%). **Conclusão:** observou-se completitude boa das fichas de investigação, existindo diferenças entre as variáveis e os componentes do óbito perinatal.

Descritores: Mortalidade Perinatal; Vigilância Epidemiológica; Estatísticas Vitais; Sistema de Informação em Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the completeness of perinatal death investigation sheets, stratified by age components. **Method:** descriptive study carried out in Recife, PE, in 2014. Among 308 perinatal deaths, 46 were excluded from this study due to association with congenital malformations, and 7 due to missing investigation sheets. Analysis included 255 deaths (160 fetal deaths, and 95 preterm neonatal deaths). The degree of completeness of 98 variables was calculated. They were aggregated into six blocks: identification, prenatal care, birth care, family characteristics, occurrence of death and conclusions and recommendations. **Results:** the median rate of completeness for perinatal death investigation sheets was 85.7% (82.8% for records of fetal deaths and 89.5% for records of preterm neonatal deaths). The best-filled information block was "identification" (96.1%), as well as its components: fetal (94.7%) and preterm neonatal (97.9%). The worst was "prenatal care" (69.8%), along with its components: fetal (73.8%) and preterm neonatal (67.4%). **Conclusion:** investigation sheets had good completeness; there were differences between variables and components of perinatal death.

Descriptors: Perinatal Mortality; Epidemiological Surveillance; Vital Statistics; Health Information Systems; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la completitud de las variables de las fichas de investigación de las muertes perinatales, estratificadas por componentes de edad. **Método:** estudio descriptivo realizado en Recife-PE, en 2014. De las 308 muertes perinatales, se excluyeron 46 derivadas de malformación congénita y 7 fichas no localizadas. El análisis incluyó 255 muertes (160 fetales y 95 neonatales precoces). Se calculó el grado de completitud de 98 variables agregadas en seis bloques: identificación, prenatal, nacimiento, características de la familia, ocurrencia del óbito, y conclusiones y recomendaciones. **Resultados:** la mediana de llenado del perinatal fue 85,7% (82,8% fetal y 89,5% neonatal precoz). El bloque de mejor llenado fue "identificación para el perinatal" (96,1%) y sus componentes, fetal (94,7%) y neonatal precoz (97,9%), y el de peor fue "prenatal" (69,8%),

acompanhado por el fetal (73,8%) y neonatal precoz (67,4%). **Conclusión:** se observó una buena completitud de las fichas de investigación, existiendo diferencias entre las variables y los componentes del óbito perinatal.

Descriptores: Mortalidad Perinatal; Monitoreo Epidemiológico; Estadísticas Vitales; Sistemas de Información en Salud; Salud Pública.

AUTOR CORRESPONDENTE Cristine Vieira do Bonfim E-mail: cristine.bonfim@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Os óbitos perinatais, compreendidos entre a 22^a semana de gestação até o sexto dia de vida, evidenciam as vulnerabilidades socioeconômicas e a qualidade da assistência materna e infantil¹⁽¹⁻²⁾. No mundo estima-se a ocorrência de 4,9 milhões de mortes perinatais por ano, sendo 2 milhões fetais e 2,9 milhões óbitos neonatais precoces. No Brasil estima-se 53.170⁽³⁾, a maioria evitável e frequentemente invisibilizada⁽⁴⁾.

Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter lançado em 2014 o plano de ação para reduzir as mortes evitáveis e os óbitos fetais até 2035⁽⁵⁾, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável não priorizaram o monitoramento da taxa de mortalidade perinatal, mantendo-a despercebida⁽⁶⁾. Entretanto, países que dispõem de sistemas de informação de estatísticas vitais com boa cobertura e dados confiáveis podem conhecer a sua situação epidemiológica perinatal e planejar intervenções voltadas para a saúde materna e de recém-nascidos⁽⁷⁾.

Diante da inexistência e insuficiência de informações vitais ou para o melhor discernimento sobre as mortes perinatais, a vigilância do óbito, ao agregar dados sociodemográficos maternos, fatores de risco, trajetórias assistenciais e suas inconformidades, facilita a compreensão sobre as circunstâncias de sua ocorrência⁽⁵⁻⁶⁾. No Brasil, a despeito da vigilância do óbito infantil e fetal se tornar obrigatória apenas no ano de 2010 nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), havia diversas experiências exitosas anteriores à constituição da base normativa⁽⁸⁻⁹⁾.

Pesquisas que avaliam todas as etapas envolvidas na vigilância do óbito e sobre os instrumentos de investigação ainda são escassas no país⁽¹⁰⁾. Análises sobre a consistência das informações obtidas em entrevistas domiciliares e em prontuários institucionais e sobre a completitude das variáveis das fichas de investigação são insuficientes, diferente do observado para as declarações de nascidos vivos e de óbitos fartamente exploradas⁽¹¹⁾.

O conhecimento quanto às variáveis que apresentam registros não nulos na ficha de investigação dos óbitos perinatais pode contribuir na melhoria das estatísticas vitais, no aperfeiçoamento das investigações, nos diagnósticos da situação epidemiológica, na avaliação da assistência à saúde materno infantil e no planejamento de ações perinatais.

OBJETIVO

Avaliar a completitude das variáveis das fichas de investigação dos óbitos perinatais, estratificadas por componentes etários.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade

Federal de Pernambuco em 1º de julho de 2015 e obteve anuência da Secretaria de Saúde do Recife.

Desenho, local do estudo e período

Estudo descritivo sobre o preenchimento da ficha de investigação dos óbitos perinatais de residentes do Recife-PE ocorridos no ano de 2014. O estudo foi realizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste do Brasil, que possuía 1.608.488 habitantes em 2014, distribuídos em 218km², 94 bairros e seis distritos sanitários⁽¹²⁾. A vigilância do óbito infantil e fetal foi implantada em 2002, após a análise da situação da mortalidade infantil, construída coletivamente por gestores, gerentes e trabalhadores da assistência e vigilância. Tinha como propósitos: identificar as falhas na atenção à saúde materno-infantil, definindo sua evitabilidade; melhorar a qualidade dos sistemas de informações e utilizá-los para a reflexão, planejamento e adoção de medidas voltadas à redução da mortalidade infantil⁽⁹⁾.

População: critérios de inclusão e exclusão

Foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 308 óbitos perinatais em 2014, sendo incluídos os de mães residentes em Recife. Foram excluídos os óbitos perinatais por malformação congênita e aqueles cujas fichas de investigação não foram localizadas.

Fonte de dados

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e as fichas de investigação dos óbitos perinatais. Essa ficha contempla todas as variáveis obrigatórias para o monitoramento pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁾ acrescidas de outras de interesse local.

Protocolo do estudo, análise dos resultados e estatística

Analisaram-se variáveis estruturadas (n = 98) dispostas em oito blocos: notificação e investigação do óbito; identificação; assistência ao pré-natal; ao nascimento; características da família; ocorrência do óbito; e conclusões, recomendações e medidas de prevenção.

A completitude foi analisada por meio da proporção de campos preenchidos de cada variável e para os blocos e apresentada segundo componentes fetal e neonatal precoce. Os dados das fichas de investigação foram codificados e digitados com dupla entrada para análise de inconsistências e para minimizar erros utilizando o programa Epi Info versão 7.0. Para classificar o nível de preenchimento das variáveis foram utilizados os critérios de Romero e Cunha⁽¹³⁾ adaptados: excelente (mais de 95,0% de preenchimento completo); bom (90,1 a 95,0%); regular (80,1 a 90,0%); ruim (50,1 a 80,0%) e muito ruim (50% ou menos). Foi utilizada estatística descritiva utilizando o programa R versão 3.2.2.

RESULTADOS

Dos 308 óbitos perinatais, 46 (14,9%) foram excluídos da investigação por apresentarem malformação congênita e 7 (2,3%) por extravio das fichas. A análise contou com 255 óbitos, 160 fetais e 95 neonatais precoces.

As variáveis analisadas apresentaram mediana de preenchimento de 85,7%. Para os óbitos fetais e neonatais precoces, a mediana de preenchimento foi 82,8% e 89,5%, respectivamente. No perinatal, o bloco de melhor preenchimento foi “identificação”, com mediana de 96,1%, e o menor “assistência pré-natal”, com 69,8%. Para ambos os componentes, o bloco de identificação apresentou a melhor completitude (fetal – 94,7%; neonatal precoce – 97,9%). De forma semelhante, o bloco com a pior completitude nos componentes foi o pré-natal (73,8% e 67,4%) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os dados sobre a identificação dos óbitos. Do total de 11 variáveis, 7 tiveram preenchimento excelente. A variável com a menor proporção (40,0% = muito ruim) foi “ocupação do companheiro” nas fichas de investigação do óbito perinatal. Das 19 variáveis relacionadas à assistência ao

pré-natal, 4 foram classificadas como excelente e 6 consideradas como muito ruim.

Em relação ao preenchimento das 21 variáveis relativas ao nascimento, 9 (42,8%) foram excelentes, e 5 muito ruins (23,8%). Para o componente fetal, a variável de menor completitude foi “odor do líquido amniótico” (7,5%), e para o neonatal precoce foi a “indicação de cesárea” (13,7%) (Tabela 3).

No bloco “características da família”, das 12 variáveis, 8 foram classificadas como regular e 4 como ruim. Quanto aos campos sobre a “ocorrência do óbito”, das 11 variáveis 3 foram excelentes, e 3, muito ruins, para o perinatal. As variáveis com melhor preenchimento foram “local de ocorrência” (99,4%) e “realização de necropsia” (99,4%) para o componente fetal. Para o neonatal precoce, “local de ocorrência” e “tipo de estabelecimento” se destacaram com 100% de preenchimento (Tabela 4).

No bloco de variáveis relacionadas às conclusões e recomendações, 5 (8,9%) foram consideradas com excelente preenchimento. As variáveis com melhor percentual de completitude no perinatal foram “classificação de evitabilidade” e se a investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito com 100% de preenchimento para ambas (Tabela 5).

Tabela 1 – Estatística descritiva do preenchimento das fichas de investigação dos óbitos perinatais segundo blocos de variáveis, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

Bloco de variáveis	Componentes etários											
	Média (DP)	Perinatal			Fetal				Neonatal precoce			
		Mediana	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Identificação	82,5±18,05	96,1	40	100	84,4±18,96	94,7	44,4	100	92,2±19,83	97,9	32,6	100
Pré-natal	67,6±25,9	69,8	26,7	98,4	67,6±25,7	73,8	26,3	98,1	67,6±26,5	67,4	24,2	100
Nascimento	74,1±31,6	87,1	10,6	100	66,2±37	81,9	7,5	100	76±30	89,5	13,7	100
Características da família	79,2±6	82,4	62,4	83,5	77,4±5	79,4	63,1	81,3	82,4±7,8	86,3	61,1	87,4
Ocorrência do óbito	69,7±32,9	80	15,3	99,6	73,2±29,2	82,8	30	7,4	70,5±35,8	82,1	7,4	100
Conclusões e recomendações	78,6±22,9	85,7	12,2	100	80,9±19,8	85	10,6	100	86,1±17,1	91,6	14,7	100

Nota: DP = desvio padrão.

Tabela 2 – Completitude das variáveis relativas ao bloco de identificação das fichas de investigação dos óbitos perinatais, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

Variáveis	Componentes etários											
	n	Perinatal			n	Fetal			n	Neonatal precoce		
		%	CI*	%		CI*	%	CI*				
Momento do óbito	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E			
Sexo	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E			
Idade	94	98,9	E	NA	NA	E	94	98,9	E			
Raça/cor	200	78,4	R	110	68,8	R	90	94,7	B			
Idade da mãe	253	99,2	E	158	98,8	E	95	100,0	E			
Raça/cor da mãe	200	78,4	R	110	68,8	R	90	94,7	B			
Escolaridade da mãe	244	95,7	E	151	94,4	B	93	97,9	E			
Ocupação da mãe	245	96,1	E	152	95,0	B	93	97,9	E			
Situação conjugal	215	84,3	RE	122	76,3	R	93	97,9	E			
Ocupação companheiro	102	40,0	MR	71	44,4	MR	31	32,6	MR			
Área coberta pela Estratégia Saúde da Família	250	98,0	E	156	97,5	E	94	98,9	E			
Média do bloco	82,5			84,4			92,2					

Nota: * classificação; E = excelente; B = bom; RE = regular; R = ruim; MR = muito ruim, NA = não se aplica.

Tabela 3 – Completitude das variáveis relativas aos blocos do pré-natal e do nascimento das fichas de investigação dos óbitos perinatais, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

Variáveis	Componentes etários								
	Perinatal			Fetal			Neonatal precoce		
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*
Pré-natal									
Pré-natal	251	98,4	E	156	97,5	E	95	100,0	E
Tipo de unidade	204	80,0	R	135	84,4	RE	69	72,6	R
Mês de início do pré-natal	199	78,0	R	123	76,9	R	76	80,0	R
Número de consultas	205	80,4	RE	129	80,6	RE	76	80,0	R
Antecedentes familiares	149	58,4	R	94	58,8	R	55	57,9	R
Antecedentes pessoais	116	45,5	MR	69	43,1	MR	47	49,5	MR
Exames complementares	161	63,1	R	104	65,0	R	57	60,0	R
Procedimentos	178	69,8	R	118	73,8	R	60	63,2	R
Fatores de risco	120	47,1	MR	74	46,3	MR	46	48,4	MR
Complicações	170	66,7	R	106	66,3	R	64	67,4	R
Tratamento	84	32,9	MR	52	32,5	MR	32	33,7	MR
Número gestações anteriores	251	98,4	E	157	98,1	E	94	98,9	E
Número de partos vaginais	233	91,4	B	142	88,8	RE	91	95,8	E
Número de partos cesáreas	232	91,0	B	141	88,1	RE	91	95,8	E
Número de nascidos vivos	250	98,0	E	156	97,5	E	94	98,9	E
Número de perdas fetais/abortamento	251	98,4	E	157	98,1	E	94	98,9	E
Intervalo entre as duas últimas gravidezes	79	31,0	MR	56	35,0	MR	23	24,2	MR
Peso pré-gestacional	74	29,0	MR	43	26,9	MR	31	32,6	MR
Altura materna	68	26,7	MR	42	26,3	MR	26	27,4	MR
Nascimento									
Local de nascimento	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E
Tipo de unidade de nascimento	252	98,8	E	158	98,8	E	94	98,9	E
Partograma	49	51,6	R		NA		49	51,6	R
Indução do parto	211	82,7	RE	134	83,8	RE	77	81,1	RE
Teste rápido sífilis	222	87,1	RE	137	85,6	RE	85	89,5	RE
Teste rápido HIV	198	77,6	R	126	78,8	R	72	75,8	R
Idade gestacional	253	99,2	E	158	98,8	E	95	100,0	E
Tipo de gravidez	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E
Tipo de parto	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E
Indicação de cesárea	53	20,8	MR	40	25,0	MR	13	13,7	MR
Intervenção antes do parto	36	14,1	MR	15	9,4	MR	21	22,1	MR
Tempo de bolsa rota	76	29,8	MR	34	21,3	MR	42	44,2	MR
Odor líquido amniótico	27	10,6	MR	12	7,5	MR	15	15,8	MR
Aspecto líquido amniótico	111	43,5	MR	60	37,5	MR	51	53,7	R
Peso ao nascer	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E
Nascimento assistido	219	85,9	RE	128	80,0	R	91	95,8	E
Apgar 1º min	91	95,8	E		NA		91	95,8	E
Apgar 5º min	92	96,8	E		NA		92	96,8	E
Problema com o recém-nascido	84	88,4	RE		NA		84	88,4	RE
Tempo de permanência recém-nascido na maternidade	94	98,9	E		NA		94	98,9	E
Motivo permanência	70	73,7	R		NA		70	73,7	R

Nota: * classificação; E = excelente; B = bom; RE = regular; R = ruim; MR = muito ruim; NA = não se aplica.

Tabela 4 – Completitude das variáveis relativas às características da família e sobre ocorrência do óbito das fichas de investigação dos óbitos perinatais, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

Variáveis	Componentes etários								
	Perinatal			Fetal			Neonatal precoce		
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*
Características da família									
Seguro privado	194	76,1	R	120	75,0	R	74	77,9	R
Renda familiar	196	76,9	R	122	76,3	R	74	77,9	R
Nº pessoas no domicílio	210	82,4	RE	127	79,4	R	83	87,4	RE

Continua

Tabela 4 (cont.)

Variáveis	Componentes etários								
	Perinatal			Fetal			Neonatal precoce		
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*
Nº crianças ≤5 anos	159	62,4	R	101	63,1	R	58	61,1	R
Nº cômodos como dormitório	210	82,4	RE	127	79,4	R	83	87,4	RE
Tipo de moradia	210	82,4	RE	128	80,0	R	82	86,3	RE
Material da moradia	211	82,7	RE	129	80,6	RE	82	86,3	RE
Abastecimento de água	213	83,5	RE	130	81,3	RE	83	87,4	RE
Destino dos dejetos	212	83,1	RE	129	80,6	RE	83	87,4	RE
Destino do lixo	210	82,4	RE	127	79,4	R	83	87,4	RE
Acesso a serviços de saúde	205	80,4	RE	126	78,8	R	79	83,2	RE
Disponibilidade de consultas	195	76,5	R	120	75,0	R	75	78,9	R
Ocorrência do óbito									
Local de ocorrência	254	99,61	E	159	99,4	E	95	100,0	E
Tipo de estabelecimento	253	99,22	E	158	98,8	E	95	100,0	E
Tempo de internamento	89	93,68	B	NA			89	93,7	B
Setor de ocorrência	76	80,00	R	NA			76	80,0	R
Criança/mãe transferida de outra unidade	204	80,00	R	113	70,6	R	91	95,8	E
Condição geral no internamento	39	15,29	MR	NA			35	36,8	MR
Hipóteses diagnósticas de entrada na unidade	165	64,71	R	87	54,4	R	78	82,1	RE
Diagnóstico final	228	89,41	RE	152	95,0	B	76	80,0	R
Necropsia	247	96,86	E	159	99,4	E	88	92,6	B
Local da necropsia	68	26,67	MR	61	38,1	MR	7	7,4	R
Laudo necroscópico	55	21,57	MR	48	30,0	MR	7	7,4	R

Nota: * classificação; E = excelente; B = bom; RE = regular; R = ruim; MR = muito ruim; NA = não se aplica.

Tabela 5 – Completitude das variáveis relativas ao bloco de conclusões e recomendações das fichas de investigação dos óbitos perinatais, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

Variáveis	Componentes etários								
	Perinatal			Fetal			Neonatal precoce		
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*
Investigação alterou/corrigiu causa de óbito	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E
Investigação alterou outro campo da declaração de óbito	254	99,6	E	160	100,0	E	94	98,9	E
Investigação alterou outro campo da declaração de nascido vivo	87	96,1	E		NA		87	91,6	B
Problemas identificados após investigação	249	97,6	E	155	96,9	E	94	98,9	E
Falha no acesso									
Ao planejamento familiar	231	90,6	B	142	88,8	RE	89	93,7	B
Ao pré-natal	235	92,2	B	144	90,0	B	91	95,8	E
À assistência ao parto	223	87,5	RE	136	85,0	RE	87	91,6	B
À assistência ao recém-nascido na maternidade	69	72,6	R		NA		69	72,6	R
As dificuldades da família	212	83,1	RE	127	79,4	R	85	89,5	RE
Falha na assistência									
Planejamento familiar	229	89,8	RE	141	88,1	RE	88	92,6	B
Pré-natal	234	91,8	B	145	90,6	B	89	93,7	B
Parto	224	87,8	RE	135	84,4	RE	89	93,7	B
Ao recém-nascido na maternidade	68	71,6	R		NA		68	71,6	R
As dificuldades da família	214	83,9	RE	127	79,4	R	87	91,6	B
As causas externas	31	12,2	MR	17	10,6	MR	14	14,7	MR
Na cobertura da atenção primária	227	89,0	RE	138	86,3	RE	89	93,7	B
Na referência e contrarreferência	198	77,6	R	117	73,1	R	81	85,3	RE
No pré-natal de alto risco	196	76,9	R	116	72,5	R	80	84,2	RE
No leito de unidade de terapia intensiva gestante de alto risco	192	75,3	R	113	70,6	R	79	83,2	RE
No leito de unidade de terapia intensiva neonatal	80	31,4	MR		NA		80	84,2	RE
Na central de regulação	192	75,3	R	113	70,6	R	79	83,2	RE
No transporte inter-hospitalar	191	74,9	R	113	70,6	R	78	82,1	RE
Nos bancos de sangue	77	30,2	MR		NA		77	81,1	RE
Classificação de evitabilidade	255	100,0	E	160	100,0	E	95	100,0	E

Nota: * classificação; E = excelente; B = bom; RE = regular; R = ruim; MR = muito ruim; NA = não se aplica.

DISCUSSÃO

A completude das fichas de investigação foi classificada como boa, e a comparação entre os componentes evidenciaram que a quase totalidade dos blocos de dados analisados teve melhor completude no neonatal precoce. Dados sobre os natimortos usualmente apresentam deficiências e possuem qualidade inferior, principalmente nas informações sociodemográficas e relativas a assistência^(5,14). A baixa qualidade dos dados sobre natimortalidade limita a sua utilização na proposição de ações direcionadas ao seu enfrentamento⁽²⁾.

A importância dada ao preenchimento das informações sobre a mortalidade fetal é um dos principais fatores associados à incompletude dos dados⁽¹⁵⁾. No Brasil, apesar da tendência de declínio das taxas de natimortalidade, ainda persistem valores que são quase duas vezes maiores do que os encontrados em países desenvolvidos⁽¹⁶⁾. Em adição, os diferenciais de mortalidade entre os estados são expressivos⁽¹⁷⁾.

A maioria dos dados do bloco "identificação" foi classificado como excelente em ambos os componentes, de forma similar às recentes avaliações dos sistemas de informação sobre estatísticas vitais, que demonstraram melhoria na qualidade dos dados^(9,11). Após a implantação da vigilância do óbito infantil e fetal no Recife, as informações passaram a ser confirmadas, e a proporção de campos em branco e ignorados reduziu sensivelmente⁽¹⁰⁾.

Em relação às variáveis do bloco pré-natal, fatores de risco, antecedentes pessoais, intervalo entre as duas últimas gestações, peso pré-gestacional e altura materna apresentaram completude muito ruim. Reconhecidamente, dados sobre as condições maternas pré-existent são mal relatados⁽¹⁸⁾. A entrevista com a mãe é considerada como padrão-ouro para obtenção de informações sobre comportamentos maternos⁽¹⁹⁾. O inadequado preenchimento dessas informações dificulta a compreensão das circunstâncias de ocorrência do óbito, avaliação da assistência oferecida à gestante e ao feto/recém-nascido e das condições socioeconômicas para o planejamento de intervenções que reduzam a ocorrência de mortes evitáveis^(10,13).

Estudo realizado em Alagoas⁽¹¹⁾ mostrou que o preenchimento das variáveis relacionadas ao pré-natal foi ruim. Estudo realizado em Pernambuco⁽²⁰⁾ também apontou maior inadequação do pré-natal para as investigações de um grupo de crianças que não receberam alta hospitalar após o nascimento. O inadequado preenchimento das informações sobre o pré-natal dificulta a avaliação do cuidado materno e infantil e perpetua deficiências principalmente na atenção primária e na prevenção de óbitos evitáveis. Estudo mostra que mães com inadequado pré-natal possuem maior chance de ocorrência de óbito⁽²¹⁾. Recente avaliação da qualidade da atenção pré-natal prestada na rede básica de saúde em todo o Brasil revelou que apenas 15% das entrevistadas receberam uma atenção de qualidade de acordo com os parâmetros: número de consultas, situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, exame físico, orientações e exames complementares⁽²²⁾.

As informações sobre o nascimento obtiveram classificação boa. Revisão sistemática constatou que os procedimentos e condições que acontecem próximo ao nascimento possuem registros mais fidedignos, provavelmente em decorrência do melhor acesso aos registros clínicos que possibilitam completar as informações⁽²³⁾.

No âmbito nacional, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi avaliado como de boa qualidade e com alta completude⁽²⁴⁾. Investigação hospitalar de óbitos perinatais na Etiópia mostrou sua evitabilidade e que os fatores relacionados ao trabalhador de saúde foram os mais comumente identificados, seguido dos referentes ao paciente e dos administrativos⁽¹⁹⁾. Medidas para a melhoria da qualidade assistencial são interligadas à melhoria das informações de forma a possibilitar o reconhecimento da situação vigente em cada serviço de saúde para planejar intervenções direcionadas ao seu enfrentamento.

As variáveis relativas às características da família tiveram preenchimento classificado como bom. A avaliação do contexto socioeconômico em que ocorreu o óbito contribui para o planejamento e implementação de ações intersetoriais^(10,25).

A completude dos dados referentes às conclusões e recomendações foi boa, indicando que a finalização das etapas da investigação se deu de forma satisfatória e propiciou a avaliação dos problemas e a consequente sugestão de medidas que previnam mortes perinatais evitáveis^(8,10). A alteração ou correção da causa do óbito pode ser considerada um indicador da adequação das ações da vigilância do óbito infantil⁽²⁶⁾.

Limitações do estudo

O estudo possui como limitação a utilização de um escore de completude não específico para avaliação da ficha de investigação dos óbitos perinatais, todavia a existência de poucos trabalhos que analisem a ficha de investigação e a sua contribuição para a vigilância do óbito demonstra a sua relevância.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A investigação epidemiológica completa otimiza o direcionamento de recursos públicos e de ações para a redução da mortalidade perinatal. A análise da completude permite a avaliação das informações e contribui para qualificação das mesmas. Para que a investigação alcance o pleno êxito é fundamental dispor de informações confiáveis, para que se possa intervir adequadamente sobre as lacunas identificadas e a efetiva proposição de medidas preventivas e de redução da mortalidade perinatal.

CONCLUSÃO

A avaliação global da completude das fichas de investigação perinatal classificou o preenchimento como bom. Entretanto, há consideráveis diferenças na completude entre as variáveis e os componentes. Para que a vigilância do óbito desempenhe o seu papel de fornecer informações sobre as deficiências na linha de cuidado materno e infantil e direcione as intervenções para a evitabilidade dos óbitos, é crucial a realização de investimentos para o adequado preenchimento da ficha de investigação.

FOMENTO

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq (Processo 480718/2012-1) e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco/Facepe (Processo 2133-4.0012).

REFERÊNCIAS

1. Merali HS, Lipsitz S, Hevelone N, Gawande AA, Lashoher A, Agrawal P, et al. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*[Internet]. 2014[cited 2017 Oct 20];14(280):1-12. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-280>
2. Masson VL, Farquhar CM, Sadler LC. Validation of local review for the identification of contributory factors and potentially avoidable perinatal deaths. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*[Internet]. 2016[cited 2017 Oct 18];56(3):282-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948578>
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: óbitos perinatais[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/fet10pe.def>
4. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee AC, Waiswa P, et al. Every newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*[Internet]. 2014[cited 2017 Aug 18];384(9938):189-205. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60496-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60496-7.pdf)
5. Blencowe H, Calvert PhD C, Lawn JE, Cousens S, Campbell OM. Measuring maternal, fetal and neonatal mortality: challenges and solutions. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*[Internet]. 2016[cited 2017 Aug 20];36:14-29. Available from: http://researchonline.lshtm.ac.uk/2665971/1/unedited_proofs.pdf
6. Lee EJ, Gambatese M, Begier E, Soto A, Das T, Madsen A. Understanding perinatal death: a systematic analysis of New York City fetal and neonatal death vital record data and implications for improvement, 2007–2011. *Matern Child Health J*[Internet]. 2014[cited 2017 Aug 20];18(8):1945-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24522520>
7. Grove J, Claeson M, Bryce J, Amouzou A, Boerma T, Waiswa P, et al. Maternal, newborn, and child health and the Sustainable Development Goals – a call for sustained and improved measurement. *Lancet*[Internet]. 2015[cited 2017 Aug 20];386(10003):1511-4. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00517-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00517-6.pdf)
8. Venâncio S, Paiva R. The installation of Child Mortality Investigation Committees in the state of São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant*[Internet]. 2010[cited 2017 Aug 20];10(3):369-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a10.pdf>
9. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Antonino VCS, Medeiros ZM. Infant mortality surveillance in Recife, Pernambuco, Brazil: operationalization, strengths and limitations. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2017[cited 2017 Aug 20];26(2):413-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/en_2237-9622-ress-26-02-00413.pdf
10. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Medeiros ZM. Infant mortality: temporal trend and contribution of death surveillance. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Aug 20];29(3):282-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0282.pdf>
11. Caetano SF, Vanderlei LC, Frias PG. Evaluation of completeness of instruments for research on child death in the City of Arapiraca, Alagoas. *Cad Saúde Colet*[Internet]. 2013[cited 2017 Aug 20];21(3):309-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a12.pdf>
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Cidades: Recife[Internet]. 2014[cited 2018 Apr 10]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=261160>
13. Romero DE, Cunha CB. Evaluation of quality of epidemiological and demographic variables in the Live Births Information System, 2002. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2007[cited 2017 Aug 20];23(3):701-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/28.pdf>
14. Ramalho MO, Frias PG, Vanderlei LC, Macedo VC, Lira PI. Evaluation of the incompleteness in the filling out of death certificates of children under one year of age in the state of Pernambuco, Brazil, 1999-2011. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2015[cited 2017 Aug 20];20(9):2891-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2891.pdf>
15. Wingate MS, Barfield WD, Smith RA, Petrini J. Perinatal disparities between American Indians and Alaska natives and other US populations: comparative changes in fetal and first day mortality, 1995-2008. *Matern Child Health J*[Internet]. 2015[cited 2017 Aug 20];19(8):1802-12. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-015-1694-1>
16. Vieira MSM, Vieira FM, Fröde TS, D’Orsi E. Fetal deaths in Brazil: historical series descriptive analysis 1996-2012. *Matern Child Health J*[Internet]. 2016[cited 2018 Apr 10];20(8):1634-50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-016-1962-8>
17. Frias PGD, Szwarcwald CL, Souza Jr PRBD, Almeida WDSD, Lira PIC. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2013[cited 2018 Apr 10];47(6):1048-58. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2013.v47n6/1048-1058/pt/>
18. Roos N, von Xylander SR. Why do maternal and newborn deaths continue to occur? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*[Internet]. 2016[cited 2017 Aug 20];36:30-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27506412>
19. Demise A, Gebrehiwot Y, Worku B, Spector JM. Prospective audit of avoidable factors in institutional stillbirths and early neonatal deaths at Tikur Anbessa Hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *Afr J Reprod Health*[Internet]. 2015[cited 2017 Aug 20];19(4):78-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27337856>
20. Oliveira CM, Guimarães MJB, Bonfim CV, Frias PG, Antonino VCS, Guimarães ALS. Evaluation of the adequacy of information

- from research on infant mortality in Recife, Pernambuco, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2018[cited 2018 Apr 12];23(3):701-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/en_1413-8123-csc-23-03-0701.pdf
21. Santos SLD, Santos LB, Campelo V, Silva ARV. Factors associated with infant mortality in a northeastern Brazilian capital. *Rev Bras Ginecol Obstet*[Internet]. 2016[cited 2017 Aug 20];38(10):482-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n10/0100-7203-rbgo-38-10-00482.pdf>
 22. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2017[cited 2018 Apr 12];33(3):e00195815. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>
 23. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Methods for assessing the completeness of data in health information systems in Brazil: a systematic review. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2014[cited 2017 Aug 20];19(11):4467-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4467.pdf>
 24. Oliveira MM, Andrade SSCA, Dimech GS, Oliveira JCG, Malta DC, Rabelo Neto DL, et al. Evaluation of the National Information System on Live Births in Brazil, 2006-2010. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2015[cited 2017 Aug 20];24(4):629-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00629.pdf>
 25. Delnord K. Linking databases on perinatal health: a review of the literature and current practices in Europe M. and the Euro-Peristat Scientific Committee. *Eur J Public Health*[Internet]. 2016[cited 2017 Sept 20];26(3):422-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4884328/pdf/ckv231.pdf>
 26. Marques LJP, Pimentel DDR, Oliveira CMD, Vilela MBR, Frias PG, Bonfim CVD. Agreement between underlying cause and preventability of infant deaths before and after the investigation in Recife, Pernambuco State, Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2018[cited 2018 Apr 12];27(1):e20170557. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/en_2237-9622-ress-27-01-e20170557.pdf
-