

Avaliação da completitude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas

Evaluation of completeness of Instruments for Research on Child Death in the city of Arapiraca, Alagoas

Simone Fonseca Caetano¹, Lygia Carmen de Moraes Vanderlei², Paulo Germano de Frias³

Resumo

Objetivo: Avaliar a completitude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no nível municipal. **Métodos:** Estudo avaliativo, descritivo da completitude e grau de preenchimento das fichas de investigação de óbitos não fetais de menores de um ano residentes em Arapiraca, Alagoas (outubro de 2009 a dezembro de 2010). Para cada variável calculou-se percentual de completitude (Epi-Info v. 3.4.2) e grau de preenchimento. **Resultados:** Dos 81 óbitos existentes, 54,32% foram investigados através da ficha domiciliar e 8,64, 7,41 e 3,70% através das fichas ambulatorial, hospitalar e síntese, respectivamente. O grau de preenchimento global de cada ficha foi considerado ruim, variando de 70,34% (ambulatorial) a 76,12% (domiciliar). **Conclusão:** As investigações do óbito infantil não foram realizadas satisfatoriamente, evidenciando obstáculos no processo de implantação das fichas de investigação. Apesar do pequeno número de casos, o ineditismo quanto à avaliação de um novo instrumento pode contribuir na legitimação do sistema de vigilância do óbito em consolidação no País.

Palavras-chave: avaliação em saúde; avaliação de programas e instrumentos de pesquisa; sistemas de informação em saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the completeness of the instruments for research of infant death at the municipal level. **Methods:** Evaluative study, descriptive of completeness and degree of filling in the research forms of deaths of infants under one year of age, non-fetal, from Arapiraca, Alagoas (October 2009 to December 2010). For each variable, we calculated the percentage of completeness (Epi-Info v. 3.4.2) and degree of completion. **Results:** Of the 81 existing deaths, 54.32% were investigated through the home sheet and 8.64, 7.41 and 3.70% of the through outpatient, hospital and synthesis sheets, respectively. The overall degree of completion of each sheet was considered in bad form, ranging from 70.34% (outpatient) to 76.12% (home). **Conclusion:** The investigations of infant death were not performed satisfactorily, showing obstacles in the process of deploying the research sheets. Despite the small number of cases, the novelty regarding the evaluation of a new instrument can contribute to the legitimacy of surveillance of death in consolidation in the country.

Keywords: health evaluation; evaluation of research of programs and tools; health information systems.

Trabalho realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE), Brasil

¹Mestra em Avaliação em Saúde pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE), Brasil; Auditora fiscal da vigilância sanitária da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte – Natal (RN), Brasil.

²Doutora em saúde pública pela Universidade Autônoma de Barcelona (UAB) – Barcelona, Espanha; Pesquisadora do Grupo de Estudos em Avaliação em Saúde GEAS/IMIP – Recife (PE), Brasil.

³Doutorando pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Pesquisador do Grupo de Estudos em Avaliação em Saúde GEAS/IMIP – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Lygia Carmen de Moraes Vanderlei – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – Diretoria de Ensino – Rua dos Coelhoos, 300 – CEP: 50070-550 – Recife (PE), Brasil – E-mail: lygiacarmen@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O atual cenário da saúde brasileira dispõe de uma ampla rede de Sistemas de Informação e um crescente interesse sobre avaliação da qualidade dos dados, considerando os pontos fortes e as limitações e sua utilização no processo de gestão¹.

Uma informação de qualidade contribui para análise da situação sanitária e oferece subsídios para o planejamento, a tomada de decisões baseadas em evidências, a organização dos serviços de saúde e a construção de indicadores com ênfase nos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (Sinasc) que são essenciais para o cálculo das taxas de mortalidade infantil¹⁻⁴. Entretanto, o uso das informações consolidadas nos sistemas apresentam limites relacionados à cobertura, regularidade e completitude dos instrumentos de coleta^{1,2}.

O preenchimento incompleto e incorreto dos documentos oficiais utilizados na coleta que alimenta os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é observado em diversos instrumentos, destacando-se entre outros, as declarações de óbito e de nascidos vivos^{3,5,6}.

Com a edição do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal proposto pelo Ministério da Saúde (MS) foi identificada a necessidade do fortalecimento dos setores de informação e de vigilância epidemiológica dos estados e municípios brasileiros⁷, ocasião em que foi publicado o primeiro Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, em 2004⁸. Com a segunda edição desse manual em 2009, enfatizou-se a temática da vigilância do óbito e se propôs um novo instrumento de investigação dos óbitos infantis⁹.

Os novos instrumentos de investigação do óbito infantil e fetal ampliam a compreensão do caso investigado, reproduzindo o percurso assistencial da gestação ao óbito¹⁰, traduzido através das Fichas Ambulatorial, Hospitalar, Domiciliar, Necropsia e Síntese – Recomendações e conclusões¹¹. De forma igual, podem contribuir para melhorar a qualidade dos sistemas de informação sobre as estatísticas vitais desde que os dados coletados sejam processados no SIM e Sinasc, assim como para a compreensão dos eventos associados ao óbito da criança, gerando recomendações à sua evitabilidade^{12,13}.

Considerando o pouco tempo de implantação da ficha, sua utilidade no provimento de informações para evitar novas ocorrências de óbitos infantis e a inexistência de avaliações que permitam conhecer a efetividade desse instrumento, o estudo pretendeu analisar a completitude das fichas de investigação do óbito infantil em município do Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Realizou-se um estudo avaliativo, descritivo, sobre a completitude das variáveis contidas nas fichas de investigação dos óbitos de menores de um ano residentes no município de Arapiraca.

O município, o segundo mais populoso do estado de Alagoas, com 214.006 habitantes, tem uma área de 356,2 km², distando 137 km da capital Maceió¹⁴. A rede de saúde conta com 194 estabelecimentos públicos e privados. Dos 57 públicos, 55 são municipais, sendo 33 unidades de atenção básica, o que conferiu, em 2008, uma cobertura de 61,4% para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de 76,4% ao incorporar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Foram incluídos todos os óbitos não fetais neonatais (0 a 27 dias) e pós-neonatais (28 dias a um ano de vida), residentes em Arapiraca independente do peso ao nascer e registrados no SIM municipal e estadual, obtidos a partir de dados secundários provenientes das fichas de investigação dos óbitos não fetais. Incluíram-se apenas os óbitos ocorridos a partir de outubro de 2009 por ser o período em que o município passou a fazer uso das novas fichas de investigação. O período de coleta do estudo estendeu-se de outubro de 2009 a dezembro de 2010.

As fichas que contêm elementos referentes à assistência ao pré-natal, à gestação e ao parto da mulher, informações sobre a assistência hospitalar e doença que levou a morte da criança, são compostas de: serviço ambulatorial; serviço hospitalar; domicílio e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML), que são sumarizadas na ficha Síntese – Recomendações e conclusões⁹. A estrutura desses instrumentos é organizada por blocos específicos que englobam um conjunto de variáveis inter-relacionadas.

O preenchimento da ficha de investigação depende do percurso assistencial realizado pela gestante, parturiente e criança menor de um ano. A depender dessa condição, o investigador poderá utilizar uma ou mais das fichas.

As informações foram processadas no Programa Epi-Info versão 3.4.2 estruturado com base nas fichas de investigação. Para cada variável foi tabulado e calculado o percentual de completitude, considerando também como categoria o preenchimento em branco e ignorado.

Para avaliar o grau de completitude das distintas fichas, utilizou-se o sistema de escores proposto por Romero e Cunha¹⁵, no qual se considera: excelente (variável com menos de 4,9% de preenchimento incompleto); bom (5 a 9,9%); regular (10 a 19,9%); ruim (20 a 49,9%) e muito ruim (mais de 50%). Considerou-se a completitude das variáveis estudadas por bloco e ficha específica.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), protocolo nº 2164/2011.

■ RESULTADOS

O município apresentou 81 óbitos não fetais de menores de um ano de acordo com os dados disponibilizados pelo SIM federal no período estudado. Desses, 54,32% foram investigados através da ficha domiciliar e, dentre essas, apenas 8,64 e 7,41% em ambulatório e hospital, respectivamente. Só houve 3,70% de preenchimento da ficha síntese, não havendo para as fichas de SVO/IML.

Quanto à completude das variáveis na ficha de investigação domiciliar, verificam-se poucas com critério excelente, a saber: *nome da criança, nome da mãe, data do óbito e relação com a criança falecida*. Os blocos de melhor preenchimento foram o de *assistência ao parto* (87,01%) e *características da mãe e da família* (86,96%), enquanto o de pior resultado encontrou-se no bloco de *informações sobre a criança que teve alta da maternidade* (40,06%), com 75% das variáveis com grau de preenchimento muito ruim (Tabela 1).

Nas fichas hospitalares, observou-se que o melhor preenchimento ocorreu no bloco de *identificação do óbito* (98,18%). As informações sobre a *assistência hospitalar ao recém-nascido* apresentaram a pior completude das variáveis (54,68%) e 33,33% com preenchimento excelente. No bloco da *assistência ao parto*, 55,55% das variáveis apresentaram excelente preenchimento (Tabela 2).

No que se refere à completude das variáveis na ficha ambulatorial não foi verificado um bom preenchimento (74,54%). Apresentaram critério regular, os blocos de *identificação* (83,03%) e de *assistência pré-natal* (80,0%). Observou-se que 11,8% das variáveis tiveram percentual de completude considerado muito ruim e 41,2% ruim. Das 34 variáveis, apenas 29,41% obtiveram critério excelente. O bloco da *assistência à criança* apresentou o pior preenchimento com 56,06%, principalmente para as variáveis *nº de atendimentos realizados à criança e causas de óbito registrado*, com 42,90 e 33,33%, respectivamente (Tabela 3).

A ficha Síntese – Recomendações e conclusões apresentou critério de completude ruim (75,64%). Das 26 variáveis, 42,31% foram consideradas de completude muito ruim e ruim, salientando-se que *partograma e vacinação* não foram preenchidas (Tabela 4).

O grau de preenchimento global de cada ficha investigação foi considerado ruim, com proporção de preenchimento variando de 70,34% na ambulatorial a 76,12% na domiciliar. Ao analisar os blocos de universo das fichas de investigação,

destaca-se que apenas um deles foi muito ruim, o relacionado a *informações sobre a criança que teve alta da maternidade*, da ficha domiciliar, e outro classificado como excelente, no bloco *identificação* da hospitalar (Tabela 5).

■ DISCUSSÃO

As investigações do óbito infantil do município não foram realizadas de forma efetiva, pois ocorreu o baixo preenchimento das fichas conforme o fluxo que deveria ser seguido para cada caso, comprometendo a qualidade da informação sobre esses eventos. Os achados põem em destaque os obstáculos no processo de implantação da vigilância do óbito, com a introdução das fichas de investigação propostas em 2009⁹.

O número de investigações de óbitos de menor de um ano foi inferior ao número de casos digitados no banco de dados do SIM. Ao baixo preenchimento do universo das fichas de investigação, soma-se a não investigação de todos os casos, e entre os investigados, apenas três fichas síntese foram preenchidas apontando a fragilidade do processo. Para um adequado encerramento do caso, todas as fichas indicadas ao mesmo deveriam ser preenchidas, auxiliando a análise, a interpretação das circunstâncias do óbito e as recomendações realizadas⁹.

Convém considerar que o conhecimento quanto aos aspectos éticos e legais da investigação dos óbitos é imprescindível aos envolvidos com a ação que além de aprimorar a qualidade das informações contribui para identificar fragilidades assistenciais possibilitando intervenções adequadas ao contexto e perfil epidemiológico local¹⁶.

Um dos fatores responsáveis pelo inadequado preenchimento das fichas pode estar relacionado às dificuldades na obtenção dos dados pelo município. A burocratização no acesso dos investigadores aos serviços de saúde, a insuficiente participação das equipes de saúde na realização da investigação, ou a desarticulação entre os envolvidos na vigilância do óbito, desde a captação do evento à discussão do caso, são algumas das explicações possíveis^{16,17}. Além disso, o método adotado pelo município tal qual o sugerido na portaria ministerial imediatamente após a implantação das fichas sem o acompanhamento sistemático pode ter contribuído no atraso e/ou obstáculos no processo investigativo¹¹.

O baixo percentual de preenchimento das fichas hospitalares e ambulatoriais parece ser decorrente da insuficiência de investimentos municipais para captar informações dos estabelecimentos de saúde. Questiona-se se a escassez de dados estaria relacionada à deficiência de profissionais qualificados para o trabalho investigativo nos diferentes níveis da rede assistencial, dificuldades de obtenção dos

Tabela 1. Grau de preenchimento das fichas de investigação domiciliar. Arapiraca, outubro de 2009 a dezembro de 2010

Blocos	Fichas (n=44)	
	%	Critério de completude*
Identificação		
Nome da criança	95,45	Excelente
Nome da mãe	100,00	Excelente
Nº da DO	79,55	Ruim
Data do óbito	100,00	Excelente
Nº da DNV	22,73	Muito ruim
Data de nascimento	97,73	Excelente
Sexo	95,50	Excelente
Peso ao nascer	81,81	Regular
Idade ao óbito	95,45	Excelente
SUBTOTAL (9)	85,35	Regular
Características da mãe e da família		
Nome do entrevistado	86,36	Regular
Relação com a criança falecida	100,00	Excelente
Quantas pessoas moram nesta casa	97,72	Excelente
Quantos cômodos são usados para dormir	97,72	Excelente
Quantas torneiras para saída de água	88,63	Regular
Há algum fumante residente nesta casa	97,73	Excelente
Qual a idade da mãe	95,46	Excelente
Qual a escolaridade da mãe	86,37	Regular
A mãe vive com o pai da criança	97,70	Excelente
Qual a cor da pele da criança	97,70	Excelente
Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê	90,91	Bom
Essas gravidezes resultaram em aborto, nascidos vivos e nascidos mortos	63,64	Ruim
Tipo de parto	68,19	Ruim
Qual a data do último parto	56,82	Ruim
Gravidez planejada	79,50	Ruim
SUBTOTAL (15)	86,96	Regular
Gestação e pré-natal		
Informações a métodos contraceptivos	95,46	Excelente
Meses de gestação	90,91	Bom
Quantas consultas PN	84,10	Regular
Mãe vacina tétano	93,19	Bom
Quantas doses	81,82	Regular
Grupo sanguíneo e fator Rh	95,46	Excelente
Local PN	70,46	Ruim
Maternidade de referência	22,73	Muito ruim
Avaliação do PN	77,28	Ruim
Preenchimento do cartão PN	86,37	Regular
Tratamento	59,10	Ruim
SUBTOTAL (11)	77,90	Ruim
Assistência ao parto		
Gestante procurou atendimento	93,19	Bom
Início sinais e atendimento	90,91	Bom
Rompimento da bolsa d'água	77,28	Ruim
Tempo de gravidez	90,91	Bom
Transporte e tempo para parto	95,46	Excelente
Acompanhamento na sala de parto	86,37	Regular
Avaliação da mãe	75,00	Ruim
SUBTOTAL (07)	87,01	Regular
Atendimento da criança na maternidade		
O bebê chorou	95,46	Excelente
Ficou com a mãe	70,46	Ruim
Mamou	95,46	Excelente
Bebê teve problema	95,46	Excelente
Ficou internado	95,46	Excelente
Ficou na UTI	75,01	Ruim
Tempo levado entre indicação e internação na UTI	29,55	Muito ruim
Ocorreu transferência	59,10	Ruim
Acompanhamento mãe/família	75,01	Ruim
Alta com quantos dias de vida	59,10	Ruim
SUBTOTAL (10)	75,00	Ruim
Informações sobre a criança que teve alta da maternidade		
Obteve alta do hospital	34,10	Muito ruim
Mamou	95,46	Excelente
Idade de introdução do uso da mamadeira	18,19	Muito ruim
Último atendimento	18,19	Muito ruim
Dados do cartão	54,55	Ruim
Vacinação	36,37	Muito ruim
Último peso	18,19	Muito ruim
Alta da maternidade	45,47	Muito ruim
SUBTOTAL (08)	40,06	Muito ruim
Informações sobre a doença que levou à morte		
Percepção da mãe/família sobre a doença da criança	81,80	Regular
Tempo de adoecimento e adoção de medidas	40,92	Muito ruim
Serviços de saúde procurados	29,56	Muito ruim
Tipo de serviço	90,92	Bom
Causa do óbito da criança	81,80	Regular
Data da entrevista	81,82	Regular
Responsável pela investigação	84,10	Regular
SUBTOTAL (07)	70,13	Ruim
TOTAL (67)	76,12	Ruim

DO: declaração de óbito; DNV: declaração de nascido vivo; PN: pré-natal; UTI: unidade de terapia intensiva

*Critérios de completude: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim

Tabela 2. Grau de preenchimento das fichas de investigação hospitalar. Arapiraca, outubro de 2009 a dezembro de 2010

Blocos	Fichas (n=6)	
	%	Critério de completitude*
Identificação		
Nome da criança	100,00	Excelente
Nome da mãe	100,00	Excelente
Nº da DO	100,00	Excelente
Data do óbito	100,00	Excelente
Nº da DNV	90,00	Bom
Data de nascimento	100,00	Excelente
Sexo	90,00	Bom
Peso ao nascer	100,00	Excelente
Idade ao óbito	100,00	Excelente
Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação	100,00	Excelente
Tipo de hospital/maternidade	100,00	Excelente
SUBTOTAL (11)	98,18	Excelente
Assistência ao Parto		
Data do parto/nascimento	100,00	Excelente
Hora do parto/nascimento	100,00	Excelente
Tipo de parto	100,00	Excelente
Profissional que fez o parto	100,00	Excelente
Tempo de bolsa rota	33,84	Muito ruim
Aspecto do líquido amniótico	100,00	Excelente
Intercorrência(s) materna durante o trabalho de parto	50,51	Ruim
Idade gestacional cronológica	66,67	Ruim
Esteve grávida antes deste bebê	83,33	Regular
Número de gestações	66,67	Ruim
Tipo de parto	100,00	Excelente
Filhos nascidos vivos	50,00	Ruim
Patologias/fatores de risco durante a gravidez	100,00	Excelente
Data de internação	100,00	Excelente
Partograma	83,33	Regular
Nº de avaliações maternas e fetais	33,33	Muito ruim
Anestesia	100,00	Excelente
Métodos de alívio de dor	100,00	Excelente
SUBTOTAL (18)	73,20	Ruim
Assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento		
Peso	100,00	Excelente
Assistência à criança	100,00	Excelente
Procedimentos ao RN	83,33	Regular
APGAR	50,00	Ruim
Classificação do RN	83,84	Regular
Hipoglicemia	100,00	Excelente
VDRL	83,33	Regular
Internamento	100,00	Excelente
UTI	100,00	Excelente
Tempo	83,84	Regular
Medicamentos	100,00	Excelente
Procedimento ou conduta	0,00	Muito ruim
Setor de ocorrência	0,00	Muito ruim
Data e hora do óbito	0,00	Muito ruim
Necropsia	0,00	Muito ruim
Causas do óbito	0,00	Muito ruim
Responsável pela investigação	0,00	Muito ruim
Profissão	0,00	Muito ruim
SUBTOTAL (18)	54,68	Ruim
TOTAL (47)	71,95	Ruim

DO: declaração de óbito; DNV: declaração de nascido vivo; RN: recém-nascido; VDRL: *Venereal Diseases Research Laboratory*; UTI: unidade de terapia intensiva
 *Critérios de completitude: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim

Tabela 3. Grau de preenchimento das fichas de investigação ambulatorial. Arapiraca, outubro de 2009 a dezembro de 2010

Blocos	Fichas (n=7)	
	%	Critério de completude*
Identificação		
Nome da criança	87,50	Regular
Nome da mãe	100,00	Excelente
Nº da DO	71,40	Ruim
Data do óbito	100,00	Excelente
Nº da DNV	57,15	Ruim
Data de nascimento	100,00	Excelente
Sexo	100,00	Excelente
Peso ao nascer	85,70	Regular
Idade ao óbito	57,10	Ruim
Centro de Saúde/UBS	71,40	Ruim
SUBTOTAL (10)	83,03	Regular
Assistência pré-natal		
Nome do serviço de saúde	100,00	Excelente
Tipo de serviço	100,00	Excelente
Idade gestacional	85,70	Regular
Número de consultas pré-natal	100,00	Excelente
Já esteve grávida antes deste bebê	100,00	Excelente
Número de gestações (inclusive esta)	100,00	Excelente
Gestação de alto risco	85,70	Regular
Acompanhada pelo PN de alto risco	28,60	Muito ruim
O acompanhamento da gestante pela atenção básica foi mantido durante o PNAR	28,60	Muito ruim
Internada	85,70	Regular
Fatores de risco	71,40	Ruim
Medicação	100,00	Excelente
Quadro de Assistência	85,70	Regular
Vacinação tétano	71,40	Ruim
Responsável pela investigação	57,10	Ruim
SUBTOTAL (15)	80,00	Regular
Assistência à criança		
Acompanhamento e tipo de serviço	71,40	Ruim
Nº atendimentos	42,90	Muito ruim
Aleitamento materno	57,10	Ruim
Serviços ambulatoriais	71,40	Ruim
Vacinação	57,10	Ruim
Acompanhamento especial	57,10	Ruim
Causas de óbitos registrados	33,33	Muito ruim
Data de encerramento	57,10	Ruim
Responsável pela investigação	57,10	Ruim
SUBTOTAL (09)	56,06	Ruim
TOTAL (34)	70,34	Ruim

DO: declaração de óbito; DNV: declaração de nascido vivo; UBS: unidade básica de saúde; PN: pré-natal; PNAR: pré-natal de alto risco

*Critérios de completude: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim

prontuários médicos¹⁸ ou a sua insuficiente qualidade, como ilegibilidade, ausência de preenchimento ou incompletude^{6,12,19}. Além desses fatores, o desconhecimento do percurso da criança antes de vir a óbito dificulta a continuidade da investigação do caso¹⁰.

A implantação de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia é uma boa alternativa para minimizar os problemas relacionados à deficiência de informações geradas no âmbito hospitalar^{6,20}.

A precariedade do preenchimento das variáveis relacionadas à *assistência à criança* causa estranheza, sobretudo ao se confrontar com o predomínio de excelente ou regular naquelas de *assistência pré-natal*, considerando a ênfase histórica governamental na atenção materno-infantil, cuja implantação ocorreu simultaneamente na década de 1980 através dos Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança²¹. Os dados apontam para a necessidade de intensificar a investigação assistencial infantil no município.

Tabela 4. Grau de preenchimento das fichas de investigação síntese – recomendações e conclusões. Arapiraca, outubro de 2009 a dezembro de 2010

Variáveis	Fichas (n=3)	
	%	Critério de completitude*
Nome da criança	100,00	Excelente
Nome da mãe	100,00	Excelente
Nº da DO	100,00	Excelente
Data do óbito	100,00	Excelente
Sexo	100,00	Excelente
Nº da DNV	100,00	Excelente
Data do nascimento	100,00	Excelente
Idade gestacional	33,33	Muito ruim
Faixa etária ao óbito	66,66	Ruim
Município de residência	100,00	Excelente
Fontes de informação	100,00	Excelente
Estabelecimento e tipo de saúde	100,00	Excelente
Estabelecimento e tipo de parto	100,00	Excelente
Partograma	0,00	Muito ruim
Teste VDRL	66,66	Ruim
Acompanhamento da atenção básica	33,33	Muito ruim
Tipo de estabelecimento	100,00	Excelente
Vacinação	0,00	Muito ruim
Alteração/correção da causa do óbito	100,00	Excelente
Causa básica	33,34	Muito ruim
Alteração/correção da DO	100,00	Excelente
Alteração/correção da DNV	66,66	Ruim
Evitabilidade do óbito	100,00	Excelente
Classificação	66,66	Ruim
Data da conclusão	33,34	Muito ruim
Responsável	66,70	Ruim
TOTAL (26)	75,64	Ruim

DO: declaração de óbito; DNV: declaração de nascido vivo ; VDRL: *Venereal Diseases Research Laboratory*

*Critérios de completitude: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim

Tabela 5. Grau de preenchimento das fichas de investigação por bloco de variáveis. Arapiraca, outubro de 2009 a dezembro de 2010

Ficha de Investigação	Nº de variáveis preenchidas por bloco	% de variáveis preenchidas (total)	Critério de completitude*	
Ambulatório	Identificação	10	83,03	Regular
	Assistência Pré-natal	15	80,00	Regular
	Assistência à criança	09	56,06	Ruim
	TOTAL	34	70,34	Ruim
Hospitalar	Identificação	11	98,18	Excelente
	Assistência ao parto	18	73,20	Ruim
	Assistência hospitalar	18	54,68	Ruim
	TOTAL	47	71,95	Ruim
Entrevista Domiciliar	Identificação	09	85,35	Regular
	Características da mãe e família	15	86,96	Regular
	Gestação e Pré-natal	11	77,90	Ruim
	Assistência ao Parto	07	87,01	Regular
	Atendimento da criança na maternidade	10	75,00	Ruim
	Informações sobre a criança que teve alta da maternidade	08	40,06	Muito Ruim
	Informações sobre a doença que levou à morte	07	70,13	Ruim
Síntese	TOTAL	67	76,12	Ruim
	TOTAL	26	75,64	Ruim

*Critérios de completitude: mais de 95,00%: excelente; de 94,90 a 90,00%: bom; de 89,90 a 80,00%: regular; de 79,90 a 50,00%: ruim; menos de 50,00%: muito ruim

Em contrapartida, o excelente preenchimento de variáveis relacionadas à identificação é previsível, corroborando com estudos que mostram uma melhora considerável ao longo dos anos em outros instrumentos de coleta de dados^{3,4,22,23}.

A elevada cobertura da ESF no município, 81,0%, e a incorporação, mesmo que parcial, das atividades de vigilância do óbito como parte do processo de trabalho das equipes provavelmente resultou no maior volume de fichas domiciliares preenchidas e com melhor grau de completitude quando comparada às demais^{9,13,24}. Outro fato contributivo é a prática da autópsia verbal, proposta introduzida no Brasil nos anos 1950 e retomada pelo MS como método para investigação das causas de óbito mal definidas^{25,26}. A não realização da visita domiciliar por recusa ou mudança de endereço da família está entre os motivos para a redução do grau de preenchimento das variáveis¹².

A mudança operacional da vigilância do óbito no município, em consonância com o Manual publicado em 2009⁹, que responsabilizou a vigilância epidemiológica como coordenadora do processo investigativo, quando desde o ano 2000 era realizado pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil, pode ter contribuído para o mau preenchimento das fichas na fase inicial da implantação⁸.

No estágio atual de implantação da vigilância do óbito infantil, recomenda-se cautela quanto aos processos de trabalho para não burocratizá-los, tornando-os cartoriais, como evidenciado em outros contextos institucionais²⁷.

A ausência de fichas de SVO e IML preenchidas pode estar relacionada à centralização desses serviços na capital e/ou por

falta de entendimento dos profissionais de saúde para encaminhar os óbitos à necropsia²⁸.

O baixo percentual de fichas síntese encontrado no aplicativo do SIM federal revelam dificuldades por parte da Vigilância do Óbito Municipal na consolidação e análise dos casos. O achado preocupante reflete o insuficiente conhecimento ou valorização da ação para o encerramento do caso e geração de recomendações imprescindíveis para evitar a ocorrência de novos eventos⁹.

O resultado encontrado apontou a fragilidade no preenchimento das fichas de investigação do óbito de menores de um ano no município. O desafio de melhorar o preenchimento é uma etapa imprescindível para que a Vigilância do Óbito Infantil incorpore múltiplos olhares, de familiares, trabalhadores e gestores, de forma a criar um ambiente crítico reflexivo sobre o cuidado e o sistema de saúde^{29,30}.

Apesar de o estudo apresentar limites quanto ao pequeno número de casos ocorridos e investigados entre os residentes do município, o que não permitiu uma análise mais robusta, o ineditismo quanto à avaliação de um novo instrumento justifica a relevância do trabalho de forma a contribuir com a legitimação do sistema de vigilância do óbito em fase de consolidação no País.

Por fim, destaca-se que uma investigação completa evita o desperdício de recursos e potencializa as ações direcionadas a grupos vulneráveis, enquanto o seu desenvolvimento parcial impossibilita ou dificulta a plenitude da utilidade que lhe é atribuída.

REFERÊNCIAS

1. Lima CR, Schramm JM, Coeli CM, Silva ME. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2095-109.
2. Jorge MH, Laurenti R, Gotlieb SL. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):643-54.
3. Costa JM, Frias PG. Avaliação da completitude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl 1):1267-74.
4. Costa JM, Frias PG. Avaliação da completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):613-24.
5. Oliveira ME, Soares MR, Costa MC, Mota EL. Avaliação da completitude dos registros de febre tifóide notificados no Sinan pela Bahia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(3):219-26.
6. Vanderlei LC, Arruda BK, Frias PG, Arruda S. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidades terciária de atenção à saúde materno-infantil. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(1):7-14.
7. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 60 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Manual de Vigilância do Óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Frias PG, Lira PI, Vidal SA, Vanderlei LC. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde – estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. *J Pediatr*. 2002;78(6):509-16.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010 Jan 12, Seção 1: 29-31.

12. Santana IP, Santos JM, Costa JR, Oliveira RR, Orlandi MH, Mathias TA. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(4):556-62.
13. Mathias TA, Assunção AN, Silva GF. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):445-53.
14. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável – Brasil 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. (Estudos e pesquisas: Informação geográfica, 7).
15. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas 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):673-84.
16. Jorge MH, Laurenti R, Nubila HB. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(4):561-76.
17. Santana M, Aquino R, Medina MG. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância dos óbitos infantis. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):59-67.
18. Mansano NH, Mazza VA, Soares VM, Araldi MA, Cabral VL. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(1):329-32.
19. Formigli VL, Silva LM, Cerdeira AJ, Pinto CM, Oliveira RS, Caldas AC, Vilas Boas MJ, Fonseca AC, Souza LS, Silva LR, Paes Md. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Cad Saúde Pública.* 1996;12(Suppl 2):33-41.
20. Siqueira FN, Vanderlei LC, Mendes MF. Evaluation of National Subsystem of Hospitalar Epidemiologic Surveillance in the State of Pernambuco, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2011;20(3):307-16.
21. Frias PG, Mullachery PH, Giugliani ER. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. p. 85-110.
22. Soares JA, Horta FM, Caldeira AP. Avaliação da qualidade das informações em declarações de óbitos infantis. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007;7(3):289-95.
23. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do Sistema de Informação sobre Mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):173-81.
24. Vasconcelos MM, Gribel EB, Moraes IH. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Suppl 1):S173-82.
25. Barrêto IC, Pontes LK, Corrêa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2000;7(5):303-12.
26. Campos D, França E, Loschi RH, Souza MF. Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(6):1221-33.
27. Medina MG, Aquino R, Carvalho AL. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulg Saúde Debate.* 2000;(21):15-28.
28. Staque CO, Cordeiro JA, Cury PM. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. *J Bras Patol Med Lab.* 2003;39(4):361-4.
29. Frias PG, Vidal SA, Pereira PM, Lira PI, Vanderlei LC. Avaliação da notificação de Óbitos Infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005;5(Suppl 1):S43-52.
30. Jorge MH, Laurenti R, Gotlieb SL. Avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil. *Cad Saúde Colet.* 2010;18(1):7-18.

Recebido em: 30/07/2013
Aprovado em: 05/09/2013