



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL**



RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO

**ATESTADO DE ÓBITO: IMPORTANTE INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM MORTALIDADE PERINATAL**

Rio De Janeiro,

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO
<http://lattes.cnpq.br/9984423129662816>

**ATESTADO DE ÓBITO: IMPORTANTE INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM MORTALIDADE PERINATAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Orientadores: Prof^a Dr^a Rita B. R. Guérios Bornia
<http://lattes.cnpq.br/9471218227037687>
Prof^a Msc Karina B C Rezende
<http://lattes.cnpq.br/5712393704487226>

**Rio De Janeiro,
2019**

F4694 Figueredo, Raphaela Casemiro dos Santos

Atestado de óbito: importante instrumento de educação permanente na mortalidade perinatal/ Raphaela Casemiro dos Santos Figueredo. - Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2019.

68 f. ; 31 cm.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rita GuériosBornia

Co-orientador: Prof^ª Msc Karina B C Rezende

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Perinatal) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2019.

Referências bibliográficas: f. XX

1. Mortalidade Perinatal. 2. Atestado de óbito. 3. Educação em Saúde – Dissertação. I. Bornia, Rita Guérios II. Rezende, Karina B C . III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. IV. Título

CDD - 362.19832

**ATESTADO DE ÓBITO: IMPORTANTE INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE NA MORTALIDADE PERINATAL**

Autora: Raphaela Casemiro dos Santos Figueredo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Aprovada em: ___/___/___

Banca:

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto, primeiramente, a Deus que torna possível o impossível em minha vida; dedico também a minha filha Maria Victória Casemiro dos Santos Figueredo e meu esposo Alex da Silva Figueredo, razões de minha vida, inspiração e parceiros em toda esta jornada; a meus pais Décio dos Santos e Maria Valdair Casemiro dos Santos que estiveram sempre do meu lado, dando-me força, carinho e incentivo para alcançar meus objetivos e meus irmãos Robson Casemiro dos Santos e Raphael Casemiro dos Santos que sempre torcem por mim. A meus amigos e familiares que sempre torceram por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Dr^a Rita B. R. Guérios Bornia por ser tão acolhedora e acreditar em mim e em meu sonho mesmo sem me conhecer, sem ela este sonho não se tornaria realidade! Agradeço também as professoras Ana Paula Esteves e Karina B. C. Rezende que trabalharam comigo nesta jornada e me auxiliaram prontamente na construção deste projeto. Agradeço a todos da Maternidade Escola, desde os setores Divisão de Ensino à portaria da instituição, na pessoa do Coordenador do Programa Mestrado Profissional em Saúde Perinatal Dr Joffre Amim Junior, que assim como todos, sempre solícito e idealizador deste grande projeto do Mestrado Profissional do qual fiz parte, com muito orgulho, na primeira turma. Aos meus amigos motoristas da Secretaria Municipal de Saúde de Quatis que sempre me ajudaram neste processo: aos senhores Dário, Ari, Lúcio e Sebastião. Minha amiga e cunhada Simone Maria de Oliveira. Minha amiga de todos os momentos, Tatiana Mara Campos Andrade. Os meus familiares por tudo. Ao senhor Ozires Storch, que sempre que possível me auxiliou na dispensa do trabalho, palavras de ânimo e fortalecimento pessoal para a conclusão deste sonho. Meus amigos de turma, muito obrigada por tudo que aprendemos e compartilhamos juntos neste período.

“O saber agente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.”

(Cora Coralina)

RESUMO

FIGUEREDO, Raphaela Casemiro dos Santos. **Atestado De Óbito**: importante instrumento de educação permanente em mortalidade perinatal. 68f. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) – Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Perinatal, Maternidade Escola, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

O estudo analisou a incompletude de informações constantes no preenchimento de todas as Declarações de Óbitos (DO) Perinatais na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) correspondente ao biênio de 2015 e 2016. Objetivos: Geral - Qualificar as informações nas Declarações de Óbitos Perinatais na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ). Específicos - Discriminar as principais inconformidades no preenchimento das Declarações de Óbitos perinatais, na ME/UFRJ. Método: trata-se de estudo observacional, exploratório, transversal, quantitativo e documental. Estudaram-se as Declarações de Óbitos (DO) perinatais e os prontuários, assim como fichas de investigação de óbitos. Analizaram-se os Blocos I, II, IV e V das DO e computados os erros e inadequações no preenchimento dos mesmos. Resultados: o erro e ou incompletude foram de 8,2% quanto ao tipo de óbito, 12,4% na ocupação e escolaridade da mãe, 1,03% tipo de gestação, 2,06% tipo de parto atual, 3,09% residência, 4,12% sexo do falecido, 19,6% quanto ao número de filhos tidos, 94,8% quanto ao preenchimento da causa básica, 2,06% no preenchimento da morte em relação ao parto e peso fetal, 3,09% idade gestacional (IG) e 6,19% a idade da mãe. Conclusões: Encontramos erros e incompletudes no preenchimento das DO, principalmente no que se refere aos tópicos endereço, escolaridade da mãe, idade, ocupação, número de filhos tidos e causa básica, sendo este último de maior relevância, evidenciando a necessidade de se trabalhar a temática não só nas estratégias de educação permanente em saúde como também na inclusão da temática nas Diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina. Com as informações geradas, espera-se o aproveitamento para planejamento de educação permanente voltada à temática.

Palavras-chave: Mortalidade Perinatal. Atestado de óbito. Educação em saúde.

ABSTRACT

Summary of the Master's Dissertation submitted to the Postgraduate Program in Perinatal Health, Maternity School, Federal University of Rio de Janeiro - UFRJ, as part of the necessary requirements to obtain the title of Master in Perinatal Health.

The study analyzed the incompleteness of information contained in the filing of all Perinatal Death Statements (DO) in the Maternity School of the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) corresponding to the biennium of 2015 and 2016. Objectives: General - To qualify the information in the Declarations. of Perinatal Deaths at the Maternity School of the Federal University of Rio de Janeiro (ME / UFRJ). Specific - To discriminate the main non-conformities in the filing of Perinatal Death Statements, in the ME / UFRJ. Method: This is an observational, exploratory, cross-sectional, quantitative and documentary study. Perinatal death declarations (DO) and medical records, as well as death investigation forms, were studied. The blocks I, II, IV and V of the DO were analyzed and errors and inadequacies in their filling were computed. Results: the error and or incompleteness were 8.2% regarding the type of death, 12.4% in the occupation and education of the mother, 1.03% type of pregnancy, 2.06% current delivery type, 3.09 % residence, 4.12% sex of the deceased, 19.6% regarding the number of frills, 94.8% regarding the completion of the underlying cause, 2.06% regarding the completion of death in relation to childbirth and fetal weight, 3 , 09% gestational age (GI) and 6.19% the mother's age. Conclusions: We found errors and incompleteness in the completion of the DO, especially regarding the topics address, mother's education, age, occupation, number of children and basic cause, the latter being more relevant, highlighting the need to work at home. not only in permanent health education strategies but also in the inclusion of the theme in the Curriculum Guidelines of the undergraduate medical course. With the information generated, it is expected the use for planning permanent education focused on the theme.

Keywords: Perinatal Mortality. Death certificate. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 — Quadro organizacional do Objetivo específico 1	32
Figura 1 —	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Classificação das variáveis do estudo	31
Tabela 2 — Dados das gestações estudadas que não constam nas DO	36
Tabela 3 — Doenças/fatores de risco maternos durante a gravidez, verificados nas fichas de investigação	37
Tabela 4 — Doenças do feto/recém nascido, descritas nas fichas de investigação	37
Tabela 5 — Caracterização das variáveis conforme o preenchimento das DO.....	38
Tabela 6 — Causas básicas dos óbitos perinatais registradas nas DO.....	40
Tabela 7 — Quantitativo de preenchimento errôneos das variáveis da DO	42

LISTA DE SIGLAS

PRIM	Programa de Redução da Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ME/UFRJ	Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DO	Declaração de Óbito
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
MEC	Ministério da Educação
PN	Pré-Natal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos	15
1.1.1 Objetivo Geral.....	15
1.1.2 Objetivo Específico	15
1.2 Justificativa	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Óbitos perinatais: conceito e situação no Brasil	17
2.2 Declaração de óbito	18
2.3 Qualidade das informações	20
2.4 Educação permanente	21
2.5 Óbitos perinatais na Maternidade Escola da UFRJ	23
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	25
3.1 Tipo de estudo	25
3.2 Local de estudo	25
3.2.1 Caracterização do local de estudo	25
3.3 População/ amostra	26
3.3.1 Critérios de inclusão.....	26
3.3.2 Critérios de exclusão	26
3.4 Definição dos termos e descrição das variáveis do estudo	26
3.4.1 Nota explicativa	31
3.5 Coleta dos dados	32
3.6 Garantia e controle de qualidade dos dados	32
3.7 Processamento e análise dos dados	33
3.8 Considerações éticas	34
4 RESULTADOS	35
5 DISCUSSÃO	44
6 CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A –Formulário de Coleta de Dados	60
ANEXO A- Declaração de Óbito	61
ANEXO B – Parecer Consubstanciado	62

1 INTRODUÇÃO

A saúde materna e perinatal tem sido alvo de estudos, em diversos países. A partir do século XX, os Estados Unidos se organizaram para a criação dos comitês de mortalidade materna no país. A partir daí, desencadeou-se em vários países a necessidade de criação dos comitês de investigação dos óbitos. No Brasil, na década de 90, foi criado o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) do Ministério da Saúde (MS), o que levou vários estados e municípios a criarem os comitês de óbitos maternos e infantis, principalmente na região nordeste. Em 2004, foi elaborado o “Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal”, com conseqüente sistematização das experiências de vigilância ao óbito infantil e fetal, resultando em elevado potencial de prevenção pela gestão. Em 2006 foi assumido, pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que tinha como uma de suas metas a redução das mortalidades materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2017). Pesquisa realizada pelo MS, em 2007, evidenciou que 50% dos municípios participantes da pesquisa tinham comitê de óbito atuante, sendo região Sul e Sudeste com as maiores proporções, 50% e 74,5%, respectivamente (BRASIL, 2009a).

Houve queda considerável, porém lenta, do óbito infantil (menores de 5 anos) no Brasil. De acordo com dados do IBGE (2013), a taxa de mortalidade infantil teve queda de 29,02 em 2000 para 13,82 em 2015. Comparando a situação materno-infantil atual com a de 10 anos atrás, conseguimos identificar claramente a redução da morbimortalidade materna e infantil, concomitantemente com as iniciativas públicas de saúde para esta população.

Entretanto, mesmo com todos os investimentos em tecnologias duras, leves e leves-duras voltadas à assistência materno-infantil, a fim de melhorar indicadores negativos que levem e/ou resultem em mortes de mães, fetos e recém-nascidos, ainda há muito a se avançar para reduzir e, até mesmo, erradicar os óbitos materno-infantis evitáveis no Brasil. Ausência de gestão e de qualificação efetiva; a insuficiência dos profissionais de saúde; o uso inadequado de métodos propedêuticos; a peregrinação de gestantes; o alto número de cesarianas e o déficit no acolhimento são fatores que influenciam negativamente na qualidade da assistência e levam, direta ou indiretamente, ao déficit de conhecimento das reais causas dos óbitos maternos e perinatais no Brasil.

Em meio a este cenário, identifica-se a importância de se expor os óbitos perinatais para avaliação, estudo e discussão das suas principais causas, visando planejamento

estratégico, operacional e resolutivo, onde o objetivo esteja centrado na vigilância, prevenção e redução destes óbitos dentro do ambiente hospitalar em que eles acontecem. Quanto a vigilância dos óbitos, remete-se que os principais erros são:

- (i) preenchimento inadequado da “causa morte” nas Declarações de Óbito (DO);
- (ii) codificação inadequada dos óbitos e;
- (iii) ausência ou ineficiência no preenchimento dos instrumentos de investigação de óbitos.

Estes erros levam à qualidade duvidosa das informações e subsequente ineficácia das estratégias de evitabilidade.

Segundo Almeida *et al.*, (2006) o monitoramento da mortalidade perinatal depende da qualidade dos dados dos sistemas de informação. As diferentes definições para a notificação e cálculo da mortalidade perinatal podem afetar a magnitude e análise dos seus componentes. Para a mortalidade fetal, o registro e a qualidade das informações são particularmente insatisfatórios. Historicamente têm sido poucas as iniciativas em pesquisa e em intervenções no Brasil para o aprimoramento do registro das informações sobre óbitos e, portanto, para a sua prevenção (LANSKY *et al.*, 2010).

Os óbitos perinatais servem de “termômetro” para a mensuração da qualidade da assistência obstétrica e neonatal de uma localidade, e ainda influenciam nos resultados dos indicadores de toda uma região e, até mesmo, nação. Para Lansky *et al.* (2010), enquanto a mortalidade infantil é reconhecidamente um indicador da condição de vida e de saúde de uma população, a mortalidade perinatal é considerada indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal, do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guardam com assistência prestada à gestante e ao recém-nascido.

Marinho (2012) verificou que o grupo das patologias placentárias foi o mais prevalente como causa de óbito perinatal, seguido das anomalias congênitas e infecções, na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ). Neste estudo sobre o perfil da mortalidade perinatal não foi possível determinar a causa do óbito em 22% dos casos, por falta de informações necessárias, apesar da investigação. Ao se considerar a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no SUS, foram consideradas evitáveis aproximadamente 40% dos óbitos perinatais ocorridos no período estudado.

É importante salientar que do ponto de vista da prevenção da morte, é preciso interromper a cadeia de eventos a partir dela ou, principalmente, prevenir a causa inicial, isto é, a causa básica [...]. Fica claro que as ações que previnem uma doença ou evento inicial vão prevenir não apenas a morte, mas também influir no período de duração da doença ou incapacidade que a precede e, dessa maneira, contribuir para um ganho potencial de saúde da população (LAURENTI *et al.*, 2008, p. 353).

Para Barreto, Nery e Mendes (2011), a evitabilidade dos óbitos analisados coloca a mortalidade perinatal como desafio a ser enfrentado no âmbito da atenção à gestante e da assistência hospitalar. Deve ser enfatizada a implantação de rotinas voltadas para o parto de risco, desde o pré-natal até a assistência hospitalar, especialmente com a garantia da assistência humanizada e competente.

Observamos ainda com a falta de investimento na temática durante a formação médica, período crucial para se trabalhar o desenvolvimento de habilidades a serem aplicadas durante a atuação na saúde pública. A grade curricular dos cursos de graduação em medicina não têm especificado nada referente ao estudo e aprendizado quanto ao conhecimento e preenchimento de declarações de óbito em sua passagem pela faculdade.

Ceccim e Feuerwerker (2004) identificaram que as iniciativas anteriores para mudanças na formação dos profissionais de saúde eram muito tímidas por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer.

As políticas públicas de saúde vem avançando gradativamente na investidura para a formação de profissionais de saúde, valorizando a educação permanente em saúde como principal estratégia de mudança na qualidade da assistência.

A educação permanente em saúde pode corresponder à educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. pode corresponder à educação continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. pode, também, corresponder à educação formal de profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e colcase em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.162).

Na atual pesquisa, foram enfatizadas as informações contidas nos Blocos I, II, IV, V e VI da DO, por conterem informações relevantes relacionadas aos óbitos perinatais, além de outras variáveis que não constam nas DO mas são de suma importância e que contribuem diretamente na investigação dos mesmos.

Espera-se que este trabalho possa atuar na qualificação das informações contidas nas DO perinatais, por meio de ações de educação permanente e continuada em saúde, com foco na qualidade do preenchimento das DO.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Qualificar as informações nas Declarações de Óbitos Perinatais na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ).

1.2.2 Objetivo Específico

Discriminar as principais inconformidades no preenchimento das Declarações de Óbitos perinatais, na ME/UFRJ;

1.2 Justificativa

O presente estudo justifica-se pela carência de informações precisas no preenchimento das DO na instituição, levando ao desconhecimento das reais causas básicas dos óbitos perinatais.

Estudo prévio na instituição (MARINHO, 2012) verificou que a mortalidade proporcional, de acordo com a Classificação de Tulip, teve as seguintes causas de óbitos perinatais (i) 28% placentárias, (ii) 18% anomalias congênitas, (iii) 17% infecções, (iv) 13% prematuridade, (v) 2% outras causas, e (vi) 22% desconhecidas. Dentre os óbitos fetais, 42% foram considerados evitáveis, 33,9% tiveram a causa indefinida e 24,1% não evitáveis. Dentre os óbitos neonatais precoces, 35,2% foram considerados evitáveis, 1,8% sem causa definida e 63% foram considerados não evitáveis.

O problema de preenchimento da DO decorre principalmente da grande rotatividade de profissionais de saúde e inabilidade dos mesmos devido ao pouco investimento da temática no processo de sua formação. A instituição recebe número elevado de médicos residentes, que são profissionais ainda em formação nas especialidades de Obstetrícia e Neonatologia. Consulta aos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro mostrou que, no período estudado, 32 (32,9%)

Declarações de Óbitos fetais e neonatais precoces emitidas na instituição apresentaram inconsistências nas informações que demandaram correções pelo Comitê de Óbito da Secretaria, principalmente no que se refere às causas dos óbitos. O fato justifica o interesse deste estudo e o propósito de investir na educação continuada dos profissionais envolvidos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Óbitos perinatais: conceito e situação no Brasil

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), os óbitos infantis são aqueles que ocorrem em crianças nascidas vivas, desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 dias, e se classificam em:

- ✓ Óbito fetal: É a morte de produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez.
- ✓ Óbito Neonatal: É a morte de nascido vivo, ocorrida no período neonatal, entre 0 e 28 dias incompletos após o nascimento. Este se divide em: neonatal precoce (de 0 a 6 dias após o nascimento) e óbito neonatal tardio (de 7 à 28 dias incompletos)
- ✓ Óbito Perinatal: Óbito fetal com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional + Óbito neonatal precoce.
- ✓ Óbito Pós-neonatal: que compreende o período de 28 dias completos após o nascimento a um ano incompleto (364 dias).

A taxa de mortalidade perinatal tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal. Deve ser utilizada nos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução das mortes fetais e neonatais precoces evitáveis (BRASIL, 2009b).

De acordo com os indicadores de saúde por meio da Sala de apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE/MS), as taxas de mortalidade infantil têm apresentado queda bastante significativa. Podemos observar que esta taxa de mortalidade no país tem tido declínio no decorrer de 14 anos (de 2000 a 2014), de 23,59 em 2000 para 12,15 em 2014, uma queda de aproximadamente 52%. Todavia, no que se refere aos óbitos ocorridos no período neonatal, esta queda encontra-se ainda lenta (SAGE/ME, 2017).

Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país, além de sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos (BRASIL, 2009b, p.7).

2.2 Declaração de óbito

Ramalho e Frias (2014) referiram que até a década de 1970 o Brasil não possuía um padrão para o registro de dados referentes aos eventos vitais. Os dados sobre mortalidade eram pouco abrangentes, não confiáveis e eram gerados nos cartórios de registro civil, que possuíam na época mais de 40 modelos de atestados de óbito, sem padronização destes documentos ou do seu fluxo. Apenas em 1975 com o começo do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (MS), Lei n. 6216/1975 foi criado o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que introduziu o modelo único da Declaração de Óbito (DO) proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com fluxos padronizados para todo o País (BRASIL, 1975).

A Declaração de Óbito (Anexo A) atualmente é composta por nove Blocos, com total de 59 variáveis:

Bloco I - Identificação

Bloco II - Residência

Bloco III - Ocorrência

Bloco IV - Fetal ou menor que 1 ano

Bloco V - Condições e causas do óbito

Bloco VI - Médico

Bloco VII - Causas externas

Bloco VIII - Cartório

Bloco IX - Localidade sem Médico

As declarações são emitidas em três vias e encaminhadas do Ministério da Saúde às secretarias municipais de saúde, que por sua vez, são responsáveis pelo fornecimento de forma gratuita aos estabelecimentos de saúde, cartórios, IML e médicos cadastrados pelas mesmas.

A DO tem dois grandes objetivos:

- ser o documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, conforme determina o artigo 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, e
- atender ao artigo 77 da Lei n. 6.216, de 30 de junho de 1975 – que altera a Lei 6.015/73 dos Registros Públicos e determina aos Cartórios de Registro Civil que a Certidão de Óbito para efeito de liberação de sepultamento e outras medidas legais, seja lavrada mediante a Declaração de Óbito. [...] Os dados informados na Declaração de Óbito alimentam as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte no Brasil. A partir das informações extraídas das DO são definidas grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas em saúde. Por esta razão, a Declaração de Óbito precisa se garantir, cada vez mais, como um instrumento de

amplitude máxima, capaz de captar informações nos mais remotos aglomerados populacionais do país. Além disto, precisa ser corretamente preenchida, de modo que as informações dela extraídas estejam perfeitamente concatenadas com as estratégias, métodos, metas e indicadores sugeridos pelas análises da situação de saúde no país (BRASIL, 2011, p.7).

O Manual de óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009b) orienta que a DO deve ser preenchida em todos os óbitos, inclusive os fetais; quando a gestação for inferior a 20 semanas, o feto tiver peso menor que 500 gramas e/ou estatura menor que 25 centímetros, a legislação prevê a emissão facultativa da DO para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto da concepção. Caso contrário, o corpo poderá ser incinerado sem declaração de óbito, no hospital ou entregue à coleta hospitalar adequada. A notificação do óbito se faz pelo preenchimento e encaminhamento da DO na fonte notificadora (local em que ocorreu o óbito) para a secretaria municipal de saúde.

Após preenchimento da declaração, a primeira via vai para a secretaria municipal de saúde, a segunda fica com a família para levar ao cartório e emitir a Certidão de Óbito e, a terceira via, fica na Instituição de saúde para ser arquivada em prontuário.

As informações contidas nas DO são codificadas pelas secretarias municipais de saúde utilizando o SIM para lançamento e consolidação dos dados que posteriormente vão para a Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde. A partir dos resultados das análises das informações geradas pelo SIM, o Ministério da Saúde, identifica e expõe o perfil da mortalidade no Brasil, traçando estratégias específicas para o enfrentamento e prevenção destes óbitos. A rotina do SIM é distinta: grande parte dos municípios obtém as DO nos cartórios de registro civil, sem busca ativa de eventos nos serviços de saúde, e, em alguns municípios, os dados são digitados diretamente nos serviços de saúde onde ocorre o nascimento. A secretaria municipal de saúde deve definir um fluxo enviando uma cópia da DO ao setor de Vigilância Epidemiológica e ao Comitê de óbito Infantil e fetal, a fim de investigar, analisar e concluir as reais causas do óbito bem como sugerir medidas de prevenção e evitabilidade, quando houver. A menor captação de informações sobre óbitos fetais pelo SIM no registro civil pode ser consequência da ausência de busca ativa dos óbitos nos serviços de saúde (ALMEIDA, *et al.*, 2006).

2.3 Qualidade das informações

A qualidade da informação é essencial para a tomada de decisão quanto às ações a serem adotadas [...], entretanto, é possível ampliar a capacidade de coleta de informações que conduza uma análise cada vez mais próxima da realidade dos óbitos perinatais, em especial dos óbitos fetais. A investigação do óbito infantil é uma importante estratégia para o planejamento da assistência à saúde e redução da mortalidade infantil (BARRETO; NERY; MENDES, 2011).

Laurenti, *et al.*, (2008) referiram que as informações de mortalidade são usadas em epidemiologia e saúde como indicador de nível de saúde, em avaliações de programas de saúde e em estudos populacionais visando comparar tendências temporais e diferenças geográficas. Uma das variáveis utilizadas nesse tipo de análise é a causa básica da morte.

Fica assim evidente o papel da DO como documento que alimenta estes programas, e a importância da veracidade dos dados nele contidos.

Para a redução da mortalidade peri-neonatal é fundamental haver melhor compreensão de sua ocorrência pelos serviços de saúde. Para isso é necessária à realização de análise da qualidade do preenchimento da DO perinatais, bem como a busca de mecanismos para a qualificação dessas informações. Da mesma forma, é fundamental a completa utilização das informações disponíveis na DO e a sua incorporação nas estatísticas oficiais e na rotina de trabalho dos serviços de saúde, principalmente aquelas relativas aos óbitos fetais, de modo a subsidiar a avaliação dos serviços e da organização da rede assistencial para a gestante e o recém-nascido (LANSKY, *et al.*, 2010, p.64).

Resultados obtidos em pesquisas mostram que há dificuldades em se obter indicadores para o monitoramento da mortalidade perinatal. Não é possível obter taxas específicas de mortalidade neonatal precoce e fetal por peso ao nascer, idade materna e tipo de gestação para grande parte das Unidades Federativas estudadas, devido a falhas no preenchimento das declarações de óbito (ALMEIDA, *et al.*, 2006).

Mendonça, Drumond e Cardoso (2010), comprovaram que os principais problemas que contribuíam para o preenchimento da DO são: do próprio formulário (grande número de campos a serem preenchidos); das falhas na disseminação de instruções referentes ao preenchimento desses campos; da falta de informações suficientes nas mãos dos médicos para registrarem o óbito; da necessidade de melhorias no nível de conhecimento dos médicos sobre o adequado detalhamento das possíveis causas que determinaram o óbito e, principalmente, no que diz respeito à causa básica; do desconhecimento por parte dos médicos da importância do adequado e completo preenchimento do formulário para a veracidade e consistência das

informações coletadas pelo SIM. A ausência do preenchimento da causa básica na DO dificulta ainda mais a análise das reais causas que resultaram no óbito.

Sabendo-se que grande parte dos óbitos infantis são preveníveis, e que a mortalidade perinatal está fortemente ligada à assistência pré-natal e ao parto, faz-se necessário grande contingente de estratégias eficazes que garantam a evitabilidade dos mesmos. A qualidade da informação é bom início nesta mudança de paradigmas.

2.4 Educação permanente

O Médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento. As informações consignadas no documento são utilizadas na produção das estatísticas de mortalidade e concorrem para a identificação do processo mórbido, conduzindo ao conhecimento do perfil saúde-doença. É importante que o responsável pelo preenchimento o faça com respeito aos preceitos legais e epidemiológicos vigentes.(...) A DO deve ser preenchida para todos os tipos de óbitos fetais e não fetais ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais. O médico atestante deve se abster de utilizar diagnósticos vagos como “parada cardíaca”, “parada cardiorrespiratória”, “falência de múltiplos órgãos”,etc, que são modos e não causas de morte, não devendo ser computados como causa básica do óbito (BRASIL, 2011, p.7).

O disposto no artigo 84 do Código de Ética Médica, Capítulo X expressa: “é vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta” Resolução CFM nº 1931/2009 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina no Brasil, instituídas pela Resolução n. 3 de 20 junho de 2014, tratam de itens importantíssimos para um curso voltado para a assistência à saúde, reforça as competências mínimas para formação deste profissional como a valorização da vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade. Prevêm o registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível (Seção II, inciso II; na Subseção I, Art.12, descritor: i); entre demais competências de grande relevância (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

Todavia, não há nenhum item específico sobre Medicina Legal e/ou conteúdo específico que trate da importância e uso da DO e conhecimento da causa básica do óbito.

Lucena *et al.* (2014) mostraram a importância epidemiológica do preenchimento desses dados para as políticas públicas de saúde do país, e apontam para a necessidade de se aprimorar o ensino sobre a declaração de óbito. Infere-se que a abordagem deste tema durante a graduação médica deva ocorrer não somente em Medicina Legal, mas longitudinalmente no teor de outras disciplinas, incluindo-se a Ética Médica, pelos aspectos morais envolvidos no preenchimento. Neste contexto, a orientação formulada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) denominada “A declaração de óbito: documento necessário e importante” – insere-se como uma fonte de estudos para a graduação e de consulta para os profissionais. No mesmo estudo, propõe-se ainda que os Conselhos de Medicina, Ministério da Saúde e outras instituições afins promovam em seus eventos *workshops* sobre o preenchimento de declaração de óbito – cuja eficácia no índice de acertos transparece nos resultados dos testes de quem participa uma única vez.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004) um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Nem é dirigida às políticas de gestão setorial ou das ações e dos serviços de saúde e nem é compreendida como atividade finalística da política setorial.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009, p.49).

Está bem clara a importância e preocupação em se investir nos recursos humanos do SUS na prestação de assistência e serviços à população, sendo forte política de saúde pública a “Educação Permanente em Saúde”, prevista desde a Lei de criação do SUS Lei nº8080/1990 e executada apenas na atualidade (BRASIL, 1990).

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Merhy (2004) a pedagogia da implicação deve ser constituída no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador de ações nos Pólos deve ser uma perseguição implacável para quem quer efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, entre nós.

A educação permanente em saúde se faz necessária para a plenitude da assistência qualificada, repensada e direcionada às reais necessidades de cada usuário, trabalhando a equidade como princípio central da assistência. Facilita o processo de aprendizado e da inovação científica sendo vista como forte incentivo às ações de qualificação do uso das DO pelos profissionais de saúde.

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais em atuação – para que viabilizem auto-análise e principalmente autogestão (CECCIM, 2005).

2.5 Óbitos perinatais na Maternidade Escola da UFRJ

A ME/UFRJ é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação prestando serviços de média e alta complexidade ao Sistema Único de Saúde. Na Instituição, além dos profissionais concursados/ efetivos, há grande circulação de outros profissionais, estudantes e residentes. Esta rotatividade é necessária para a efetivação das políticas públicas de saúde voltadas à integração do ensino-serviço. Entretanto, é muito importante à integração destes profissionais e alunos às rotinas e protocolos assistenciais da Instituição.

A ME/UFRJ tem o Comitê Interno de Óbito Materno, Infantil e Fetal instituído em ações baseadas na Portaria nº 1258/GM/MS (BRASIL, 2004a) que tem por finalidade realizar a investigação interna de todos os óbitos maternos, infantis e fetais que ocorrerem na instituição:

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. São instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à

criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção (BRASIL, 2009b, p.47).

O funcionamento dos Comitês de óbitos infantil e fetal são regulamentados e orientados pela Portaria n° 1258/GM/MS, de 28 de junho de 2004 (BRASIL, 2004a), e disponibiliza vários instrumentos do MS que auxiliam e contribuem para a atuação dos mesmos como: Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2001), Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno (BRASIL, 2009a), Manual de vigilância do óbito Infantil e fetal (BRASIL, 2009b), Manual de instrução para o preenchimento da declaração de nascido vivo (BRASIL, 2009d), Manual de instruções para o preenchimento das declarações de óbito (BRASIL, 2011), entre outros acervos importantes para a temática.

As DO são preenchidas pelos profissionais de saúde médicos (*staffs* e residentes) e, posteriormente, analisadas pela Comissão Interna de Óbito da instituição composta por equipe multiprofissional. Esta por sua vez, investiga, analisa e conclui sobre as reais causas do óbito e anexa uma cópia da ficha de investigação realizada no prontuário, juntamente com a DO, enviando a Ficha de investigação original à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que codifica estes óbitos no SIM.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo observacional, exploratório, transversal, quantitativo e documental.

3.2 Local de estudo

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

3.2.1 Caracterização do local de estudo

A ME/UFRJ é instituição de ensino, certificada pela Portaria interministerial do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), MEC/MS nº 1.000 de 15/04/2004 (BRASIL, 2004b), e localizada na cidade do Rio de Janeiro no sudeste do Brasil.

Foi fundada no século XIX, criada pelo Decreto nº5117 de 18 de janeiro de 1904, e situa-se à Rua das Laranjeiras nº180, bairro Laranjeiras na cidade do Rio de Janeiro/RJ. É vinculada à UFRJ e recebe alunos de graduação e pós-graduação das faculdades da área de saúde. É unidade de referência da área programática AP 2.1 da cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2013a). Realiza atendimento pré-natal e parto de risco habitual e de alto risco com equipe multiprofissional completa. Possui unidade de atendimento neonatal intensivo promovendo assistência, pesquisa e extensão de reconhecida excelência.

Foi aberto o Mestrado Profissional em Saúde Perinatal na instituição em 2015, sendo aprovado pelo MEC pela Portaria 0031/2016 de 26/01/2016 D.O.U. 28/01/2016 (BRASIL, 2016).

3.3 População/amostra

A amostra foi documental e consistiu nas DO de fetos com mais de 20 semanas de gestação e/ou peso igual ou maior que 500g, e de recém-nascidos com menos de 7 dias, dos óbitos ocorridos na instituição nos anos de 2015 e 2016.

3.3.1 Critérios de inclusão

Óbitos de fetos com mais de 20 semanas de gestação e/ou peso igual ou superior a 500 gramas e de recém nascidos com menos de 7 dias, ocorridos na instituição nos anos de 2015 e 2016.

3.3.2 Critérios de exclusão

Não se aplica

3.4 Definição dos termos e descrição das variáveis do estudo

As variáveis do estudo correspondem aos campos de preenchimento das DO dos óbitos perinatais, dos seguintes Blocos:

- I: 1 (Tipo de óbito), 2 (data do óbito), 5 (Nome do Falecido), 7 (nome da Mãe) e 10 (sexo).
- II: 15 (Logradouro), 17 (Bairro), 18 (município de residência) e 19 (Estado).
- IV: 27 (Idade), 28 (Escolaridade), 29 (Ocupação habitual), 30 (Número de filhos tidos), 31 (Número de semanas de gestação), 32 (Tipo de gravidez), 33 (Tipo de parto), 34 (Morte em relação ao parto) e 35 (Peso ao nascer).
- V: 40 (Causas da morte)
- VI: 41(Nome do Médico) e 42 (CRM).

O preenchimento das variáveis apresentadas deveria seguir as determinações do Manual (BRASIL, 2011) conforme descrito abaixo:

➤ Bloco I

1- Tipo de óbito - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de óbito, que pode ser “fetal” ou “não fetal”.

2- Data do óbito - anotar a data em que ocorreu o óbito seguindo o padrão dia, mês e ano (dd/mm/aaaa). Quando não for possível definir a data exata, informar data estimada. Nos casos de óbito fetal, informa-se a data do nascimento.

5- Nome do Falecido - preencher o nome completo do falecido, por extenso, sem abreviaturas. Usar documento de identificação do falecido, sempre que possível com foto, para obter esta informação. Em caso de óbito fetal preencher este campo com “Natimorto”.

7- Nome da Mãe - preencher o nome completo da Mãe do falecido, sem abreviaturas. Usar documento de identificação do falecido, sempre que possível com foto, para obter esta informação. Em caso de ser desconhecido preencher com “Ignorado”.

10 - Sexo - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de sexo (masculino/ feminino/ ignorado).A alternativa “Ignorado” só deverá ser assinalada em casos especiais como cadáveres mutilados, em estado avançado de decomposição, genitália indefinida ou hermafroditismo.

➤ Bloco II

15- Logradouros (Rua, praça, avenida, etc.) - preencher o endereço completo com número e complemento. O código do logradouro não precisa ser preenchido. O digitador ou codificador o preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

17- Bairro / Distrito - preencher com o nome do Bairro ou Distrito ao qual pertence o logradouro. Se a informação não for conhecida deve-se passar um traço neste campo. O código do logradouro não precisa ser preenchido exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. O digitador ou codificador o preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema. Se a informação não for conhecida deve-se passar um traço neste campo.

18- Município de residência - Preencher com o nome completo do Município onde residia habitualmente o falecido. Obs: Em caso de óbito fetal, considerar o município de residência da Mãe. O código não precisa ser preenchido. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

19- UF - preencher com a sigla da Unidade da Federação (Estado ou DF) à qual pertence o Município de residência.

➤ Bloco IV

27- Idade – anotar a idade da Mãe com dois algarismos.

28- Escolaridade (última série concluída) – Esta pergunta deve ser respondida em duas etapas, informando inicialmente o “Nível” de escolaridade que a mãe cursou (1 - Fundamental I; 2 - Fundamental II; 3 – Médio; 4 - Superior incompleto; 5 - Superior completo) e em seguida a última “Série” concluída com aprovação se no quesito “Nível” foi informada a alternativa 1, 2 ou 3. Caso não tenha estudado, anotar sem escolaridade (opção 0 – Sem escolaridade no campo Nível).

29- Ocupação habitual - é o tipo de trabalho exercido habitualmente pela Mãe. A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa classificação, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002. O código não precisa ser preenchido exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema. Recomenda-se não preencher com ocupações vagas, como vendedora, operária, professora, médica, etc, mas com o complemento da ocupação: vendedora de automóveis, operária têxtil, professora de matemática do ensino médio, médica pediatra, etc. No caso da mãe do falecido (a) ser “aposentada”, preencher com a ocupação habitual anterior. As categorias Estudante, Dona de Casa, Aposentado/Pensionista, e Desempregado devem ser evitadas ao máximo, pois embora estejam presentes no sistema de informações, não são ocupações classificadas na CBO 2002. Podem ser usadas em situações de exceção, mas por não integrarem a CBO 2002, quando informadas no sistema, não se enquadram em nenhuma família, subgrupo, subgrupo principal ou grande grupo desta classificação, perdendo comparabilidade com outras fontes.

Será considerada para caracterização da amostra em com ou sem ocupação.

30- Número de filhos tidos - destina-se a informações sobre o número de filhos tidos, vivos e morto, inclusive abortamentos. Lembrar que esta variável não inclui o falecido (nascido vivo ou morto) a que se referir a Declaração. Portanto não incluir a criança cujo óbito se notifica nesta DO na contagem do número de filhos vivos e/ou perdas fetais e abortos. Anotar o número de filhos tidos (nascidos vivos e perdas fetais/abortos) com dois algarismos. Se não houver informação a respeito, assinalar a quadrícula “99-Ignorado”.

31- Número de semanas de gestação – anotar o número de semanas de gestação com dois algarismos. Se não houver informação a respeito, assinalar a quadrícula “99-Ignorado”.

32- Tipo de gravidez - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de gravidez (única, dupla, tripla e mais), ou “99” se ignorado.

33- Tipo de parto – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de parto (vaginal, cesáreo), ou “99” se ignorado. As variáveis a seguir se referem ao falecido.

34- Morte em relação ao parto - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao óbito em relação ao parto: antes, durante, depois ou ignorado.

35- Peso ao nascer - anotar o peso em gramas (quatro algarismos).

➤ Bloco V:

40- Este campo só pode ser preenchido pelo médico que atestou o óbito e seus diagnósticos não podem ser alterados por outra pessoa que não o próprio, em documento elucidativo à parte, ou pela anulação da DO e preenchimento de outra.

Os conceitos de “causa de morte” e de “causa básica”, definidos em assembléia geral da OMS.

- Causas de morte: As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

- Causa básica de morte: A causa básica de morte é definida como:

- a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte

- as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal.

A declaração das causas de morte informadas neste Campo deve estar consoante com o “Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte”, atualmente em vigor em todos os países e recomendado, em 1948, durante a Assembléia Mundial de Saúde.

Parte I - destinada à anotação da causa que provocou a morte (causa terminal – linha a) e dos estados mórbidos que produziram à causa registrada na linha a (causas antecedentes ou consequenciais – linhas b e c, e a causa básica – linha d).

É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, com um diagnóstico apenas, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária.

No caso de óbito fetal não preencher com a expressão “Natimorto”, pois além desta não caracterizar uma causa de óbito, já foi anotado no Bloco I – Identificação.

Parte II - destinada à anotação de outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte e que, porém, não fizeram parte da cadeia definida na Parte I.

Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas causas contribuintes. Tempo aproximado entre o início da doença e a morte - este espaço deverá sempre ser anotado em ambas as Partes I e II.

Os espaços destinados aos códigos da CID são destinados à codificação das causas pelo profissional responsável por este trabalho, nas Secretarias de Saúde, o codificador de causas de morte. Não devem ser preenchidos pelo médico.

➤ Bloco VI

41- Nome do Médico - preencher por extenso o nome completo do Médico, que assina a declaração.

42- CRM - anotar o número de inscrição do Médico atestante no Conselho Regional de Medicina da UF a que estiver jurisdicionado.

Além destas variáveis referentes aos Blocos das DO foram consideradas outras informações que não constam nas DO. Além de permitirem caracterização dos óbitos, facilitaram a verificação da causa básica do óbito e são encontradas nos prontuários e fichas de investigação de óbitos, e que foram transcritas destas fichas, a saber:

- Paridade: caracterização numérica discriminada dos antecedentes gestacionais (ZUGAIB, 2012). Será considerada 0 quando não houver parto anterior com mais de 24 semanas ou o número correspondente.
- Idade Gestacional de início do pré-natal (PN): calculada pela diferença em semanas entre a data do início do PN e a data da última menstruação (DUM) ou a data da 1ª ultrassonografia somada à IG desta. Se a diferença entre as duas estimativas for maior que 7 dias será considerada a datação pela ultrassonografia;
- Número de consultas de PN: quantificação do número de consultas de PN;
- Pré-natal na ME/UFRJ: sim ou não
- Patologias/fatores de risco durante a gravidez: condições que aumentam a probabilidade de ocorrência de doença ou agravo à saúde, que atuam como fatores de risco, de desfechos perinatais adversos. Serão consideradas: Infecção urinária, cardiopatias, gestação múltipla, toxoplasmose, crescimento intra-uterino restrito, trabalho de parto prematuro, diabetes/diabetes gestacional, hipertensão arterial/doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), ruptura prematura de membrana,

isoimunização pelo fator Rh, hemorragias, gestação prolongada, sífilis, doença sexualmente transmissíveis, tireotoxicose, HIV/Aids, hepatite, anemia, rubéola. Além de outros fatores como: tabagismo, etilismo, uso de drogas, uso de medicações durante a gravidez, etc. (BRASIL, 2011)

- Índice de Apgar: É o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, avaliando suas condições de vitalidade. Consiste na avaliação de 5 itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida. É apresentado em valor numérico escalar de 0 a 10.
- Anomalia congênita: os defeitos congênitos, também chamados anomalias congênitas, são anomalias físicas que ocorrem antes do bebê nascer. Eles são em geral óbvios ao nascimento ou até o primeiro ano de idade.
- Staff ou residente: Trata-se da definição dos profissionais médicos responsáveis pelo preenchimento das DO no período estudado entre profissionais da instituição e residentes de neonatologia e obstetrícia.

Cada um destes campos corresponde a uma variável de estudo. a tabela 1 apresenta e classifica¹ as variáveis do estudo.

Tabela 1 – Classificação das variáveis do estudo (continua)

Variável	Classificação
Tipo de óbito infantil	Qualitativa nominal politômica
Ocupação da mãe	Qualitativa nominal politômica
Tipo de gestação	Qualitativa nominal politômica
Escolaridade da mãe	Qualitativa nominal politômica
Tipo de parto atual	Qualitativa nominal politômica
Causa do óbito	Qualitativa nominal politômica
Mês do óbito	Qualitativa nominal politômica
Nome da Mãe	Qualitativa nominal politômica
Residência	Qualitativa nominal politômica
Nome do Médico	Qualitativa nominal politômica

¹ As variáveis são classificadas em : (1) Quantitativas: quando as características podem ser medidas em escala quantitativa, ou seja, apresentam valores numéricos que fazem sentido. Podem ser contínuas ou discretas. Sendo as contínuas, características mensuráveis que assumem valores em escala contínua (na reta real), para as quais valores fracionais fazem sentido, e as discretas, características mensuráveis que podem assumir apenas um número finito ou infinito contável de valores e, assim, somente fazem sentido valores inteiros. Geralmente são o resultado de contagens, (2) Qualitativas (ou categóricas): são as características que não possuem valores quantitativos, mas, ao contrário, são definidas por várias categorias, ou seja, representam uma classificação dos indivíduos. Podem ser nominais ou ordinais. Diferindo as nominais das ordinais por não existir ordenação dentre as categorias ou existir ordenação entre as categorias, respectivamente (SHIMAKURA, 2018).

CID -10	Qualitativa nominal politômica
Sexo	Qualitativa nominal politômica
CRM	Qualitativa nominal politômica
Ano do óbito	Qualitativa nominal politômica
Número de filhos tidos	Qualitativa nominal dicotômica
Anomalias congênitas	Qualitativa nominal dicotômica
Intercorrências gestacionais	Qualitativa nominal dicotômica
Causa básica do óbito	Qualitativa nominal dicotômica
Pré-natal na ME/UFRJ	Qualitativa nominal dicotômica
Staff ou residente	Qualitativa ordinal
Morte em relação ao parto	Qualitativa ordinal
Paridade	Quantitativa discreta
Número de filhos	Quantitativa discreta
Número de consultas de Pré-natal	Quantitativa discreta
Índice de Apgar	Quantitativa discreta
Número de partos	Quantitativa discreta
Peso fetal	Quantitativa contínua
Idade gestacional	Quantitativa contínua
Idade da mãe	Quantitativa contínua

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

3.5 Coleta dos dados

Foi solicitado ao Comitê Interno de Óbito Materno-Infantil da unidade e ao setor de Gerenciamento de Riscos o acesso ao Livro de Óbitos, que fica guardado no almoxarifado do Centro Cirúrgico e, que contém todos os registros dos óbitos ocorridos na instituição. Foram identificados os prontuários de mães que tiveram óbitos fetais e neonatais precoces ocorridos nos anos de 2015 e 2016. Estes registros foram enviados ao arquivo para solicitação destes prontuários, para consulta e coleta das informações.

Foi elaborado Formulário de coleta de dados (Apêndice A), com as variáveis do estudo.

3.6 Garantia e controle de qualidade dos dados

Os dados deste estudo derivaram das Declarações de óbito, prontuários e fichas de investigação, quando presente em prontuário, da Maternidade Escola da UFRJ. A avaliação da qualidade dos mesmos é o objetivo deste estudo, de natureza documental.

3.7 Processamento e análise dos dados

Após se completar a coleta de dados, as informações do formulário de coleta foram digitadas em planilha EXCEL.

O “Manual de Instruções para o Preenchimento das Declarações de Óbitos” (BRASIL, 2011) foi utilizado como referência para avaliação dos erros e incompletudes encontradas; Os quadros 1 e 2 apresentam as etapas que foram necessárias para se alcançar os objetivos propostos

Quadro 1 – Quadro organizacional do Objetivo específico 1

Objetivo Específico I	Discriminar as principais inconformidades no preenchimento das Declarações de Óbitos
Amostra	Declaração de óbitos perinatais no período de 2015-2016
Tipo de dado	Secundário
Técnica de coleta de dados	Verificação de dados nos prontuários e nas DO
Forma de análise	Qualiquantitativa
Etapas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação os casos de óbitos perinatais nos anos de 2015-2016 no livro de Óbito 2. Seleção dos prontuários destes casos 3. Preenchimento do formulário de coleta de dados. 4. Classificação dos óbitos perinatais em fetais e não – fetais 5. Caracterização da amostra de acordo com dados da ficha de investigação e prontuários, segundo paridade, IG do início do pré natal, número de consultas e local de pré natal, índice de Apgar, doenças e/ou fatores de risco maternos presentes durante a gravidez e doenças do feto/recém nascido. 6. Caracterização das variáveis conforme os campos de preenchimento da DO. 7. Classificação de cada uma das variáveis , quanto ao seu preenchimento em: presente (correto ou incorreto) ou ausente (o erro foi considerado nos preenchimentos ausentes e nos incorretos). 8. Verificação das frequências absolutas e relativas de cada uma das variáveis estudadas quanto ao seu preenchimento. 9. Classificação da variável de médicos <i>staff</i> ou residente da instituição.

Fonte:Elaborado pela autora,2019.

Os resultados encontrados estão apresentados através de estatística simples descritiva e divulgados e apresentados na dissertação em tabelas. As variáveis quantitativas serão apresentadas pela média e intervalo interquartil e de confiança e as variáveis qualitativas pelos percentuais e intervalos de confiança.

3.8 Considerações éticas

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o parecer número 2.684.123 (Anexo B). Trata-se de estudo observacional, transversal, quantitativo e documental, em que não ocorre intervenção do pesquisador na assistência à gestante e RN. O pesquisador declara não possuir nenhum conflito de interesses.

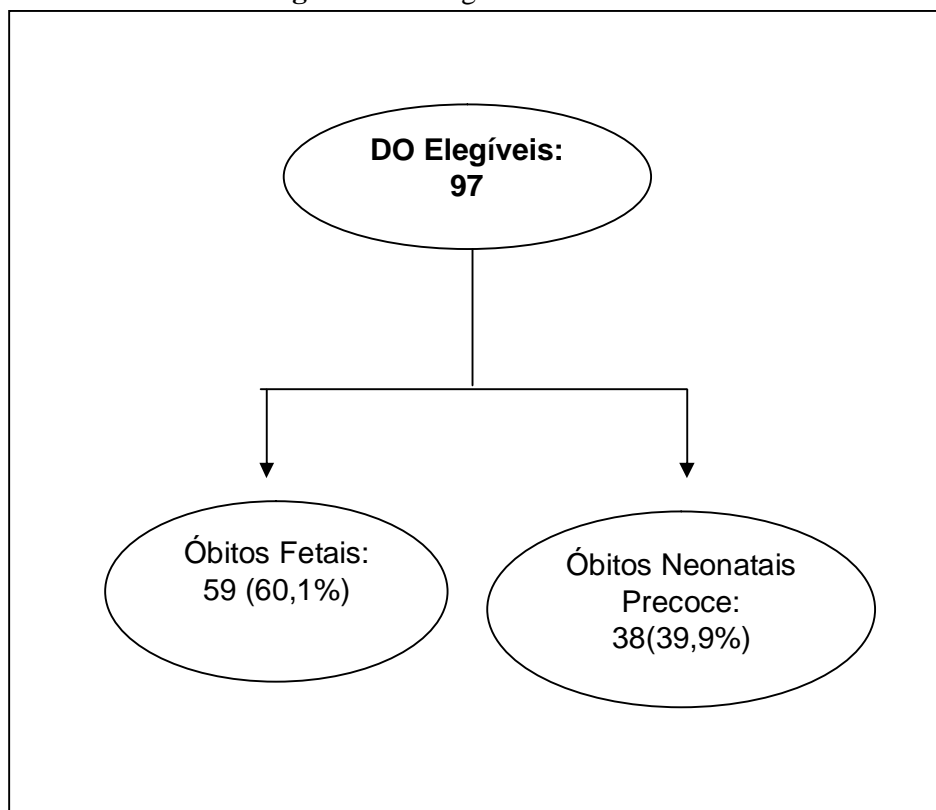
4 RESULTADOS

Nos anos de 2015 e 2016 a Maternidade Escola da UFRJ registrou 1944 e 1829 nascimentos respectivamente, totalizando 3773 nascidos vivos. Houve percentual de 3% de óbitos com relação aos nascidos vivos no período.

No período estudado houve 113 DO emitidas pela instituição, sendo todos de óbitos infantis. Destes, 97(86%) foram de óbitos perinatais. Como não ocorreram perdas, todos os casos elegíveis compuseram a amostra final. Dos óbitos estudados, 59(61%) foram óbitos fetais e 38(39%) óbitos não fetais de acordo com o preenchimento da DO.

A Figura 1 apresenta o fluxograma dos casos que compuseram a amostra estudada.

Figura 1: Fluxograma dos casos estudados



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

A tabela 2 apresenta as informações quanto às variáveis do estudo que não compõe campos de preenchimento da DO, de acordo com as informações verificadas nos prontuários e fichas de investigação dos óbitos, para caracterização da amostra.

Tabela 2 – Dados das gestações estudadas que não constam nas DO

Variável	Valor	IC95%
Paridade (média)	1,56	1,33 – 1,80
Idade gestacional de início do Pré-natal (média)	14,71	12,88 – 16,55
Número de consultas de Pré-natal (média)	3,2	2,6 – 3,81
Pré-natal na ME/UFRJ	40 (41,3%)	31,7-51,4
Outros locais	33 (34%)	25,2-44,1
Sem informação	24 (24,7%)	17-34,4
Índice de Apgar dos casos de óbitos não fetais (mediana)	3,5	1,4-5,5
Staff	42 (43,3%)	33, 7 – 53,5
Residente	54 (55,7%)	45,5 – 65,4
Informação ilegível	1 (1,03%)	

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

A média da paridade das gestantes, no momento da internação foi 1,56 e com mediana de 1.

A informação referente ao local de PN foi resgatada dos prontuários em 79% dos casos.

O número de consultas de PN variou de 0 a 13, com 24 casos (24,7%) sem relato de consultas de pré-natal. A informação quanto ao local de PN como outros foi 33 (34%) casos.

O índice de Apgar foi reportado como 0 em 55 dos 59(93%) casos de óbitos fetais, os 04 casos restantes tiveram a informação de 1 no 5º minuto.

Nos casos de óbitos não fetais o índice de Apgar no 5º minuto variou de 0 a 9, com mediana de 3,5.

A informação que refe-se a classificação entre do profissional médico responsável pelo preenchimento foi de 54(55,7%) residentes e 42(43,3%) staff. Em 1(1%) caso não foi possível identificar esta informação devido ao preenchimento indecifrável.

A tabela 3 apresenta as doenças e/ou fatores de risco maternos identificados e/ou relatados durante a gravidez, na amostra estudada.

Tabela 3 - Doenças/fatores de risco maternos durante a gravidez, verificados nas fichas de investigação

Doenças/fatores de risco maternos durante a gravidez	N
Gestação múltipla	7
Diabetes Mellitus/ Diabetes Gestacional	10
Trabalho de Parto Prematuro	16
Hipertensão Arterial Sistêmica e Doença Hipertensiva Específica da Gestação	9
Hemorragias	3
Incompetência ístmocervical	4
Isoimunização pelo fator Rh	3
Polidramnia	3
Infecção do trato urinário	4
Sífilis materna	3
Cardiopatias	2
Obesidade materna grau III	5
Ruptura Prematura das membranas ovulares	2
Plaquetopenia materna	1
Uso de medicação contra indicada	1
Gestação prolongada	2
Anemia	4
Herniação da bolsa amniótica	1

Fonte:Elaborado pela autora,2019.

Notas: N: Número.

As doenças/fatores de riscos maternos com maior prevalência são trabalho de parto prematuro (TPP) e diabetes, 16 e 10 respectivamente.

Na tabela abaixo (Tabela 4) estão apresentadas as doenças fetais e/ou do recém nascido encontradas nos casos estudados.

Tabela 4 – Doenças do feto/recém nascido, descritas nas fichas de investigação (continua...)

Doenças do feto/recém nascido	N
Síndrome de Down	1
Teratoma facial	2
Doença hemolítica perinatal	2
Persistência do canal arterial	1
Choque cardiogênico	1
Síndrome da transfusão feto fetal	2
Malformação fetal	17
Hidropsia fetal nãoimune	4
Anencefalia	4
Displasia bilateral renal fetal	2
Hidronefrose bilateral (trissomia do21)	1
Herniaçãodiafragmática	1
Cardiopatia fetal	1

Asfixia/sofrimento fetal agudo	2
Hidrocefalia	2
Doençadamembranahialina	4
Fibrosecística	1
Taquipnéia transitória do RN	1
TORSCH	3
Distúrbios metabólicos	1
Icterícia	3
Prematuridade	16
CIR	5
TN aumentada	3

Fonte:Elaborado pela autora, 2019.

Notas: RN: Recém-nascido; TORSCH: Toxoplasmose, Rubéola, Sífilis, Citomegalovírus e Herpes simples; CIR: Crescimento intrauterino restrito; TN: TranslucênciaNucal.

Dentre as doenças do feto/recém nascido, a malformação fetal tem maior prevalência, sendo identificada em 17 casos. A prematuridade foi identificada em 16 casos.

A tabela 5 ilustra os fatores preenchidos das variáveis das DO, para caracterizar o perfil dos óbitos ocorridos na instituição.

Tabela 5 – Caracterização das variáveis conforme o preenchimento das DO (Continua...)

Variável	N (%; IC95%)
Tipo de óbito:	
fetal	58 (59,8%; 49,6-69,2)
não fetal	38 (39,2%; 29,8-49,3)
sem informação	1 (1%; 0,1-7,1)
Ocupação da mãe	
com ocupação	50 (51,5%; 41,5-61,5)
sem ocupação	31 (32%; 23,3-42,0)
sem informação	12 (12,4%; 7,1-20,7)
estudante/ universitária	4 (4,1%; 1,5-10,6)
Tipo de gestação:	
única	78 (80,2%; 70,8-87,1)
múltipla	19 (19,8%; 12,9-29,1)
Escolaridade da mãe:	
analfabeta	2 (2%; 0,5-8)
1º grau incompleto	4 (4,1%; 1,5-10,6)
1º grau completo	8 (8,2%; 4,1-15,8)
2º grau incompleto	6 (6,2%; 2,8-13,2)
2º grau completo	48 (49,5%; 39,5-59,5)
3º grau incompleto	11 (11,3%; 6,3-19,5)
3º grau completo	6 (6,2%; 2,8-13,2)
ignorado	2(2%; 0,5-8)
não preenchido	10 (10,31%; 5,6-18,3)
Tipo de parto atual:	

vaginal	66 (68,0%; 58,0-76,7)
cesárea	30 (30,9%; 22,4-40,9)
ignorado	1 (1%; 0,1-7,1)
Sexo	
masculino	47 (48,4%; 38,5-58,5)
feminino	45 (46,4%; 36,5-56,5)
ignorado	2 (2%; 0,05-8)
não preenchido	3 (3,1%; 0,9-9,3)
Ano do óbito:	
2015	55 (56,7%; 46,5-66,3)
2016	42 (43,3%; 33,6-53,4)
Número de filhos nascidos vivos tidos	
0	10 (21,6%; 14,4-31,1)
1	30 (27,8%; 19,7-37,7)
2	22 (19,5%; 12,7-28,8)
3	7 (7,2%; 3,4-14,5)
4	3 (3%; 0,9-9,3)
5	1 (1%; 0,1-7,1)
6	1 (1%; 0,1-7,1)
não informado	23 (18,5%; 11,9-27,7)
Número de perdas fetais/abortos tidos	
0	44 (43,2%; 33,6-53,4)
1	36 (30,9%; 22,4-40,9)
2	7 (5,1%; 2,1-11,9)
3	1 (1%; 0,1-7,1)
4	0
6	0
não informado	9 (19,5%; 12,7-28,8)
Morte em relação ao parto	
antes	52 (53,6%; 44-63)
durante	3 (3,1%; 1- 9,3)
depois	40 (41,2%; 32-51)
ignorado	0
não informado	2 (2,1%; 0,5-8)
Peso ao nascer:	
fetal	1246 [1052-1440]
não fetal	1273 [940-1607]
	1153 [852-1453]
Idade gestacional parto	
fetal	28 [27-29]
não fetal	28,2 [26-30]
	28 [26-30]
Idade da mãe	28 [23-34]

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Notas : Os valores em () representam os percentuais e seus intervalos de confiança 95%, e os valores entre [] representam os intervalos interquartil.

O peso ao nascer dos casos da amostra variou de 105g a 4555g, com média de 1246g. A IG no parto variou de 20 a 39 semanas, com média de 28,06 semanas. Não foi possível

identificar esta informação em 3 casos (4%). A idade materna variou de 16 a 46, com média de 28,85.

Em relação a via de parto verificamos que 49 (84%) casos de óbitos fetais e 17 (45%) dos casos de óbitos não fetais tiveram parto vaginal.

A tabela (tabela 6) abaixo mostra os tipos de causas básicas encontradas dentre os óbitos fetais e não fetais do estudo.

Tabela 6 – Causas básicas dos óbitos perinatais registradas nas DO (Continua...)

Causa básica encontrada	Fetal (N)	Não fetal (N)
Agenesia renal bilateral	0	1
Prematuridade extrema	0	16
Múltiplas malformações	0	3
Coagulação intravascular disseminada	0	1
Malformação fetal	16	1
Gestação gemelar monocoriônica diamniótica	2	0
Hipertensão arterial	1	2
Incompetência ístmo cervical	1	0
Bolsa rota em gestação prematura extrema	1	0
Coagulação intravascular disseminada	0	1
Sífilis congênita	3	0
Pré-eclâmpsia	1	2
Hemorragia intracraniana	0	1
Descolamento de placenta pós fetoscopia	2	0
Síndrome de transfusão feto fetal	2	0
Síndrome genética	1	0
Malformações cardíacas	1	1
Anencefalia	2	2
Ausência de diagnóstico precoce de incompatibilidade Rh	1	0
Hidropsia não immune	1	0

Descolamento prematuro de placenta	3	1
Inviabilidade fetal	1	0
Síndrome de Dandywalker	1	0
Diabetes mellitus tipo I- materno	3	1
HAS	1	0
CIR	2	2
Corioamnionite	0	1
Choque cardiogênico	0	1
Descolamento total de placenta com atividade uterina	0	1
Displasia renal bilateral	0	1
Membrana hialina	0	4
Inviabilidade fetal	0	1
Persistência do canal arterial	0	1
Nanismo tanatofórico	0	1
Agenesia renal bilateral	0	1

Fonte:Elaborado pela autora, 2019.

Notas: Número; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; CIR: Crescimento intrauterino restrito.

As causas básicas da morte relacionadas acima representam não só as preenchidas nas DO como também as identificadas nas fichas de investigação do óbito.

A malformação fetal foi identificada como a de maior incidência de causa básica dentre os óbitos fetais com 16 casos, e a prematuridade extrema de maior incidência dentre os óbitos não fetais com 16 casos.

No estudo encontrou-se o preenchimento da causa básica em apenas 12 DO. Na tabela 7 estão apresentadas o número de casos, e o percentual dos casos com preenchimento errôneo das variáveis da DO, e a respectiva qualificação desta informação em incorreta ou ausente.

Tabela 7 – Quantitativo de preenchimento errôneos das variáveis da DO

Variável	N (%) total de erros	N incorretas	N ausentes
Tipo de óbito:			
total	8 (8,2%)	7	1
fetal	6 (6,2%)	5	1
não fetal	2 (2%)	2	0
Ocupação da mãe	12 (12,4%)	-	12
Tipo de gestação	01 (1,03%)	-	1
Escolaridade da mãe	12 (12,4%)	2	10
Tipo de parto atual	02 (2,06%)	1	1
Causa do óbito	0	0	0
Mês do óbito	0	0	0
Nome da Mãe	0	0	0
Residência	3 (3,09%)	-	3
Nome do Médico	0	0	0
Sexo	4 (4,12%)	1	3
CRM	0	0	0
Ano do óbito	0	0	0
Número de filhos tidos:			
total	19 (19,6%)	10	9
nascidos vivos	18 (18,5%)	10	8
perda fetal/ aborto	19 (19,6%)	10	9
Causa básica do óbito	92 (94,8%)	7	85
Morte em relação ao parto	2 (2,06%)	-	2
Peso fetal	2 (2,06%)	1	1
Idade gestacional	3 (3,09%)	1	2
Idade da mãe	6 (6,19%)	1	5

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Notas: número; CRM: conselho regional de medicina.

Em 8(8,2%) das DO foi identificado o erro quanto ao preenchimento da variável tipo de óbito. A ocupação da mãe não foi preenchida em 12(12,4%) DO, bem como a informação quanto à escolaridade. Apenas em 01 DO, a informação sobre o tipo de gestação estava ausente. A residência deixou de ser preenchida em 03(3,09%) casos. Informação quanto ao sexo do feto/recém nascido esteve com preenchimento errado em 01 DO e ausentes em 03.

A variável que trata o “número de filhos tidos” o erro foi encontrado em 19 DO, este campo subdivide em dois sub-campos: “filhos tidos vivos” e “perdas fetais/aborto” considerando a ausência de preenchimento ou o preenchimento incorreto, pois incluiu a gestação atual; nestas a informação quanto ao número de filhos nascidos vivos o erro foi de 18 casos (18,5%) e perda fetal/aborto 19 (19,6%) casos. Dentre os erros, destaca-se 10 casos com preenchimento errado e 08 casos com ausência de informação quanto a filhos nascidos vivos e 10 e 09, respectivamente, dentre os casos com informação de perda fetal/aborto.

A idade gestacional apresentou erro em 06 DO, dos quais em 05 casos a informação foi ausente.

A causa básica da morte foi encontrada o erro em 92 casos, dentre os erros 85(92,4%) casos não estavam com este campo preenchido. Das 12 DO com a informação da causa básica, em 07 casos o preenchimento foi feito de erradamente. Identifica-se que destes 12 casos, apenas 1(8,4%) era de óbito fetal e os demais, 11(91,6%), eram dos óbito não fetais.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo foi realizado levantamento para a identificação dos erros e inconformidades encontrados no preenchimento das DO relativas aos óbitos perinatais na ME/UFRJ no período de 2015 e 2016, bem como a caracterização destes erros. Identificou-se informações relevantes para a definição das causas básicas que não constavam na DO mas nos prontuários e fichas de investigação. Os dados colhidos nesta pesquisa possibilitaram, além da identificação dos erros de preenchimento, o conhecimento do perfil dos óbitos na instituição no período estudado e a identificação dos profissionais responsáveis pelas incompletudes, se médicos do staff da instituição ou residentes.

Observa-se que dentre os óbitos ocorridos na instituição, 86% deles foram perinatais, o que valoriza a importância deste estudo. Verificou-se que 61% dos óbitos ocorreram no período fetal e 39% no período neonatal precoce.

A caracterização dos óbitos perinatais ocorridos no período, possibilitará futuras comparações e intervenções direcionadas. Das DO observadas, 41,3% dos pré-natais foram realizados na ME, enquanto 34% foram feitos em outros locais. Para Rêgo *et al.*, (2018) o pré-natal é o período para rastreamento e diagnóstico que possibilita a identificação precoce de doenças e afecções pré-concepcionais e gravídicas que necessitem de encaminhamento a serviços especializados em pré-natal e parto de alto risco, possibilitando a redução de complicações, trabalho de parto prematuro, hipoxia intrauterina e asfixia ao nascimento, impactando na redução do coeficiente de morte perinatal evitável. Todavia, em 24,7% dos casos não havia registro de realização de pré natal, podendo estar associado a realidade destas mulheres realmente não terem realizado o PN ou ao erro na ausência da informação, ainda na anamnese.

Durante o período estudado o percentual de óbitos perinatais ocorridos na ME/UFRJ apresentou queda de 13,4% entre os dois anos estudados, que não foi significativo ao se avaliar os limites do intervalo de confiança.

Para a compreensão do perfil dos óbitos na instituição bem como do correto preenchimento da causa básica, identificou-se a necessidade de informações relevantes que não constavam nas DO, mas contidas nos prontuários e/ou Fichas de Investigação de óbitos perinatais como: paridade, idade gestacional de início de pré-natal, número de consultas de pré-natal, se o pré-natal foi na ME/UFRJ, índices de APGAR, doenças/fatores de risco materno e doenças do feto/recém nascido.

Os casos estudados foram de gestações que tiveram, em média, o início do PN com IG de até 14,7 semanas e com 3,2 consultas, ou seja, no início do 2º trimestre. O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016). De acordo com o MS (BRASIL, 2000) o número mínimo de consultas pré-natais são de 06 consultas durante toda gestação. A OMS (OPAS, 2016) recomenda o mínimo de 8 consultas de pré-natal durante a gestação, sendo que após contato nas primeiras 12 semanas (1º trimestre), esta tenha consultas subsequentes na 20ª, 26ª, 30ª, 34ª, 36ª, 38ª e 40ª semana de gestação.

Com relação ao local de realização de pré-natal, há acompanhamentos realizados na ME UFRJ registrados em 41,3% dos casos. Todavia, observa-se que 24 (24,7%) dos casos não possuíam nenhuma informação de consulta de pré-natal. O pré-natal é de suma importância para o acompanhamento da vitalidade materna e fetal, garantindo ao binômio mãe-bebê gestação, parto e puerpério de qualidade e diminuindo a morbimortalidade materna e infantil no país. A não realização do pré-natal e/ou o início tardio comprometem a qualidade desta assistência..

O índice de Apgar 0 deveria ter sido atribuído a todos os casos de óbitos fetais levando em consideração que estes ocorreram no período antes do parto. Contudo, em 04 casos houve informações equivocadas do índice de Apgar nos casos de óbitos fetais, pois atribuíram valor diferente de 0 em casos classificados como natimortos. Nos casos de óbitos não fetais a variação deste índice no 5º minuto foi em média, de 3,5. Este baixo valor nestes casos está condizente com o fato desta amostra ter evoluído para este desfecho em até 07 dias. Ainda como fonte de caracterização das amostras, observamos que dentre as doenças/fatores de risco maternos e as doenças do feto/recém nascido há respectivamente maior prevalência de TPP e malformações fetais, que constituíram as principais causa básicas de óbitos verificadas na amostra estudada. Ao compararmos as tabelas 4 e 5, podemos identificar que as doenças/fatores de riscos maternos podem ter influenciado a causa de morte do óbito perinatal.

Verifica-se que 51,5% das mulheres tinham ocupação. Contudo, ocupações denominadas como dona de casa, aposentada/pensionista, desempregada não são ocupações

consideradas na CBO 2002, bem como “estudante/universitária”, e esta última representou 4,1% das ocupações registradas nas DO avaliadas.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2018) a gravidez gemelar representa 3% dos nascidos vivos e é responsável por 20 a 25% de todos os nascimentos pré-termo, pois aproximadamente 60% dos gêmeos nascem antes de 37 semanas. A ME-UFRJ é centro de referência para tratamento de complicações associadas às gestações múltiplas, que constituíram cerca de 20% dos óbitos avaliados. Estas gestações representaram 18,9% de natimortos. Nesta categoria, todos os partos foram de fetos pré-termo, abaixo de 35 semanas de IG, representando 22,9% dos partos prematuros.

Bem mais da metade destas mulheres possuíam o 2º grau completo, mostrando que estas possuíam grau de instrução intermediário facilitando o processo de comunicação e orientação com os profissionais de saúde.

Em relação ao tipo ou via de parto, foi observado que 66 (68%) foram por via vaginal, destes 49 (84%) casos de óbitos fetais e 17 (45%) dos casos de óbitos não fetais. Em 85,6% dos casos estudados eram de pré-termos. A via do parto recomendada em gestantes com óbito fetal é classicamente a vaginal, a conduta obstétrica na gestante com feto morto modificou-se, graças aos progressos propedêuticos e terapêuticos, permitindo a realização do parto vaginal. (SAMPAIO; SOUZA, 2010)

O sexo do feto/recém nascido foi 47 masculino e 45 feminino, 48,45% e 46,39% respectivamente, sem diferença significativa. Dentre os óbitos não fetais a categorização desta variável não houve diferença tendo o resultado 18 (47,37%) em cada categoria dos casos estudados.

Quanto ao tipo de filhos tidos, houve 27,8% com a informação de pelo menos 01 filho nascido vivo enquanto 30,9% com a informação de perdas fetais/abortos. Mas 18,5% e 19,5% respectivamente não continham a informação.

Quanto ao momento do óbito em relação ao parto, 53,6% ocorreram antes do parto e 41,2% depois do parto. Este resultado está associado pela maior prevalência de óbitos fetais no período, que por definição ocorrem antes ou durante o parto.

A média do peso ao nascer foi de 1246 g, todavia nos casos dos óbitos não fetais este resultado foi de 1153g, e é compatível com a idade gestacional (IG) no parto que foi em média de 28 semanas, ou seja, antes do 3º trimestre. Montenegro e Rezende Filho (2018) citam que a maioria dos problemas graves no feto/recém nascido está associada àqueles que nascem antes de 32 semanas, principalmente, antes de 28 semanas, em que se destaca o

prognóstico de sobrevivência em 0,7%, 31,2% e 59,1%, respectivamente, para os recém nascidos de 23, 24 e 25 semanas de IG.

A idade da mãe teve média de 28 anos, esta idade está fora faixa considerada de grupo de risco para desfechos gestacionais adversos, quando avaliada isoladamente. Com a caracterização dos óbitos no período estudado, observa-se o erro quanto ao preenchimento deste instrumento valioso para as ações de planejamento das ações de saúde à população materno – infantil, que é a DO, além de auxílio na avaliação da assistência prestada à saúde desta população.

As causas básicas do óbito foram informadas em apenas 12 (12,4%) das DO perinatais estudadas, e destas houve a modificação da causa básica do óbito em 7(58,3%) casos após codificadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Remete-se a idéia de que não se conhece o que leva e inicia esta cadeia de óbitos perinatais, comprometendo qualquer estratégia de evitabilidade dos mesmos pois não se sabe com que causas estamos lidando. Além da observação quanto ao desconhecimento dos profissionais de saúde no preenchimento deste campo, evidenciada pela informação de que em mais da metade das DO estudadas com a informação da causa básica preenchida, esta foi modificada após codificada.

Cada campo da DO, principalmente os estudados neste projeto, é importante para a qualidade das informações que contribuem para a notificação, investigação e identificação destes óbitos bem como para traçar estratégias de evitabilidade para outros óbitos.

As variáveis que trataram dos Blocos I, II e uma parte do IV da DO tratam de dados referentes à identificação da mãe e seu endereço, ocupação e escolaridade, além do sexo do falecido. Diretamente, auxiliam na realização de busca ativa para investigação de óbito, o grau de instrução e esclarecimento desta mãe e sua família. A idade da mãe indica se está em grupo de risco ou não para a gravidez; a comunidade onde reside indica se há a existência de acesso aos serviços de saúde ou fácil acesso aos mesmos, bem como condições mínimas de saneamento; se a ocupação atual pode ter influenciado no óbito e distingue se o óbito é fetal ou não fetal.

Quanto ao tipo de óbito foi identificado erro no preenchimento em 8 DO, sendo 7 preenchidos com informações erradas e 1 sem o preenchimento. A DO que não foi preenchida, após verificação de dados, foi caracterizada como óbito fetal e as demais como óbito não fetal. Partindo deste fato, informação quanto ao tipo de óbito passa a ser 56 (57,7%) casos de óbitos fetais e 41 (42,3%) casos de óbitos não fetais. Continuaria o óbito fetal sendo o de maior prevalência apesar da subnotificação verificada dos óbitos não fetais.

Há estudo (SILVA *et al.*, 2013), que evidenciou que todas as DO nas quais informaram a idade do paciente e discriminaram o óbito como fetal marcaram equivocadamente este campo. Outra pesquisa realizada (RÊGO *et al.*, 2018), baseada nos registros do SIM, apresenta como limitações, além da incompletude de algumas variáveis, os problemas de classificação dos óbitos neonatais sendo diagnosticados como natimortos; subregistro e subinformação que podem contribuir com a subestimação dos coeficientes. Este erro limita o planejamento de ações para prevenção de óbitos perinatais pois a classificação dos mesmos não condiz com a realidade.

Silva *et al.*(2013) observaram erros ou incompletudes no preenchimento das DO nos campos que tratam da **Ocupação e Escolaridade da mãe**, tal qual observamos na nossa amostra com 12,4% de erro nestes dois campos. O erro considerado na variável “ocupação da mãe” foi todo voltado pela ausência de informação. Todavia há o preenchimento de ocupação vagas como estudante/universitária além de dona de casa que não são orientados o uso pelo CBO 2002. A **escolaridade da mãe** teve o erro quanto ao preenchido em duas DO e ausência desta informação em 10 DO. Observa-se a pouca preocupação no preenchimento destes campos que contribuem para o conhecimento de determinantes sociais do óbito.

A informação quanto ao tipo de gravidez, campo 32, que refere se a gestação é única, múltipla, tripla ou mais ou ignorada, não foi preenchida em uma DO. O erro neste campo foi de pouca relevância, contudo é informação de grande importância para a evidência de fatores relacionados a causa básica e a causa do óbito, principalmente numa instituição que é centro de referência para acompanhamento de gestações múltiplas.

O tipo de parto, vaginal ou cesáreo, não foi preenchido em uma DO, foi preenchido erradamente em outra, representando o erro em 2,06%. Esta informação auxilia na identificação e na associação do óbito ao tipo de parto.

O preenchimento dos campos de **idade da mãe** e **endereço** evidenciou erros, nas porcentagens de 7% e 20% respectivamente. Os erros e/ou incompletudes destes campos, especialmente endereço, comprometem a avaliação da mortalidade e da qualidade da atenção a saúde como já mostrado em pesquisa realizada anteriormente por Formigili *et al.*, (1996). Além de representar a qualificação da informação caso seja necessária a realização de visita domiciliar.

O nome da mãe estava com preenchimento correto em todas as DO estudadas. Pesquisa realizada por Mendonça, Drumond, Cardoso (2010) verificou que em 70% das DO, os campos dos Blocos I e II foram preenchidos por outros profissionais. Observa-se atenção

maior dada ao preenchimento deste campo, visto que se reconhece a importância legal da DO para a identificação da mãe do falecido. O preenchimento desta variável auxilia, posteriormente na localização do falecido em outros sistemas de informações como o Sistema de informação sobre nascimento (Sinasc) e o Sistema de Informação sobre Hospitalização (SIH) (BITTENCOURT, 2013)

A variável do sexo do falecido mostrou erro em 4,12%, observando-se que o erro está associado a ausência da informação. Porém, esta ausência de informação ocorreu em 03 (75%) óbitos fetais podendo não ter sido identificado o sexo pela dificuldade relacionada a IG. Entretanto, este campo poderia ter sido preenchido como **ignorado**.

O campo número 30 da DO - número de filhos tidos-, é subdividido em dois subcampos, um referente aos nascidos vivos e o outro às perdas fetais/ abortamento e deve ser preenchido com histórico de gestações anteriores sem a inclusão da gestação atual, conforme o manual de preenchimento (BRASIL, 2011). Todavia foi identificado o preenchimento inadequado em 19,6% das DO estudadas. Ao avaliarmos os subcampos separadamente, a informação referente ao número de filhos vivos foi errônea em 18,5% com a inclusão da gestação atual em 10 casos e com a ausência da informação em 8, quando deveria ter sido preenchida. Já no campo de preenchimento quanto ao número de filhos tidos perdas fetais/abortos houve erro em 19,5%, com a inclusão da gravidez atual em 10 casos também e com 9 casos com a ausência do preenchimento. Vale focar atenção neste campo.

A causa básica do óbito foi onde encontramos maior prevalência de erros no preenchimento com 94,8%. Sabe-se que a linha **d** do campo 40 (parte I) da DO que trata da **causas da morte** é destinada ao preenchimento da causa básica da morte afim de permitir a descrição na sequência lógica das patologias e eventos que resultaram na morte. Nas 12 DO que tiveram o preenchimento deste campo, em 07 casos foi feito de forma equivocada, ou seja, 58% destas DO preenchidas tiveram suas causa básica de morte modificada após análise e investigação do Comitê de óbito infantil do município. Nas demais 85(92,4%) das DO, o erro esteve presente pela ausência de informação deste campo. Contudo, houve 48(49,5%) casos com a informação de asfixia intrauterina/hipoxia intrauterina. Esta causa de morte agrega a morte ocorrida no período anteparto ao intraparto, registrada apenas como morte intrauterina sem especificar a relação com o parto, ou seja, sem especificar a causa. (BITTENCOURT, 2013), o que compromete a adequada avaliação dos casos. A ausência de informação quanto à causa básica do óbito modificada após investigação e codificação ocorreu em 15(31,3%) das DO da amostra. Esta causa está ligada ao período antes e durante o

trabalho de parto, e em 02 casos com a causa da morte de anóxia intrauterina a morte ocorreu após o parto. Pouco cuidado voltado ao preenchimento deste campo leva a estagnação do processo de melhorias e qualidade da assistência obstétrica e neonatal não havendo estratégias efetivas para a evitabilidade dos óbitos perinatais. Esta informação vai ao encontro do relatado por Silva *et al.*, (2013), que em 71,5% das declarações avaliadas encontraram algum erro no preenchimento deste campo. Formigili *et al.*, (1996), já evidenciavam a importância das informações deste campo, que mostra que a maioria dos óbitos é potencialmente evitável pela ação oportuna e adequada dos serviços de saúde.

A ausência de informação em dois casos (2,06%) relacionados ao campo 34 **morte em relação ao parto** caracterizaram o erro quanto o preenchimento desta variável, contribuindo o erro quando a classificação do tipo de óbito. Quanto aos óbitos ocorridos antes do trabalho de parto, são conhecidas as associações a infecções maternas como sífilis, CIR, e consequência de tabagismo e doenças maternas, em especial: hipertensão arterial, Diabetes mellitus e malformação congênita. Já os óbitos ocorridos durante o trabalho de parto estão associados à dificuldade de acesso à assistência qualificada ao parto e ao nascimento (BITTENCOURT, 2013). Esta informação confirma os dados encontrados quanto a caracterização do perfil de óbito perinatal da instituição, onde os óbitos fetais foram significativamente mais prevalentes.

A IG deixou de ser preenchida em 2 casos e em 1 caso o preenchimento foi feito de forma inadequada. Esta variável nos auxilia na mensuração do período do óbito e sua associação com o período em que o mesmo ocorreu. Identificando o trimestre gestacional de ocorrência do óbito, consegue-se traçar estratégias de prevenção e detecção precoce de complicações que levem ao desfecho negativo. Considerando-se que a média da IG no parto foi de 28 semanas, significa que eram fetos com maior possibilidade de sobrevivência. A duração da gestação e o peso ao nascer indicam a viabilidade do feto, ou seja, a possibilidade de sobrevivência no meio extrauterino após o parto, sendo quanto maior a duração da gestação e/ou o peso ao nascer, maior a viabilidade do feto e, portanto, maior o potencial de sobrevivência (BITTENCOURT, 2013) Observa-se o erro quanto a informação do peso ao nascer em 02 casos, onde um foi preenchido erradamente e o outro com a informação ausente. Todavia, a média do peso ao nascer foi de 1246 g, ou seja, eram fetos/recém nascidos com baixo potencial de sobrevivência se analisarmos o peso isoladamente.

A idade da mãe teve a classificação do erro em 6,9% das DO; sem esta informação não se consegue identificar se a idade materna está dentro dos fatores de risco maternos à gestação atual.

É possível interpretar que aos médicos passam despercebidas as inconsistências causadas pelo preenchimento parcial e/ou insatisfatório da DO, que são detectadas por epidemiologistas e outros pesquisadores que buscam no SIM elementos para compreender o quadro real da mortalidade no país (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010).

São várias as causas que podem influenciar o erro quanto ao preenchimento deste campo, entre elas a pouca orientação quanto a temática. Mendonça, Drumond e Cardoso (2010) evidenciaram que 20% dos médicos participantes da pesquisa nunca tiveram instrução quanto ao preenchimento deste instrumento.

A classe médica carece de ações em busca da melhoria da qualidade no preenchimento da DO, especialmente durante a formação acadêmica, para que se desenvolva o compromisso e a responsabilidade com relação à importância deste documento, em vez de preenchê-lo somente enquanto exigência de sepultamento (SILVA, *et al.*, 2013).

Para avaliação quanto à identificação da qualidade no preenchimento destas DO, foi realizado a comparação do preenchimento feito por médicos *staffs* e residentes da Instituição. Neste quesito, observou-se que a qualidade do preenchimento deste instrumento não está associada ao tempo de formação e atuação no mercado de trabalho. Em ambas as classes, o erro esteve presente. Todavia, o erro no campo da causa básica da morte está com maior prevalência dentre os óbitos não fetais, justifica-se pela informação de que das 12 DO com causa básica da morte preenchida apenas 1(8,4%) era de óbito fetal e as demais, 11(91,6%), eram dos óbito não fetais.

Remete-se à discussão a necessidade de informações mais precisas e relevantes que poderiam estar presentes no modelo da DO a fim de auxiliar a caracterização e codificação dos mesmos, direcionando até mesmo o preenchimento do Bloco V.

O cenário de problemas apresentados sobre o preenchimento da DO mostra como a qualidade das informações declaradas ainda necessita de melhorias. A situação detectada e descrita aponta para ações concretas a serem implementadas pelas instâncias competentes (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010)

Noronha *et al.*, (2000) já alertava que não devemos nos esquecer do grande contingente de fetos natimortos que deixam de ser considerados quando se avalia a condição de saúde de uma população, apenas usando como indicador o coeficiente de mortalidade

infantil, o qual subentende uma análise dos nascidos vivos. Entretanto, para interferir nesse processo faz-se necessário conhecer quais os principais fatores que levam ao óbito fetal ou de recém-nascidos e, dessa forma, identificar as mortes evitáveis por mudanças de condutas assistenciais.

Medidas de informação e comunicação efetiva entre os profissionais da instituição são necessárias para evitar e corrigir estas inconformidades. A atenção prestada ao preenchimento deste documento também se faz atitude importante para qualidade das informações.

Conhecendo-se a grande diversidade regional e de estruturação das grades de formação dos cursos de medicina no Brasil, a temática que trata da DO durante a formação acadêmica é muito pouca, se não, nenhuma. A DO é documento cuja obrigatoriedade de preenchimento é do profissional médico. O domínio insuficiente deste instrumento chama a atenção para a necessidade de uma revisão das Diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina vigentes no país para valorizar o conhecimento mínimo da temática que será executada em algum momento de sua jornada profissional.

Alem disso, fica clara a necessidade de educação permanente e continuada em saúde aos profissionais médicos formados que já se encontram no mercado de trabalho atuando no preenchimento destes documentos. Desde a criação do Sistema Único de Saúde já era reconhecida a importância de se trabalhar a educação permanente e continuada em saúde dos profissionais inseridos no mesmo. Isso é necessário para atender às necessidades no dia a dia dos serviços de saúde, quanto à ausência de informações precisas para a codificação, e para posterior estudo de ações que venham a reduzir a incidência de óbitos perinatais a nível local.

A educação permanente em saúde não se resume a capacitar o corpo de profissionais, mas também sensibilizar quanto à importância desta atividade para a mudança de paradigmas em saúde, qualificando e humanizando a assistência à população que necessitar. São estratégias de formação e informação dinâmicas e contínuas que facilitarão a inserção da temática nas rotinas da Instituição.

Um hospital universitário é o local onde há o encontro entre a educação e a saúde. É espaço valioso onde se podem modificar as práticas em saúde com a finalidade de qualificar a assistência voltada à população.

A elaboração de Protocolos, informes e até mesmo a execução de sessões clínicas, como *workshops* são estratégias que contribuirão para essa comunicação efetiva com os profissionais de saúde quanto à temática que resultará na qualificação e valorização das informações contidas nas DO.

As limitações deste estudo consistem na origem documental do mesmo. A avaliação restringiu-se aos eventos ocorridos no período estudado, que definiu o tamanho da amostra. A dificuldade no entendimento da escrita legível das informações anotadas nos campos da DO, compromete a avaliação, pois não podemos avaliar se a intenção do conteúdo escrito foi correta. A caracterização da amostra limitou-se ao que consta nos documentos avaliados.

Trata-se de pesquisa com poucos estudos voltados a esta finalidade para comparação dos erros no preenchimento de campos documentais, o que reforça a importância do mesmo. Com esta pesquisa espero contribuir para a redução das inconformidades no preenchimento e a inclusão da causa básica da morte nas Declarações de Óbito da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro; com a apresentação das informações obtidas e sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da qualidade destas informações no preenchimento deste instrumento para as ações de vigilância dos óbitos perinatais, bem como para a elaboração das estratégias que qualifiquem as ações de saúde voltadas a esta população. Os erros encontrados retratam a pouca investidora na temática, ocasionando a replicação destes nas diversas DO preenchidas posteriormente. Todas as informações não preenchidas nas DO foram encontradas nos prontuários e/ou fichas de investigação dos óbitos, não havendo dificuldades de se obter dados necessários para o correto preenchimento.

6 CONCLUSÃO

As principais inconformidades no preenchimento das DO estão nos Blocos II, IV e V. No Bloco II, houve 3,09% de erros em relação à “residência”.

No Bloco IV a “escolaridade da mãe” com 12,4%, “idade materna” com 6,19% e “ocupação” com 12,4% de déficit no preenchimento. A informação da “idade gestacional” apresentou erro em 3,09%. A variável “Número de filhos tidos” estava preenchida, todavia de maneira errônea em 19,6% das DO.

O preenchimento do Bloco V – “Condições e causas do óbito” apresentou erro em 94,8% no preenchimento da “causa básica” por falta ou erro de preenchimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. *et al.* Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de usos em estudos epidemiológicos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.9, n.1, p.56-58, 2006.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; MENDES, Y. M. M. B. Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.1, p.88-95, 2011.

BITTENCOURT, S. D. A. (org) **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD; Ensp. 2013.

BRASIL. **Lei n. 6.216, de 30 de junho de 1975**. Altera a Lei n. 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos. Brasília, 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6216.htm. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1020 de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à saúde na Gestação de alto risco, incluída a Casa de gestante, Bêbe e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanes de Ensino e Pesquisa. Protocolo de atenção básica: **Saúde das mulheres**. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI da mortalidade materna pela Dep. Elcione Barbalho**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1258/GM/MS, de 28 de junho de 2004**. Institui o Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e fetal, e da outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1258_28_06_2004_rep.html. Acesso em: 14 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1000, 16 de abril de 2004**. Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática e atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Brasília, 2004b. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7789. Acesso em: 14 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Manual de vigilância do óbito Infantil e fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Manual de instrução para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento das declarações de óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL; Ministério da Saúde. **Portaria n. 72 de 11 de Janeiro de 2010**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 30 jul. 2019.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Portaria n. 570, de 1º de junho de 2000**. Estabelece o Programa de Humanização no Pré -natal e Nascimento. Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2000-2015**. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala De Apoio A Gestão Estratégica – SAGE. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>> Acesso em: 20 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Resolução n. 1931 dev 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. **DOU**, seção I, p. 90, 24 setembro de 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CES n. 03 de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares Nacional do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 13 jan. 2017.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. **Saúde Soc.**, v.18, n.supl.1, p.48-51, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2004; 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DENÓFRIO, D. F. **Cora Coralina**: Coleção Melhores Poemas. Rio de Janeiro: Globo, 2004.

FATOR de risco. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Postado em 17 de setembro de 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Fator_de_risco> Acesso em: 30 jul. 2019.

FORMIGILI, V. L. A. *et al.* Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. **Cad. Saúde Públ.**, v. 12, supl.2, p. 33-41, 1996.

FRIAS, P. G. *et al.* Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p. 671-681, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da população no Brasil. População. Taxas de mortalidade infantil**. Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos no Brasil, 2013. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

LANSKY, S.; *et al.* Confiabilidade da informação sobre o óbito perinatal em Belo Horizonte, 1999: causas de óbito e variáveis selecionadas. **Cad. Saúde Colet.**, v.18, n.1, p.63-70, 2010.

LAURENTI, R.; *et al.* Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev. Panam Salud Publica**. v.23, n.5, p.349–356, 2008.

LUCENA, L. *et al.* Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. **Rev. Bioética**, v.22, n.2, p.318-324, 2014.

MARINHO, P.S. **Estudo da mortalidade perinatal na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro no período de 2007 a 2010**. 63f. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. Rio de Janeiro, 2012.

MENDONÇA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M. P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v.27, n.2, p. 285-295, 2010.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende: Obstetrícia Fundamental**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

NORONHA, L. *et al.* Mortalidade intra-uterina e perinatal: análise comparativa de 3.904 necropsias do Hospital de Clínicas de Curitiba no período de 1960 a 1995. Rio de Janeiro, **J Pediatr.**, v. 76, n. 3, p. 213-221 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS 2016**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820> Acesso em: 10 out.2019.

PORTAL DA SAÚDE. **Datasus**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=26&pad=31655>. Acesso em: 20 nov. 2018.

PORTAL UFF. Índice de Apgar. Disponível em: http://www.uff.br/discamep/escala_de_apgar.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

PORTAL UNESP. Disponível em: https://www.fc.unesp.br/Home/PosGraduacao/MestradoDoutorado/EducacaoparaaCiencia/rev_istacienciaeducacao/cen02a09.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

RAMALHO, M. O. A.; FRIAS, P. G. Avaliação da incompletude da declaração de óbitos de menores de um ano em Pernambuco, 1999-2011. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p. 2891-2898, 2014.

REGO, M. G. da S. *et al.* Óbitos perinatais evitáveis pelo sistema único de saúde do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, p. e2017-0084, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100414&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES RJ n. 2785 de 8 de julho de 2005**. Institui o Comitê Estadual de Mortalidade Infantil e Fetal do Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.soperj.org.br/download/MortalidadeInfantil.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

SAMPAIO, A.G.; SOUZA, A.S.R. Indicação de cesarianas em óbito fetal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n.4, p. 169-175, 2010.

SCHUPP, T. R. *et al.* Identificação Ultra-Sonográfica do Sexo Fetal entre a 11^a e a 14^a Semana de Gestação. **RBGO**, v. 23, n. 4, 2001.

SILVA, J. A. C.; *et al.* Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. **Rev. Assoc. Méd. Brasil**, v. 59, n. 4, p. 335-340, 2013.

SHIMAKURA, S. **Tipos de variáveis.** *In:* Curso de-Bioestatística (CE055) - Primeiro Semestre 2012. Disponível em: <http://leg.ufpr.br/~silvia/CE055/node8.html>. Acesso em:05 set. 2018.

ZUGAIB, M. Assistência pré-natal. *In:* ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2012. p. 205-224.

APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS EM DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (ano 2015 E 2016)

➤ Número da DO: _____ Nº do Prontuário: _____

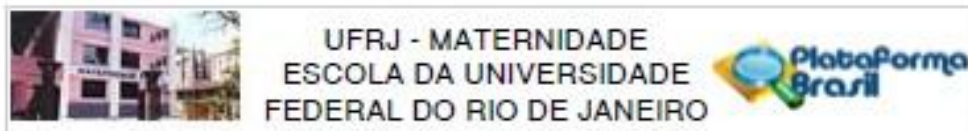
Óbito: () Fetal () Não Fetal

1. Identificação										
Nome da Mãe/Gestante							DN			
Idade (anos)			Ocupação							
Escolaridade		Analfaba ()	1º grau (optativa) ()	1º grau (obrigatória) ()	2º grau incompleto ()	2º grau (obrigatória) ()	3º grau (obrigatória) ()	3º grau (optativa) ()		
Endereço										
2. História Obstétrica										
Gesta		Para		Nº de partos		Vaginal ()	Cesárea ()	Ignorada ()		
Nº de abortos		Nº de filhos		Nascidos vivos			Nascidos mortos/óbitos fetais			
IG		IG que iniciou o PN		Pré-natal (local)		ME	Outro local	Qual		
Tipo de gestação		Única ()	Múltipla ()	Tripla ou mais ()		Ignorada ()	Nº de consultas de PN			
Intercorências/fatores de risco		Não ()	Sim ()	Qual (s)						
Tipo de parto atual		Vaginal ()				Cesárea ()		Ignorada ()		
3. Dados do Feto										
Peso (g)		Sexo		Masculino ()		Feminino ()		Ignorado ()		
Apgar		1º minuto			5º minuto					
Anomalia congênita		Não ()		Sim ()		Qual (s)				
4. Dados do óbito										
Causa do óbito										
Morte em relação ao parto				Antes ()		Durante ()		Depois ()		Ignorada ()
Mês e ano do óbito										
Causa básica do óbito preenchida			Não ()			Sim ()				
Caso tenha causa básica, qual é?										
CID 10 de causa morte										
CID 10 de causa básica										
Profissional médico atestante do Óbito										
Staff ()					Residente ()					

ANEXO A – Declaração de Óbito

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Identificação	1) Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não fetal	2) Data do óbito ____/____/____ Hora _____
		3) Nome do Falecido _____	4) Naturalidade _____ <small>Município / UF (se estrangeiro informar país)</small>
		5) Nome do Pai _____	6) Nome da Mãe _____
II	Residência	7) Data de nascimento ____/____/____ Idade: Anos completos _____ Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____ Ignorado <input type="checkbox"/> 9	8) Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - Ignorado
		9) Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	10) Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 5 <input type="checkbox"/> União estável 6 <input type="checkbox"/> Ignorado
		11) Logradouro (rua, praça, avenida etc.) _____ Número _____ Complemento _____	12) CEP ____-____
III	Ocorrência	13) Bairro/Distrito _____ Código _____	14) Município de residência _____ Código _____
		15) Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Via pública 5 <input type="checkbox"/> Outros 6 <input type="checkbox"/> Ignorado	16) Estabelecimento _____ Código CNES _____
		17) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____	18) CEP ____-____
IV	Fetal ou menor que 1 ano	19) Bairro/Distrito _____ Código _____	20) Município de ocorrência _____ Código _____
		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	
		21) Idade (anos) _____ Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	22) Escolaridade (última série concluída) _____ Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo
V	Condições e causas do óbito	23) Número de filhos tidos Nascidos vivos _____ Perdas fetais/abortos _____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	24) Nº de semanas de gestação _____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado
		25) Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	26) Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		27) Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	28) Peso ao nascer _____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado
VI	Médico	29) Nome do Médico _____ CRM _____	30) Obito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> J.M.L.
		31) Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.) _____ 32) Data do atestado ____/____/____	33) Assinatura _____ 34) Município e UF do SVO ou IML _____ UF _____
		35) Nome do Médico _____ CRM _____	36) Obito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> J.M.L.
VII	Causas externas	37) Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	38) Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		39) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____ 40) Aceite do Trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	41) Município e UF do SVO ou IML _____ UF _____
		42) Nome do Médico _____ CRM _____	43) Obito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> J.M.L.
VIII	Cartório	44) Nome do Médico _____ CRM _____	45) Nome do Médico _____ CRM _____
		46) Nome do Médico _____ CRM _____	47) Nome do Médico _____ CRM _____
		48) Nome do Médico _____ CRM _____	49) Nome do Médico _____ CRM _____
IX	Localid. do Médico	50) Nome do Médico _____ CRM _____	51) Nome do Médico _____ CRM _____
		52) Nome do Médico _____ CRM _____	53) Nome do Médico _____ CRM _____
		54) Nome do Médico _____ CRM _____	55) Nome do Médico _____ CRM _____

ANEXO B – Parecer Consubstanciado



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DECLARAÇÃO DE ÓBITO: IMPORTANTE INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DA MORTALIDADE NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Pesquisador: RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89990317.1.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.664.123

Apresentação do Projeto:

Trata-se estudo observacional, transversal, quantitativo, documental, descritivo e analítico, onde se pretendem coletar dados de preenchimento nas Declarações de Óbitos Perinatais na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de 24 meses tendo como referência o biênio de 2015 e 2016, com a intenção de identificar os principais e/ou os erros mais comuns cometidos no preenchimento deste documento, assim como a identificação do preenchimento da causa básica dos óbitos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Qualificar as informações nas Declarações de Óbitos Perinatais na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ)

Objetivo Secundário:

- Discriminar as principais inconformidades no preenchimento das Declarações de Óbitos na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro;
- Desenvolver protocolo digital como instrumento didático baseado nos dados colhidos na pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua das Laranjeiras, 160
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2555-0747 **Fax:** (21)2205-0064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Formulário 2.0 (Rev. 1/2)

O pesquisador está ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados. Devido a natureza documental da pesquisa, acredita-se que os riscos oriundos da mesma podem ser a identificação de gama de erros maiores do que esperado.

Benefícios:

A qualificação de todos os profissionais e estudantes/residentes de medicina na instituição para o preenchimento das Declarações de Óbitos Perinatais padronizando o serviço e contribuindo para as estratégias de evitabilidade dos mesmos, além de contribuir para a identificação do perfil do óbito perinatal no período.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo analisará a incompletude de informações constantes no preenchimento de todas as Declarações de Óbitos (DO) Perinatais na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) correspondente ao biênio de 2015 e 2016. Evidenciando, principalmente, o preenchimento dos Blocos I, II, IV, V e VI que tratam, respectivamente, da "identificação", "residência", "fetal ou menor que 1 ano", "condições e causa do óbito" e "médico", sendo estes de suma importância para a formulação de estratégias de evitabilidade dos óbitos dentro da Instituição. Com as informações geradas, pretende-se desenvolver um instrumento didático para a execução de educação permanente voltada à temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão anexados:

- folha de rosto
- termo de compromisso
- capa do projeto
- projeto completo
- lista de pesquisadores
- informações básicas do projeto

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado, atendendo às exigências do CEP e não havendo pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Importante lembrar que de acordo com a Resolução CNS 466/2012, no inciso XI.2., cabe ao pesquisador:

Endereço:	Rua das Laranjeiras, 180		
Bairro:	Laranjeiras	CEP:	22.240-003
UF:	RJ	Município:	RIO DE JANEIRO
Telefones:	(21)2556-9747	Fax:	(21)2205-9064
		E-mail:	cep@ma.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.064.124

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais a cada 6 meses e o relatório final ao término do projeto (o site da

após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. Plataforma Brasil tem um link para relatório);

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

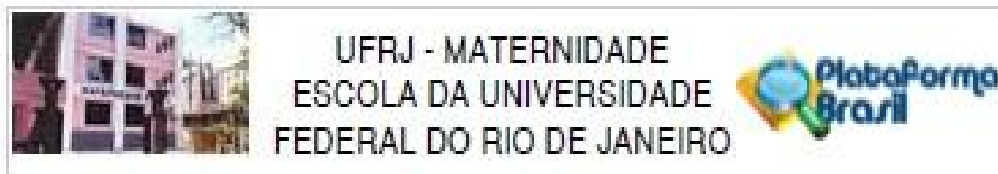
f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos

OBS.: O parecer substanciado, emitido pelo colegiado, encontra-se disponível na árvore lateral esquerda de arquivos, na pasta "Pareceres".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_857828.pdf	18/05/2018 12:33:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRaphaelaiep.docx	18/05/2018 12:32:52	RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO	Aceito
Outros	LISTADEPESQUISADORESPROJETO RAPHAELA.docx	18/05/2018 12:31:37	RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO	Aceito
Outros	CAPProjeto.doc	18/05/2018 12:30:15	RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodecompromissoassinadoRaphaela.pdf	18/05/2018 12:25:25	RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO	Aceito
Folha de Rosto	FRaphaela.pdf	18/05/2018 12:25:02	RAPHAELA CASEMIRO DOS SANTOS FIGUEREDO	Aceito

Endereço: Rua dos Laranjeiras, 160
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)256-9747 Fax: (21)256-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.066.172

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Maio de 2018

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)