

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO**

**Vigilância do óbito fetal e infantil na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas
Gerais**

**Belo Horizonte
2015**



Izabela Rocha Dutra



VIGILÂNCIA DO ÓBITO FETAL E INFANTIL NA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS



Izabela Rocha Dutra

Vigilância do óbito fetal e infantil na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Aluna: Izabela Rocha Dutra

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Gazzinelli

**Belo Horizonte
2015**

D978v Dutra, Izabela Rocha.
Vigilância do óbito fetal e infantil na região ampliada de saúde
Jequitinhonha, Minas Gerais [manuscrito]. / Izabela Rocha Dutra. - - Belo Horizonte: 2015.
147f.: il.
Orientador: Andréa Gazzinelli.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Mortalidade Fetal. 2. Mortalidade Infantil. 3. Causas de Morte. 4. Comitê de Profissionais. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Andrea. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 910

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Tese intitulada “*Vigilância do óbito fetal e infantil da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais*”, de autoria da doutoranda Izabela Rocha Dutra Silva, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli – ENF/UFMG (Orientadora)

Profa. Dra. Edna Maria Rezende – ENF/UFMG

Profa. Dra. Eunice Francisca Martins – ENF/UFMG

Profa. Dra. Maria Albertina Santiago Rego – FM/UFMG

Profa. Dra. Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes – FM/UFMG

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana – ENF/UFMG Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem Escola de Enfermagem/UFMG

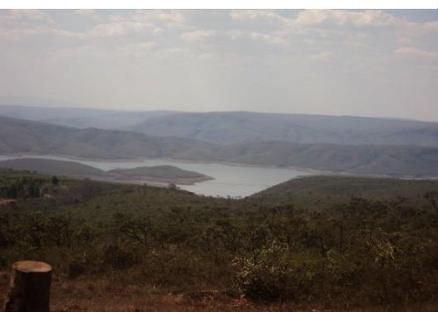
Belo Horizonte, 05 de Agosto de 2015.

Apoio Financeiro



Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais –
FAPEMIG e Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico - CNPq

Dedicatória



*“À todas as crianças que tiveram direito a vida, mas não puderam exercê-lo
(Autor desconhecido)”*



Agradecimientos



Ser grato é abrir o coração e deixar fluir este sentimento que envolve a nossa alma. É reconhecer um benefício que recebemos e que nada nos custou, embora seja algo tão caro e tão relevante. É ao mesmo admitir que não se faz nada efetivamente sozinho. Só tenho a agradecer a todos que me inspiram, me ajudam, me desafiam e me encorajam a ser cada dia uma pessoa melhor.

À Deus, por nunca me deixar abandonar a minha fé e fraquejar. Eu sei que o Senhor tem um plano para a minha vida, e quando me sinto muito aflita, eu apenas rezo e entrego a minha vida em Suas mãos, e só posso agradecer, porque o Senhor nunca me desamparou. Obrigada meu Deus, por me amar e me abençoar, mesmo quando muitas vezes O coloquei em prova, mesmo com todas as minhas imperfeições!

*À minha orientadora **Profa. Dra. Andréa Gazzinelli**, por sua orientação científica, criteriosa e crítica. Pelo auxílio e confiança nas mudanças necessárias e por permitir que eu caminhasse sozinha. Obrigada por ter despertado em mim o amor pela pesquisa. Agradeço principalmente, por se fazer presente em muitos momentos de dor, dúvida e medo, se mostrando solidária, paciente, compreensiva e amiga. Andrea, seu cuidado foi fundamental para que eu conseguisse. Muito obrigada!*

*Às professoras **Edna e Eunice - EEUFG** que procuradas me permitiram espaços para discussão de questões relevantes e importantes.*

*Aos colegas do grupo de pesquisa **EEUFG** pelos ricos momentos de discussão e descontração. Em especial à Gisele Nepomuceno pela amizade, disponibilidade, atenção, compreensão e o apoio de sempre.*

Aos colegas do DEPENF – UFVJM que permitiram o afastamento acadêmico, tão importante para as questões aqui desenvolvidas. Obrigada à todos,

Às professoras Dayse e Liliâne do DEPENF – UFVJM que tiveram a paciência de me ouvir, ler, sugerir, oferecendo experiência, carinho e incentivo.

Aos professores e amigos Antônio Moacir, Gabriela, George e Helisamara do DEPENF – UFVJM, pelos momentos de apoio, pelas palavras de incentivo durante todo o período árduo de trabalho. Foi com vocês que compartilhei os momentos de dificuldade e felicidade durante toda a execução da tese. Vocês me ajudaram a passar por tudo de forma mais leve.

Aos entrevistados que gentilmente abriram as portas de suas casas e ambiente de trabalho. Vocês foram fundamentais para a construção e realização deste trabalho.

À Gabriela, enfermeira da SRS, sempre tão disponível e disposta a ajudar. Obrigada pelo apoio e disponibilidade para que a coleta de dados fosse realizada.

À vocês minha família, obrigada pelos ensinamentos e por terem me aguentado carinhosamente na condição “stress-ausência-amor”. Tudo isso se resume nos “laços de sangue”. Quando nos olhos de cada um posso ver até onde podemos chegar. Vocês são o estímulo permanente para meus ideais. Obrigada por apoiarem minhas escolhas, por apostarem em meus sonhos e por iluminarem cada trilha de minha vida.

*Ao meu pai **Paulo César** (in memoriam), por ter me impulsionado o gosto pelo trabalho e pelos estudos e, principalmente por sua determinação de que todos os filhos deveriam estudar. Também devo mais este objetivo à você com quem aprendi a amar, olhando o mundo de forma simples e humilde, reconhecendo em ser sensível a fortaleza de existir, doar, receber e compartilhar. Obrigada por me iluminar sempre, por me guiar e por ser minha força.*

*A minha mãe **Tânia**, meu TUDO, mulher guerreira, amiga, que nunca mediu esforços para que eu alcançasse mais este objetivo. Te admiro muito por sua “resiliência” e doação. Agradeço pelas incansáveis orações, noites de sono mal dormidas por preocupações e por sempre me esperar de braços abertos. Me perdoe a falta de “tato”, tempo e a minha ausência. Sei que sentiu e sofreu. Obrigada por me propiciar todo o conforto e tranquilidade em meus momentos de estudo, cuidando de mim de forma carinhosa. Você sempre será o entusiasmo da minha vida. Amo você!!!!*

*Ao meu irmão **Leonardo**, obrigada pelos momentos de descontração, risos e brincadeiras. Agradeço também pelas preocupações sentidas e por me dar motivos para acreditar que juntos podemos tudo. É uma pena não estar presente, mas hoje, você é o meu maior orgulho e sei o quanto torce e se orgulha de mim.*

*À minha irmã **Letícia**, agradeço por me ajudar a concretizar projetos e sonhos, me acolher e me aliviar nos momentos em que precisei. Por fazer-me refletir sobre meus caminhos e estar sempre ao meu lado, caminhando junto à mim. Foi importante cada conselho e carinho! Obrigada por ser minha amiga e confidente.*

Meus irmãos, embora de maneira distinta, são verdadeiros guardiões da justiça, da solidariedade e da honestidade. Pessoas com quem sempre poderei contar. Irmãos de verdade! Que estarão ao meu lado quaisquer que sejam minhas escolhas.

*Ao meu sobrinho **Paulo César**, por quem me apaixonei no minuto em que nasceu! A quem eu devo meu equilíbrio. Em seu olhar inocente, puro, cheio de sonhos, esperanças e amor que me inspiro e busco a paz que necessito. A titia tem por você o amor maior do mundo!*

*À minha titia **Walderez** pela dedicação extrema e apoio à minha formação acadêmica e intelectual, por sua competência, rigor, respeito e disponibilidade para o ensinamento. Por me questionar com amor, diversas vezes sobre minha trajetória, prioridades e saber lidar com minhas dificuldades.*

*Ao **Vinicius** meu companheiro de todas as horas e hoje um amigo indispensável em minha vida. Obrigada pelos incentivos, pela compreensão nos momentos de ausência, por todo amor dispensado, pelo auxílio na coleta de dados, por lutar comigo um sonho só meu, pelos “perrengues” financeiros, e principalmente por suportar meus desabafos. Por ti sempre terei um carinho imensurável.*

*À minha amiga **Carla Monteiro**, a quem Deus me presenteou pela amizade sincera e desinteressada, me proporcionando momentos de riso e choro, reflexão e aprendizado. Pelas palavras simples, cheias de credibilidade, incentivo e motivação que fazem diferença no meu existir.*

E por fim, aos que torceram por mim, aos que me influenciaram positivamente ao longo da minha vida, aos que contribuíram direta ou indiretamente, com incentivo, sugestões, esclarecimentos, e pela partilha de experiências que enriqueceram este estudo e colaboraram para a sua realização e até mesmo por aqueles não citados aqui, obrigada por tudo.

“Dizem que sou uma rocha. Aquela contemplativa, inabalável e, às vezes, intocável. Talvez pela robustez cause medo, uma vez que minha imponência não permite de modo fácil a minha transposição. Assim, fico sendo apenas observada. Mas, para aqueles que têm a coragem de se achegar e de subir ao topo lhes são concedidas muitas surpresas: olhar o mundo sob vários ângulos, sentir a leveza da brisa e da vida, enxergar um longínquo horizonte de modo algum visto em outro ponto e prevenir-se da tempestade que vem se aproximando... Na realidade, eu e a rocha temos algo em comum: a capacidade de surpreender e um jeito inabalável de ser.

A certeza

*De tudo ficaram 3 coisas:
A certeza de que estamos sempre começando
A certeza de que precisamos continuar
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar*

*Portanto devemos:
Fazer da interrupção um novo caminho
Da queda, um passo de dança
Do medo, uma escada
Do sonho, uma ponte
Da procura, um encontro
(Fernando Pessoa)*



RESUMO

Serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade deveriam ser capazes de reconhecer as mortes infantis evitáveis e implementar medidas para reduzi-las. Investigações a fim de dimensionar os principais determinantes relacionados à ocorrência de óbitos infantis para que possam subsidiar a organização e planejamento das políticas públicas, se faz necessário. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores relacionados à investigação dos óbitos infantil e fetal ocorridos na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, no período de 2007 a 2012. A coleta de dados foi feita por meio de questionários com os Secretários de Saúde e membros do Comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal ou indivíduos responsáveis pela investigação dos óbitos em 33 municípios da Região Ampliada de Saúde do Jequitinhonha, Minas Gerais. Foram coletadas também informações sobre a completude das fichas síntese da investigação após acesso ao Sistema de Informação sobre Mortalidade. Os resultados deste estudo demonstram que não houve concordância entre as respostas apresentadas pelos entrevistados, mostrando a necessidade, principalmente pelos Secretários Municipais de Saúde, de maiores esclarecimentos quanto à realidade nos municípios de atuação. A não atuação dos comitês na maioria dos municípios, justificado pela falta de cobrança pela gestão estadual e regional. Sendo assim, majoritariamente as investigações foram realizadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, não pertencente ao comitê. Vários foram os entraves identificados na prática da investigação, tais como a falta de suporte financeiro, de recursos humanos, entre outros da superintendência regional de saúde, o preenchimento incompleto dos dados hospitalares e a falta de capacitação da equipe, o que pode justificar a baixa investigação na região do estudo. De acordo com Sistema de Informação sobre Mortalidade, dos óbitos infantis (n=598) e fetais (n=477), apenas 22,2% e 18,4% foram investigados, respectivamente. Contudo as investigações não foram realizadas satisfatoriamente. Observou-se comportamento diferenciado no preenchimento das variáveis da ficha síntese de investigação. A elevada proporção de incompletude das fichas de investigação evidencia obstáculos no processo de preenchimento. Dessa forma, constatou-se a existência de vários fatores que podem interferir na prática de investigação, dentre eles, problemas de infraestrutura, técnico-operacionais e políticos. Por fim, estes resultados indicam que a operacionalização da investigação de óbito infantil e fetal, apesar de exigida por lei, ainda possui deficiências, determinando o grande

número de óbitos não investigados no período do estudo, o que pode comprometer a redução da mortalidade infantil e fetal na região estudada.

Palavras-chave: Mortalidade fetal; Mortalidade infantil; Causa de morte; Comitê de profissionais.

ABSTRACT

Whereas the affordable and good quality health services should be able to recognize preventable child deaths and implement measures to reduce them, conducting investigations that can scale the main determinants of the occurrence of infant deaths so that can support the organization and planning of public policies, this study aims to analyze the factors related to the investigation of fetal and infant deaths in the Extended Jequitinhonha Health Region, Minas Gerais, during the period of 2007 to 2012. The data collection was done through the use of questionnaires containing demographic, and socioeconomic data, as well as data obtained from the investigation of fetal and infant deaths, responded by the Municipal Health Offices, members of the child and fetal death Prevention Committee or individuals responsible for the investigations in 33 municipalities of the Extended Jequitinhonha Health Region. In addition, we used a script called Research Summary Sheets to examine the completeness of the information of infant and fetal deaths investigated between 2007-2012. The results of this study indicate that there was no agreement between the answers given by respondents, showing the need for further clarification, mainly by the Municipal Health Offices, as to the reality of the performance of municipalities regarding the investigations. Moreover, the fact that the activities of the Prevention Committee of Child and Fetal Death in the municipalities are not official favored no investigation of deaths. Also it was observed that, of 598 children and 477 fetal deaths, only 22.2% and 18.4%, respectively, were investigated. However, the investigations have not been implemented satisfactorily. We observed different behavior in the completion of the research forms. The high proportion of incomplete records point to the existence of obstacles in the process of filling them out. Thus, after the data analysis it was found that there are several factors that can interfere with the practice of research, among them, infrastructure, technical-operational and political issues. Finally, these results indicate that the operationalization of fetal and infant death investigation, although required by law, has deficiencies favoring the large number of deaths not investigated during the study period, affecting the ability to reduce infant and fetal mortality in the region studied.

Keywords: Fetal mortality; Child mortality; Cause of death; Committee of professional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014	42
Quadro 1	Composição dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal por Município da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014.	45
Quadro 2	Classificação das variáveis contidas na ficha síntese de investigação do Sistema de Informação Sobre Mortalidade, 2014	49
Quadro 3	Caracterização dos municípios formados pela análise de agrupamento pelos Secretários Municipais de Saúde. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	60
Quadro 4	Caracterização dos municípios formados pela análise de agrupamento pelos membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal ou indivíduo responsável pela investigação. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	64
Quadro 5	Número de óbitos fetal e infantil por ano assim como sua investigação na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2014.	70
Gráfico 1	Dendograma para agrupamento dos municípios relacionado às características dos fatores relacionados à investigação de óbitos pelos secretários de saúde. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	61
Gráfico 2	Análise de desvio e comparações múltiplas entre os grupos para a proporção de investigações realizadas Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	63
Gráfico 3	Dendograma para agrupamento dos municípios relacionado às características dos fatores relacionados à investigação de óbitos pelos membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal ou indivíduo responsável pela investigação. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	65
Gráfico 4	Análise de desvio e comparações múltiplas entre os grupos para a proporção de investigações realizadas Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	68
Gráfico 5	Distribuição do prazo das investigações por município. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 21).	69
Gráfico 6	Distribuição do prazo das investigações por município. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 23).	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Composição dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 16).	44
Tabela 2	Distribuição da população do estudo de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e tempo de participação na investigação. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).	52
Tabela 3	Conhecimento dos Secretários Municipais de Saúde e indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal sobre a investigação do óbito. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).	53
Tabela 4	Dificuldades enfrentadas pelos Comitês de Prevenção da mortalidade Infantil e Fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).	55
Tabela 5	Ações das prefeituras às práticas dos Comitês de Prevenção da mortalidade Infantil e Fetal, segundo os Secretários Municipais de Saúde e indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).	57
Tabela 6	Critérios de evitabilidade dos óbitos infantil e fetal, segundo os indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	57
Tabela 7	Correção e divulgação dos dados, segundo os indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal sobre a investigação dos óbitos infantil e fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	58
Tabela 8	Concordância entre as respostas dos participantes. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).	59
Tabela 9	Caracterização dos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	62
Tabela 10	Proporção média de investigações realizadas e erro-padrão pelos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	62

Tabela 11	Caracterização dos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	66
Tabela 12	Proporção média de investigações realizadas e erro-padrão pelos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).	67
Tabela 13	Completitude das características do pré-natal, parto e da criança nos municípios do estudo para óbito infantil. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 21).	71
Tabela 14	Completitude das características da investigação de óbito infantil nos municípios do estudo para óbito infantil. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 21).	72
Tabela 15	Completitude das características do pré-natal, parto e da criança nos municípios do estudo para óbito fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 23).	75
Tabela 16	Completitude das características da investigação de óbito infantil nos municípios do estudo para óbito fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 23).	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH	-	Belo Horizonte
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CISAJE	-	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DN	-	Declaração de Nascidos Vivos
DO	-	Declaração de óbito
DP	-	Desvio Padrão
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IC	-	Intervalo de Confiança
MI	-	Mortalidade Infantil
MS	-	Ministério da Saúde
ODM	-	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
SIM	-	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMI	-	Sistema de Informação sobre Mortalidade Infantil
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	-	Statistical Package for Social Science
SRS	-	Superintendência Regional de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TAB	-	Tabela
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	-	Taxa de Mortalidade Infantil
UNICEF	-	Fundo das Nações para a Infância
WHO	-	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
2. OBJETIVO.....	26
2. Objetivo Geral.....	26
1	
2. Objetivos Específicos.....	26
2	
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	28
3. Mortalidade Infantil e Fetal.....	28
1	
3. Situação Atual da Mortalidade Infantil e Fetal no País e na Região Ampliada de	29
2 Saúde Jequitinhonha.....	
3. Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.....	32
3	
3. Critério de Evitabilidade.....	36
4	
4. CAUSUÍSTICA E MÉTODOS.....	41
4. Delineamento do Estudo.....	41
1	
4. Local.....	41
2	
4. População de Estudo.....	42
3	
4. Coleta de dados.....	46
4	
4. Análise dos dados.....	48
5	
4. Aspectos éticos.....	50
6	
5. RESULTADOS.....	52
.....	
6. DISCUSSÃO.....	79
.....	

7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES	90
FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	93
.....	
APÊNDICES.....	10
.....	8
ANEXO.....	14
.....	6

Introdução



um todo (BRASIL, 2007). O quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU) está relacionado ao alcance de patamares mais aceitáveis de mortalidade infantil, reduzindo, em dois terços, os óbitos de crianças menores de cinco anos até o ano de 2015 (UNICEF, 2008; UNITED NATIONS, 2009).

Na meta definida para este ODM, a taxa de mortalidade na infância deveria ser reduzida para 17,9 óbitos por mil NV até 2015. Contudo, segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM, o Brasil já alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos países. O principal indicador da meta é a taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos, que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 e, de acordo com as tendências atuais, é possível que em 2015 seja alcançado um resultado superior à meta estabelecida para este ODM. O Brasil também já atingiu a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de 1 ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015 (COUNTDOWN, 2008; DALLOLIO *et al.*, 2012; PNUD, 2014).

De modo geral, as mortes infantis são consequência de uma estreita e complexa combinação de fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais, além de falhas no sistema de atenção à saúde. No Brasil, a mortalidade infantil vem declinando nos últimos anos (LANSKY *et al.*, 2009; LANSKY, 2010; DALLOLIO *et al.*, 2012) em grande parte, decorrente das inúmeras intervenções realizadas pelo governo. Apesar disso, as altas taxas ainda são preocupantes (LANSKY *et al.*, 2009; LANSKY, 2010; DALLOLIO *et al.*, 2012) e esta preocupação se estende por diversas regiões como é o caso da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, já que a mesma vem apresentando elevadas taxa de mortalidade conforme dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), principalmente quando comparada às taxas do Estado de Minas Gerais e do Brasil.

Neste contexto, sabe-se que para o desenvolvimento de estratégias que levem à queda da mortalidade infantil é necessário que haja um sistema de investigação adequado e de cobertura sobre a mortalidade infantil e sua investigação, principalmente nas regiões onde o número de óbitos infantis é importante (SOARES *et al.*, 2013), como é o caso da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, a fim de tornar mais representativo a real situação dos municípios e com isso implantar medidas de prevenção e controle.

Ressalta-se a ênfase que estudos têm dado à necessidade de estimar e monitorar as mortes de crianças menores de um ano, pois a maioria delas é evitável e considerada evento sentinela para avaliar a qualidade da assistência (RUTSTEIN, 1976; JOBIM; AERTS, 2008; MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008; ARAÚJO, 2012). Ainda neste contexto, óbitos infantis evitáveis são classificados como aqueles que não deveriam ter ocorrido, considerando a ciência e a tecnologia na atualidade (SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012). A utilidade desse tipo de estudo remete necessariamente a uma discussão sobre a existência de medidas capazes de evitar mortes prematuras, tais como a disponibilidade de conhecimentos médicos, de recursos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos e de sua oportunidade de execução.

A situação do Brasil preocupa, ainda mais, quando se observa que, em média, 60% dos óbitos dos nascidos vivos com peso maior do que 1.500 gramas são evitáveis por ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2009a; GORGOT *et al.*, 2011). O óbito infantil evitável pode ser compreendido, circunstancialmente, como um “evento sentinela” da qualidade do sistema de saúde constituindo-se em um dos métodos para vigilância à saúde (MANSANO *et al.*, 2004; MALTA *et al.*, 2010).

A investigação das mortes infantis vem sendo recomendada de forma crescente em vários documentos legais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2004 (BRASIL, 2009a; VENÂNCIO, 2010). É de conhecimento que serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade devem ser capazes de reconhecer as mortes infantis evitáveis e implementar medidas para reduzi-las. Sendo assim, é essencial e prioritário realizar investigações que possam dimensionar os principais determinantes relacionados à ocorrência de óbitos infantis e a verdadeira condição de funcionalidade do sistema de atenção à saúde materna e infantil, para que possam subsidiar a organização e o planejamento das políticas públicas voltadas para a redução desses óbitos (ALMEIDA; BARROS, 2004).

Diante deste contexto, em meados da década de 90, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) com ações e metas definidas para cada estado, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, considerando principalmente as iniquidades regionais do País (BRASIL, 2009a; ARAÚJO, 2012). Ressalta-se que na maioria dos municípios pertencentes à Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha os comitês foram instituídos após o ano de 2005, posterior à sua regulamentação.

Dentre as funções do comitê estão a investigação os óbitos, avaliação das circunstâncias de sua ocorrência e definições de diretrizes para intervenções (BRASIL, 2009a; MARTINS *et al.*, 2013). Essas funções são relevantes para identificar os problemas relacionados ao óbito e contribuir para a elaboração de medidas preventivas, visando a redução das mortes potencialmente evitáveis (BHUTTA *et al.*, 2005; LANSKY, 2006). Dessa maneira, conhecer as estatísticas de mortalidade e a distribuição das causas de morte é de grande importância e imprescindível para a compreensão da situação de saúde, suas consequências, para o planejamento e avaliação de ações e serviços de saúde, bem como para orientar decisões visando à melhoria da saúde da população (HARAKI, 2005; COSTA, FRIAS, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2013).

Deparamo-nos com municípios que necessitam de ações conjuntas para auxiliá-los a adesão à investigação do óbito infantil e fetal, já que não a realizam ou a fazem de forma inadequada. Destaca-se a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, composta por 33 municípios. Esta região apresenta baixa taxa de investigação dos óbitos infantil e fetal (n = 221; 20,5%) de acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Além disso, os motivos para a não investigação ainda são desconhecidos.

A fim de conhecer os motivos do baixo percentual de investigação dos óbitos infantis e fetais é que se faz necessário este estudo. É importante uma análise destes municípios a fim de que possam ser identificados os entraves relacionados à investigação dos óbitos infantis e fetais na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais.

Objetivos



Analisar os fatores relacionados à investigação dos óbitos infantil e fetal ocorridos na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais no período de 2007 a 2012.

2.2. Objetivos Específicos

- Conhecer a atuação do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal sob a ótica dos Secretários de Municipais de Saúde e membros do Comitê/ equipe de investigação;
- Comparar os municípios em relação à ocorrência das investigações;

- Verificar a concordância das respostas dos Secretários Municipais de Saúde com as respostas do integrante do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal/ equipe de investigação referente às variáveis pesquisadas
- Descrever a completude do preenchimento da Ficha Síntese de Investigação dos óbitos investigados no período de 2007 a 2012

Revisão bibliográfica



Mortalidade infantil refere-se ao óbito de menores de um ano de idade e é considerada alta, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando ocorrem mais de quarenta óbitos de crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos. No mundo, mais de 26 mil crianças menores de cinco anos morrem diariamente. Os óbitos no primeiro ano de vida representam 70% desse quantitativo (UNICEF, 2008; 2011). Dados mostram ainda, que aproximadamente dois milhões de recém-nascidos morrem anualmente nas primeiras 24 horas de vida (BHUTTA *et al.*, 2010). Sendo assim, a diminuição da mortalidade infantil é alvo de diversas pactuações nacionais e internacionais (BARROS *et al.*, 2010). Tem sido frequentemente apontada internacionalmente como um resultado de medida de saúde pública e um indicador sensível da qualidade de vida de uma população determinada em sua dimensão mais ampla pelas condições sociais, econômicas, políticas, ambientais, de

assistência médica e cultural dos indivíduos e da comunidade a que pertencem (MANSANO *et al.*, 2004; SANTANA *et al.*, 2011; ARAÚJO, 2012; DALLOLIO *et al.*, 2012).

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde pública e pode ser considerado geral ou específico. O primeiro, quando expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre os grupos sociais e regiões. Já específico quando revela as condições de saúde do grupo materno-infantil (PRO-ADESS, 2003). Dessa forma, estatísticas de mortalidade constituem ferramenta de grande valor em administração sanitária, demográfica e epidemiológica, além de ser considerada um dos principais indicadores utilizados para avaliar o grau de desenvolvimento dos países (POLES, 2002; STUQUE, 2003; VENÂNCIO, 2010; DALLOLIO *et al.*, 2012).

Mesmo que tenha sido observada uma redução da mortalidade infantil nas últimas décadas em muitas regiões do mundo, esta redução vem se apresentando de forma heterogênea entre os países, principalmente naqueles em desenvolvimento (DARMSTADT *et al.*, 2005; ALVES *et al.*, 2008; DALLOLIO *et al.*, 2012; BARUFI *et al.*, 2012). No período de 1990 a 2006, as TMI caíram em quase 50% no Leste da Ásia e na região Pacífico-asiática, na Europa Central e Oriental, na Comunidade de Estados Independentes (antigas repúblicas soviéticas) e na América Latina e Caribe, enquanto que, no Continente Africano e no Sudeste Asiático, os altos valores de TMI permaneceram indicativos de condições de vida desfavoráveis (UNICEF, 2008; BLACK *et al.*, 2010; RUDAN *et al.*, 2010).

Informações dos óbitos de menores de um ano é indispensável por ser este um grupo populacional de maior vulnerabilidade aos agravos e às privações proporcionadas pelo meio onde vivem (ROMERO; CUNHA, 2006; ARAÚJO, 2012). Determinar as causas do óbito infantil é uma necessidade e compromisso ético. Por isso ressalta-se a importância de compreender melhor o papel das atividades de assistência à saúde no processo de determinação da mortalidade infantil (MANSANO *et al.*, 2004).

Uma estratégia adotada para alcançar as metas pactuadas para a redução da mortalidade infantil, como dito anteriormente, é a investigação de óbitos, realizada por meio dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal ou Equipes de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal. Estes são apontados mundialmente para melhor compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação dos fatores de risco e reorientação das políticas de saúde dirigidas à redução desta mortalidade (BRASIL, 2009a).

Diante deste contexto, torna-se imprescindível o conhecimento dos perfis de morbidade e mortalidade pela vigilância epidemiológica do óbito, pois a partir dessa é

possível identificar falhas na assistência, permitindo o confronto entre as atividades normatizadas e as efetivamente executadas, refletindo no processo de fragilização da criança (FRIAS *et al.*, 2002; MATHIAS; ASSUNCAO; SILVA, 2008; ARAÚJO, 2012). Ademais, permite o planejamento de estratégias que visam a redução da mortalidade infantil, além de conscientização da população sobre a importância dessa redução e dar apoio a programas de intervenção (POLES, 2002).

3.2. Situação Atual da Mortalidade Infantil e Fetal no País e na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha

O Brasil vem alcançando reduções significativas nas taxas de mortalidade infantil nas últimas décadas, entretanto, os patamares nacionais ainda são elevados e considerados eticamente inaceitáveis (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007), incompatíveis com o desenvolvimento do país, principalmente quando comparados aos de países com características semelhantes, permanecendo como uma preocupação em Saúde Pública (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; SIMÕES, 2002; COSTA *et al.*, 2003; SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007; BARRETO; CARMO, 2007; ALQUINO *et al.*, 2009; BARRETO, 2011; SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012).

As taxas de mortalidade infantil vêm diminuindo progressivamente em muitos países em desenvolvimento. A tendência de óbitos infantis no Brasil nas décadas de 1980 e 1990 foi de declínio nos primeiros dois anos, de estagnação nos dois anos seguintes e novamente de redução de 1984 a 1990. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que a mortalidade infantil no país tenha declinado de 70 por mil nascidos vivos em 1982 para 53 por mil em 1993, uma queda de 24% (UNICEF, 2008). No entanto, o Brasil foi classificado em 63º lugar entre 145 países em termos de MI uma situação bastante constrangedora (SANTOS *et al.*, 2010).

Esta situação ainda é mais grave quando se discrimina a população em diferentes categorias sociais, já que a mortalidade infantil apresenta magnitude variável inversamente proporcional ao grau de desenvolvimento de cada região (MATHIAS; ASSUNÇÃO, SILVA, 2008; ARAÚJO, 2012). Os enormes diferenciais entre ricos e pobres observados em nosso país têm uma repercussão direta nos coeficientes de mortalidade infantil (VICTORA;

BARROS; VAUGHAN, 1989). Segundo o UNICEF, crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer no primeiro ano de vida do que crianças ricas, e as nascidas de mães negras, indígenas têm a maior TMI (UNICEF, 2007).

Assim como a TMI, a taxa de mortalidade fetal tem diminuído de 13,6 óbitos fetais/1.000 nascimentos em 1996 para 11,4 óbitos fetais/1.000 nascimentos em 2006 (BRASIL, 2009a), mas o número de óbitos ainda é considerado elevado quando comparado a outros países, mesmo aqueles em desenvolvimento, como por exemplo, o Chile e a Argentina, que apresentaram uma taxa de 4 e 6 óbitos fetais/1.000 nascimentos, respectivamente (SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012; WHO, 2013). As regiões Nordeste e Norte do Brasil apresentam as maiores taxas de mortalidade fetal, enquanto a região Sul apresenta a menor, 9,2 óbitos fetais/1.000 nascimentos em 2006 (BRASIL, 2009a).

Diversos fatores têm contribuído para a mudança no perfil de mortalidade infantil como o aumento do acesso ao saneamento básico, a queda da taxa de fecundidade, a melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres. No âmbito da Atenção Primária à Saúde o maior acesso aos serviços de saúde e a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros também impactaram na redução de MI (VICTORA, *et al.*, 2000; VICTORA; BARROS, 2001; 2007; MACINKO, *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, AQUINO, BARRETO, 2009; FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009; BRASIL, 2009a; LANSKY *et al.*, 2009; BARRETO, 2011; SANTANA *et al.*, 2011; DALLOILIO *et al.*, 2012; BARUFI *et al.*, 2012).

No contexto do número elevado de óbitos infantis, merece atenção a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, situada na região do Vale do Jequitinhonha no Estado de Minas Gerais, onde além de ser uma das regiões mais pobres e de maior incidência de óbitos fetal e infantil, há escassez de recursos humanos qualificados, insuficiência de infraestrutura de serviços de saúde para atender às demandas regionais, deficiência na humanização do atendimento, dentre outros problemas sociais (KELLEN, 2014; SANTOS; PALES, 2012; GUERRERO, 2009; LANA *et al.*, 2007; BRASIL, 2005).

De acordo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) no quinquênio de 2006 a 2010 a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (anteriormente denominada macrorregião de Jequitinhonha) apresentou TMI média de 18,7 sendo esta superior às taxas apresentadas tanto para o Estado de Minas Gerais (17,6), Região

Sudeste (14,3) e até mesmo para o Brasil (17,7) no mesmo período. Ressalta-se que mesmo considerada pela OMS uma TMI baixa, justificada pelo reflexo dos esforços empreendidos para a sua queda, sua relevância se faz, por ser uma região em evidência já que apresenta a maior taxa quando comparada as outras supracitadas.

Mesmo com avanços importantes ao longo das últimas décadas, resultado de investimentos em saneamento básico e serviços de saúde, no que tange à MI, segundo estes dados coletados no DATASUS, ainda se observa muitos óbitos em crianças menores de um ano de idade em todo o Vale. As causas de óbitos mais diretamente relacionadas à assistência ao parto, tais como as afecções perinatais contribuíram com 62,2% de todos os óbitos infantis. As malformações e anomalias cromossômicas representaram 14,1% dos óbitos, as doenças nutricionais e metabólicas e do aparelho digestivo 6,4% e as doenças infecto-parasitárias e do aparelho respiratório 3,2% cada uma (BRASIL, 2013).

Neste contexto, o constante monitoramento dos dados epidemiológicos, socioeconômicos, demográficos e de saúde permite que medidas de prevenção e controle da morbidade e mortalidade infantil sejam aprimoradas e novas ações possam ser desencadeadas (SANTANA *et al.*, 2011). Faz-se necessário, portanto, a avaliação de serviços e de políticas de saúde voltadas para melhoria da assistência ao parto e nascimento nesta região.

Sendo assim, a implementação de políticas públicas com vistas à melhoria da qualidade de vida das crianças com menos de um ano de idade e uma consequente redução da taxa de mortalidade deste grupo etário é de extrema importância. A redução da mortalidade infantil nesta região certamente impactará os níveis de desenvolvimento humano e a qualidade de vida. Dessa forma, ações dos serviços de saúde que possam contribuir para a prevenção de óbitos evitáveis, como as intervenções relacionadas à vigilância dos óbitos infantis devem ser ressaltadas, visto que a análise desses óbitos permite caracterizar a qualidade da assistência prestada à população e identificar pontos de estrangulamento que requerem ações voltadas à organização do trabalho para a melhoria do cuidado.

3.3. O Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Vigilância epidemiológica do óbito infantil e fetal

Para o combate da morbimortalidade e a melhoria das condições de vida é de fundamental importância o conhecimento dos eventos vitais de uma população para o planejamento e execução hábeis de ações de saúde, fornecendo subsídios principalmente à gestão municipal, para o planejamento de suas atividades relativas às crianças menores de um ano (BARRETO *et al.*, 2000; POLES, 2002). Tais informações oferecem suporte para a gestão, seja no planejamento, organização ou na avaliação dos vários níveis de assistência.

As iniciativas de investigação de óbitos ocorreram no início do século XX com a organização dos Comitês de Mortalidade Materna nos Estados Unidos (BRASIL, 2009a). Em meados da década de 90, o MS instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil com ações e metas definidas para cada estado. Este projeto contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, tendo sido uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para monitorar e diminuir a mortalidade infantil, aprimorar as informações sobre a mortalidade e possibilitar melhora na organização da assistência em saúde para a redução das mortes preveníveis. Contudo, os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, foram regulamentados apenas em 2004 pela portaria nº 1.258, mesmo ano em que surgiu o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com a segunda edição em 2009 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009a; CARNEIRO, 2012; CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013).

Outro fato importante foi o estabelecimento de legislação complementar pelas Portarias Nº 1.119 de 05 de junho de 2008 e Nº 72 de 11 de janeiro de 2010. Estas portarias são específicas para a vigilância de cada um desses tipos de morte (infantil e fetal) e dão o embasamento legal para a realização de investigação de óbitos com a finalidade de vigilância (MELLO-JORGE *et al.*, 2010) e pela equipe de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal podendo ou não ter como membros da equipe de investigação, participantes do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009a).

Pesquisa realizada em 2007 pelo MS, em parceria com Centros Colaboradores de Saúde da Criança e Centros Universitários, mostrou que cerca de 50% dos municípios com população de 80.000 habitantes ou mais, já possuíam Comitês, com uma maior proporção nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2009a). Estes resultados reforçam o que legislação determina que é a investigação de todos os óbitos de menores de um ano, podendo ser excluídos os casos decorrentes de anomalias congênitas, provavelmente em razão da maior dificuldade encontrada para a sua prevenção. Assim, o comitê deve mobilizar parceiros e atuar em

conjunto com outros setores públicos, visando o seu principal objetivo que é a redução da mortalidade infantil na sua região de abrangência.

Para tal é necessário estabelecer a vigilância dos óbitos infantis ocorridos nos municípios a partir da estratégia “evento sentinela”, avaliando e corrigindo, quando necessário, a causa básica desses óbitos. É importante, ainda, identificar os pontos de estrangulamento que requerem alterações no processo e na organização do trabalho a fim de propor intervenções através de medidas educativas e informativas visando a prevenção, promoção e reorganização da assistência à saúde (MATHIAS, *et al.*, 2009; MELLO-JORGE, 2010; ROGRIGUES *et al.*, 2013).

A implantação dos comitês é recomendada por organismos nacionais e internacionais, contribui para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis sobre mortalidade materna e infantil. Com base nesses dados, estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher, à criança, no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e puerpério (BRASIL, 2009a). Contudo, de acordo com o relatório da Superintendência Regional de Saúde Jequitinhonha, ainda são encontrados municípios em sua área de abrangência que não possuem Comitês de investigação ou que não são atuantes.

De acordo com os manuais dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde e dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009a), os comitês podem ser em nível nacional, estadual, regional ou municipal, fundamentalmente interinstitucionais e multiprofissionais. Devem ter uma atuação técnico-científica sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas. É fundamental que sejam constituídos por representantes das diversas instituições relacionadas com o atendimento à mulher, à criança e com os registros de eventos vitais, as quais são de fundamental importância na análise dos óbitos, na definição e implementação de medidas (ARAUJO, 2010; CARNEIRO, 2012). De acordo com Leite *et al.*, (1997), a ocorrência do óbito parte da existência de uma falha na atenção em saúde, fazendo-se necessário a identificação dos fatos contribuintes para esse resultado negativo. Deste modo, as ações dos comitês podem ter impacto direto nas mortes evitáveis.

A análise dos óbitos se dá por meio dos documentos da mãe e da criança, como prontuários hospitalares, de atendimento ambulatorial, entrevista domiciliar, Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e Declaração de Óbito (DO) e pode contribuir para melhorar a qualidade dos sistemas de informações sobre as estatísticas vitais. Assim, é possível

determinar a redutibilidade, a responsabilidade do óbito e as medidas de prevenção, além de estabelecer um itinerário do nascimento da criança até as complicações que levaram ao óbito além de apontar a qualidade das informações cedidas pelas instituições responsáveis (SOARES; MARTINS, 2006; MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008; MATHIAS, *et al.*, 2009; ARAÚJO, 2012). É necessário, portanto, o apoio técnico e operacional para as equipes de investigação pela Secretaria do Estado de Saúde e Ministério da Saúde, bem como pelos gestores municipais para qualificar o trabalho desenvolvido pelas equipes de vigilância epidemiológica e/ou comitês, pois a agilidade na informação e o início oportuno da investigação são fatores fundamentais para o sucesso da ação.

Como parte do processo de investigação do óbito, os resultados das análises pelas equipes de vigilância epidemiológica e/ou comitês devem ser inseridos no Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil (SIMI) implantado pela portaria nº 1399 do MS (BRASIL, 2009a), por meio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações. Essa última é um formulário padrão com a síntese da investigação do óbito infantil e fetal a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do Sistema de Investigação sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009b). Tem como objetivo captar dados sociais, demográficos e epidemiológicos dos óbitos, possibilitando o monitoramento, e um maior detalhamento da mortalidade e seus determinantes, além de auxiliar na tabulação dos dados subsidiando as ações localizadas nos municípios e nas regionais de saúde (BRASIL 2009a; MATHIAS, *et al.*, 2009; MELLO-JORGE *et al.*, 2009; FRIAS, 2011).

Entretanto, alguns estudos têm demonstrado fragilidades no SIM, o que limita sua utilização para o cálculo de indicadores confiáveis. Os problemas citados com maior frequência se referem à baixa cobertura (PAES, 2005; COSTA; FRIAS, 2011; CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013) com destaque para o subregistro em menores de um ano (FRIAS *et al.*, 2005; COSTA; FRIAS, 2011) falhas na declaração da causa básica e o elevado percentual de causas mal definidas (VANDERLEI *et al.*, 2002a; PAES, 2005; COSTA; FRIAS, 2011); erros de preenchimento da declaração de nascidos vivos e na declaração de óbito, além da elevada incompletude das variáveis (VANDERLEI *et al.*, 2002a; VANDERLEI *et al.*, 2002b; ROMERO; CUNHA, 2006; MATHIAS; ASSUNÇÃO; SILVA, 2008; ARAÚJO, 2012; COSTA; FRIAS, 2011; SANTANA *et al.*, 2011; CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013). Contudo, esses problemas não são homogêneos no território nacional e devem ser investigados (COSTA, FRIAS, 2011).

Apesar de se saber que a TMI é um dos principais indicadores das condições de vida da população infantil e das condições de saúde da população em geral, a proporção de óbitos infantis e fetais investigados na região é muito baixa. O enfrentamento dos vários fatores condicionantes e determinantes desta mortalidade continua sendo um grande desafio para os governantes. Dessa forma, é necessário um esforço dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) para que a investigação dos óbitos seja efetivamente implementada, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal.

Sendo assim, é preciso um grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares aceitáveis de TMI. A relevância do tema faz com que a redução da mortalidade infantil na região seja revista a fim de minimizar a redução das desigualdades regionais no país. A mobilização não só do governo, mas de toda a sociedade e de cada cidadão é importante para consolidar essa redução, num movimento em defesa da vida.

Acredita-se, portanto, que esse estudo possa gerar informações capazes de contribuir para uma melhor investigação da assistência no processo de determinação da saúde e da morbimortalidade infantil. Portanto, é essencial e prioritário realizar investigações que possam dimensionar os principais determinantes relacionados com os óbitos infantis, acesso, adequação e qualidade dos serviços e a verdadeira condição de funcionalidade do sistema de atenção à saúde materno-infantil, para que possam subsidiar intervenções voltadas para o adequado funcionamento, efetividade e resolutividade dos serviços de saúde e à redução da mortalidade infantil (FORMIGLI *et al.*, 1996).

Torna-se, portanto, fundamental a associação de ações coletivas que possibilitem identificar os problemas de saúde na abrangência de determinada área populacional. Somente assim será factível buscar respostas reais e concretas para alterar positivamente o quadro de saúde do grupo populacional para o qual se direcionam as ações praticadas no sistema.

3.4. Evitabilidade do Óbito

A taxa de mortalidade infantil no Brasil vem apresentando declínio em todas as regiões brasileiras, especialmente, nas regiões menos desenvolvidas. Os principais responsáveis por esta queda foram às melhorias socioeconômicas, fatores biológicos e de acesso aos serviços de saúde (FRANÇA; LANSKY, 2008; BARROS *et al.*, 2010; VICTORIA

et al., 2011; BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013; SANTOS *et al.*, 2014; MENEZES *et al.*, 2014). No entanto, apesar desse progresso, atualmente mais da metade das mortes infantis ocorridas no País é considerada evitável (MALTA *et al.*, 2010).

Morte evitável é considerada como aquela que poderia ter sido evitada, por ser possível a prevenção e/ou tratamento do evento ou da condição que o determina, principalmente em conjunto com a presença de serviços de saúde efetivos (RUTSTEIN *et al.*, 1980; SOARES *et al.*, 1996; MALTA *et al.*, 2010; FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013). Ou seja, a evitabilidade do óbito está diretamente relacionada à qualidade e diversidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, sendo medida de resultado ou impacto dos serviços de saúde (MALTA; DUARTE, 2007).

Dessa forma, o conceito de morte evitável parece apropriado para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, uma vez que a mensuração de indicadores de causas de morte evitáveis beneficia-se da objetividade, da oportunidade, da facilidade e da disponibilidade continuada de dados, permitindo, por exemplo, análises de tendências temporais e comparações entre regiões e municípios (MALTA; DUARTE, 2007).

Diante disso, atualmente existe uma extensa e crescente produção científica sobre evitabilidade de causas de morte no mundo e no Brasil, incluindo artigos de revisão e avaliações empíricas (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2007; MALTA *et al.*, 2007). Esta atenção especial a respeito da evitabilidade dos óbitos infantis tem ganhado atenção por potencializar o reconhecimento tanto de ações como de lacunas ainda existentes no processo de trabalho e na organização dos serviços de saúde voltados à atenção de mulheres e crianças (MALTA *et al.*, 2007).

O monitoramento feito pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, como proposto pelo Ministério da Saúde, é fundamental para avaliação da evitabilidade dos óbitos infantis, indicador importante de efetividade dos serviços de assistência à saúde. A investigação do óbito em estudos que trabalham com dados previamente registrados na declaração de óbito, elucida as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis e fetais, identificando os fatores de risco associados, para propor medidas de melhoria da qualidade dos registros de mortalidade e da assistência à saúde, visando à redução das mortes preveníveis (MENEZES *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2013; BRASIL, 2009a)

Os resultados de alguns estudos ao identificar os pontos críticos para intervenção apontam para a necessidade de avaliação na área materno-infantil e para melhoria da

assistência prestada à gestante e ao recém-nascido durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e durante o período de internação (MENEZES *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2010; KILSZTAJN *et al.*, 2000). Em países em desenvolvimento como o Brasil, as mortes evitáveis muitas vezes estão relacionadas ao acesso oportuno aos serviços de saúde e as características socioeconômicas (MENEZES *et al.*, 2014; VICTORA *et al.*, 2011 MALTA *et al.*, 2010; GASTAUD *et al.*, 2008).

Sendo assim, a mobilização de profissionais e serviços de saúde para a investigação da mortalidade em crianças constitui iniciativa importante, para a redução deste fato e possíveis intervenções mais eficazes, pois pode identificar a relação do óbito com os fatores de risco e com os diversos aspectos da assistência à saúde e os pontos de estrangulamento assistenciais, além de revelar problemas no acesso, que contribuem para o processo de fragilização do atendimento a criança (MALTA *et al.*, 2007; ROCHA *et al.*, 2011; BRANDÃO; GODEIRO; MONTEIRO, 2012).

Contudo, por ser de fundamental importância identificar os principais grupos de causas de morte e seu potencial de redução e evitabilidade vários sistemas de classificação têm sido propostos, discutidos e aplicados com o objetivo de esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores para a ocorrência dessas mortes e avaliar a efetividade dos serviços (MALTA *et al.*, 2007; BRASIL, 2009; MALTA *et al.*, 2010). As classificações recomendadas para a análise de evitabilidade do óbito infantil e fetal são: Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde e a Classificação de Wigglesworth modificada e Classificação de Wigglesworth Expandida (BRASIL, 2009). Essas classificações fundamentam-se nos seguintes pré-requisitos: facilidade para uso, definições uniformes, bom nível de concordância entre os usuários, basear-se em evidências clínicas e resultados de autópsia, explicar a causa básica de morte, ser aplicável aos óbitos fetais e neonatais e resultar em alto percentual de casos classificados (GALAN-ROOSEN *et al.*, 2002)

A Seade classifica os óbitos infantis de acordo com a causa básica do óbito pela CID-10, nas categorias evitáveis, não evitáveis e mal definidas. Os óbitos evitáveis podem reduzir-se por ações de imunoprevenção; adequado controle na gravidez; adequada atenção ao parto; prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e por parcerias com outros setores (ORTIZ, 2001).

Para a classificação de Wigglesworth, inicialmente procede-se a análise da mortalidade por faixas de peso ao nascer o que possibilita a comparação entre locais, desde hospitais, até populações com diferentes distribuições de peso ao nascer. A seguir é aplicada uma classificação em subgrupos de causas de maior importância para o óbito perinatal, com claras implicações para a avaliação do manejo da assistência à gestante e ao recém-nascido. Esta classificação tem sido recomendada por diversos autores, pois reúne características importantes para um método eficaz, como simplicidade e confiabilidade provendo informação importante de áreas alvo para a prevenção (LANSKY *et al.*, 2002). As informações dessa classificação permitem relacionar o tipo de óbito com a assistência prestada. O primeiro passo nessa classificação é analisar as causas de morte perinatal conforme o peso ao nascer e, depois, classificar as causas dos óbitos em um dos cinco subgrupos patológicos. Recentemente a Classificação de Wigglesworth foi revista e proposta como Classificação de Wigglesworth Expandida. Foram incorporadas quatro novas categorias, infecção, causa externa, morte súbita e não classificada (CEMACH, 2005)

Já a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade, foi publicada recentemente (MALTA; DUARTE, 2007). Esta não incorpora os óbitos fetais, os quais requerem uma abordagem e discussão mais aprofundadas, visto que há elevada subnotificação e baixa qualidade dos dados nos sistemas de informação de mortalidade do país. Contudo, essa Lista classifica os óbitos infantis em causas evitáveis, mal definidas e demais causas, não claramente evitáveis. Os óbitos evitáveis podem ser reduzíveis por ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, ações adequadas de diagnóstico e tratamento e ações adequadas de promoção e atenção à saúde (MARTINS, 2013)

A produção dos dados e a sistematização da informação devem ser realizadas de forma cotidiana e institucionalizada pelas áreas técnicas das secretarias de saúde e gestores dos serviços de saúde (da atenção básica, urgências e hospitais). A equipe de vigilância deve monitorar e acompanhar sistematicamente os indicadores da assistência obstétrica, neonatal e de saúde da criança, tanto indicadores do processo assistencial quanto de resultados da atenção. A identificação e quantificação dessas causas são importantes para o direcionamento das ações de saúde, uma vez que a decisão em relação ao investimento em recursos humanos e tecnológicos depende do entendimento do mecanismo que leva à morte.

Devido à relevância social que o assunto traz e a necessidade constante de dar visibilidade ao problema é que se propõe com este estudo analisar os fatores relacionados à investigação dos óbitos fetal e infantil ocorridos na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais no período de 2007 a 2012.

Casuística e Métodos



Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal.

4.2. Local

O estudo foi desenvolvido na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, composta por 33 municípios: Alvorada de Minas, Araçuaí, Aricanduva, Berilo, Capelinha, Carbonita,

Chapada do Norte, Coluna, Congonhas do Norte, Coronel Murta, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Francisco Badaró, Gouveia, Itamarandiba, Jenipapo de Minas, José Gonçalo de Minas, Leme do Prado, Materlândia, Minas Novas, Presidente Kubitschek, Rio Vermelho, Sabinópolis, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Serra Azul de Minas, Serro, Turmalina, Veredinha e Virgem da Lapa (FIGURA 1). Estes são municípios de pequeno porte, com população que varia de 3.661 a 47.803 mil habitantes. Ressalta-se que os nomes dos municípios foram substituídos por nomes de pedras preciosas a fim de garantir anonimato e manter o sigilo ético.

O polo de referência em saúde é o município de Diamantina, que está localizado na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, com área territorial de 3.880 Km² e uma população estimada de 45.880 habitantes, sendo 40.054 na área urbana e 5.816 na área rural (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal é de 0,770 e o da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha é de 0,707 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD, 2000), ambos considerados de médio desenvolvimento (IDH entre 0,5 e 0,8).

A população é atendida pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em dois hospitais: a Santa Casa de Caridade de Diamantina de caráter filantrópico, que possui 90 leitos, o Pronto Atendimento e o Serviço de Hemodiálise, e o Hospital Nossa Senhora da Saúde, com 79 leitos.

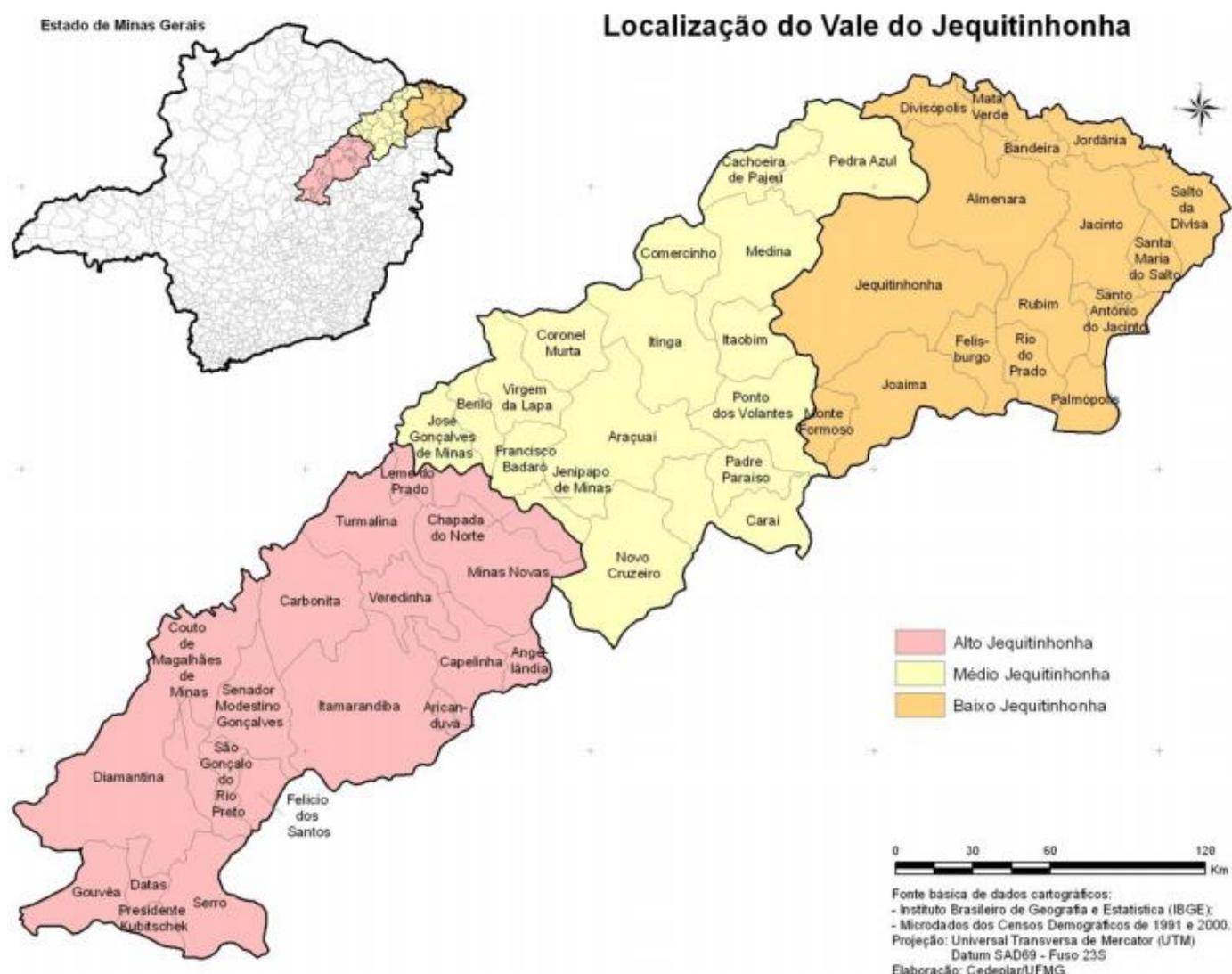


FIGURA 1 – Municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014
Fonte: CEDEPLAR UFMG

4.3. População do estudo

A população foi composta por um membro do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal municipal e pelo Secretário de Saúde de cada um dos 33 municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, totalizando 66 participantes. Ressalta-se que, nos casos em que não havia comitê atuante no município, foi entrevistado um dos indivíduos responsáveis pela investigação dos óbitos indicado pelo Secretário Municipal de Saúde e/ou Coordenador da Atenção Primária a Saúde.

De acordo com o Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009a) para a composição básica deste Comitê sugere-se, entre outros, os representantes das seguintes instituições:

- ❖ Comitês Estadual/Regional/Municipal
- Representantes da Secretaria de Saúde
 - Área de Saúde da Criança e do Adolescente
 - Área de Saúde da Mulher
 - Atenção Básica/Saúde da Família
 - Atenção Especializada
 - Vigilância em Saúde
 - Controle e Avaliação / Regulação Assistencial
- UNICEF
- Conselho Estadual de Saúde
- Conselhos Regionais de Entidades Profissionais
- Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Saúde Pública
- Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente
- Ministério Público
- Sociedades científicas: obstetrícia, pediatria, enfermagem, outras
- Entidades da sociedade civil organizada
- Representantes dos hospitais locais (públicos e privados)

Contudo, apesar da composição básica dos Comitês sugerida pelo Ministério da Saúde, nos municípios estudados, a composição dos comitês quando existentes, independente de sua atuação ou equipes de investigação é majoritariamente formada por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, dentre outros profissionais, conforme Tabela 1 e Quadro 1.

Ressalta-se que de acordo com os dados do SIM – WEB, na região escolhida para a pesquisa, o número de óbitos fetal (n=477) infantil (598) é alto, assim como a não investigação que é de 389 e 463 respectivamente. Para a apresentação dos resultados, os nomes dos municípios foram mantidos em sigilo e substituídos por nome de pedras preciosas.

TABELA 1
Composição dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Variáveis	Sim	
	N	(%)
Enfermagem	33	100,0
Membro do Hospital	8	24,2
Membro do Setor de Epidemiologia	7	21,2
Serviço Social	5	15,2
Secretário de Saúde	5	15,2
Membro da APS*	4	12,1
Médico da ESF [®]	3	9,1
Vigilância em Saúde	3	9,1
Pastoral da Criança	2	6,0
Conselho Tutelar	2	6,0
Centro Viva Vida	1	3,0
Membro do CRAS ^Ω	1	3,0
Odontologia	1	3,0
Psicologia	1	3,0
Nutrição	1	3,0
Fisioterapia	1	3,0
Medicina Veterinária	1	3,0

Nota: * APS: Atenção Primária à Saúde; ^Ω CRAS: Centro de Referência de Assistência Social; [®] ESF: Estratégia Saúde da Família.

Investigação dos Óbitos Infantil e Fetal da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais

Composição dos Comitês de Prevenção do óbito Infantil e Fetal																		
Município	Enfermeiro	Rep. do Hospital	Rep. da epidemiologia	Assistente Social	Secretário de Saúde	Rep. da APS	Médico da APS	Rep. da Vigilância em Saúde	Rep. da pastoral da criança	Rep. do conselho tutelar	Rep. do Centro Viva a Vida	Rep. do CRAS	Odontólogo	Psicólogo	Nutricionista	Fisioterapeuta	Veterinário	TOTAL
Ágata	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Âmbar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Barita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bronzita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cristal	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
Coral	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Dolamita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Esmeralda	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Granada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hematita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Iolita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Jade	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Jaspe	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7
Kunzita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Leopardita	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Madrepérola	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	10
Morganita	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Nefrita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ônix	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Olho de Tigre	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Pedra da Lua	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Pérola	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Quartzo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Quiastolita	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Rubi	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Safira	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Selenita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sodalita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Topazio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Turquesa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Unaquita	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Zebra Stone	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Zircão	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	33	8	7	5	5	4	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	79

QUADRO 1 – Composição das equipes de investigação do Óbito Infantil e Fetal por Município da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014.

4.4. Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionário pela aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, previamente treinada. Os dados foram transferidos de forma imediata para um banco de conferência, o que permitiu uma avaliação preliminar dos dados e identificação de erros ou informações em branco, possibilitando o retorno imediato para correção ou verificação das incoerências.

Os entrevistados foram os Secretários de Saúde (APÊNDICE A e D) e membros do Comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal ou indivíduos responsáveis pela investigação dos óbitos (APÊNDICE B e C). Foram coletadas também informações sobre a completude das variáveis contidas nas fichas de investigação dos óbitos menores de um ano registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade nos 33 municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha.

As fichas 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 conclusões. A estrutura desses instrumentos é organizada por blocos específicos que englobam um conjunto de variáveis inter-relacionadas (APÊNDICE G).

4.4.1. Questionário Sociodemográfico e acadêmico

Inclui sexo, estado civil, data e local de nascimento, escolaridade, formação acadêmica, ano de término da graduação, instituição onde graduou, especialização, ano de especialização, instituição de especialização (APÊNDICE B) e, para o secretário de saúde, acrescentou-se pergunta sobre o tempo de serviço na secretaria (APÊNDICE A).

4.4.2. Questionário sobre a investigação dos óbitos infantil e fetal

Foi aplicado aos membros dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal ou equipes de investigação dos óbitos e Secretários Municipais de Saúde (APÊNDICE C, D) e teve como objetivo, obter informações sobre a investigação de óbito infantil e fetal na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. Inclui questões sobre operacionalização do comitê ou

equipe na investigação e possíveis entraves enfrentados que possam prejudicar e/ou impedir que a investigação aconteça.

Foi elaborado com base na literatura (BRASIL, 2009a; ARAÚJO, 2012) e com o auxílio de pesquisadores e profissionais da área. Após, o instrumento foi avaliado por cinco *experts* sendo eles, da Referência Técnica do Comitê de Prevenção de Óbitos Materno, Fetal e Infantil, BH Vida e da Comissão Perinatal, da Universidade Federal de Minas Gerais e da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (APÊNDICE H), quanto à clareza, objetividade e pertinência dos itens de avaliação na sua área de especialidade e representatividade/relevância em relação ao domínio de interesse (APÊNDICE E e F). As sugestões foram aceitas, respeitando o limite de índice mínimo de concordância de 80% para cada item.

4.4.3. Ficha Síntese da Investigação – Módulo de investigação do óbito infantil e fetal.

A ficha síntese de investigação é uma ferramenta de extrema importância utilizada para padronizar o processo de vigilância ao óbito infantil e fetal. Inclui informações referentes a identificação do caso investigado, entrevista domiciliar, ambulatorial e hospitalar, dados da assistência pré-natal, parto e nascimento, ao acompanhamento da criança na unidade básica de saúde, centro especializados e urgências. Consta também a análise de evitabilidade e identificação de problemas e as intervenções necessárias.

Para avaliar a completitude do preenchimento da ficha síntese de investigação dos óbitos investigados no período de 2007 a 2012 foi acessado o Sistema Oficial de Informação Sobre Mortalidade (SIM) no Brasil, junto a funcionários da Superintendência Regional de Saúde.

As questões incluídas no questionário (APÊNDICE G) foram elaboradas tendo como referência o módulo de investigação de óbito infantil que se encontra disponível online no site:

http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Orientacoes/Instrutivo_do_modulo_de_investigacao_de_obito_infantil_v.2.pdf.

A partir dos dados retirados do programa SIM, foi construída uma base de dados no programa Excel (pacote Office 2010), em que cada ficha (conforme Apêndice G) que inclui questões sobre a investigação foi digitada integralmente com a supervisão e auxílio de um profissional treinado da Secretaria Regional de Saúde.

4.4. Análise dos dados

Após a coleta foi realizada digitação dupla dos dados e posterior pareamento dos mesmos no programa Excel (pacote Office 2010) para identificação de erros, inconsistências e dados em branco. Após as correções, os dados foram transportados para o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 21.0 para avaliação dos métodos quantitativos. Foi feita uma análise descritiva, por distribuição de frequências absolutas com intuito de descrever o perfil dos municípios estudados.

Para os municípios com características semelhantes no que se refere às respostas dos participantes, foi utilizada uma Análise Hierárquica de Agrupamento via método de Ward (Ward 1963), utilizando como medida de similaridade o coeficiente de Jaccard. A análise de agrupamento é utilizada todas as vezes que se estiver interessado em agrupar sujeitos com determinadas características ou juntar características considerando os sujeitos, diante de um conjunto de variáveis que se quer agrupá-los mediante características semelhantes, ou seja, dentro dos grupos as variáveis devem ficar de forma mais homogênea possível e fora deles a mais heterogênea possível (WARD, 1963; JACARD, 1912).

O método de Ward busca formar grupos de maneira a atingir sempre o menor erro interno entre os vetores que compõem cada grupo e o vetor médio do grupo, ou seja, o método busca o desvio padrão mínimo entre os dados de cada grupo. O Coeficiente de Similaridade de Jacard foi escolhido, pois a matriz original é binária, uma vez que todas as variáveis foram categorizadas. Para comparar os grupos formados na análise de agrupamento referente a proporção de óbitos investigados foi utilizado a regressão logística binomial com nível de significância de 5%. Para as análises supracitadas foi utilizado o software R versão 3.0.1. disponível no site <http://www.r-project.org/>

Foi feita, também, análise de concordância através do índice de *Kappa* (k) para todas as perguntas em comum aos dois questionários (Secretários de Saúde e Membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal ou indivíduo responsável pela investigação). Este índice pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) entre as respostas para as variáveis em questão. Os critérios de concordância utilizados estão de acordo com Jekel et al (2002), tendo

como nível de significância o valor de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%. Para a realização desta análise foi utilizado o software R versão 3.0.1.

As variáveis utilizadas para a análise de concordância entre as respostas dos entrevistados foram aquelas referentes a ambos os grupos, tais como existência do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no município; conhecimento sobre o número de óbitos ocorridos no período de 2007 a 2012 no município; conhecimento sobre o número de óbitos investigados no período de 2007 a 2012 no município; profissional responsável pela investigação; se de fato os óbitos pertencem a este município; conhecimento sobre os motivos da não investigação no mesmo período; conhecimento sobre os entraves que dificultem ou impeçam a investigação dos óbitos pelo comitê ou equipe de investigação; se há incentivo ofertado pela prefeitura para auxiliar o comitê de investigação e se a gestão poderia favorecer a investigação de óbitos.

Por fim para analisar os dados referentes à completude do preenchimento das investigações realizadas no período de estudo a partir das informações contidas no Sistema de Informação Sobre Mortalidade, foi construído um banco de dados no programa SPSS versão 21.0 com todas as variáveis que compõem a Ficha Síntese da Investigação (APÊNDICE G) no SIM. Para uma melhor compreensão, as variáveis foram classificadas conforme quadro a seguir:

CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEIS
Pré-natal	Momento do óbito em relação ao parto; Estabelecimento de saúde onde fez o pré-natal; Idade gestacional quando realizou a primeira consulta.
Parto	Data de nascimento; Local do parto; Utilização do partograma; Utilização do teste rápido para sífilis.
Criança	Data do óbito; Idade no momento do óbito; Acompanhamento da criança na atenção básica; Vacinação em dia.
Investigação	Fonte de informações da investigação; Alteração ou correção da causa do óbito pela investigação; Causa da morte; Alteração ou correção de outro campo da D.O pela

investigação além das causas do óbito;
 A investigação alterou o corrigiu o campo da DNV;
 Foram identificados problemas após a investigação;
 Este óbito poderia ter sido evitado;
 Classificação de evitabilidade e data da conclusão do caso

QUADRO 2 – Classificação das variáveis contidas na ficha síntese de investigação do Sistema sobre Mortalidade, 2014.

O objetivo da avaliação da completude no preenchimento das variáveis em questão está em subsidiar análises mais fidedignas da investigação realizada, e, conseqüentemente está em estimular o correto preenchimento desta, melhorando as informações do Sistema de Informação Sobre Mortalidade.

Neste sentido, cada variável foi tabulada, tendo-se calculado o percentual de incompletude (preenchimento em branco/ignorado) por município de residência, de acordo com o sistema de escores proposto por Romero e Cunha (2006). Tais autores adotaram como ponto de referência para avaliar a completude os seguintes graus de avaliação: excelente – quando a variável possuía menos de 4,9% de preenchimento incompleto/branco, bom (5% a 9,9%), regular (10% a 19,9%), ruim (20% a 49,9%) e muito ruim (50% ou mais).

4.5.Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa está de acordo com os princípios éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com o parecer 555.059. Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo, a garantia de anonimato das informações obtidas, bem como o uso dos dados para fins exclusivos de pesquisa. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I e J) na ocasião da coleta dos dados. Além disso, através de cartas, foi solicitada a cada Secretaria de Municipal de Saúde, permissão para a realização do estudo (ANEXO A).

Resultados



5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Descrição dos sujeitos do estudo

Participaram do estudo 33 Secretários Municipais de Saúde e 33 membros do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e/ou indivíduo responsável pela investigação. Deste último, a maioria era do sexo feminino, com idade média de 32,48 anos (DP = \pm 7,47), solteiras, graduadas em enfermagem (n=30), especialistas em Saúde da Família/Saúde Coletiva e realizavam as investigações há mais de um ano. Já os secretários, a maioria era do sexo masculino, com a idade média um pouco mais elevada quando comparados aos membros do comitê (36,85 anos; DP = \pm 11,84) e casados. Treze dos Secretários de saúde possuíam apenas o segundo grau completo e daqueles com curso superior completo (n = 16), 8 eram graduados em enfermagem e 12 não tinham curso de especialização (TAB. 2).

TABELA 2

Distribuição da população do estudo de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e tempo de participação na investigação. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).

Variáveis	SMS	Comitê / Equipe
	N	N
Sexo		
Masculino	19	8
Feminino	14	25
Faixa etária (anos)		
≤ 29	9	18
≥ 30	24	15
Estado Civil^d		
Solteiro	14	22
Casado	15	9
Escolaridade		
Segundo Grau	13	3
Superior Completo	16	30
Especialização – Sim	8	24
Tipo Especialização		
Saúde Coletiva/Saúde da Família	3	16
Outros ^e	5	8
Tempo de participação na investigação		
≤ 12 meses	-	12
>12 meses	-	21

Nota: ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; ^e Outras opções com apenas um respondente não foram inseridas na tabela.

5.2. Operacionalização do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal e a investigação dos óbitos infantis e fetais.

De acordo com os secretários de saúde, dos 33 municípios, 16 possuem Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal formalizado, mas em apenas 8 municípios eram atuantes. Já para os membros do comitê e/ou indivíduos responsáveis pela investigação, a existência do comitê e sua atuação se mostraram diferente, sendo que dos 19 existentes, apenas 5 eram atuantes. Nos casos em que não havia comitê ou que não eram atuantes, as atividades de investigação e análise do óbito infantil e fetal eram realizadas por um enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) (n=25) não pertencente ao comitê. Os principais motivos citados pelos entrevistados para a não existência ou não atuação dos comitês está a falta de cobrança pela gestão estadual e regional (TAB.3).

TABELA 3

Conhecimento dos secretários municipais de Saúde e indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal sobre a investigação do óbito. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).

Variáveis	(Continua)	
	SMS	Comitê / Indivíduo
	N	N
Existência do Comitê municipal		
Não	17	14
Sim	16	19
Atuação do Comitê^{a; n=16, n=19}		
Não	8	14
Sim	8	5
Motivos para não existência/atuação^{a; d}		
Não havia cobrança pela gestão regional/estadual	14	14
Falta de profissionais para a atuação	9	9
Falta de suporte da gestão regional	9	9
Falta de suporte da gestão municipal	-	6
Funcionários não comprometidos	3	-
Profissionais que realizam a investigação[*]		
Membro do Comitê	9	9
Enfermeiros da ESF	24	24
Existência do comitê/indivíduo de investigação hospitalar^{*,□}		
Não	-	21
Sim	-	12
Motivos para a não existência do comitê/ indivíduo de investigação hospitalar^{*,□; a; d; n=21}		

Não há partos no município	-	20
Não sabe	-	1

Variáveis	(Conclusão)	
	SMS	Comitê / Indivíduo
	N	N
Profissional que realiza a investigação hospitalar^{*,a;d}		
Enfermeiros da ESF	-	26
Funcionário do hospital de ocorrência do óbito	-	23
Membro do comitê hospitalar	-	11
Funcionário da SRS	-	3
Profissional que realiza a investigação domiciliar^{*,a;d}		
Membro do Comitê	-	9
Enfermeiro da ESF	-	24
Profissional que realiza a investigação ambulatorial^{*,a;d}		
Membro do Comitê	-	9
Enfermeiro da ESF	-	24

Nota: * Investigação de óbitos infantil e fetal; ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; [□] Realizada apenas aos membros do comitê/equipe de investigação

Com relação ao comitê hospitalar, este se fez presente apenas em 12 municípios, tendo em vista que os 21 restantes não possuíam maternidade ou hospital para realização de parto. Contudo, mesmo havendo comitê hospitalar, ainda assim a investigação era realizada, em sua maioria, por enfermeiros da ESF, funcionário do hospital de ocorrência do óbito ou membros do comitê hospitalar (TAB.3).

Diferente dos secretários municipais de saúde que relataram majoritariamente a investigação do óbito (n=30), foi observado que, há um desconhecimento sobre as atribuições do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal pelos responsáveis pela investigação. Na maioria dos casos (n=21) foi ressaltado, de maneira equivocada, o cumprimento de metas pactuadas pelo Governo Estadual relacionada principalmente ao percentual mínimo de investigação. Não foram levadas em consideração, pela maioria, atribuições como investigação e análise dos óbitos, proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências, estímulo e sensibilização dos profissionais para registro adequado (TAB.4).

TABELA 4
Dificuldades enfrentadas pelos Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).

Variáveis	SMS	Comitê / Indivíduo
	N	N
Atribuição do Comitê^{a; d}		
Investigação	30	3
Levantamento de problemas e proposição soluções	13	5
Diminuição da TMI	11	-
Não sabe – cumprimento de metas	11	21
Entraves na realização das investigações^{*,a;d}		
Não houve entraves	10	5
Falta de suporte da SRS	7	24
Falta de cobrança da gestão municipal, regional ou estadual	9	20
Preenchimento incompleto dos dados hospitalares	8	19
Falta de capacitação da equipe	11	19
Dificuldades no acesso aos dados hospitalares	5	18
Falta de suporte dos profissionais atuantes	-	17
Falta de recursos humanos para atuação	-	17
Existência de dúvidas sobre o preenchimento do formulário para investigação domiciliar^{*,□}		
Não	-	9
Sim, mas não sabe dizer ao certo	-	18
Depende do caso investigado	-	6
Existência de dúvidas sobre o preenchimento do formulário para investigação ambulatorial^{*,□}		
Não	-	16
Sim, mas não sabe dizer ao certo	-	11
Depende do caso investigado	-	6
Existência de dúvidas sobre o preenchimento do formulário para investigação hospitalar^{*,□}		
Não	-	5
Sim	-	25
Depende do caso investigado	-	3
Documentos de difícil acesso^{a; d; □}		
Acesso ao prontuário hospitalar	-	26
DO preenchida adequadamente	-	23
Acesso aos dados hospitalares preenchidos adequadamente	-	21
Acesso à DO	-	14
Recebimento da DO impressa^{*,□}		
Não	-	20
Às vezes	-	3
Formas de acesso a DO quando não recebimento na forma impressa^{a; d; □}		
Acesso ao SIM Web	-	19
Busca no cartório	-	4
SRS encaminha	-	3

Nota: * Investigação de óbitos infantil e fetal; ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela; [□] Realizada apenas aos membros do comitê/equipe de investigação

Vários foram os entraves identificados na prática de investigação, tais como a falta de suporte financeiro, de recursos humanos, entre outros da SRS, o preenchimento incompleto dos dados hospitalares e a falta de capacitação da equipe. Ainda, há uma grande dificuldade em se conseguir outros documentos necessários para a conclusão da investigação dos óbitos infantil e fetal como, por exemplo, o prontuário hospitalar e a Declaração de Óbito (DO) (TAB.4). Ressalta-se que a DO é de grande importância, pois é o instrumento que notifica e desencadeia o processo de investigação. Nos municípios estudados, a maioria não a recebia na forma mais rápida que é a impressa (n=20). Em determinadas situações, as informações da DO eram inseridas no módulo SIM WEB (n=19), mas a digitação da DO no sistema de informação era, geralmente, muito demorada. Este fato tem dificultado o cumprimento, pelos municípios, do prazo máximo de 120 dias imposto pelo Governo Federal para realizar a investigação, ou até mesmo a não realização da mesma.

Sabe-se que para a investigação de óbitos deve ser realizado o levantamento de dados domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Contudo, foi identificada uma dificuldade no preenchimento dos formulários, principalmente em relação à investigação hospitalar (TAB.4). Apesar de ser referência para os municípios, a Regional de Saúde nem sempre conseguiu sanar as dúvidas dos participantes, ocasionando um grande número de formulários com informações em branco, ou mesmo a não realização da investigação.

Diante deste cenário, caberia à gestão municipal o favorecimento e a cobrança e da prática de investigação, oferecendo cursos de capacitação dos profissionais atuantes na investigação dos óbitos, uma melhor estruturação e assessoria da Superintendência Regional de Saúde. Insta ressaltar que o auxílio da gestão municipal representada pelas prefeituras no que se refere aos recursos humanos, físicos e materiais foi uma realidade encontrada em apenas um município, apesar de a maioria saber dessa importância (TAB.5).

Também foram identificadas dificuldades na classificação do óbito quanto à evitabilidade. Em geral, os profissionais que realizaram a investigação dos óbitos nos municípios estudados não tinham conhecimento de como utilizá-lo (n=24). Em 7 municípios o critério passou a ser utilizado apenas após o treinamento ocorrido em 2013 pela Superintendência Regional de Saúde, época em que os profissionais perceberam sua importância. Todos os municípios que utilizam o critério de evitabilidade (n=9) seguem a classificação preconizada pelo Ministério da Saúde (TAB.6).

TABELA 5

Ações das prefeituras às práticas dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal e Comitê Hospitalar, segundo secretários municipais de Saúde e indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 66).

Variáveis	SMS	Comitê / Indivíduo
	N	N
Prefeitura incentiva a realização das investigações*		
Sim	12	1
Não	21	32
Favorecimento das investigações^{*,a,d}		
Não há necessidade	9	5
Capacitação dos profissionais atuantes	11	19
Cobrar melhor estruturação da SRS	7	19
Solicitar auxílio e assessoria da SRS	4	18
Maior cobrança quanto à investigação*	9	16
Melhoria dos dados hospitalares incompletos/errados	-	15

Nota: * Investigação de óbitos infantil e fetal; ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela.

TABELA 6

Crerios de evitabilidade dos Óbitos Infantil e Fetal, segundo os indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Variáveis	N
Utilização do critério de evitabilidade	
Não	24
Sim	1
Em parte	1
Apenas para óbitos recentes	7
Motivos do uso apenas para óbito recente^{a; n= 7}	
Houve treinamento recente para a sua utilização	7
Soube recentemente da importância de sua utilização	6
Devido a cobrança quanto a sua utilização	4
Soube recentemente da exigência de sua utilização	3
Crerios utilizados^{a; n= 9}	
Lista Brasileira	9
Seade	7
Wiggleswoth	2
Discussão dos membros e em conjunto para realizar o critério de evitabilidade^{n= 9}	
Não	3
Sim	6
Motivos para a não discussão dos membros e em conjunto para realizar o critério de evitabilidade^{a; d; n= 3}	
O critério é feito por um indivíduo	1

Não são todos os membros que sabem utilizar o critério

2

Nota: * Investigação de óbitos infantil e fetal; ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela.

Foi identificada, também, em 28 municípios uma dificuldade em inserir e/ou corrigir os dados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade Infantil com base na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal a fim de concluir a investigação. Faltou treinamento para realizar esta etapa da investigação, além do fato de não haver em geral, auxílio do médico para favorecer a inclusão ou correção de dados no SIM após a investigação, tendo em vista que somente este profissional tem permissão para essa modificação (TAB.7).

Ainda, como parte do trabalho de vigilância de óbitos é de grande importância que a análise dos dados coletados das investigações seja encaminhada aos gestores de saúde, assim como a divulgação dos resultados. Na região estudada, 26 municípios não divulgaram os dados coletados e avaliados aos serviços de saúde, aos gestores e à população em geral (TAB.7).

TABELA 7

Correção e divulgação dos dados sobre a investigação dos Óbitos Infantil e Fetal, segundo os indivíduos responsáveis pela investigação do óbito infantil e fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Variáveis	N
Alteração/correção da causa básica no SIM após a investigação *	
Não	28
Sim	5
Motivos para a não alteração/correção da causa básica no SIM^{a; d; n=28}	
Insegurança	18
Achou não ser é permitido	10
Não recebeu treinamento para a alteração/correção	4
Falta de apoio médico para a alteração/correção	3
Forma de divulgação dos dados da investigação ^{d; *}	
Não é divulgado	26
Através de Reuniões	7
Existência de mobilização social para a prevenção de óbitos infantil e fetal	
Não	30
Sim	3

Nota: * Investigação de óbitos infantil e fetal; ^a Mais de uma resposta por indivíduo; ^d As outras opções menos citadas não foram inseridas na tabela.

5.3. Análise de concordância

A análise de concordância na avaliação das respostas referidas pelos entrevistados, mesmo se tratando de questões que envolvem a prática assistencial de cada um, apresentou-se

majoritariamente classificada como desprezível, ou seja, o grau de concordância (confiabilidade e precisão) entre as respostas para as variáveis em questão é extremamente baixo ou inexistente (valor de Kappa < 0,20). Apenas para a variável “existência de Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no município” se mostrou moderada, ou seja, concordância mediana e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (TAB. 8).

TABELA 8
Concordância entre as respostas dos participantes. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Variáveis	Valor de Kappa (k)	p-valor	Concordância
Existência de comitê de mortalidade infantil e fetal no município	0,416	0,003	Moderada
Conhecimento sobre o número de óbitos ocorridos no período de 2007 a 2012 no município	0,154	0,357	Desprezível
Conhecimento sobre o número de óbitos investigados no período de 2007 a 2012 no município	0,250	0,086	Desprezível
Se de fato os óbitos pertencem a este município;	0,000	0,359	Desprezível
Conhecimento sobre os motivos da não investigação no mesmo período	0,043	0,664	Desprezível
Conhecimento sobre os entraves que dificultem ou impeçam a investigação dos óbitos pelo comitê ou equipe de investigação	0,008	0,952	Desprezível
Se há incentivo ofertado pela prefeitura para auxiliar o comitê de investigação	0,104	0,179	Desprezível
Se a gestão poderia favorecer a investigação de óbitos	0,000	0,359	Desprezível

5.4. Análise de agrupamento

Os dados dos 33 municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, foram separados em grupos de acordo com a alta similaridade e a dissimilaridade intergrupo com o objetivo de encontrar uma ou mais características que os diferencie. Dessa forma, para o agrupamento dos municípios, foi utilizado o dendograma, uma ferramenta apropriada para definir o número de grupos a se trabalhar. Neste estudo, os municípios foram alocados em três e quatro grupos.

5.4.1 Análise de agrupamento dos fatores relacionados à investigação dos óbitos infantis e fetais pelos secretários de saúde

As variáveis utilizadas para a análise de agrupamento dos municípios com características semelhantes foram todas aquelas não condicionadas, ou seja, aquelas que não dependem da resposta anterior, tais como a existência de Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no município; conhecimento da missão/função do comitê; conhecimento sobre o número de óbitos ocorridos no período de 2007 a 2012 no município; conhecimento sobre os motivos da não investigação no mesmo período; conhecimento sobre os entraves que dificultam ou impedem a investigação dos óbitos pelo comitê ou equipe de investigação; existência de incentivo ofertado pela prefeitura para auxiliar o comitê de investigação e favorecimento da investigação de óbitos pela gestão. Após a escolha destas categorias, os municípios foram separados por similaridade conforme representado no quadro 3. A divisão de cada município por categoria está representada no dendograma (GRÁFICO 1).

GRUPO	SIMILARIDADE
A	<ul style="list-style-type: none"> • O comitê de prevenção da mortalidade infantil e fetal é formalizado nos municípios • Todos os secretários conhecem a missão do comitê. • Todos os secretários afirmaram existir entraves que impediam ou dificultavam a investigação no município. • A maioria dos secretários afirmou que a gestão poderia favorecer a investigação dos óbitos. • Nenhum desses municípios recebeu incentivo das prefeituras.
B	<ul style="list-style-type: none"> • O comitê de prevenção da mortalidade infantil e fetal é formalizado nos municípios. • Todos os secretários conhecem a missão do comitê. • Existe incentivo de suas respectivas prefeituras. • Existe pouco entraves na realização das investigações.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos municípios do grupo C possui comitê de mortalidade formalizado. • Em sua maioria, os secretários afirmaram existir entraves que impediam ou dificultavam a investigação no município. • Em sua maioria os secretários afirmaram que a gestão pode favorecer a investigação dos óbitos.

QUADRO 3 - Caracterização dos municípios formados pela análise de agrupamento pelos secretários de saúde. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

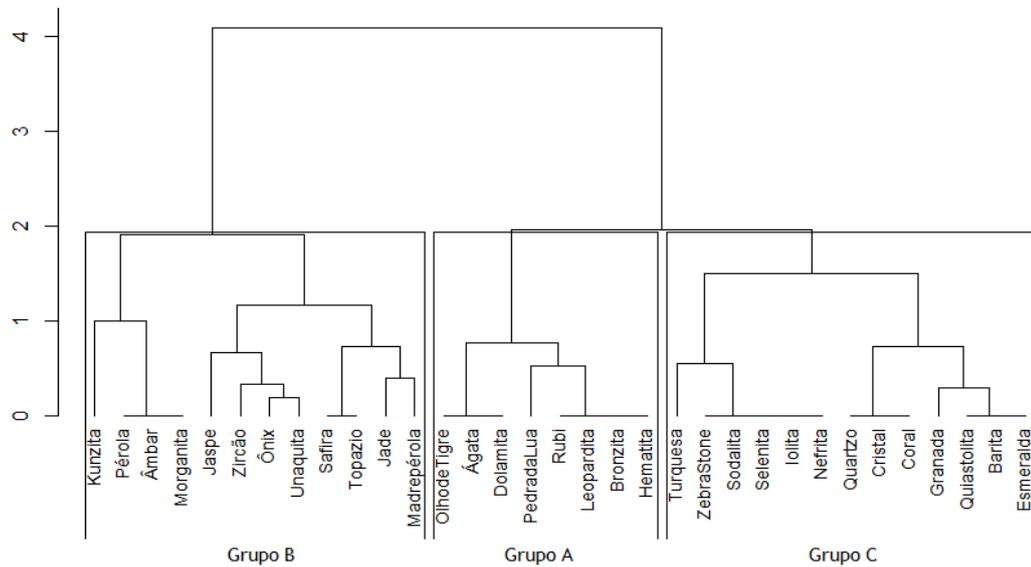


GRAFICO 1 - Dendrograma para agrupamento dos municípios relacionado às características dos fatores relacionados à investigação de óbitos pelos secretários de saúde. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Após observar o comportamento dos grupos pela análise de agrupamento, podemos afirmar que o fato de existir o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal nos municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, ou a presença do enfermeiro para esta tarefa, assim como o conhecimento da missão primordial do comitê, a presença de poucos entraves que dificultassem ou impedissem a investigação nestes municípios, o conhecimento sobre os principais motivos da não investigação e o incentivo da prefeitura e da gestão para a investigação de óbitos, favoreceu a investigação dos óbitos ocorridos no período do estudo como apresentado pelo grupo B que apresentou a maior média da proporção de investigação (0,277) (TAB. 9; 10).

Por fim, pôde-se verificar que as variáveis, “existência do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no município”, “conhecimento sobre os entraves que dificultam ou impedem a investigação dos óbitos pelo comitê ou município”, “incentivo da prefeitura para auxiliar o comitê de investigação”, “gestão favorece a investigação de óbitos” foram capazes de discriminar significativamente os grupos ($p < 0,05$) (TAB.9). Contudo, esses dados não

apresentaram significância estatística quando realizadas comparações múltiplas intergrupos (GRAF. 2)

TABELA 9
Caracterização dos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

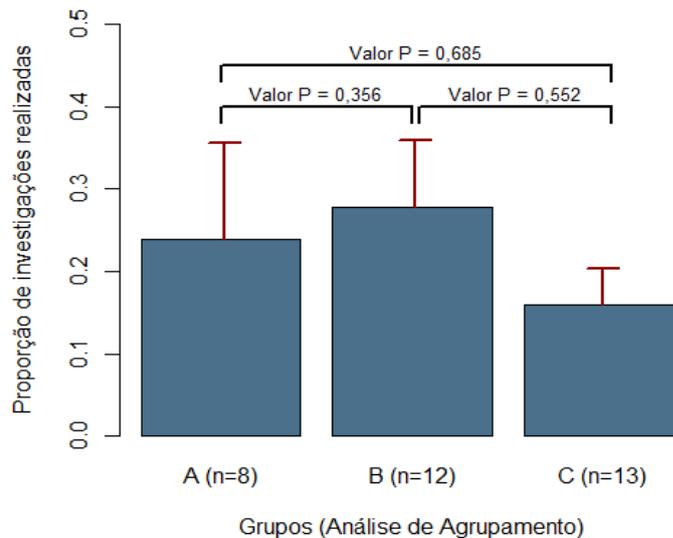
Variáveis	Grupos			Valor p
	A	B	C	
Existência de Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no município	50,0%	66,7%	0,0%	0,000
Conhecimento da missão/função do comitê	83,3	100,0%	100,0%	0,178
Conhecimento sobre o número de óbitos ocorridos no período de 2007 a 2012 no município	12,5%	16,7%	0,0%	0,328
Conhecimento sobre os motivos da não investigação no mesmo período	50,0%	62,5%	46,2%	0,823
Presença de entraves que dificultem ou impeçam a investigação dos óbitos pelo comitê ou equipe de investigação	100%	16,7%	92,3%	0,000
Incentivo da prefeitura para auxiliar o comitê de investigação	0,0%	66,7%	30,8%	0,006
Gestão favorece a investigação de óbitos	87,5%	100,0%	8,3%	0,000

TABELA 10
Proporção média de investigações realizadas e erro-padrão pelos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Grupos	Nº Municípios	Nº de Óbitos	Nº Investigados	Proporção (%)	Média da Proporção	E.P.
A	8	193	29	15,0	0,239	0,117
B	12	585	137	23,4	0,277	0,081
C	13	293	55	18,8	0,160	0,043

GRÁFICO 2

Análise de desvio e comparações múltiplas entre os grupos para a proporção de investigações realizadas Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).



5.4.2 Análise de agrupamento dos fatores relacionados à investigação dos óbitos infantis e fetais pelos membros do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal ou indivíduo responsável pela investigação

As variáveis utilizadas para a análise de agrupamento dos municípios com características semelhantes foram todas as variáveis não condicionadas contidas no questionário aplicado aos membros do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal ou indivíduo responsável pela investigação (APÊNDICE C). Após a escolha destas categorias, os municípios foram separados por similaridade conforme representado no quadro 4. A divisão de cada município por categoria está representada no dendograma (GRÁFICO 3). O que difere dos dados dos secretários é que, após essa análise, os municípios foram divididos em quatro grupos.

GRUPO	SIMILARIDADE
A	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum município desse grupo possui comitê de investigação hospitalar; • Não existe hospitais/maternidades para a realização de partos; • Não enviam relatórios para os comitês regionais; • Não discute dentre todos os membros e entre os serviços a realização da investigação;
B	<ul style="list-style-type: none"> • Em todos os municípios desse grupo, o comitê de prevenção do óbito está formalizado e vinculado ao comitê materno; • Não discute dentre todos os membros e entre os serviços a realização da investigação; • Todos os municípios utilizam do critério de evitabilidade; • Apenas os municípios desse grupo enviam relatórios de investigação para os comitês regionais.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos municípios desse grupo possuía comitê hospitalar; • O funcionamento do comitê de investigação está vinculado ao comitê materno; • Nenhum município envia relatórios de investigação para os comitês regionais. • Os membros dos comitês não discutem entre si e entre os serviços a realização da investigação.
D	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos municípios possui comitês de investigação formalizados; • Existe equipe de investigação hospitalar, vinculados ao comitê materno; • Todos os municípios possuem hospitais/maternidade onde ocorrem partos. • Os comitês não discutem entre todos os membros e entre os serviços para a realização da investigação; • Nenhum município enviou relatório de investigação para os comitês regionais.

QUADRO 4- Caracterização dos municípios formados pela análise de agrupamento pelos membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal ou indivíduo responsável pela investigação. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

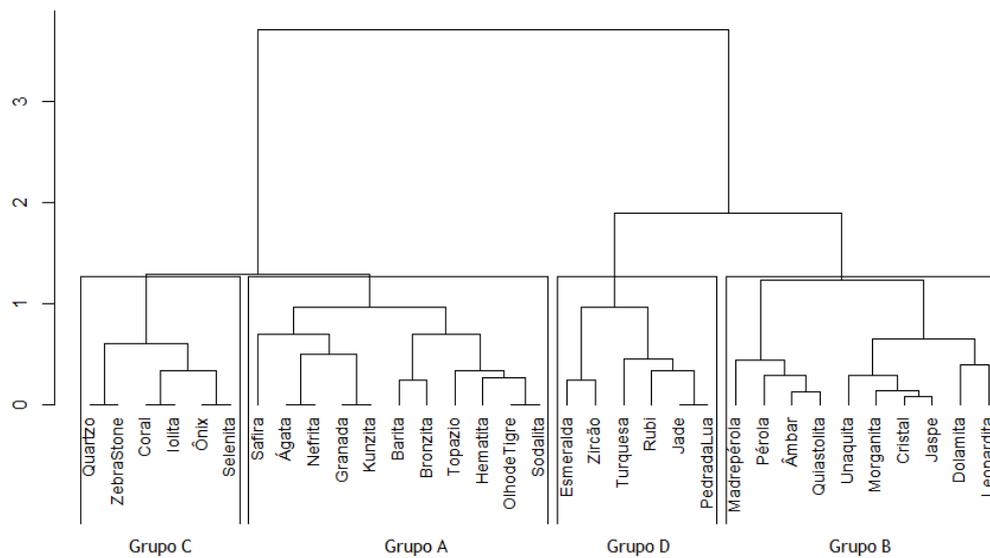


GRAFICO 3 - Dendograma para agrupamento dos municípios relacionado às características dos fatores relacionados à investigação de óbitos pelos membros do Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal ou indivíduo responsável pela investigação. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Mesmo apresentando alguns problemas como dificuldades no acesso aos documentos necessários para a investigação e o baixo incentivo da prefeitura, no geral, os municípios do grupo B apresentaram melhor estruturação da prática de investigação como a existência do comitê; maternidade e/ou hospital que realiza parto no município; cronograma de reuniões; discussão dos membros sobre os critérios de investigação, realização dos critérios de evitabilidade (TAB.11). Conseqüentemente, apresentaram maior proporção de óbitos investigados em relação aos outros municípios (23%) (TAB.12).

Diferente desta realidade está o grupo D, que apresentou menor proporção de óbitos investigados em relação aos outros municípios (16%), o que pode ser justificado pela presença de municípios sem comitês, grandes problemas no acesso aos documentos para investigação, incluindo a D.O., falta de discussão sobre a investigação entre os responsáveis, baixa utilização dos critérios de evitabilidade. Além disso, assim como todos os outros grupos, não há incentivo das prefeituras para auxiliar o comitê de investigação (TAB.11; 12).

TABELA 11
 Caracterização dos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Variáveis	Grupos				Valor p
	A	B	C	D	
Existência de comitê de prevenção do óbito infantil e fetal formalizado	45,5%	100,0%	33,3%	83,3%	0,006
Existência do comitê/equipe de investigação hospitalar no município	0,0%	80,0%	0,0%	66,7%	0,000
Funcionamento do comitê/equipe de investigação está vinculado ao comitê materno	90,9%	100,0%	100,0%	50,0%	0,032
O comitê possui cronograma para a realização de reuniões	72,7%	100,0%	66,7%	50,0%	0,111
Há discussão entre todos os membros e em conjunto para a realização da investigação	0,0%	90,0%	0,0%	0,0%	0,000
Há discussão entre todos os serviços e em conjunto para a realização da investigação	0,0%	60,0%	0,0%	0,0%	0,000
O comitê/equipe de investigação recebe a cópia da declaração de óbito impressa	0,0%	70,0%	100,0%	0,0%	0,000
Utilização pelo comitê/equipe de investigação do critério de evitabilidade para os óbitos	0,0%	80,0%	0,0%	16,7%	0,000
Dificuldade de acesso aos documentos para realizar a investigação do óbito?	90,9%	70,0%	100,0%	100,0%	0,327
Após a investigação do óbito há a correção da causa básica no Sistema de Informação de Mortalidade?	9,1%	40,0%	0,0%	0,0%	0,127
O comitê/ equipe de investigação consegue cumprir o prazo de 120 dias	81,8%	90,0%	100,0%	83,3%	0,903
O Comitê/equipe de investigação envia relatórios para Comitês Regionais/ Estadual e estes para o hospital	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,022
O Comitê/equipe de investigação envia relatórios para Comitês Regionais/ Estadual e estes para a atenção básica	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,022
O Comitê/equipe de investigação envia relatórios para os Comitês Regionais/ Estadual e estes para a gestão municipal	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,022
O Comitê/equipe de investigação envia relatórios para Comitês Regionais/ Estadual e estes para o Ministério da saúde	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,022
Incentivo da prefeitura para auxiliar o comitê de investigação	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,667

TABELA 12

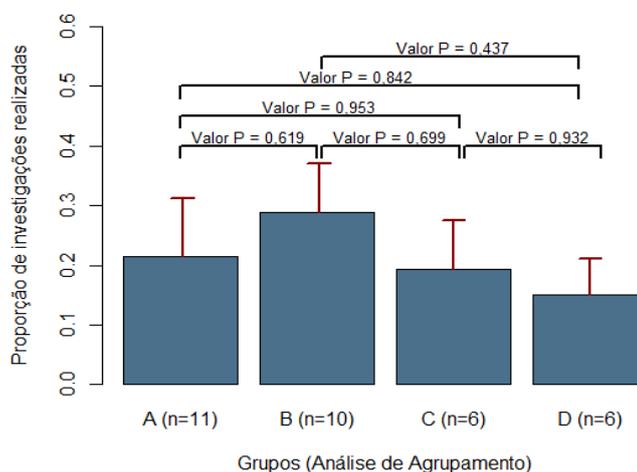
Proporção média de investigações realizadas e erro-padrão pelos grupos formados pela análise de agrupamento. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).

Grupos	Nº de Municípios	Nº Óbitos	Nº Investigados	Proporção (%)	Média da Proporção	E.P.
A	11	151	27	18,0	0,215	0,098
B	10	676	155	23,0	0,290	0,080
C	6	59	10	17,0	0,194	0,081
D	6	185	29	16,0	0,152	0,059

Por fim, pôde-se verificar que as variáveis, “o comitê da prevenção do óbito infantil e fetal formalizado”, “existência do comitê/equipe de investigação hospitalar no município”, funcionamento do comitê/equipe de investigação vinculado ao comitê materno”, “existência, no município, de hospital/maternidade onde ocorre parto”, “há discussão entre todos os membros e em conjunto para a realização da investigação”, “há discussão entre todos os serviços e em conjunto para a realização da investigação”, “o comitê/equipe de investigação recebe a cópia da declaração de óbito impressa”, “se é utilizado pelo comitê/equipe de investigação o critério de evitabilidade para os óbitos”, e “o comitê/equipe de investigação envia relatórios para comitês regionais/estadual” foram capazes de discriminar significativamente os grupos ($p < 0,05$) (TAB.12). Contudo, esses dados não apresentaram significância estatística quando realizadas comparações múltiplas entre os grupos (GRAF. 4).

GRAFICO 4

Análise de desvio e comparações múltiplas entre os grupos para a proporção de investigações realizadas Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 33).



5.5. Descrição da completitude da ficha síntese de investigação dos óbitos investigados no período de 2007-2012

Sabe-se da importância da prática de investigação, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal. Além disso, essa investigação deve ser realizada com qualidade, pois as informações obtidas durante a coleta de dados referente à investigação de óbito são de grande valia para o planejamento de ações e avaliação dos serviços de saúde não só no nível municipal, mas também na regional e estadual.

Sendo assim, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), um óbito apenas será considerado investigado quando a ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal estiver completamente preenchida. Porém, um fato a ser levado em consideração é que, mesmo não estando todos os dados completos no Sistema de Informação sobre Mortalidade, o óbito é considerado investigado. Dessa forma, a fim verificar a completitude das investigações realizadas no período do estudo, as fichas de investigação dos municípios do estudo foram avaliadas após acesso ao Sistema de Informação sobre Mortalidade.

5.5.1. Descrição da completude das fichas síntese de investigação dos óbitos infantis investigados no período de 2007-2012

Do total de 598 óbitos infantis ocorridos no período de 2007 a 2012 foram investigados 133 (22,2%) em 21 Municípios (Ágata, Âmbar, Bronzita, Cristal, Coral, Dolamita, Esmeraldas, Granada, Hematita, Jaspe, Leopárdita, Madrepérola, Morganita, Pérola, Quartzo, Quiastolita, Rubi, Topázio, Turquesa, Unaquita e Zircão) dos 33 que compreendem a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha após acesso ao SIM (QUADRO 5). Em geral 59,9% (n = 93) dos casos as investigações ocorreram após o prazo de 120 dias a partir da data de ocorrência do óbito, sendo Âmbar o município que apresentou maior atraso na entrega das investigações, seguido de Madrepérola, Cristal e Unaquita (GRAF. 5).

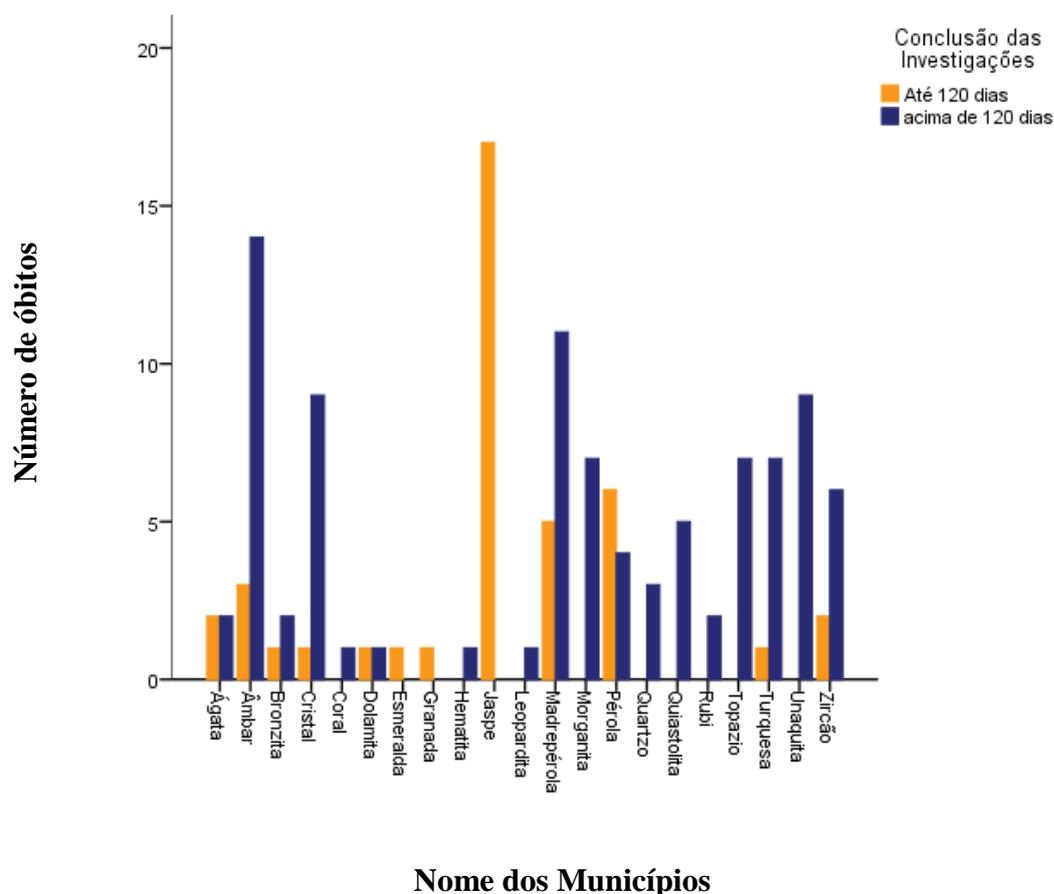


Gráfico 5- Distribuição do prazo das investigações dos óbitos infantis por município. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 21).

Investigação dos Óbitos Infantil e Fetal da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais

Município	População total / mil Hab	Óbitos e investigação fetal por ano														Óbito e investigação infantil por ano													
		2007	Invest.	2008	Invest.	2009	Invest.	2010	Invest.	2011	Invest.	2012	Invest.	TOTAL	INVEST.	2007	Invest.	2008	Invest.	2009	Invest.	2010	Invest.	2011	Invest.	2012	Invest.	TOTAL	INVEST.
Ágata	3661	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	4	4
Âmbar	37220	7	0	12	3	18	0	0	0	12	0	6	5	55	8	5	0	16	4	11	3	6	2	12	2	7	6	57	17
Barita	5078	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	
Bronzita	12467	3	0	2	0	4	1	3	0	3	0	3	0	18	1	1	0	2	0	5	1	2	1	3	0	2	1	15	3
Cristal	37041	9	0	4	0	5	0	5	3	4	2	7	7	34	12	13	0	9	0	10	0	9	1	9	5	5	4	55	10
Coral	9487	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	3	0	3	0	1	1	1	0	1	0	10	1
Dolamita	15648	2	0	2	0	1	0	3	0	3	0	2	2	13	2	3	0	1	0	3	0	4	0	2	0	2	2	15	2
Esmeralda	9195	4	0	3	0	0	0	4	0	2	1	5	1	18	2	1	0	2	0	4	0	2	0	5	1	3	0	17	1
Granada	5111	2	0	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	8	0	4	0	3	0	1	0	1	0	0	0	1	1	10	1
Hematita	9394	1	0	3	0	0	0	1	0	2	0	5	3	12	3	2	0	3	0	1	0	0	0	0	0	4	1	10	1
Iolita	4395	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Jade	5425	3	0	0	0	2	0	2	0	1	0	2	1	6	1	4	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	7	0
Jaspe	47803	23	0	13	0	8	0	8	0	14	0	9	9	75	9	13	0	14	0	8	0	6	0	12	0	18	17	71	17
Kunzita	5118	2	0	0	0	0	0	2	0	4	0	2	0	10	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	0
Leopardita	10546	4	0	1	0	1	0	1	0	3	3	3	3	13	6	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	3	1
Madrepérola	12039	3	3	1	1	2	2	3	2	1	1	4	3	14	12	2	2	0	0	7	6	3	3	0	0	5	5	17	16
Morganita	34033	6	0	1	0	4	0	7	2	6	0	3	2	27	4	6	0	11	1	14	0	8	1	10	1	7	4	56	7
Nefrita	7531	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Ônix	4650	2	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	7	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	5	0
Olho de Tigre	4974	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	4	0	3	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	0
Pedra da Lua	4659	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	0	0	5	0	1	0	1	0	3	0	0	0	10	0
Pérola	31864	9	0	4	0	6	0	3	0	4	0	1	1	27	1	14	0	5	0	6	0	11	0	16	4	6	6	58	10
Quartzito	3053	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	6	2	2	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	6	3
Quíastolita	13674	1	0	2	0	3	1	3	2	3	1	7	1	19	5	5	0	6	0	6	3	5	1	1	0	4	1	27	5
Rubi	16014	4	0	4	2	4	0	4	0	6	0	7	1	29	3	3	0	11	2	8	0	5	0	4	0	1	0	32	2
Safira	4121	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1	1	1	5	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Selenita	3180	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Sodalita	4523	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4	1	0	0	1	0	3	0	2	0	1	0	1	0	8	0
Topázio	4358	2	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	5	2	2	1	1	1	1	0	1	1	2	2	2	2	9	7
Turquesa	21423	4	0	3	0	2	0	1	0	1	1	1	1	12	2	2	0	3	0	5	1	4	0	4	3	4	4	22	8
Unaquita	19288	4	0	2	0	4	0	2	1	2	1	5	3	19	5	5	0	4	0	1	0	6	5	4	3	2	1	22	9
Zebra Stone	5760	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	5	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	5	0
Zircão	14023	1	0	3	0	4	0	0	0	1	1	2	1	11	2	2	0	2	0	2	0	2	0	7	7	1	1	16	8
TOTAL		104	3	69	7	77	6	60	10	85	15	84	47	477	88	102	3	114	9	112	16	87	18	103	30	80	59	598	133
TOTAL_% INVESTIGADOS														18,4															
														22,2															

QUADRO 5 – Número de óbitos fetal e infantil registrados por ano no sistema de informação sobre a mortalidade assim como sua investigação na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, 2014.

O preenchimento inadequado até mesmo do mais antigo dos sistemas de informação em saúde, o SIM, tem sido um sério obstáculo encontrado, o que limita o uso dos sistemas de informação. Acarreta, também, prejuízos na produção de dados oportunos sobre a mortalidade e seus determinantes, uma vez que muitos itens relevantes deixam de ser preenchidos. Neste estudo, foi avaliada a completitude (preenchimento) da ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal. A ficha é composta por treze questões e, para a sua análise e melhor compreensão dos resultados, as questões foram divididas em variáveis referentes ao pré-natal, ao parto, à criança e à investigação.

Quanto à completitude das variáveis relacionadas ao pré-natal, a variável “*momento do óbito em relação ao parto*” apresentou-se com excelência em todos os municípios. Já a variável “*idade gestacional quando realizou a primeira consulta*” se mostrou heterogênea nos escores de completitude, com variáveis classificadas como excelente, regular e ruim. Diferenças entre os escores também foram observadas nas variáveis relacionadas ao parto “*utilizado o partograma*” e “*utilizado o teste rápido para sífilis*” (TAB. 13).

TABELA 13

Completitude das características do pré-natal, parto e da criança nos municípios do estudo para óbito infantil. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 21).

Variáveis	Dados não preenchidos preenchidos / Municípios				
	Excelente (<5%)	Bom (5-10%)	Regular (10-20%)	Ruim (20-50%)	Muito Ruim (>50%)
Momento do óbito em relação ao parto	21 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Data de nascimento	20 (95,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)
Data do óbito	20 (95,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)
Idade no momento do óbito	18 (85,7)	3 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Estabelecimento de saúde onde fez o pré-natal	18 (85,7)	0 (0,0)	3 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Idade gestacional quando realizou a primeira consulta	9 (42,8)	1 (4,8)	6 (28,6)	4 (19,0)	1 (4,8)
Local do parto	19 (90,4)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)
Utilizado o partograma	13 (61,9)	3 (14,3)	2 (9,5)	2 (9,5)	1 (4,8)
Utilizado teste rápido para sífilis	13 (61,9)	3 (14,3)	2 (9,5)	2 (9,5)	1 (4,8)
A criança era acompanhada na atenção básica	14 (66,6)	1 (4,8)	3 (14,3)	2 (9,5)	1 (4,8)
A vacinação estava em dia	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (4,8)	18 (85,7)

Para os dados da criança, os blocos de melhor preenchimento foram “*data do óbito; idade no momento do óbito; a criança era acompanhada na atenção básica*”, enquanto a de pior resultado foi “*a vacinação estava em dia*” com 85,7% das variáveis com grau de preenchimento muito ruim (TAB. 13).

Na avaliação das variáveis relacionadas à investigação, poucas foram as que apresentaram completitude excelente. Importante ressaltar que as variáveis “*a investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito*”; “*a investigação alterou ou corrigiu outro campo da D.O além das causas do óbito*”, que apresentaram 100,0% de completitude em todas as investigações, são variáveis condicionantes, ou seja, cada uma delas possui outras perguntas relacionadas à pergunta principal. Dessa forma, os dados coletados mostram que elas foram preenchidas, mas o fator condicionado a cada uma delas, não. Sendo assim, pode-se afirmar que as mesmas só apresentaram o critério de excelência por terem sido avaliadas isoladamente conforme a metodologia proposta por Romero e Cunha (2006) (TAB. 14).

TABELA 14

Completitude das características da investigação de óbito infantil nos municípios do estudo para óbito infantil. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 21).

Variáveis	Dados não preenchidos / Municípios				
	Excelente (<5%)	Bom (5-10%)	Regular (10-20%)	Ruim (20-50%)	Muito Ruim (>50%)
Fontes de informações da investigação	21 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito	20 (95,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)
A investigação alterou ou corrigiu outro campo da D.O. além das causas do óbito	21 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A investigação alterou o corrigiu o campo da DNV	21 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Foram identificados problemas após a investigação	3 (14,3)	1 (4,8)	1 (4,8)	3 (14,3)	13 (61,8)
Este óbito poderia ter sido evitado	6 (28,6)	1 (4,8)	2 (9,5)	4 (19,0)	8 (38,1)
Classificação de evitabilidade	2 (9,5)	1 (4,8)	1 (4,8)	3 (14,3)	14 (66,6)
Data da conclusão do caso	6 (28,6)	1 (4,8)	4 (19,0)	4 (19,0)	6 (28,6)

Um fator importante a ser exposto é que as variáveis “*Foram identificados problemas após a investigação*” e “*classificação de evitabilidade*” praticamente não foram preenchidas pelos responsáveis pela investigação nos municípios em estudo. Este fato chama atenção já que elas são importantes na avaliação de prevenção de novas ocorrências de óbitos infantis. Dessa forma, o elevado percentual de variáveis em branco pode mascarar os dados que aferem a qualidade da assistência prestada à gestante e ao recém-nascido, deixando de informar corretamente as variáveis preditoras do risco para o óbito (TAB. 14).

5.5.2. Descrição da completitude das fichas de investigação dos óbitos fetais investigados no período de 2007-2012

A análise destes dados foi composta pelo número total de registros de óbitos fetais investigados (n=88; 18,4%) no período de 2007 a 2012 distribuídos em 23 Municípios (Ágata, Âmbar, Bronzita, Cristal, Dolamita, Esmeralda, Hematita, Jade, Jaspe, Leopardita, Madrepérola, Morganita, Pérola, Quartzo, Quiastolita, Rubi, Safira, Selenita, Sodalita, Topázio, Turquesa, Unaquita e Zircão) dos 33 que compreendem a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha (QUADRO 5), após acesso ao SIM. Assim como para a investigação infantil, o prazo de 120 dias de investigação para óbito fetal também não foi cumprido na maioria dos casos (71,6%), sendo Cristal o município que apresentou maior atraso na entrega das investigações, seguido de Madrepérola e Âmbar (GRAF. 6).

O fato de se tratar de dados referentes ao óbito fetal pode explicar as características heterogêneas dos preenchimentos das variáveis relacionadas ao pré-natal e parto e da criança. O dado “*idade no momento do óbito*” mostrou-se muito ruim, talvez justificado pelo preenchimento excelente das variáveis importantes relacionadas a esta como “*momento do óbito em relação ao parto*”, “*data de nascimento*” e “*data do óbito*” (TAB. 15). Ademais, por ser óbito fetal, não deveria haver a necessidade do preenchimento da variável “*idade no momento do óbito*”, já que nasceu morto. Para essa variável, deveria haver a opção de preenchimento “*não se aplica*”.

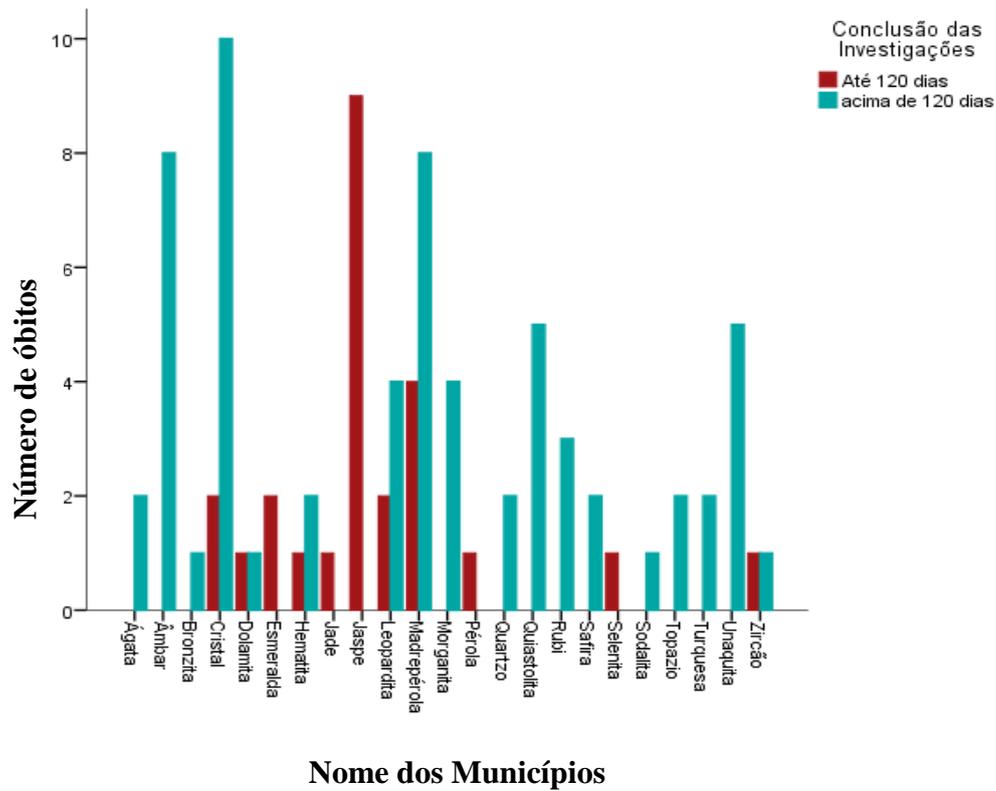


Gráfico 6- Distribuição do prazo das investigações dos óbitos fetais por município. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 23).

TABELA 15
Completitude das características do pré-natal, parto e da criança nos municípios do estudo para óbito fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 23).

Variáveis	Dados não preenchidos / Municípios				
	Excelente (<5%)	Bom (5-10%)	Regular (10-20%)	Ruim (20-50%)	Muito Ruim (>50%)
Momento do óbito em relação ao parto	22 (95,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)
Data de nascimento	20 (87,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	2 (8,7)
Data do óbito	21 (91,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	1 (4,3)
Idade no momento do óbito	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (95,6)
Estabelecimento de saúde onde fez o pré-natal	23 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Idade gestacional quando realizou a primeira consulta	12 (52,2)	0 (0,0)	1 (4,3)	3 (13,0)	7 (30,1)
Local do parto	21 (91,4)	1 (4,3)	0 (0,0)	1 (4,3)	0 (0,0)
Utilizado o partograma	17 (74,0)	1 (4,3)	2 (8,7)	1 (4,3)	2 (8,7)
Utilizado teste rápido para sífilis	16 (69,7)	1 (4,3)	2 (8,7)	1 (4,3)	3 (13,0)
A criança era acompanhada na atenção básica	23 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A vacinação estava em dia	23 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

O mesmo pode ser observado nas variáveis relacionadas à criança “a criança era acompanhada na atenção básica” e “a vacinação estava em dia”. Por se tratar de variáveis que não envolvem óbitos fetais, ambas foram totalmente preenchidas, mas com resposta negativa (não), já que não havia a opção para esta variável “não se aplica”, favorecendo assim a completitude excelente (100,0%) (TAB. 15). Esta ocorrência também foi observada para uma variável de investigação “a investigação alterou ou corrigiu o campo da DNV” (TAB. 16). Para o pré-natal “Idade gestacional quando realizou a primeira consulta”, assim como na análise dos óbitos infantis, esta se mostrou com uma porcentagem um pouco mais da metade de completitude excelente, seguida de muito ruim e ruim (TAB. 15)

TABELA 16
 Completitude das características da investigação de óbito infantil nos municípios do estudo para óbito fetal. Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais, 2014 (n = 23).

Variáveis	Dados não preenchidos / Municípios				
	Excelente (<5%)	Bom (5-10%)	Regular (10-20%)	Ruim (20-50%)	Muito Ruim (>50%)
Fonte de informações da investigação	23 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito	23 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de óbito além das causas do óbito	23 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A investigação alterou o corrigiu o campo da DNV	23 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Foram identificados problemas após a investigação	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	21 (91,4)
Este óbito poderia ter sido evitado	11 (47,9)	0 (0,0)	2 (8,7)	2 (8,7)	8 (34,7)
Classificação de evitabilidade	4 (17,4)	0 (0,0)	1 (4,3)	1 (4,3)	17 (74,0)
Data da conclusão do caso	12 (52,2)	0 (0,0)	2 (8,7)	2 (8,7)	7 (30,4)

O preenchimento das variáveis sobre a investigação não apresentou um padrão bem definido. As variáveis, “a investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito” e “a investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de óbito além das causas do óbito”, apresentaram um incremento no número de municípios com preenchimento excelente (>95%). Por outro lado, grande parte das variáveis apresentou uma diminuição no número de municípios com preenchimento excelente quando relacionadas a problemas após a investigação, à evitabilidade e a data da conclusão do caso (TAB. 16).

Como dito anteriormente ressalta-se a análise das variáveis com preenchimento excelente supracitada, visto que, apesar de estarem 100% preenchidas, as variáveis condicionantes a estas, apresentaram, majoritariamente a variável “não” como resposta (TAB. 16). Neste contexto, o monitoramento da mortalidade infantil e fetal depende, portanto, da qualidade dos dados disponíveis no SIM. Caso esses dados apresentem inconsistências,

podem prejudicar a confiabilidade dessas informações, gerando falsos diagnósticos de saúde e comprometendo as medidas de intervenção.

Devemos reconhecer a potencialidade do Sistema de Informação Sobre Mortalidade e compreender que avaliar a qualidade das informações contidas neste Sistema representa uma necessidade. Evidenciar avanços, limitações e deficiências são importantes em busca da manutenção ou correção de falhas nas diversas etapas que constituem o processo de sua construção. Soma-se aos aspectos anteriores, a necessidade imprescindível de capacitação e envolvimento dos profissionais responsáveis por seu preenchimento, assim como de outros formulários de igual importância; dos responsáveis pela digitação e transmissão dos dados para os bancos informatizados. O conjunto destas medidas favorece, sem dúvida, a obtenção de dados verossímeis que podem subsidiar políticas de intervenção voltadas principalmente para os grupos materno e infantil.

Discussão



6. DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados permitiram a avaliação dos múltiplos fatores que interferem e que determinam as características da investigação de óbitos infantil e fetal. Sabe-se que a estruturação dos comitês de mortalidade e investigação de óbitos é de grande importância para a compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2009a).

O estudo identificou que na Região Ampliada de Saúde de Jequitinhonha ainda existem municípios que não possuem comitês ou em que os comitês não são atuantes. Isto reflete em baixa investigação ou na realização dessa por outros profissionais não pertencentes à Equipe de Vigilância Epidemiológica ou ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE). De acordo com a portaria do Ministério da Saúde (MS) Nº 72/ (BRASIL, 2010) o comitê, junto à equipe de vigilância epidemiológica e do NHE no caso da investigação hospitalar, é responsável pela análise, discussão e a conclusão dos óbitos investigados (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009C)

Essas ações de vigilância do óbito infantil e fetal são obrigatórias nos serviços de saúde (BRASIL, 2010) e são realizadas com o intuito de avaliar os problemas ocorridos, aperfeiçoar os processos de trabalho e organizar os serviços a fim de prevenir novas ocorrências, promover a correção imediata das potenciais causas de óbito, além de sensibilizar e capacitar as pessoas diretamente envolvidas na assistência e no preenchimento dos registros de atendimento (FILHA *et al.*, 2011; SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012). Ressalta-se que para a realização destas atividades, qualquer que seja a composição da equipe de investigação, deve estar articulada com os setores públicos e privados responsáveis pela assistência à saúde, preferencialmente por profissionais não envolvidos diretamente na assistência ao óbito (BRASIL, 2009a; BRASIL, 20010), e não só por um indivíduo como ocorreu nos municípios estudados.

Nestes municípios, o trabalho de investigação estava concentrado principalmente no enfermeiro da ESF, mesmo nos casos em que existia comitê. Uma possível justificativa identificada para a não realização das investigações pela equipe responsável é o fato de que a mudança operacional que responsabiliza a equipe de Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil e Fetal como coordenadora do processo investigativo (BRASIL, 2010), ainda era

desconhecida pela maioria dos entrevistados. Essa equipe não estava instituída em nenhum dos municípios.

Havia um desconhecimento sobre as atribuições dos comitês por parte dos responsáveis pela investigação, diferente dos Secretários de Saúde. De acordo com o Manual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal as atribuições do Comitê compreendem investigação, análise dos óbitos, proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências, qualificação da informação, divulgação/educação e mobilização/articulação (BRASIL, 2009^a). Entretanto, o cumprimento de metas como atribuição do comitê e/ou equipe de investigação ao qual pertence foi o mais evidenciado entre os municípios. Uma hipótese que pode explicar esse desconhecimento em relação às atribuições do comitê é o fato de a Resolução MS Nº 5/2013 (BRASIL, 2013) dispor sobre as regras do processo de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para os anos de 2013-2015 em que estabelece uma porcentagem mínima de investigação dos óbitos que, no caso da região do estudo, é de 35% dos óbitos ocorridos no município. Em decorrência da Resolução dispor a meta a ser atingida, os profissionais entenderam este fato como uma atribuição.

Contudo, este resultado mostra a necessidade da sensibilização dos profissionais sobre o conceito e a importância da investigação dos óbitos infantil e fetal, assim como sobre o papel do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e da equipe de investigação. A vigilância do óbito dá visibilidade às reais taxas de mortalidade e é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, contribuindo para melhorar o registro dos óbitos, além de possibilitar a adoção de medidas para a prevenção de mortes evitáveis pelos serviços de saúde. Estas ações vão muito além do cumprimento de metas governamentais. Apesar do foco no cumprimento de metas nos municípios estudados, os óbitos investigados ficaram aquém da meta mínima definida pelo Ministério da Saúde, da mesma forma como ocorre em outros municípios, como por exemplo da Regional de Saúde do Paraná (SANTANA *et al.*, 2011).

Os entraves identificados para a realização da investigação nos municípios tais como a falta de suporte da SRS (falta de suporte financeiro e de recursos humanos, entre outros), retrata que as ações estruturais e de assistência à saúde também devem ser constantemente revistas. A regional de saúde tem um importante papel na avaliação dos indicadores municipais e na identificação das necessidades para melhor direcionar suas metas e buscar uma gestão participativa definindo corresponsabilidades na construção da saúde e implementando ações de promoção de saúde. Neste sentido, é necessário que a SRS esteja

aberta para compreender as mudanças sociais que ocorrem e cumpra, de maneira mais ampla, seu papel de promotora da saúde considerando os contextos sociais e possibilitando a construção da cogestão da saúde, com a participação de diferentes atores como trabalhadores e usuários do sistema de saúde na gestão como os gestores locais.

Importante ressaltar a dificuldade relacionada ao preenchimento tanto dos documentos próprios da investigação, quanto de outros, principalmente a declaração de óbito e prontuários médicos que não era feito de forma adequada. O interessante é que este parece ser um problema frequente em outros municípios (BRASIL, 2009a; FAJARDO; AERTS; BASSANESI, 2009; VANDERLEI *et al.*, 2010; FILHA, VANDERLEI, MENDES, 2011; BRASIL, 2013; CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013). Existe uma dificuldade no acesso aos prontuários médicos, além de ilegibilidade e não preenchimento ou preenchimento incompleto de vários campos, limitando a análise da qualidade dos cuidados prestados (COSTA; FRIAS, 2011).

No caso da DO, estudos justificam o não preenchimento adequado como decorrente do fato de o Ministério da Saúde ter separado as variáveis em indispensáveis, essenciais e secundárias, o que pode ter favorecido a falsa impressão de pouca importância das variáveis secundárias contribuindo, com isso, para o seu não preenchimento (SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007; CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013). Outra razão pode estar no fato de os currículos das escolas de medicina não ressaltarem a importância do preenchimento adequado dos documentos dos registros vitais. Há pouca valorização da DO como documento de grande relevância epidemiológica (SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007; VANDERLEI *et al.*, 2010; CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013) e o seu preenchimento ocorre como um ato meramente burocrático e administrativo (VANDERLEI *et al.*, 2010). Ressalta-se que, de acordo com a Lei nº 11.976 de 2009 (BRASIL, 2009c), o médico deve atestar o óbito usando o formulário DO para atestação do fato. Erros, imprecisões e omissões podem até mesmo conduzi-lo às penalidades previstas no código penal e na legislação dos Conselhos de Medicina (SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012). Faz-se imprescindível a melhoria da qualidade das informações nas DO e nos prontuários hospitalares.

Nos municípios estudados, foi identificada uma dificuldade relacionada à inserção e correção dos dados no Sistema de Informação Sobre a Mortalidade após a investigação. Dessa forma o preenchimento dos formulários não é feito de forma correta ou, mais grave ainda, a investigação não é realizada. A superação desses obstáculos por meio de capacitação da equipe envolvida na investigação, além da inserção do profissional médico na equipe. Visto

que é o único que pode realizar essa alteração, certamente possibilitará o preenchimento de muitas lacunas do processo de conhecimento sobre o contexto do óbito infantil e fetal.

Estes resultados não condizem com as normas do Ministério da Saúde que estabelecem que os responsáveis pela vigilância do óbito e pela investigação devem receber capacitação adequada em investigação de óbitos, principalmente no que tange aos instrumentos de vigilância, às fichas de investigação, ficha síntese e planilha municipal (AERTS; BASSANESI, 2009; VANDERLEI *et al.*, 2010; BRASIL, 2011b). Esta capacitação certamente levaria à realização adequada da investigação podendo contribuir, conseqüentemente, para a queda da taxa de mortalidade infantil. Dessa forma, os municípios precisam estar mais atentos à necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos no processo de investigação para que possam obter informações mais fidedignas, simples e confiáveis referentes às áreas alvo para a prevenção.

A importância do conhecimento dos aspectos referentes à mortalidade infantil e fetal nos municípios, estados e principalmente no país como um todo é inegável, especialmente no campo da saúde pública. Igualmente inegáveis são os transtornos passíveis de ocorrer, em menor ou maior magnitude, em decorrência da ausência dos registros ou a sua efetivação de maneira incorreta ou incompleta. Sendo assim, a falta de informações pode também influenciar no número de óbitos por causas mal definidas e na atribuição da sua redutibilidade SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007; COSTA; FRIAS, 2011; CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013.

O período entre a data do óbito e o acesso do investigador às informações sobre o evento nos municípios participantes foi muito longo. O prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, ou seja, realização da discussão, análise e conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 dias a contar da data da ocorrência (BRASIL, 2009a). Estudos têm mostrado que a qualidade das informações está relacionada a maior agilidade no resgate dos dados em tempo real, o que diminui as inconsistências e distorções do lapso do tempo entre o evento e a correção e atualização dos dados, além de possivelmente reduzir novos casos (BRASIL, 2011b). Esse problema poderia ser resolvido com a implantação das equipes de vigilância epidemiológica e núcleos de epidemiologia hospitalar não presentes na região avaliada.

Após o término da investigação, a equipe de vigilância de óbitos ou o Comitê deve promover discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência para análise ampla

e detalhada de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito. Sabe-se é de extrema importância a utilização dos critérios de evitabilidade do óbito já regulamentada há mais de 10 anos pela portaria N°1121 de 2002, que institui o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica (SANTOS *et al.*, 2011). A investigação pode contribuir para identificar os fatores de risco existentes, avaliando-se criticamente o caso e promovendo uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito pela ação dos serviços de saúde, a fim de prevenir mortes por causas similares no futuro (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b). Contudo, os dados mostraram a baixa adesão ao uso de critérios pelos municípios, justificado pelo desconhecimento e falta de treinamento para sua utilização, realidade diferente da encontrada em estudos realizados em outras regiões (SANTOS *et al.*, 2011; BRASIL, 2013).

Na continuidade, como recomendação para a redução das mortes infantis e fetais é essencial que seja encaminhada aos gestores de saúde em todos os níveis, como parte do trabalho da vigilância de óbitos, a divulgação das informações referentes às conclusões das investigações. Devem ser apontadas as medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e as medidas de intervenção para a reorganização da assistência. Contudo, essa realidade não esteve presente nos municípios de estudo, fato talvez associado ao número limitado de profissionais lotados em cada um deles para realizar a investigação.

Ao avaliarmos as respostas dos entrevistados, nossos resultados mostraram que a análise de concordância na avaliação das respostas referidas pelos entrevistados, apresentou-se majoritariamente desprezível, ou seja, o grau de concordância (confiabilidade e precisão) entre as respostas para as variáveis em questão é extremamente baixo ou inexistente (valor de Kappa < 0,20). Apenas para a variável “existência de Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no município” se mostrou moderada, ou seja, concordância mediana ($p < 0,05$). Apesar de apresentar concordância moderada, a questão “existência de Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal” pode ter se mostrado significativa visto que para a atuação do comitê no município é necessária a sua oficialização que se dá por meio de portaria e/ou regimento de criação do mesmo. Sendo assim, estes documentos estiveram de fácil acesso no momento da entrevista, favorecendo a resposta positiva e concordante entre os entrevistados.

Vale ressaltar que o fato das demais variáveis terem se mostrado desprezíveis é de relevante entendimento, por se tratar de questões que envolvem a prática administrativa de ambos os entrevistados. No que se refere aos entraves que dificulta ou impedem as investigações dos óbitos e o favorecimento da gestão para a prática de investigação, assim como os membros dos comitês os secretários afirmam a existência dos mesmos, porém em

proporção menor. Talvez justificado pelo receio em afirmar a existência de problemas durante a sua própria gestão ou anterior a esta.

O mesmo pôde ser visto quando questionados sobre o incentivo da prefeitura para a investigação. Apesar de alguns secretários afirmarem que a prefeitura disponibiliza recursos físicos, materiais e humanos para a investigação, os membros do comitê ou equipe de investigação discordam dos gestores, e ainda afirmam que, quando há algum auxílio como computador, carro para deslocamento, salas e material de escritório, o mesmo não é exclusivo para a prática de investigação e, sim para uso regular de suas práticas enquanto enfermeiros da ESF.

Portanto, quando comparadas as respostas, percebe-se que os Secretários Municipais de Saúde necessitam de maiores esclarecimentos quanto à realidade dos municípios de atuação, já que em sua maioria os mesmos não sabiam o número de óbitos ocorridos na região no período do estudo, se estes óbitos pertenciam mesmo ao município destinado, assim como a proporção de mortes investigadas, opinião contrária aos membros do comitê ou equipe de investigação. Contudo, sabe-se que, por se tratar de investigadores, é esperado que os membros do comitê ou equipe de investigação soubessem todas as informações referentes às mortes em sua região de atuação.

Informações sobre mortalidade se faz importante para estudos epidemiológicos e demográficos de uma determinada população, assim como para o planejamento de ações em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2011). Contudo, é imprescindível que as informações sejam fidedignas e acessíveis para o dimensionamento inicial do problema, já que estas são utilizadas para conhecer a real situação de saúde da população e gerar atitudes e ações planejadas visando a melhoria do setor (BRASIL, 1976; BRANCO, 1996; SILVA *et al.*, 2013b; CORREIA *et al.*, 2014).

A completitude é um desses atributos e resulta da inclusão de todos os dados necessários para responder a uma questão de determinado problema. No âmbito dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), essa dimensão é também denominada de completitude e pode ser entendida como o grau em que os registros de um sistema de informação possuem valores não nulos (BRASIL, 2001b; MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010; SILVA *et al.*, 2013b; CORREIA, *et al.*, 2014).

Dentre os SIS, o que se destaca sobre o tema estudado é o Sistema de Informação sobre Mortalidade, considerado a principal fonte de dados sobre mortalidade no Brasil (MURATORE *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2013b). Apesar disso, apresenta problemas que

limitam sua utilização para a análise da mortalidade infantil e seus determinantes (COSTA; FRIAS, 2009) e enfrenta obstáculos para melhorar a qualidade de seus dados (BRASIL, 2001b; MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010; SILVA *et al.*, 2013b; CORREIA, *et al.*, 2014). Neste sentido, estudos como este são importantes no intuito de contribuir para o aprimoramento de seu preenchimento, com os consequentes reflexos sobre a consciência das informações sobre mortalidade na região do estudo e no país, além de ser uma importante ferramenta para a identificação de possíveis riscos (LAMMER *et al.*, 1989; BARROS; XIMENES; LIMA, 2002; CNATTINGIUS; STEPHANSSON, 2002; MACDORMAN; KIRMEYER, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2011; CORREIA *et al.*, 2014).

Os pontos levantados pelo estudo permitem esboçar uma situação que deve ser discutida acerca do aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, visto que, as investigações do óbito fetal e infantil nos municípios estudados não foram realizadas de forma efetiva. Este fato pode ser observado pelo baixo preenchimento das fichas de investigação conforme o percurso assistencial que deveria ser seguido para cada caso de óbito, comprometendo a qualidade da informação sobre estes eventos (BRASIL, 2009a).

SILVA *et al.* (2013b) discutem a existência de aspectos multifatoriais para avaliação de um Sistema de Informação: tais como completitude das variáveis, fidedignidade e consistência. Considerando-se unicamente o primeiro aspecto, já é possível verificar a qualidade de um dado sistema. Essas características, entretanto, ficam comprometidas pela subnotificação de eventos e pelo preenchimento incorreto e incompleto de suas variáveis (GUERRA *et al.*, 2004; ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009; MASCARENHAS; GOMES, 2009; SILVA; AIDAR; MATHIAS, 2011; SILVA *et al.*, 2013a).

Neste estudo, o número de investigações de óbitos fetais e infantis foi inferior ao número de casos digitados de forma completa no banco de dados do SIM, apontando a fragilidade do processo. Ressalta-se que, para o fechamento da investigação, todas as fichas indicadas ao caso deveriam ser preenchidas, auxiliando a análise, a interpretação das circunstâncias do óbito e as recomendações realizadas por meio da ficha síntese (BRASIL, 2009a).

Dados inconsistentes apresentados ao SIM podem prejudicar a confiabilidade das informações, gerando falsos diagnósticos de saúde e comprometendo as medidas de intervenção (COSTA; FRIAS, 2011), como encontrado na região do estudo. De acordo com o acesso ao SIM, apesar de com atraso (investigação realizada após 120 dias), parte dos óbitos infantis e fetais apresentavam status de óbitos investigados. Contudo, ao abrir as fichas de

investigação por óbito, foi observado que a maioria delas apresentava variáveis em branco, ou até mesmo sua totalidade sem preencher, mascarando os dados que aferem a qualidade da assistência prestada (COSTA; FRIAS, 2011).

Os frequentes erros encontrados no preenchimento das fichas de investigação contidas no SIM demonstraram, em sua maioria, uma relativa negligência por parte dos profissionais envolvidos, que levam à perda de dados relevantes ao setor nacional de saúde e, conseqüentemente, determinam prejuízos às ações de políticas efetivas direcionadas ao setor (MACMAHON; PUGH, 1970) e dificuldade para uma distribuição correta dos recursos de saúde pelo país (O'DONOVAN *et al.*, 2010). Contudo, o precário preenchimento dos dados não se restringe apenas à negligência dos profissionais.

Alguns autores discutem outros motivos como o preenchimento inadequado da declaração de óbito, prontuários com dados incompletos, burocratização no acesso dos investigadores aos serviços de saúde, à insuficiente participação das equipes de saúde da família na realização da investigação, desarticulação dos envolvidos na investigação, vigilância do óbito e na captação da investigação e informação, registro inadequado dos dados de identificação, fragilidades na transferência de dados do município ao estado, desconhecimento da forma correta de preenchimento das informações, desconhecimento para a utilização do critério de evitabilidade e, por conseguinte a sua completitude, a falta de capacitação profissional, a falta de atuação dos comitês de investigação e a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde (RODRIGUE; SIQUEIRA, 2003; ROMERO; CUNHA, 2006; PEDROSA; SARINHO; ORDENHA, 2007; COSTA; FRIAS, 2009; COSTA; FRIAS, 2011).

A particularidade do não preenchimento do critério de evitabilidade contribui para a falta de compreensão dos eventos associados ao óbito e não gera recomendações à sua evitabilidade (CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013). Ressalta-se que de acordo com o Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal (BRASIL, 2009a), as classificações de evitabilidade têm sido utilizadas para análise destes óbitos, de acordo com a possibilidade de sua prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis. O objetivo é esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, o impacto de diferentes fatores na mortalidade infantil e fetal e avaliar a efetividade dos serviços.

Ainda neste contexto, a produção dos dados e a sistematização da informação devem ser realizadas de forma cotidiana e institucionalizada pelas áreas técnicas das secretarias de

saúde e pelos gestores dos serviços de saúde, o que não foi verificado em todos os municípios deste estudo. Os responsáveis pela vigilância devem monitorar e acompanhar sistematicamente os indicadores da assistência obstétrica, neonatal e de saúde da criança, tanto do processo assistencial quanto de resultados da atenção.

Pode-se afirmar após a análise de completitude das variáveis que, muitos dados considerados incompletos poderiam ser preenchidos de forma simples caso as respostas das variáveis fossem reestruturadas utilizando, por exemplo, a opção “não se aplica”. Isso, pois, muitas vezes as perguntas secundárias se encontravam em branco por não apresentar relação com a pergunta principal.

O mesmo pôde ser observado para algumas questões que incluem o óbito fetal. Por se tratar de um nascido morto, dados como “*data de nascimento, idade no momento do óbito, a criança era acompanhada na atenção básica e a vacinação estava em dia*”, não deveriam ser preenchidos. A resposta “não se aplica” seria a mais adequada para este caso, que quando não se apresentou em branco, foi respondido pela variável “não”, resultando em baixa completitude e/ou em dados não reais sobre a população.

Outro equívoco levantado após análise dos dados de completitude está relacionado ao programa em si. Um fator limitante está na conclusão da investigação pelo sistema, mesmo que a ficha apresente algum dado em branco, ou até mesmo sua totalidade. Sabe-se que para a prevenção do óbito infantil e fetal, são necessárias informações detalhadas sobre o evento.

Observou-se neste estudo a necessidade de alteração na parte informatizada, para que se torne impossível a conclusão da investigação do óbito, caso haja algum item sem preenchimento. Este fato poderia favorecer a qualidade das investigações, melhorando o entendimento da complexa rede de fatores associados ao evento, evitando o desconhecimento sobre as barreiras encontradas na realização das mesmas, além da divulgação de dados irreais sobre a realidade dos municípios em todo o país. Segundo alguns autores, considera-se importante ainda, a orientação dos profissionais responsáveis quanto aos aspectos éticos e legais da investigação e seu compromisso na qualidade das informações no intuito de identificar as fragilidades assistenciais possibilitando intervenções adequadas ao contexto e perfil epidemiológico local (MELLO-JORGE; LAURENTI; NUBILA, 2010).

O gerenciamento da qualidade da informação dos SIS do Brasil ainda não é realizado de forma organizada e sistemática, avaliando-se apenas partes do ciclo de produção da informação (CORREIA *et al.*, 2014), como demonstrado na região do estudo. Ademais, ainda que se verifique um aumento do interesse em se avaliar a completitude, ele ainda é

insuficiente para dar conta do grande volume e diversidade de dados que são produzidos pelos atuais sistemas de informação (COELI *et al.*, 2009).

Ainda neste contexto, embora haja crescente interesse na avaliação de completude, ainda é muito pequeno o número de estudos publicados. Os encontrados, sugerem medidas que poderiam ser implementadas para a melhoria das informações como: a valorização do tema nos currículos médicos e qualificação de profissionais; implantação, fortalecimento e atuação de núcleos hospitalares de epidemiologia; investimento na instrução de funcionários administrativos das células de vigilância epidemiológica e a implantação e atuação de comitês de mortalidade para investigação, discussão e avaliação de melhorias para o desempenho dos SIS-SUS e divulgação dos relatórios das investigações desses óbitos, devolvendo para os serviços de saúde dados que eles mesmos produzem (COSTA; FRIAS, 2009; MELLO-JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010; BARBUSCIA; RODRIGUES-JUNIOR, 2011; RIOS *et al.*, 2013; CORREIA *et al.*, 2014). Contudo, diversas medidas supracitadas ainda necessitam ser implantadas na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha.

Conclusão e Considerações finais



Hospitalar de Epidemiologia atuarem apenas de forma parcial. Este cenário dificulta a coleta, análise e divulgação das informações.

Foram observadas dificuldades relacionadas à vigilância do óbito e a organização da investigação, sendo imprescindível a superação desses entraves para a redução da mortalidade infantil. A falta de estrutura material e administrativa, além do fato de as atividades serem conduzidas por iniciativas isoladas de pessoas, sendo no caso da região do estudo, pelos enfermeiros da ESF ou por pequenos grupos sem respaldo dos níveis superiores de hierarquia, mostra como podem ser frágeis as ações de investigação na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha. A prática de investigação requer a contratação de profissionais qualificados, com papéis efetivamente claros, infraestrutura adequada. Além disso, é essencial que suas ações ou recomendações sejam respaldadas pelas gestões municipal, regional e estadual. Isso permitiria a avaliação dos componentes relacionados a estrutura, ao processo e resultado com inclusão das alterações necessárias.

No que se refere a evitabilidade do óbito é necessário que a fonte de dados seja confiável, diferente dos dados encontrados neste estudo. Constatou-se uma baixa aplicabilidade da lista para classificação de evitabilidade dos óbitos fetais e infantis já que em quase sua totalidade não foi feito o preenchimento ou o registro não foi adequado.

Pôde-se afirmar que o uso da ficha síntese de investigação na região do estudo pode implicar recomendações equivocadas aos gestores, visto que a aplicação deste instrumento não está sendo eficaz nos municípios, pois existem muitas lacunas a serem preenchidas. Neste sentido, há a necessidade de rever a estruturação e especificação dos fluxos a serem seguidos, a compreensão do uso das fichas conforme elegibilidade e principalmente, a utilização destes instrumentos como ferramentas para otimização das ações da vigilância do óbito municipal

Sendo assim, 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. Para isso, torna-se indispensável capacitar os envolvidos no processo de investigação e análise dos óbitos no que se refere aos conteúdos que desenvolvam habilidades e competências para sistematizar o registro de dados epidemiológicos, de modo que possam fundamentar os sistemas de informação em saúde.

Vale destacar ainda a importância do envolvimento dos gestores institucionais, municipais e estaduais nessa questão e sensibilizá-los quanto à relevância da qualidade dos dados sobre mortalidade, na construção de indicadores que demonstrem uma melhoria da cobertura e da qualidade das informações, para assim, possibilitar as discussões sobre desigualdades em saúde no país.

Como limitação para este estudo está a utilização apenas de questionário elaborado para esta pesquisa como fonte de coleta de dados. O uso em conjunto de impressos e outros dados oferecidos por cada município no que se refere a individualidade de cada processo investigativo poderia agregar valor ao estudo. Contudo, isto se deu, devido ao grande número de municípios a ser visitado, a distância geográfica entre eles e o curto prazo para a coleta de dados.

Ainda como limitação, ressalta-se a avaliação parcial da qualidade dos dados contidos na ficha síntese de investigação, feita neste estudo, limitando-se a um único aspecto: a completitude da ficha síntese. Ou seja, as variáveis podem estar preenchidas, resultando em boa completitude. Não obstante, a confiabilidade da informação não foi avaliada aqui.



- Nascidos Vivos – Sinasc: Uma Avaliação de sua Trajetória. 2009. p. 11-37. In: **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; SCHOEPS, D.; MINUCI, E.G.; SILVA, Z.P.; ORTIZ, L.P.; NOVAES, H.M.D.; ALENCAR, A.P.; RASPANTINI, P.R.; SANTOS, P.C. Qualidade das informações registradas nas declarações de óbito fetal em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, v. 45. n.5, p.845-53, 2011.
 3. ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Atenção à Saúde e Mortalidade Neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, n. 1, p. 22-35, 2004.
 4. ALVES, A.C.; FRANÇA, E.; MENDONÇA, M.L.; REZENDE, E.M.; ISHITANI, L.H.; CÔRTEZ, M.C.J.W. Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 8, n. 1, p. 27-33, 2008.
 5. AQUINO, R.; OLIVEIRA N.F.; BARRETO M.L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**, v.99, n.1, p.87-93, 2009.
 6. ARAUJO, L.B. **Análise da implantação e operacionalização dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal no Estado do Ceará**. 2012. 100 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Ceará, 2012.
 7. Ayres, B. V. da S. **Mortalidade infantil em municípios de médio e pequeno porte das regiões Norte e Nordeste do Brasil e Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais: um estudo caso-controle**. / [manuscrito] Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 2014. 105 f.: tab.; graf.

-
-
8. BARBUSCIA, D. M; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L. Completeness of data on live birth certificates and death certificates for early neonatal and fetal deaths in the Ribeirão Preto Region, São Paulo State, Brazil, 2000-2007. **Cad Saude Publica**, v.27, p.1192-200, 2011.
 9. BARRETO, I.C.H.C; PONTES, L.K.; CORRÊA, L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. **Rev Panam Saúde Publica**, v. 5, n. 7, p.303-312, 2000.
 10. BARRETO, J.O.M.; NERY, I.S.; BRANDÃO E MENDES, Y.M.M. Mortalidade Perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 1, p.88-95, 2011.
 11. BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, supl., p.1779-90, 2007.
 12. BARROS, F.C.; MATIJASEVICH, A.; REQUEJO, J.H.; GIUGLIANI, E.; MARANHÃO, A.G.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, A.J.; BUSTREO, F.; MERIALDI, M.; VICTORA, C.G. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goals 4 and 5. **Am J Public Health**, v. 100, n. 10, p. 1877-1889, 2010.
 13. BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Validação de variáveis de declarações de óbitos por causas externas, Recife, PE, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.3, p.301-6, 2002.
 14. BARRUFI, M.A; HADDAD, E; PAEZ, A. Infant mortality in Brazil, 1980-2000: A spatial panel data analysis. **BMC Public Health** 2012,12:181.
 15. BHUTA, Z.A.; DARMSTADT, G.L.; HASAN, B.S.; HAWS, R.A. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. **Pediatrics**, v.115, n.2 (Suppl), p.519-617, 2005.
 16. BHUTTA, Z.A. ; CHOPRA, M.; AXELSON, H.; BERMAN, P.; BOERMA,T.; BRYCE, J.; BUSTREO, F.; CAVAGNERO, E.; COMETTO, G.; DAELMANS, B.; BLACK, R.E.; COUSENS, S.; JOHNSON, H.L.; LAWN, J.E.; RUDAN, I.; BASSANI, D.G.; JHA, P.; CAMPBELL, H.; WALKER, C.F.; CIBULSKIS, R.; EISELE, T.; LIU, L.; MATHERS, C. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. **Lancet**, v.375, p.1969-1987, 2010.
 17. BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistema de informação em saúde no nível local. **Cad Saude Publica**, v.12, n.2, p.267-270, 1996.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Saúde. Sub-sistema de Informações sobre Mortalidade. **Manual de procedimentos e operações**. Brasília: Ministério da Saúde, 1976.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de instrução para o preenchimento da declaração de óbito, 1997**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Importância dos Sistemas de Informações sobre mortalidade e nascidos vivos para os profissionais do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
21. BRASIL, Ministério da saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informação sobre Mortalidade**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Informe da Atenção Básica, ano 5, Mai-Jun, 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Integração de informações do SIAB, SIM e SINASC aos sistemas locais de saúde**. Informe da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
24. BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. **PLANOMESO - Plano de Desenvolvimento Integrado e Sustentável dos Mesovales Jequitinhonha e Mucuri**, 2005
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Investigação do Óbito Infantil Fetal** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº. 116, de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde. [Homepage]. [Acesso em 20 Jul 2013]. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_data/cve/Regulamentass.pdf. />. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

-
-
28. BRASIL. Leis e Decretos. **Lei nº 11.976 de 7 de julho de 2009**, publicada no DOU de 08.07.09, de 2009, nº 123, Seção 1 p.1, dispondo sobre a Declaração de Óbito e a realização de estatísticas de óbitos em hospitais públicos e privados. Brasília, 2009c.
 29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria 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 SUS [Homepage]. [Acesso em 20 jul 2013]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102526-72>. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
 30. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituição da Rede Cegonha. **Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011**. Brasília: Diário Oficial da União; 2011a.
 31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
 32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013
 33. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade [Homepage]. [Acesso em jan. 2014]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
 34. CAETANO, S.F.; VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas. **Cad Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p.309-317, 2013.
 35. CALDEIRA, A.P.; França, E.; Perpétuo, I.H.O.; Goulart, E.M.A.. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev Saúde Pública**, v.39, n. 1, p. 67-74, 2005.
 36. CARNEIRO, Sheyla Rodrigues de Lima. **Implantação do Comitê de Estudo de Mortalidade Infantil e Materna do Município do Jaboaão dos Guararapes - PE**. 2012. 31p. Monografia (Especialização). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012.
 37. CEMACH. **Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Improving the health of mothers, babies and children**. London, April 2005. Disponível em www.Cemach.org.uk. Acesso em: 14 set. 2015

-
-
38. CNATTINGIUS, S.; STEPHANSSON, O. The epidemiology of stillbirth. **Semin Perinatol**, v.26, n.1, p.25-30, 2002.
 39. COELHO, K. R. **Avaliação Do Grau De Implantação Do Programa De Humanização Do Parto E Nascimento No Médio Vale Do Jequitinhonha Em Minas Gerais** [manuscrito] tese de doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. 135f.
 40. COELI, C. M.; CARMARGO, K. R. C. J.; SANCHES, K. R. B.; CASCÃO, A. M. 2009. p. 525-530. Sistemas de informação em saúde. In: MEDRONHO, R.A.;
 41. CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4467-78, 2014.
 42. COSTA, J.M.B.S.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude das variáveis da declaração de nascidos vivos de residentes em Pernambuco, 1996-2005. **Cad Saúde Pública**, v.25, n. 3, p. 613-624, 2009.
 43. COSTA, J.M.B.S.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 1, n. 16, p.1267-1274, 2011.
 44. COSTA, M.C.N.; MOTA, E.L.A.; PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V.; TEIXEIRA, M.G.; MENDES, C.M.C. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.6, p. 699-706, 2003.
 45. COUNTDOWN COVERAGE WRITING GROUP; COUNTDOWN TO 2015 CORE GROUP; BRYCE, J.; DAELMANS, B.; DWIVEDI, A.; FAUVEAU, V.; LAWN J.E.; MASON, E.; NEWBY, H.; SHANKAR, A.; STARRS, A.; WARDLAW, T. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. **Lancet**, v.371, n.9620, p.1247-58, 2008.
 46. DALLOLIO, L.; DI GREGORI, V.; LENZI, J.; FRANCHINO, G.; CALUGI, S.; DOMENIGHETTI, G.; FANTINI, M.P. Socio-economic factors associated with infant mortality in Italy: an ecological study. **Int J Equity Health**, v. 11, n. 45, 2012.
 47. DE GALAN-ROOSEN, A.E.M.; KUIJPERS, J.C ; VAN DER STRAATEN, P.J.C.; MERKUS, J.M.W.M. Fundamental classification of perinatal death: Validation of a new classification system of perinatal death. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, Amsterdam, v. 103, n. 1, p. 30-36, 2002

-
-
48. Escola Nacional de Saúde Pública. ENSP. Comitê atua na prevenção da mortalidade infantil e neonatal. **Informe Escola Nacional de Saúde Pública**. Entrevista e, 04/12/2009. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=19475>. Acesso em 20 jan 2013.
49. FARJADO, S.; AERTS D.R.G.C.; BASSANESI, S.L. Acurácia da equipe do Sistema de Informações sobre Mortalidade na seleção da causa básica do óbito em capital no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.10, p.2218-2228, 2009.
50. FORMIGLI, V.L.A.; SILVA, L.M.V.; CERDEIRA, A.J.P.; PINTO, C.M.F.; OLIVEIRA, R.S.A.; CALDAS, A.C.; VILAS BOAS, M.J.B.; FONSECA, A.C.; SOUZA, L.S.F.; SILVA, L.R.; PAES, M.S.F. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. **Cad Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p.33-41, 1996.
51. FRANCISCO, A.; FOGSTAD, H.; GUPTA, N.; LASKI, L.; LAWN, J.; MALIQI, B.; FRIAS, P.G.; LIRA, P.I.C.; VIDAL, S.A.; VANDERLEI, L.C. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde - estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. **J Pediatr**, v.78, n.6, pp. 509-516, 2002.
52. FRIAS, P.G.; MULLACHERY, P.H.; GIUGLIANI, E.R.J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. 2009; p. 85-110. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
53. FRIAS, P.G.; SZWARCOWALD, Célia L.; LIRA, P.I.C. Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.11, n.4, p.463-470, 2011.
54. FRIAS, P.G.; VIDAL, S.A.; PEREIRA, P.M.H.; LIRA, P.I.C.; VANDERLEI, L.C. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.5, suppl.1, p. s43-s52, 2005.
55. GASTAUD ALGS, HONER MR, CUNHA RV. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002. **Cad Saúde Pública**. 2008; 24: 1631-40.
56. GORGOT, L.R.M.R.; SANTOS, I.; VALLE, N.; MATISAJEVICH, A.; BARROS; A. J. D.; ALBERNAZ, E. Óbitos evitáveis até 48 meses de idade entre as crianças da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.2, p.334-42, 2011.
57. GUERRA, F. A. R.; LLERENA Jr. J. C.; GAMA, S. G. N; CUNHA, C. B.; THEME FILHA, M. M. Confiabilidade das informações das declarações de nascidos vivos com

-
-
- registro de defeitos congênitos no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2004. **Cad Saude Publica**, v.24, n.2, p.438-46, 2008.
58. GUERRERO, P. VALE DO JEQUITINHONHA: A REGIÃO E SEUS CONTRASTES. **Revista Discente Expressões Geográficas**, nº 05, ano V, p. 81 – 100. Florianópolis, maio de 2009.
59. HARAKI, C.A.C.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 8, p.19-24, 2005.
60. HECKMANN, I. C.; CANANI, L.H.; SANT'ANNA, U.L.; BORDIN, R. Análise do preenchimento de declarações de óbito em localidade do estado do Rio Grande do Sul (Brasil). **Rev Saúde Pública**, v.23, n.4, p. 292-297, 1989.
61. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável: Brasil 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
62. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
63. JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad Saude Pública**, v. 1, n. 24, p.329-332, 2008.
64. JODAS, D.A.; SCOCHI, M.J.; MOURA, M.B.; TIWATA, M.Z. Atendimento à criança e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos. **Rev Gaúcha Enferm**, v.32, n.4, p.669-75, 2011.
65. KILSZTAJN S, ROSSBACH AC, CARMO MSNC, SUGAHARA GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37 (3): 303-10.
66. LAMMER, E. J; BROWN, L. E; ANDERKA, M. T; GUYER, B. Classification and analysis of fetal deaths in Massachussetts. **JAMA**, v. 261, n.12, p.1757-62, 1989.
67. LANA, F. C. F.; AMARAL, E. P.; LANZA, F. M.; LIMA, P. L.; CARVALHO, A. C. N. de; DINIZ, L. G. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 6, p. 696-700, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600014>

-
-
68. LANSKY S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Divulg Saúde Debate**, v.36, p.10-17, 2006.
69. LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p.191-199, 2010.
70. LANSKY, S.; FRANÇA, E.; Ishitani, L.; Perpétuo, I.H.O. Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil - 1980 a 2005. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
71. LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.6, p.759-72, 2002.
72. LEAL, M.C.; FRIAS, P.G.; CARDOSO, M.C.; RODRIGUES, C.P. **Implantação de um sistema de monitoramento da mortalidade infantil no estado de Pernambuco e sua utilização na predição de óbitos**: relatório apresentado a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 1997.
73. LEITE, A.J.M.; MARCOPITO, L.F.; DINIZ,R.L.P.; SILVA, A.V.S.; SOUZA, L.C.B.; BORGES, J.C.; SÁ, H.L.C. Mortes perinatais nos municípios de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? **J Pediatría**, v.73, p.388 – 94, 1997.
74. LEKEL, J.F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. **Epidemiologia, estatística e medicina preventiva**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2002.
75. MACDORMAN, M.F.; KIRMEYER, S. Fetal and perinatal mortality, United States, 2005. **Natl Vital Stat Rep**, v.57, n.8, p.1-19, 2009.
76. MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; FÁTIMA, M.; SOUZA, M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **J Epidemiol Community Health**, v.60, n.1, p.13–19, 2006.
77. MACMAHON, B; PUGH, T. F. **Epidemiology: principles and methods**. Boston: Little Brow and Co; 1970.
78. MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765- 776, maio/jun. 2007.

-
-
79. MALTA, D.C.; DUARTE, E.C.; ESCALANTE, J.J.C.; ALMEIDA, M.F.; SARDINHA, L.M.V.; MACÁRIO, E.M.; MONTEIRO, R.A.; MORAIS NETO, O.L. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n.3, p.481-491, 2010.
80. MANSANO, N.H.; MAZZA, V.A.; SOARES, V.M.N.; ARALDI, M.A.R.; CABRAL, V.L.M. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. **Cad Saúde Pública**, v. 1, n. 20, p.329-332, 2004.
81. MARTINS, E. F.; REZENDE, E.M.; LANA, F.C.F.; SOUZA, K.V. Óbitos Perinatais Investigados e Falhas na Assistência Hospitalar ao Parto. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p.38-45, 2013.
82. MASCARENHAS, M.D.D.; GOMES, K.R.O. Confiabilidade dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Teresina, Estado do Piauí, Brasil – 2002. **Cienc Saude Coletiva**, v.16, Supl 1, p.1233-9, 2006.
83. MASON, E.; PITT, C.; REQUEJO, J.; STARRS, A.; VICTORA, C.G.; WARDLAW, T. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. **Lancet**, v.375, p.2032-2044, 2010.
84. MATHIAS, T.A.F.; ASSUNCAO, N.A.; SILVA, G.F. Infant deaths investigated by the Prevention Committee of Infant Mortality in region of Paraná state. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p. 445-453, 2008.
85. MATHIAS, T.A.F.; UCHIMURA, T.T.; ASSUNÇÃO, A.N.; PREDEBON, K.M. Atividades de extensão Universitária em comitê de prevenção de mortalidade infantil. **Rev Bras Enferm**, v. 2, n. 62, p. 305-311, 2009.
86. MELLO JORGE, M. H. P; LAURENTI, R; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde do Brasil. **Cad Saude Colet** , v.18, n.1, p.7-18, 2010 .
87. MELLO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R.; VENTURA DI NUBILA, H.B. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev Bras Epidemiol**, v. 4, n. 13, p.561-576, 2010.
88. MELLO JORGE, M.H.P; LAURENTI R.; GOTLIEB, S.L.D.G. O Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM: Concepção, implantação e avaliação. In: **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Produção e disseminação sobre saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

-
-
89. MENDONÇA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M. P. Problemas no preenchimento da Declaração de óbito: estudo exploratório. **Rev Bras Est Popul**, v.27, n.2. p. 285-295, 2010.
90. MENEZES, S.T.; REZENDE, E.M.; MARTINS, E.F; VILLELA, L.C.M. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 14 (2): 137-145 144 abr. / jun., 2014
91. MOTA, S. M. M. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Paraná em 2004: uma avaliação do sistema de Informações sobre Mortalidade. **Rev Epid Serv Saúde**, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2008.
92. MURATORE, C.; BELZITI, C.; DI TORO, D.; GANT LÓPEZ, J.; MULASSI, A.; BARRIOS, A.; et al. Accuracy of the Death Certificate (DC) to Assess the Cause of Death and Comparison with the Verbal Autopsy: The PRISMA Study. **Rev Argent Cardiol**, v.74, p.211-6, 2006.
93. O'DONOVAN, B. G. G; ARMSTRONG, P; BYRNE, M. C; MURPHY, A. W. Donegal Specialist Training Programme in General Practice. A mixed-methods prospective study of death certification in general practice. **Fam Pract**, v. 27, n. 14, p.351-5, 2010.
94. ORTIZ, L. P. Agrupamento das causas de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças. 2001. Mimeo. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/viva-vida/comites/Agrupamento%20das%20Causas%20de%20Morte%20dos%20Menores%20de%20Um%20Ano%20Segundo%20Critério%20de%20Evitabilidade%20das%20Doencas.pdf> Acesso em: 14 set. 2015.
95. PAES, N.A. Avaliação da cobertura dos registros de óbitos dos Estados brasileiros em 2000. **Rev Saúde Pública**, v. 6, n. 39, p.882-890, 2005.
96. PEDROSA, L.D.C.O; SARINHO, S.W; ORDONHA, M.R. Análise da qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Maceió, Alagoas, Brasil, 2001-2002. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2385-95, 2007.
97. POLES, K.; PARADA, C.M.G.L. Mortalidade Infantil em Município do Interior do Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 1, n. 36, p.10-17, 2002.

98. PRO-ADESS, **Projeto:** Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Relatório Final. Rio de Janeiro. Ago. 2003.[Acesso em 20 jan 2013].Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/pacto/1.htm>>.
99. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. PNUD: informações sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [homepage]. [Acesso em 25 abr 2015]. Disponível em: www.pnud.org.br/ODM4.aspx.
100. RAJARATNAM, J.K.; MARCUS, J.R.; FLAXMAN, A.D.; WANG, H.; LEVINE, A.; DWYER, L.; COSTA, M.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.J.L. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970—2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. **Lancet**, v.375, N.9730, p.1988-2008, 2010.
101. RESENDE, M.S.; SOARES, N.S.; COUTINHO, R.C.; MASCARENHAS, M.M.. Investigação dos óbitos infantis em maternidade pública: aspectos epidemiológicos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 3, p.25-32, 2013.
102. RIOS, M. A.; ANJOS, K.F.; MEIRA, S.S.; NERY,A.A.; CASOTTI, C.A. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. **J Bras Psiquiatr**, v.62, n.2, p.131-8, 2013.
103. RODRIGUES, A.V; SIQUEIRA, A.A.F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.1, p.183-189, 2003.
104. RODRIGUES, L.S.; MELO, S.F.; MELO, É.V.C.F.; ARAÚJO, A. Aspectos Importantes Sobre a Mortalidade Infantil em Itapecerica – Minas Gerais. **Rev Enferm Cent-Oeste Min: RECOM**, v. 3, n. 1, p.498-506, 2013.
105. ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. 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**, v.22, n.3, p. 673-681, 2006.
106. RUDAN, I.; KAPIRIRI, L.; TOMLINSON, M.; BALLIET, M.; COHEN, B.; CHOPRA, M. Evidence-Based Priority Setting for Health Care and Research: Tools to Support Policy in Maternal, Neonatal, and Child Health in Africa. **PLoS Med**, v.7, n.7, 2010.

-
-
107. RUTSTEIN D.D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T.C.; CHILD, C.G.3rd.; FISHMAN, A.P.; PERRIN, E.B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N Eng J Med**, v.294, n.11, p.582-8, 1976.
108. SANTANA, I.P.; SANTOS, J.M.; COSTA, J.R.; OLIVEIRA, R.R.; ORLANDI, M.H.F.; MATHIAS, T.A.F. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p.556-562, 2011.
109. SANTANA, M.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância de óbitos infantis. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.59-67, 2012.
110. SANTOS, A.D.; Eloy, A.V.R.; Alves, M.C.M.A.; Santos, M.S.S.; Oliveira, N.; Melo, C. C. S. Evolução Temporal e Geográfica da Mortalidade Infantil em Sergipe, 2000-2005. **Scientia Plena**, v. 6, n.5, p. 01-09, 2010.
111. SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, A.J.D.; ALBERNAZ, E.P.; DOMINGUES, M.R.; VALLE, N.C.J.; MALTA, D.C.; GORGOT, L.M.R.M.; BARROS, F.C. Avoidable deaths in the first four years of life among children in the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cad Saúde Pública**, v.27, Sup 2, p.185-197, 2011.
112. SANTOS, G.R.S; PALES, R.C. **Desenvolvimento Regional e Desigualdades Sociais entre as Macrorregiões de Planejamento de Minas Gerais**. 36º Encontro Anual da ANPOCS. Disponível em <file:///C:/Users/HP/Desktop/SANTOS%20PALES.pdf>. Acesso em 16 de set/2015
113. SARINHO, S.W. Mortalidade pós-neonatal: novas abordagens. **J Pediatria**, v.77, n.6, p. 437-439, 2001.
114. SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). **Mortalidade Infantil e desenvolvimento**. Conj Demogr 1991;14/15:49-50
115. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Relatório dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia / NHE – Paraná [Homepage]. [Acesso em 13 Dez 2013]. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA04/Relatorio_NHE_CIB.pdf
116. [SIBAI, A.M. Mortality certification and cause of death reporting in developing countries. **Bull World Health Organ**, v.82, n.2, 2004.
117. SIMÕES C.C.S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

-
-
118. SIQUEIRA FILHA, N.T.; VANDERLEI, L.C.M.; MENDES, M.F.M. Avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Estado de Pernambuco, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, v.20, n.3, p. 307-316, 2011.
119. SILVA, G. F; AIDAR, T; MATHIAS, T. A. F. Qualidade do Sistema de Informação de Nascidos Vivos no Estado do Paraná, 2000-2005. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.79-86, 2011.
120. SILVA, J. A. C.; YAMAKI, V.N.; OLIVEIRA, J.P.S.; TEIXEIRA, R.K.C.; SANTOS, F.A.F.; HOSOUME,V.S.N. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém-Pará, em 2010. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.59, n.4, p. 335-340, 2013.
121. SILVA, R. S. S; OLIBEIRA, C. M; FERREIRA, D. K. S; BONIM, C. V. Avaliação da completitude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc – nos Estados da região Nordeste do Brasil, 2000 e 2009. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 22, n.2, p.347-352, 2013.
122. SILVEIRA, M.M.I. **O atestado médico falso**. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2001. (Série divulgação nº 9).
123. SOARES, J.A.S.; HORTA, F.M.B.; CALDEIRA, A.P. Avaliação da qualidade das informações em declarações de óbitos infantis. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.7, n.3, p. 289-295, 2007.
124. SOARES, V.M.N.; MARTINS, A.L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.6, n.4, p. 453-460, 2006.
125. STUQUE, C.O.; CORDEIRO, J.A.; CURY, P.M. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. **J Bras Patol Med Lab**, v.39, n.4, p. 361-364, 2003.
126. UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2008**, sobrevivência infantil. Brasília, 2007.
127. UNICEF. **Situação mundial da infância 2008** – Caderno Brasil. Brasília: Fundo das Nações Unidas para Infância, 2008 [Homepage]. [Acesso em 05 set 2013]. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>.
128. UNICEF. UNCSF. **Levels & trends in child mortality**. 2011.
129. UNITED NATIONS. Millennium Development Goals. New York: United Nations,

-
-
130. 2009 [Homepage]. [Acesso em 05 set 2013].Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/>>.
131. VANDERLEI, L.C.; ARRUDA, B.K.G.; FRIAS, P.G.; ARRUDA,S. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbitos em Unidade Terciária de Atenção à Saúde Materno-infantil. **Inf Epidemiol SUS**, v. 1, n. 11, p.7-14, 2002a.
132. VANDERLEI, L.C.; ARRUDA, B.K.G.; FRIAS, P.G.; ARRUDA,S. Avaliação da confiabilidade da causa básica de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. **Inf Epidemiol SUS**, v. 1, n. 11, p.15-23, 2002b.
133. VANDERLEI, L.C.; SIMÕES, F.T.P.A.; VIDAL, S.A.; FRIAS, P.G. Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.10, n.4, p.449-458, 2010.
134. VENÂNCIO, S.I.; PAIVA, R. O processo de implantação dos comitês de investigação do óbito infantil no Estado de São Paulo, **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.10, n.3, p.369-375, 2010.
135. VICTORA C.G; BARROS, F.C. & VAUGHAN J. P. **Epidemiologia da Desigualdade**. 2^a ed., São Paulo: Hucitec, 1989.
136. VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P.; BARROS, F.C.; SILVA, A.C.; TOMASI, E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet**, v.356, n. 9235, p.1093–98, 2000.
137. VICTORA, C.G; BARROS, F.C. Infant Mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **São Paulo Med J**, v.119, n.1, p.33-42, 2001.
138. VICTORA, C.G; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v.377, n.9780, p.1863-76, 2011.
139. WARD, J. H.Jr. Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. **Journal of the American Statistical Association**, v.58, p. 236–244, 1963.
140. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Pan-americana de Saúde, Mortalidade fetal, Neonatal e Perinatal. Situação da Saúde nas Américas. [Homepage]. [Acesso em: 29 Jan. 2013].Disponível em: http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu-principal/02_Informacion%20de%20LA%20y%20Caribe/Indice/11mortalidadfetal.html

Apêndices



1. Data da Entrevista: _____/_____/_____
2. Número de identificação:
3. Nome Completo:
4. Local de Nascimento:
5. Estado Civil:
6. Sexo:
7. Raça:
8. Data de Nascimento:
9. Idade:
10. Escolaridade:
11. Formação profissional/Acadêmica:
12. Ano de Formatura:
13. Instituição de Formatura:
14. Especialização:
15. Ano da Especialização:
16. Instituição de especialização:
17. Tempo no cargo (em meses)

**APÊNDICE B - Questionário investigação dos óbitos infantil e fetal – Integrante do
Comitê de Mortalidade infantil e fetal**

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO	
1.	Data da entrevista: ____/____/____
2.	Número de identificação:
3.	Nome Completo:
4.	Local de Nascimento:
5.	Estado Civil:
6.	Sexo:
7.	Raça:
8.	Data de Nascimento:
9.	Idade:
10.	Escolaridade:
11.	Formação profissional/Acadêmica:
12.	Ano de Formatura:
13.	Instituição de Formatura:
14.	Especialização:
15.	Ano da Especialização:
16.	Instituição de especialização:

**APÊNDICE C - Questionário investigação dos óbitos infantil e fetal – Integrante do
Comitê de Mortalidade infantil e fetal**

QUESTIONÁRIO SOBRE A INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIL E FETAL

1. Data da entrevista: ___/___/___					
2. Número de identificação:					
3. Nome completo:					
4. Município de atuação:					
5. Em sua opinião o que você considera/entende como investigação do óbito?					
0.	Não sei	()	1.	Investigação da causa base	()
2.	Investigação	()	3.	Realizar o critério de evitabilidade	()
4.	Levantar soluções	()	5.	Diminuir a taxa de mortalidade fetal e infantil	()
6.	Cumprir meta	()	7.		()
6. Existe um comitê de mortalidade fetal e infantil no seu município: 0. Não () 1. Sim ()					
2. Em andamento ()					
7. O município realiza a investigação do óbito infantil e fetal? 0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()					
7.1. Se sim, desde quando? ___/___/___			99. Não se aplica ()		
7.2. Se sim, quem realiza as investigações?					
1.	Comitê de mortalidade infantil e fetal	()	2.	Enfermagem ESF	()
3.	Outros Profissionais	()	99.	Não se aplica	()
¹ ESF: Estratégia Saúde da Família					
8. O Comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal está oficializado? 0. Não () 1. Sim ()					
2. Parcialmente / em andamento ()					
8.1. Se sim, em que data foi oficializado? ___/___/___			99. Não se aplica ()		
8.2. Se sim, quais documentos de formalização o comitê possui?					
1.	Portaria	()	2.	Resolução	()

3.	Regimento	()	4.	Outro:	()
99.	Não se aplica	()			

9. Qual a composição do comitê?

Representação	Formação Profissional	Atribuições

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

10. Qual o seu Cargo ou Função no comitê:

1.	Titular	()	2.	Suplente	()
3.	Outra	()			

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

11. Tempo de participação no comitê em meses:

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

12. Participou da implantação do comitê: 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

13. Há comitê de investigação hospitalar no município? 0. Não () 1. Sim ()

13.1. Se não por que?

0.	Não sabe	()	1.	Não realiza parto no município	()
2.	Não há necessidade	()	3.	Outros:	()
99.	Não aplica				

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

14. O Funcionamento do Comitê está vinculado ao comitê materno? Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

14.1. Se sim, a equipe é a mesma? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

14.2. Se sim, é utilizado a mesma área física? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

15. Além deste, é membro de outro comitê sobre prevenção do óbito infantil e fetal? 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

16. Neste município há hospital/maternidade onde ocorre parto? 0. Não () 1. Sim ()

16.1. Se não, onde são realizados os partos do município:

1.	Município de referência	()	2.	Município mais próximo	()
3.	Belo Horizonte	()	4.	Outros:	()

99.	Não aplica				
-----	------------	--	--	--	--

16.2. Se não, neste hospital de referência tem o comitê hospitalar constituído? 0. Não () 1. Sim ()
99. Não se aplica ()

16.2.1. Se não, quem realiza as investigações:

0.	Não sabe	()	1.	Comitê do hospital de residência	()
2.	Enfermagem ESF de residência	()	3.	Algum profissional do hospital de ocorrência	()
4.	Algum profissional do município de residência	()	5.	Superintendência Regional de Saúde	()
6.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

17. Quais as atribuições do comitê de mortalidade infantil e fetal?

0.	Não sei		1.	Investigação	
2.	Análise dos óbitos	()	3.	Proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências	()
4.	Qualificação da informação	()	5.	Divulgação/educação	()
6.	Mobilização/Articulação	()	7.	Avaliar a rede de serviços de saúde	()
8.	Redução das mortes preveníveis	()	9.	Outros	()

18. Qual você considera mais importante?

0.	Não sei	()	1.	Investigação	()
2.	Análise dos óbitos	()	3.	Proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências	()
4.	Qualificação da informação	()	5.	Divulgação/educação	()
6.	Mobilização/Articulação	()	7.	Avaliar a rede de serviços de saúde	()
8.	Redução das mortes preveníveis	()	9.	Outros	()

19. Em sua opinião, qual a missão primordial deste comitê?

1.	Investigação	()	2.	Análise dos óbitos	()
3.	Proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências	()	4.	Qualificação da informação	()
5.	Divulgação/educação	()	6.	Mobilização/Articulação	()
7.	Avaliar a rede de serviços de saúde	()	8.	Redução das mortes preveníveis	()
9.	Não sei	()	10.	Outros	()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

20. O comitê possui cronograma para realização de reuniões? 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

20.1. Se sim, qual a periodicidade das reuniões?

1.	Mensal	()	2.	Bimestral	()
----	--------	-----	----	-----------	-----

3.	Trimestral	()	4.	De acordo com a demanda	()
5.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

21. Existe registro oficial (ata) das reuniões realizadas? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

21.1. Se sim, quando ela é redigida?

1.	Durante a reunião	()	2.	Logo após a reunião	()
3.	Em outro momento	()	99.	Não se aplica	()

21.2. Se não, que outra(s) alternativa(s) usa para documentar a reunião?

0.	Não há registros	()	1.	Lista de frequência	()
2.	Livro de registros	()	4.	Outros	()
99.	Não se aplica	()			

22. Como considera sua participação (reuniões) no comitê em relação à assiduidade:

0.	Nunca frequentou	()	1.	Raramente frequente	()
2.	Pouco frequente	()	3.	Frequente	()
4.	Muito frequente	()			

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

23. Como considera sua participação (atividades) no comitê em relação à assiduidade:

0.	Nunca frequentou	()	1.	Raramente frequente	()
2.	Pouco frequente	()	3.	Frequente	()
4.	Muito frequente	()			

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

24. Como considera sua participação no comitê com relação à interesse nas investigações:

0.	Nunca interessou	()	1.	Raramente interessa	()
2.	Pouco interessa	()	3.	Interessa	()
4.	Interessa muito	()			

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

25. Como as investigações são planejadas, executadas e concluídas?

0.	Não sabe	()	1.	Depende da demanda e de cada caso	()
2.	Após ter ciência do óbito membro do comitê investigam - solicitam dados	()	3.	Após ter ciência do óbito membro do comitê investigam - solicitam dados hospitalares - reúnem	()

	hospitalares - reúnem para a síntese - alimenta o SIM WEB			para a síntese - encaminha para SRS alimentar o SIM WEB - arquiva as demais fichas	
4.	Após ter ciência do óbito enfermeiros da ESF investigam - solicitam dados hospitalares - reúnem para a síntese - encaminha para SRS alimentar o SIM WEB - arquiva as demais fichas	()	5.	Após ter ciência do óbito enfermeiros da ESF investigam - solicitam dados hospitalares - reúnem para a síntese - alimenta o SIM WEB	()
6.	Outros	()			

26. Há discussão entre todos os membros e em conjunto para realização da investigação? 0. Não () 1. Sim ()

26.1. Se não, por que?

1.	Apenas um membro realiza	()	2.	Falta de tempo	()
3.	Equipe não entrosada	()	4.	Falta de espaço físico	()
5.	Cada um faz a sua parte	()	6.	Morte em outro município. Recebe parte dados prontos	()
7.	Não necessidade	()	99.	Não se aplica	()

27. Há discussão entre todos serviços e em conjunto para realização da investigação ? 0. Não () 1. Sim ()

27.1. Se não, por que?

99. Não se aplica ()

1.	Apenas um membro	()	2.	Falta de tempo	()
3.	Equipe não entrosada	()	4.	Falta de espaço físico	()
5.	Cada um faz a sua parte	()	6.	Morte em outro município. Recebe dados prontos	()
7.	Equipe hospitalar não participa	()	8.	Não necessidade	()

28. O comitê recebe a cópia da declaração de óbito impressa? 0. Não () 1. Sim () 2. Às vezes ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico**

28.1. Se não, ou às vezes, por quê?

1.	Burocracia	()	2.	Cartório não encaminha	()
3.	Superintendência de saúde não encaminha	()	4.	Regional de saúde não encaminha	()
5.	Equipe hospitalar não participa	()	6.	Outros	()
99.	Não se aplica				

28.2. Se não, recebe a declaração de óbito, qual a consequência para a investigação:

0.	Não sabe	()	1.	Não há	()
2.	Atraso na entrega (mais de 120 dias)	()	3.	Não realização da investigação	()
4.	Outro	()		Não se aplica	()

28.3. Se não, ou às vezes como tem acesso a este dado?

1.	Membro da investigação busca no cartório	()	2.	Membro da investigação busca na Superintendência de saúde	()
3.	SIM ^S WEB pela SRS ^E	()	4.	Outros	()

99.	Não se aplica	()			()
[‡] SRS: Superintendência Regional de Saúde; [‡] Sistema de informação sobre mortalidade					
29. É realizado pelo comitê o critério de evitabilidade para os óbitos? 0. Não () 1. Sim () 2. Em parte () 3. Sim, apenas investigações recentes ()					
<i>**Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico</i>					
29.1. Se sim, quais os critérios de evitabilidade adotados?					
1.	Wigglesworth	()	2.	Seade	()
3.	Lista Brasileira	()	4.	Outros	()
99.	Não se aplica	()			
29.2. Se não ou em parte, por quê?					
1.	Não sabe realizar	()	2.	Não houve treinamento	()
3.	Difícil realizar	()	4.	Não sabia da importância	()
5.	Não sabia da exigência	()	6.	Não há necessidade	()
7.	Outros	()	99.	Não se aplica	()
29.3. Se sim, para investigações recentes, por quê?					
1.	Soube da importância recentemente	()	2.	Houve treinamento recente para a realização	()
3.	Soube recentemente a exigência	()	4.	Cobrança	()
5.	Outros	()	99.	Não se aplica	()
30. Há discussão com todos os membros e em conjunto para realizar o critério de evitabilidade? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()					
30.1. Se não, por que?					
1.	Apenas um membro realiza	()	2.	Falta de tempo	()
3.	Equipe não entrosada	()	4.	Falta de espaço físico	()
5.	Não são todos sabem realizar o critério	()	6.	Não necessidade	()
7.	Outros	()	99.	Não se aplica	
31. Os critérios a ser utilizados na investigação dos óbitos já são definidos? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()					
31.1. Se sim, quais?					
1.	Pós neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida)	()	2.	Neonatais (0 a 27 dias de vida) com peso ao nascer \geq 1.500 gramas	()
3.	Fetais (natimortos) com peso ao nascer \geq 2.500 gramas	()	4.	Óbitos ocorridos em domicílio	()
5.	Excluídos os óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal	()	6.	Investiga se todos os óbitos	()

7.	Outro	()	99.	Não se aplica	()
----	-------	-----	-----	---------------	-----

31.2. Se não, por quê?

1.	Não sabia da necessidade de utilizar critérios	()	2.	Outros	()	99.	Não se aplica	()
----	--	-----	----	--------	-----	-----	---------------	-----

32. O Ministério da Saúde a Superintendência da Saúde do Estado ou a Superintendência Municipal de Saúde realizou evento ou capacitação em seu município ou na regional de saúde para orientar a investigação dos óbitos infantis e fetais? 0. Não () 1. Sim ()

32.1. Em caso afirmativo, especifique o(s) último(s) evento(s) realizado(s) que participou:

Nome do Evento	Ano	Instituição Promotora	Dados do participante

32.2. Se não, como adquiriu o conhecimento sobre a implantação e o funcionamento do comitê/investigação?

1.	Não realiza com exatidão	()	2.	Pesquisa bibliográfica	()
3.	Busca de informações com SRS	()	4.	Busca de informações com outros membros:	()
5.	Busca de informações com outros membros de outros municípios _____	()	99.	Não se aplica	()

33. Se procurada a Superintendência Regional de Saúde consegue sanar as dúvidas quanto a investigação de óbito? 0. Não () 1. Sim () 2. Sempre ()

34. Se procurada a Superintendência Regional de Saúde consegue sanar as dúvidas quanto ao uso dos formulários de investigação de óbito? 0. Não () 1. Sim () 2. Sempre ()

35. Quando surge alguma dúvida sobre a investigação, você recorre a quem ou aonde?

1.	Não recorre. Deixa como acredita que seja a resposta	()	2.	Não realiza	()
3.	SRS [‡]	()	4.	Outros membros:	()
5.	Outros municípios	()	6.	Outros	
99.	Não se aplica	()			

[‡]SRS: Superintendência Regional de Saúde

36. Quando surge alguma dúvida sobre o formulário, você recorre a quem ou aonde?

1.	Não recorre. Deixa como acredita que seja a resposta	()	2.	Deixa em branco	()
3.	Não realiza	()	4.	SRS [‡]	()
5.	Outros membros	()	6.	Outros municípios:	()
7.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

[‡]SRS: Superintendência Regional de Saúde

37. O comitê utiliza como referência quanto ao instrumento de investigação o Manual dos Comitês de Prevenção do óbito infantil e fetal publicado pelo Ministério da Saúde em 2009?

0. Não () 1. Sim, na íntegra () 2. Sim, com adequações locais.					
37.1. Se não, qual o formulário utilizado?			99. Não se aplica ()		
38. A responsabilidade da investigação no âmbito domiciliar pertence a este comitê? 0. Não () 1. Sim ()					
99. Não se aplica ()					
38.1. Se não, ou não se aplica quem realiza esta investigação?					
1.	Enfermagem ESF ^Ω	()	2.	Outros profissionais	99. Não se aplica ()
^Ω ESF: Estratégia Saúde da Família					
39. Há alguma dúvida quanto ao preenchimento de algum formulário necessário para a investigação no âmbito domiciliar? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()					
39.1. Se sim, qual (is):					
1.	Todas, não sabe utilizar	()	2.	Não sabe dizer qual especificamente	()
2.	Outros	()	99.	Não se aplica	()
40. A responsabilidade da investigação no âmbito ambulatorial pertence a este comitê? 0. Não () 1. Sim ()					
99. Não se aplica ()					
40.1. Se não, ou não se aplica quem realiza esta investigação?					
3.	Enfermagem ESF ^Ω	()	4.	Outros profissionais	99. Não se aplica ()
^Ω ESF: Estratégia Saúde da Família					
41. Há alguma dúvida quanto ao preenchimento de algum formulário necessário para a investigação no âmbito ambulatorial? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()					
41.1. Se sim, qual (is):					
3.	Todas, não sabe utilizar	()	2.	Não sabe dizer qual especificamente	()
4.	Outros	()	99.	Não se aplica	()
42. A responsabilidade da investigação no âmbito hospitalar pertence a este comitê?					
0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()					
42.1. Se não, ou não se aplica quem realiza esta investigação?					
1.	Comitê hospitalar	()	2.	Funcionários do hospital	()
3.	Enfermagem ESF ^Ω	()	4.	Outros profissionais	()
5.	SRS [‡]	()	99.	Não se aplica	()
[‡] SRS: Superintendência Regional de Saúde; ^Ω ESF: Estratégia Saúde da Família.					
43. Há alguma dúvida quanto ao preenchimento de algum formulário necessário para a investigação no âmbito hospitalar?					
43.1. Se sim, qual (is):					
1.	Todas, não sabe utilizar	()	2.	Não sabe dizer qual especificamente	()
2.	Outros	()	99.	Não se aplica	()
44. Qual a metodologia utilizada para a discussão, análise e fechamento dos casos?					
1.	De acordo com o Manual MS 2009	()	2.	Cada caso é um caso	()

3.	Outros: _____	()		
----	---------------	-----	--	--

45. Como o comitê fica ciente do óbito ocorrido?

1.	Pela população (boca a boca)	()	2.	Cartório – D.O. ^π	()
3.	Hospital	()	4.	SRS [£]	()
5.	SIM WEB ^Σ	()	6.	ESF ^Ω	()
7.	Outros	()			

[£] SRS: Superintendência Regional de Saúde; ^Ω ESF: Estratégia Saúde da Família; ^π D.O. Declaração de Óbito; ^Σ Sistema de informação sobre mortalidade.

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico**

46. Qual o fluxo de informações da investigação do óbito infantil e fetal?

1.	Boca a boca – Busca da D.O. ^π – Domiciliar – Ambulatorial – Hospitalar – Síntese	()	2.	Recebimento da D.O. ^π – Domiciliar – Ambulatorial – Hospitalar – Síntese	()
3.	Depende de cada caso	()	4.	Outros	()

^π D.O. Declaração de Óbito

47. Qual o período de tempo decorrido em média entre a data do óbito e o acesso pelo comitê às informações sobre o evento? _____ (tempo médio em dias)

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico**

48. Quais documentos o comitê utiliza para pesquisar informações sobre o óbito infantil e fetal? Marque uma ou mais opções.

1.	Prontuário hospitalar	2.	Prontuário ambulatorial	3.	Caderneta da criança
4.	Cartão da gestante	5.	Entrevista domiciliar	6.	Fichas de encaminhamento
7.	Fichas de atendimento	8.	Declaração de óbito	9.	Declaração de nascido vivo
10.	Receitas médicas	11.	Resultados de exames	12.	Laudos de necropsia
13.	Outros _____				

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico**

49. Existe dificuldade de acesso aos documentos para realizar a investigação do óbito? 0. Não () 1. Sim ()

49.1. Se sim, qual o tipo de dificuldade?

1.	Acesso ao Prontuário hospitalar	2.	Formulário hospitalar preenchido adequadamente	3.	Acesso ao Prontuário ambulatorial
4.	Acesso a Caderneta da criança	5.	Caderneta da criança preenchido adequadamente	6.	Acesso ao Cartão da gestante
7.	Cartão da gestante preenchido adequadamente	8.	Acesso ao Formulário domiciliar	9.	Acesso a família para a realização da investigação domiciliar
10.	Acesso as Fichas de atendimento	11.	Acesso a Declaração de óbito	12.	Declaração de óbito preenchida adequadamente
13.	Acesso a Declaração de nascido vivo	14.	Declaração de nascido vivo preenchido adequadamente	15.	Acesso as Receitas médicas
16.	Acesso aos Resultados de exames	17.	Acesso aos Laudos de necropsia	18.	Outros

99.	Não se aplica				
-----	---------------	--	--	--	--

50. Todos os membros do comitê tem acesso ao módulo de investigação do SIM^Σ? 0. Não () 1. Sim ()
2. Alguns ()

Σ Sistema de informação sobre mortalidade

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico**

50.1. Se não, ou em parte, por que?

0.	Não sei	()	1.	É ofertada apenas uma senha	()
2.	Pessoal e intransferível	()	3.	Não veio senha para todos	()
99.	Não se aplica	()			()

51. Após a investigação do óbito é feita a correção da causa básica no Sistema de Informação de Mortalidade? 0. Não () 1. Sim ()

51.1. Se não por quê?

0.	Não sei	()	1.	Não é permitido	()
2.	Insegurança	()	3.	Não recebeu treinamento a respeito	()
99.	Não se aplica	()			()

52. Existe prazo para concluir a investigação? 0. Não () 1. Sim () Especificar o prazo: _____

53. O comitê em que você participa consegue cumprir este prazo? 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

53.1. Se não, por quê? _____

0.	Não sei	()	1.	Não consegue reunir a documentação	()
2.	Não tem acesso ao SIM ^Σ Web	()	3.	SRS ^ε não digita dos dados necessários para a investigação em tempo hábil	()
4.	SRS ^ε não digita a investigação realizada em tempo hábil	()	5.	Dificuldade em preencher os formulários	()
6.	Dúvidas na investigação	()	99.	Não se aplica	()

^ε SRS: Superintendência Regional de Saúde; ^Σ Sistema de informação sobre mortalidade.

54. Com que frequência são atualizados os protocolos e as rotinas de investigação?

0.	Não há atualizações	()	1.	Mensal	()
2.	Bimestral	()	3.	Trimestral	()
4.	De acordo com a demanda	()	5.	De acordo com o M.S.	()
6.	Outros	()			

55. O comitê dispõe de recursos financeiros para funcionamento: 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

55.1. Se sim, é suficiente? 0. Não () 1. Sim () 2. Parcialmente ()

56. O comitê dispõe de recursos humanos de apoio para funcionamento: 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

56.1. Se sim, é suficiente? 0. Não () 1. Sim () 2. Parcialmente ()

57. O comitê dispõe de recursos físicos de apoio para funcionamento: 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

56.1. Se sim, é suficiente? 0. Não () 1. Sim () 2. Parcialmente ()

56.2. Se sim, o comitê dispõe de recursos físico, qual a infraestrutura física e equipamentos que o comitê dispõe:

1.	Sala própria	()	2.	Sala compartilhada	()
3.	Computador	()	4.	Gravador	()
5.	Kit multimídia	()	6.	Outros	()
99.	Não se aplica	()			

58. De que forma é feita a divulgação dos dados obtidos pelo comitê?

0.	Não é divulgado	()	1.	Encaminhado para S.S. ^a	()
2.	Encaminhado para SRS [‡]	()	3.	Reuniões	()
4.	Boletim	()	5.	Relatório	()
6.	Seminários	()	7.	Debates	()
8.	Audiência Pública	()	9.	Outros	()

^a S.S. Superintendência de saúde; [‡] SRS Superintendência Regional de Saúde.

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

59. O Comitê envia relatórios periódicos para os Comitês Regionais/Estadual e estes para o hospital, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção formuladas para a redução da mortalidade?

0. Não () 1. Sim ()

59.1. Se sim, qual a periodicidade?

1.	Mensal	()	2.	Bimestral	()
3.	Semestral	()	4.	De acordo com a demanda de relatórios	()
5.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

60. O Comitê envia relatórios periódicos para os Comitês Regionais/Estadual e estes para a atenção básica, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção formuladas para a redução da mortalidade? 0. Não () 1. Sim ()

60.1. Se sim, qual a periodicidade?

1.	Mensal	()	2.	Bimestral	()
3.	Semestral	()	4.	De acordo com a demanda de relatórios	()
5.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

61. O Comitê envia relatórios periódicos para os Comitês Regionais/Estadual e estes para a gestão municipal, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção formuladas para a redução da

mortalidade? 0. Não () 1. Sim ()

61.1. Se sim, qual a periodicidade?

1.	Mensal	()	2.	Bimestral	()
3.	Semestral	()	4.	De acordo com a demanda de relatórios	()
5.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

62. O Comitê envia relatórios periódicos para os Comitês Regionais/Estadual e estes para o Ministério da Saúde, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção formuladas para a redução da mortalidade?

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

62.1. Se sim, qual a periodicidade?

1.	Mensal	()	2.	Bimestral	()
3.	Semestral	()	4.	De acordo com a demanda de relatórios	()
5.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

63. O comitê realiza alguma mobilização da sociedade (comunidade, entidades) sobre a prevenção dos óbitos? 0. Não () 1. Sim ()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

63.1. Se sim, qual a periodicidade?

1.	Semanal	()	2.	Mensal	()
3.	Semestral	()	4.	Anual	()
5.	De acordo com a demanda	()	6.	Outros	()
99.	Não se aplica	()			

63.2. Se sim, quando foi realizada a última mobilização? 99. Não se aplica ()

63.3. Se sim, qual foi a última mobilização? 99. Não se aplica ()

64. Você sabe quantos (nº ou %) óbitos ocorreu no período de 2007 – 2012 neste município? 0. Não () 1. Sim ()

64.1. Se sim, quantos? _____ 99. Não se aplica ()

65. Você sabe quantos foram investigados? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()

65.1. Se sim, quantos? _____ 99. Não se aplica ()

66. Em seu conhecimento, estes óbitos pertencem mesmo a este município? 0. Não () 1. Sim () 2. Não sei () 99. Não se aplica ()

67. Sabe por que óbitos não foram investigados no município de 2007 e 2012? 0. Não () 1. Sim () 2. Não houve ()

67.1. Se sim, quais os motivos?

1.	Não havia comitê atuante	()	2.	Falta de compromisso na criação do comitê	()
3.	Falta de cobrança	()	4.	Descaso da gestão municipal	()

5.	Descaso da gestão regional	()	6.	Descaso dos profissionais atuantes	()
7.	Falta de recursos humanos	()	8.	Falta de recursos humanos capacitados	()
9.	Falta de suporte da SRS [‡]	()	10.	Dificuldade de acessos aos dados hospitalares	()
11.	Dados hospitalares incompletos e/ou errados	()	12.	Outros	()
99.	Não se aplica	()			

[‡] SRS Superintendência Regional de Saúde

68. Há entraves que dificulte ou impeça a investigação dos óbitos por este comitê ou município? 0. Não ()
1. Sim () 2. Não sabe ()

68.1. Se sim, quais:

1.	Não havia comitê atuante	()	2.	Falta de compromisso na criação do comitê	()
3.	Falta de cobrança	()	4.	Descaso da gestão municipal	()
5.	Descaso da gestão regional	()	6.	Descaso dos profissionais atuantes	()
7.	Falta de recursos humanos para atuação	()	8.	Falta de Recursos Humanos capacitados	()
9.	Óbitos fora do município de residência	()	10.	Não hospital na cidade	()
11.	Omissão dos dados dos Hospitais	()	12.	Dificuldade de acessos aos dados hospitalares	()
13.	Falta de suporte da SRS	()	14.	Dados hospitalares incompletos e/ou errados	()
15.	Falta de funcionários capacitados	()	16.	Outros	()
99.	Não se aplica	()			

69. Há incentivo da prefeitura para auxiliar o comitê de investigação? 0. Não () 1. Sim ()

69.1. Se sim, qual:

1.	Total	()	2.	Recursos Físicos	()	3.	Recursos Materiais	()
4.	Recursos Humanos	()	5.	Outros	()	99.	Não se aplica	()

****Caso não tenha comitê no município e sejam realizadas as investigações por uma equipe ou pessoa, considerar essa pergunta para este grupo/pessoa específico.**

70. A gestão poderia favorecer a investigação de óbitos? 0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()

70.1. Se sim, quais os pontos importantes que os gestores municipais poderiam considerar para melhorar ou viabilizar a investigação dos óbitos na área de abrangência deste comitê?

1.	Não há necessidade	()	2.	Maior cobrança quanto à realização das investigações	()
3.	Criação do Comitê		4.	Falta de Recursos Humanos capacitados	
5.	Capacitação dos profissionais atuantes	()	6.	ofertar recursos humanos específicos para a investigação	()
7.	Melhor estruturação da SRS [‡]		8.	Auxílio da SRS [‡] + assessoria	
9.	Hospital na cidade		10.	Cobrança do retorno da investigação dos hospitais	
11.	Cobrança de melhor comunicação entre os hospitais e atenção básica/comitê	()	12.	Melhora do acesso aos dados hospitalares	()
13.	Melhoria dos dados hospitalares incompletos e/ou errados	()	14.	Cobrança de comprometimento dos funcionários dos hospitais	()

15.	Outros	()	99.	Não se aplica	()
-----	--------	-----	-----	---------------	-----

‡ SRS Superintendência Regional de Saúde

APÊNDICE D - Questionário sobre a investigação dos óbitos infantil e fetal – Secretário Municipal de Saúde

QUESTIONÁRIO SOBRE A INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIL E FETAL					
1. Data da entrevista: ____/____/____					
2. Número de identificação:					
3. Nome completo:					
4. Existe um comitê de mortalidade fetal e infantil no seu município: 0. Não () 1. Sim ()					
2. Em andamento ()					
4.1. Se não, ou em andamento, por quê?:					
1. Não Sabe	()	2. Não havia cobrança	()	3. Não profissionais determinados na criação	()
4. Descaso da gestão municipal	()	5. Descaso da gestão regional	()	6. Outros: _____	()
99. Não se aplica	()				

5. O Comitê de Mortalidade infantil e fetal é atuante no seu município? 0. Não () 1. Sim ()					
2. Em parte () 99. Não se aplica ()					
5.1. Se não ou em parte por quê?					
1. Não Sabe	()	2. Descaso da gestão municipal	()	3. Descaso da gestão regional	()
4. Não funcionários para atuar	()	5. Não funcionários compromissados	()	6. Não havia cobrança	()
7. Problemas políticos/trocas de gestão	()	8. Outros: _____	()	99. Não se aplica	()
6. Se não há comitê implantado ou atuante em seu município, quem realiza as investigações?					
1. Enfermagem PSF	()	2. Outros Profissionais: _____	()	99. Não se aplica	()
7. Em sua opinião o comitê tem uma missão/função? 0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()					
7.1. Se sim, em sua opinião qual a missão/função do comitê de mortalidade infantil e fetal?					
1. Investigar Causa Base do óbito	()	2. Investigação	()	3. Realizar Critério de Evitabilidade	()
4. Levantar/propor soluções	()	5. Diminuir a Taxa de mortalidade fetal e infantil	()	6. Cumprir metas	()
7. Outras: _____	()	99. Não se aplica	()		
8. Você sabe quantos (nº ou %) óbitos ocorreram no período de 2007 – 2012 neste município?					
0. Não () 1. Sim ()					
8.1. Se sim, quantos? _____ 99. Não se aplica ()					
9. Você sabe quantos foram investigados? 0. Não () 1. Sim () 99. Não se aplica ()					
10. Em seu conhecimento, estes óbitos pertencem mesmo a este município? 0. Não () 1. Sim ()					
2. Não sei () 99. Não se aplica ()					
11. Sabe por que óbitos não foram investigados no município de 2007 e 2012? 0. Não () 1. Sim ()					
2. Não houve ()					
11.1. Se sim, quais os motivos?					
1. Não havia comitê atuante	()	2. Falta de cobrança	()	3. Descaso da gestão municipal	()
4. Descaso da gestão regional	()	5. Descaso dos profissionais atuantes	()	6. Falta de recursos humanos	()
7. Falta de RH capacitados	()	8. Dificuldade de acessos aos dados hospitalares	()	9. Outras: _____	()
99. Não se aplica	()				
12. Há entraves que dificulte ou impeça a investigação dos óbitos por este comitê ou município?					
0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()					
12.1. Se sim, quais:					
1. Ausência do comitê	()	2. Óbito Fora do município de residência	()	3. Equipes desmotivadas ou não empenhadas	()
4. Omissão de dados hospitalares	()	5. Dificuldades de acesso aos dados hospitalares	()	6. Falta de suporte da SRS	()

7. Outros: _____	()	99. Não se aplica	()		
13. Há incentivo da prefeitura para auxiliar o comitê de investigação? 0. Não () 1. Sim ()					
13.1. Se sim, qual:					
1. Total	()	2. Recursos Físicos	()	3. Recursos Materiais	()
4. Recursos Humanos	()	5. Outros: _____	()	99. Não se aplica	()
14. A gestão poderia favorecer a investigação de óbitos? 0. Não () 1. Sim () 2. Não sabe ()					
14.1. Se sim, quais os pontos importantes que os gestores municipais poderiam considerar para melhorar ou viabilizar a investigação dos óbitos na área de abrangência deste comitê?					
1. Não há necessidade	()	2. Maior cobrança quanto à realização das investigações	()	3. Capacitação dos profissionais atuantes	()
4. Criação do Comitê	()	5. Melhor estruturação e apoio da SRS	()	6. Outros: _____	()
99. Não se aplica	()				

APÊNDICE E - Instrumento de avaliação do questionário de investigação dos óbitos infantil e fetal – Integrante do Comitê de Mortalidade infantil e fetal

QUESTIONÁRIO ENTRAVES NA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIL E FETAL – Membro do Comitê						
QUESTÃO	CLAREZA	OBJETIVIDADE	PERTINÊNCIA DOS ITENS DE AVALIAÇÃO	REPRESENTATIVIDADE/RELEVÂNCIA EM RELAÇÃO AO DOMÍNIO DE INTERESSE	COMENTÁRIOS (APONTE O ITEM QUE DEVE SER EXCLUÍDO)	SUGESTÕES OU MODIFICAÇÕES PARA QUE O ITEM SEJA AVALIADO COMO 3 OU 4
1	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
2	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
3	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
4	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
5	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
6	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
7	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
8	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
9	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
10	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
11	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
12	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
13	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
14	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
15	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
16	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
17	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
18	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
19	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
20	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
21	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
22	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
23	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
24	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
25	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
26	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
27	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
28	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
29	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
30	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
31	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
32	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
33	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
34	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
35	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
36	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
37	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
38	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
39	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
40	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
41	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
42	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
43	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
44	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
45	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
46	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
47	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
48	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
49	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
50	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
52	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
53	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
54	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
55	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
56	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
57	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
58	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
59	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
60	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
61	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
62	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
63	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
64	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
65	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
66	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
67	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
68	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
69	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
70	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
<i>Caso julgue necessário, por favor, aponte algum item que você considera importante de ser incluído ou excluído</i>						

APÊNDICE F – Instrumento de avaliação do questionário de investigação dos óbitos infantil e fetal – Secretário Municipal de Saúde

QUESTIONÁRIO ENTRAVES NA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIL E FETAL – Secretaria de Saúde						
QUESTÃO	CLAREZA	OBJETIVIDADE	PERTINÊNCIA DOS ITENS DE AVALIAÇÃO	REPRESENTATIVIDADE/RELEVÂNCIA EM RELAÇÃO AO DOMÍNIO DE INTERESSE	COMENTÁRIOS (APONTE O ITEM QUE DEVE SER EXCLUÍDO)	SUGESTÕES OU MODIFICAÇÕES PARA QUE O ITEM SEJA AVALIADO COMO 3 OU 4
1.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
2.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
3.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
4.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
5.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
6.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
7.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
8.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
9.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
10.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
11.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
12.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante		

	(3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
13.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
14.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
15.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
16.	(1) Não é claro (2) Um pouco claro (3) Suficientemente claro (4) Altamente claro	(1) Não é objetivo (2) Um pouco objetivo (3) Suficientemente objetivo (4) Altamente objetivo	(1) Não é pertinente (2) Um pouco pertinente (3) Suficientemente pertinente (4) Altamente pertinente	(1) Não é representativo/relevante (2) Um pouco representativo/relevante (3) Suficientemente representativo/relevante (4) Altamente representativo/relevante		
<i>Caso julgue necessário, por favor, aponte algum item que você considera importante de ser incluído ou excluído</i>						

APÊNDICE G – Questionário para avaliar a qualidade das investigações realizadas no período de 2007-2012 – Módulo de investigação de óbito infantil

MODULO DIGITAÇÃO DE FICHAS COM SÍNTESE DA INVESTIGAÇÃO
Data da entrada no sistema: ____/____/____
Número de identificação:
PARTE I – Investigação do caso
71. Momento do óbito em relação ao parto foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
71.1. Data de nascimento foi preenchida? 0. Não () 1. Sim () Qual?
71.2. Data do óbito foi preenchida? 0. Não () 1. Sim () Qual? Hora:
71.3. Idade no momento do óbito foi preenchida? 0. Não () 1. Sim () Qual?
72. Fonte de informações da investigação foi preenchida? 0. Não () 1. Sim () Qual?
73. Estabelecimento de saúde onde fez o pré-natal foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () Não se aplica *não fez o pré-natal
73.1. Estabelecimento I <ul style="list-style-type: none"> • UF foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Município foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Estabelecimento de saúde foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? <p align="center">Estabelecimento II</p> <ul style="list-style-type: none"> • UF foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Município foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Estabelecimento de saúde foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
73.2. Idade gestacional quando realizou a primeira consulta foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
74. Parto: Local do parto foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
74.1. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou o aborto: <ul style="list-style-type: none"> • UF foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Município foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Estabelecimento de saúde foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
74.2. Foi utilizado o partograma durante o trabalho de parto foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
74.3. Foi utilizado teste rápido para sífilis (VDRL) foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
75. Atenção básica: a criança era acompanhada na atenção básica foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
75.1. Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () Não se aplica <ul style="list-style-type: none"> • UF foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Município foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Código foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Estabelecimento de saúde foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
75.2. A vacinação estava em dia foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?

76. Alteração e correção da causa do óbito: A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
77. Causas do óbito após a investigação
Parte I:
Causa da morte foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
A
B
C
D
Parte II:
Outros fatores patológicos foram preenchidos? 0. Não () 1. Sim () Qual?
78. A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de óbito além das causas do óbito foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
78.1. Foram alterados campos do bloco V da declaração de óbito e que alterações foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
Bloco V – Fetal ou menos de 1 ano
<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre a mãe • Idade foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Escolaridade foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Número de filhos tidos foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () nascidos vivos () nascidos mortos • Duração da gestação foi preenchida? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Tipo de gravidez foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Tipo de parto foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Peso ao nascer foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? • Número da DN foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
78.2. Foram alterados outros campos da Declaração de óbito e que alterações foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
79. A investigação alterou o corrigiu o campo da Declaração de nascidos vivos foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
PARTE I – Investigação do caso
80. Foram identificados problemas após a investigação foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
80.1. Planejamento familiar foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
80.2. Pré-natal foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
80.3. Assistência ao parto foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
80.4. Assistência ao recém-nascido na maternidade foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () Não se aplica
80.5. Assistência a criança no centro de saúde/UBS foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () Não se aplica
80.6. Assistência a criança na urgência foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () Não se aplica
80.7. Assistência a criança no hospital foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () Não se aplica
80.8. Dificuldades da família foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
80.9. Causas externas foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual? () Não se aplica
80.10. Organização do sistema/ Serviços de saúde

a) Cobertura da atenção primaria foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
b) Referência e contra referencia foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
c) Pré-natal de alto risco foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
d) Leito de UTI/Gestante de alto risco foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
e) Leitos de UTI neonatal foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
f) Central de regulação foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
g) Transporte intra hospitalar foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
h) Bancos de sangue foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
81. Óbito evitável: este óbito poderia ter sido evitado foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
82. Classificação de evitabilidade foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?
83. Conclusão: data da conclusão do caso foi preenchido? 0. Não () 1. Sim () Qual?

APÊNDICE H – Termo de participação na avaliação do questionário investigação dos óbitos infantil e fetal



Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação

O Instrumento intitulado “*Questionário investigação dos óbitos infantil e fetal*”, de autoria da doutoranda Izabela Rocha Dutra Silva, foi avaliado por cinco *expert* (01 Coordenador do Comitê de Prevenção do óbito Infantil e Fetal Municipal de Belo Horizonte, 02 Docentes do Departamento Materno Infantil da Universidade Federal de Minas Gerais e 02 Docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri), quanto à clareza, objetividade e pertinência dos itens de avaliação na sua área de especialidade e representatividade/relevância em relação ao domínio de interesse. Conforme assinatura abaixo:

Prof.ª Dr.ª Edna Maria Rezende
Docente do Departamento Materno Infantil da
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.ª Dr.ª Eunice Francisca Félix
Docente do Departamento Materno Infantil da
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.ª Ms. Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes
Docente do Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof.ª Ms. Helisamara Mota Guedes
Docente do Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Simoné Passos de Castro e Santos
Referência Técnica do Comitê de Prevenção de Óbitos Materno, Fetal e
Infantil BH Vida e da Comissão Perinatal

Belo Horizonte, 30 de Setembro de 2013.

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA****“Mortalidade Infantil e Fetal ocorridos na região ampliada de saúde Jequitinhonha, Minas Gerais”****OBJETIVO DA PESQUISA**

A pesquisa tem como objetivo principal analisar os determinantes da não investigação dos óbitos fetal e infantil ocorridos na região ampliada de saúde Jequitinhonha, Minas Gerais no período de 2007 a 2012.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Entre os procedimentos utilizados, será realizada uma coleta e uma sistematização e análise de dados primários obtidos por meio da aplicação de um questionário aos participantes, que serão visitados por entrevistadores previamente capacitados. O questionário deve ser preenchido com base nas informações prestadas pelo Presidente da Comissão de Prevenção do óbito infantil e fetal e contém quesitos sobre a investigação de óbitos infantil e fetal no período de 2007 a 2012 no município de atuação. Para a análise, o (a) entrevistado (a) será estimulado (a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do (a) entrevistador (a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que o (a) entrevistado (a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o (a) entrevistado (a) assim decidir.

As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário é longa e isto deverá ser colocado para o (a) participante selecionado (a) na apresentação do termo de consentimento. O benefício direto desta pesquisa é a investigação e análises que possam dimensionar os principais determinantes relacionados a não investigação dos óbitos fetal e infantil ocorridos na região ampliada de saúde Jequitinhonha, Minas Gerais no período de 2007 a 2012. Tais resultados podem contribuir de maneira significativa com a consolidação de intervenções voltadas à redução dos óbitos infantis em sua maioria evitáveis e ao adequado funcionamento e resolutividade dos serviços de saúde na localidade.

DÚVIDAS – PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

Pesquisadora responsável: Dra Andréa Gazzinelli

Endereço de contato da pesquisadora: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem/UFGM, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Tel: (31) 3409 9860.

Endereço de contato do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG.

Horário de atendimento ao público do COEP/UFGM: de 09:00 às 11:00 horas e de 14:00 às 16:00 horas.

CONSENTIMENTO DO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do presidente da comissão _____

Assinatura do entrevistador: _____

APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA****“Mortalidade Infantil e Fetal ocorridos na região ampliada de saúde Jequitinhonha, Minas Gerais”****OBJETIVO DA PESQUISA**

A pesquisa tem como objetivo principal analisar os determinantes da não investigação dos óbitos fetal e infantil ocorridos na região ampliada de saúde Jequitinhonha, Minas Gerais no período de 2007 a 2012.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Entre os procedimentos utilizados, será realizada uma coleta e uma sistematização e análise de dados primários obtidos por meio da aplicação de um questionário aos participantes, que serão visitados por entrevistadores previamente capacitados. O questionário deve ser preenchido com base nas informações prestadas pelo Secretário Municipal de Saúde e contém quesitos sobre a investigação de óbitos infantil e fetal no período de 2007 a 2012 no município de atuação. Para a análise, o (a) entrevistado (a) será estimulado (a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do (a) entrevistador (a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que o (a) entrevistado (a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o (a) entrevistado (a) assim decidir.

As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário é longa e isto deverá ser colocado para o (a) participante selecionado (a) na apresentação do termo de consentimento. O benefício direto desta pesquisa é a investigações e análises que possam dimensionar os principais determinantes relacionados a não investigação dos óbitos fetal e infantil ocorridos na região ampliada de saúde Jequitinhonha, Minas Gerais no período de 2007 a 2012. Tais resultados podem contribuir de maneira significativa com a consolidação de intervenções voltadas à redução dos óbitos infantis em sua maioria evitáveis e ao adequado funcionamento e resolutividade dos serviços de saúde na localidade.

DÚVIDAS – PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

Pesquisadora responsável: Dra Andréa Gazzinelli

Endereço de contato da pesquisadora: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Tel: (31) 3409 9860.

Endereço de contato do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG.

Horário de atendimento ao público do COEP/UFMG: de 09:00 às 11:00 horas e de 14:00 às 16:00 horas.

CONSENTIMENTO DO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

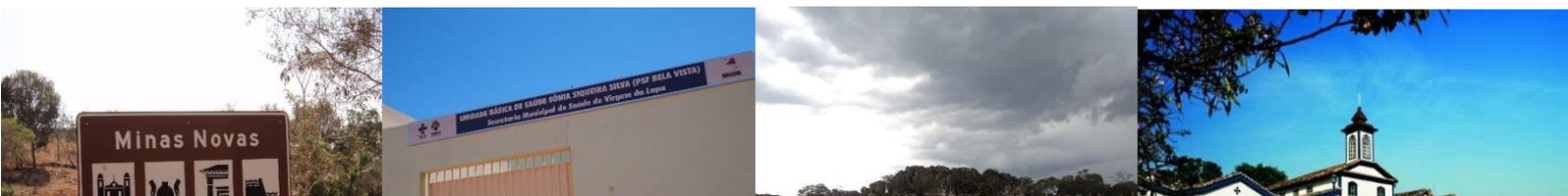
Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do secretário municipal de saúde: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Anexo



ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 21369213.9.0000.5149

Interessado(a): Profa. Andréa Gazzinelli
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 12 de março de 2014, o projeto de pesquisa intitulado **"Mortalidade infantil e fetal ocorridos na região ampliada de saúde Jequitinhonha, Minas Gerais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Município

Prezado (a) Senhor (a),

Em resposta a sua solicitação, autorizamos a realização da pesquisa “Mortalidade Infantil e Fetal Ocorridos na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, Minas Gerais”.

Na oportunidade solicitamos que ao término da pesquisa seja encaminhada a esta Secretaria Municipal de Saúde um relatório referente aos resultados adquiridos.

Sem mais para o momento, agradecemos.

Atenciosamente

Secretário Municipal de Saúde de – Minas Gerais

Ilma. Sr.^a Prof.^a Dr.^a Andrea Gazinelli
Coordenadora da Pesquisa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 – Belo Horizonte