



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



ISABELA DE LUCENA HERÁCLIO

MORTALIDADE PERINATAL SOB A PERSPECTIVA DA EVITABILIDADE

**RECIFE
2016**

ISABELA DE LUCENA HERÁCLIO

MORTALIDADE PERINATAL SOB A PERSPECTIVA DA EVITABILIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Cristine Vieira do Bonfim

RECIFE
2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

H531m Herácio, Isabela de Lucena.
 Mortalidade perinatal sob a perspectiva da evitabilidade/ Isabela de
 Lucena Herácio. – 2016.
 107 f.: il.; tab.; 30 cm.

 Orientadora: Cristine Vieira do Bonfim.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
 CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2016.
 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Mortalidade perinatal. 2. Vigilância em saúde. 3. Estatísticas
 vitais. 4. Óbitos evitáveis. I. Bonfim, Cristine Vieira do (Orientadora). II.
 Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-240)

ISABELA DE LUCENA HERÁCLIO

MORTALIDADE PERINATAL SOB A PERSPECTIVA DA EVITABILIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre.

Aprovado em 30/08/2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Cristine Vieira do Bonfim
Fundação Joaquim Nabuco – FUNDAJ

Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dra. Gabriela da Silveira Gaspar
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Às mães que perderam seus filhos prematuramente.
Aos profissionais que trabalham para que mortes
semelhantes não ocorram.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor da vida, fonte de infinita bondade e amor, por me fortalecer nos momentos difíceis e guiar meus passos.

Aos meus pais, Ana Lúcia e Romero, que, pelo exemplo de amor, me ensinaram as virtudes que me transformaram no que hoje sou.

À minha avó, Lourdes, meu exemplo de fé, garra e amor. Com ela tenho a oportunidade de aprender que formação acadêmica nem sempre é sinônimo de sabedoria.

Aos meus irmãos, Marcus e Romero, pela vivência e pelo aprendizado diário.

À minha orientadora, Dra. Cristine Bonfim, pelos ensinamentos, dedicação, paciência e confiança.

À Paulo Frias e Conceição Oliveira pelas ricas e pertinentes contribuições.

Às alunas de IC pela colaboração em todas as etapas deste trabalho.

Aos amigos com que a caminhada da vida me presenteou, não correrei o risco de citar nomes, posso cometer o erro de esquecer alguém. Pelas conversas repletas de palavras de amorosas, reconfortantes e de incentivo. Vocês conferem leveza às batalhas diárias.

Aos colegas da turma 2014 do mestrado, pelo aprendizado compartilhado durante o curso. Em especial, à amiga Maria Helena Nascimento, pela paciência, pelas palavras de ânimo e conforto.

Aos professores do PPGSC, pelos ensinamentos compartilhados.

À CAPES, pelo incentivo financeiro.

À Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde de Recife e a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal de Recife pela disponibilização dos dados necessários à realização deste estudo.

Aos funcionários do PPGSC. Em especial, José Moreira, pela solicitude e presteza em solucionar minhas demandas e dúvidas.

À professora Eliane Vasconcelos, grande incentivadora deste percurso, meu exemplo indubitável de docente e ser humano.

Enfim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta dissertação.

“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos”.
Friedrich Nietzsche

RESUMO

Os óbitos perinatais possuem causas quase sempre evitáveis e refletem a qualidade dos serviços de saúde, os fatores biológicos e as desvantagens socioeconômicas. O objetivo desta pesquisa foi caracterizar os óbitos perinatais e sua evitabilidade. Realizou-se um estudo transversal, cuja população foi constituída pelos óbitos perinatais investigados pela vigilância do óbito, de residentes no Recife, ocorridos em 2014. Do total de 308 óbitos perinatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade, 255 foram investigados (161 fetais e 94 neonatais precoces). Para avaliação da completitude das variáveis da ficha de investigação, calculou-se o grau de completitude de 99 variáveis agregadas em seis blocos: identificação, pré-natal, nascimento, características da família, ocorrência do óbito e conclusões e recomendações. A mediana de preenchimento do perinatal foi 83,7%, sendo 74,3% no fetal e 84,6% no neonatal precoce, enquanto o bloco de maior preenchimento foi conclusões e recomendações (91,1%) e o de menor assistência pré-natal (74,1%). Quanto à evitabilidade, 58 (85,3%) dos fetais foram classificados como redutíveis por adequada atenção à gestação e 13 (28,2%) por adequada atenção ao parto entre os neonatais precoce. Observou-se completitude regular das fichas de investigação, existindo diferenças entre as variáveis e os componentes do óbito perinatal.

Palavras-chave: Mortalidade perinatal. Vigilância em Saúde Pública. Estatísticas vitais. Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

The causes of perinatal deaths are almost always avoidable. These deaths reflect the quality of healthcare services, biological factors and socioeconomic disadvantages. The objective of this study was to characterize perinatal deaths and their avoidability. A cross-sectional study was conducted on a population formed by perinatal deaths in 2014, among infants whose mothers lived in Recife. Out of the total of 308 perinatal deaths registered in the mortality information system, 255 were investigated (161 fetal deaths and 94 early neonatal deaths). To assess the degree of completeness of the 99 variables in the investigation file, these were grouped into six categories: identification, prenatal, birth, family characteristics, occurrence of death and conclusions and recommendations. The median completeness of the prenatal data was 83.7% (74.3% for fetal data and 84.6% for early neonatal data), while the conclusions and recommendations were the most complete (91.1%) and prenatal care was the least complete (74.1%). Regarding avoidability, 58 (85.3%) of the fetal deaths were classified as avoidable through adequate care during pregnancy and 13 (28.2%) of the early neonatal deaths were avoidable through adequate care during delivery. The completeness of the investigation files was seen to be fair, but there were differences among the variables and components of perinatal death.

Keywords: Perinatal Mortality. Public Health Surveillance. Vital Statistics. Health Information Systems.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão distrital do Recife – 2014.....	24
---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Estatística descritiva do preenchimento das fichas de investigação segundo blocos de variáveis	33
Tabela 2	Completitude das variáveis relativas ao bloco de identificação das fichas de investigação	33
Tabela 3	Completitude das variáveis relativas aos blocos do pré-natal e do nascimento das fichas de investigação	34
Tabela 4	Completitude das variáveis relativas às características da família e sobre ocorrência do óbito das fichas de investigação. Recife, Pernambuco, 2014	36
Tabela 5	Completitude das variáveis relativas ao bloco de conclusões e recomendações das fichas de investigação	37

ARTIGO 2

Tabela 1	Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo características maternas	46
Tabela 2	Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo características da gestação, do feto/recém-nascido e assistenciais	47
Tabela 3	Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo falhas na assistência	49
Tabela 4	Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do óbito Infantil e Fetal segundo a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis	51

LISTA DE SIGLAS

CMP	Coeficiente de Mortalidade Perinatal
CMF	Coeficiente de Mortalidade Fetal
CMNP	Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ODM	Objetivos do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento
RPA	Regiões político-administrativas
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VOIF	Vigilância do óbito infantil e fetal
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	Mortalidade perinatal: epidemiologia, determinantes e evitabilidade	16
2.2	Sistemas de informações de estatísticas vitais e a vigilância do óbito infantil e fetal.....	18
3	JUSTIFICATIVA.....	23
4	OBJETIVOS.....	24
4.1	Objetivo geral.....	24
4.2	Objetivos específicos.....	24
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	25
5.1	Área de estudo.....	25
5.2	Desenho do estudo.....	26
5.3	População do estudo e período de referência.....	26
5.4	Fonte dos dados.....	26
5.5	Definição de variáveis e análise dos dados.....	27
5.6	Considerações éticas.....	28
6	RESULTADOS.....	29
6.1	Artigo 1.....	30
6.2	Artigo 2.....	43
	REFERÊNCIAS.....	59
	APÊNDICE A – Quadro de variáveis utilizadas no estudo.....	65
	ANEXO A – Ficha confidencial de investigação de óbito fetal e em menor de 1 ano.....	71
	ANEXO B – Lista brasileira de causas de mortes estáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de cinco anos.....	79
	ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	81
	ANEXO D – Carta de Anuência da Prefeitura do Recife.....	84
	ANEXO E – Normas para publicação.....	85

1 INTRODUÇÃO

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos indicadores utilizados na análise da situação de saúde de uma população (LISBOA et al., 2015). São óbitos precoces, influenciados por características biológicas, socioeconômicas, ambientais e a disponibilidade de serviços de saúde adequados (ARECO, KONSTANTYNER, TADDEI, 2016).

O Brasil segue avançando na diminuição da mortalidade infantil, estando à frente de muitos países, alcançando um decréscimo de 73% entre os anos de 1990 a 2012 (UNICEF, 2015). O país atingiu, antes do prazo estimado, o objetivo número quatro pactuado com a Organização das Nações Unidas (ONU), o qual determina o compromisso dos governos em melhorar a saúde infantil (MENEZES et al., 2014).

Houve um decréscimo dos coeficientes de mortalidade infantil, resultado dos investimentos feitos na saúde materno e infantil. Porém, o nível de mortalidade ainda é elevado, e persistem as desigualdades entre as regiões brasileiras (ARECO, KONSTANTYNER, TADDEI, 2016; RATTNER, MOURA, 2016).

A mortalidade perinatal é considerada um importante problema de saúde pública (LANSKY et al., 2002). São óbitos com causas identificáveis, quase sempre evitáveis e que refletem a qualidade dos serviços de saúde, os fatores biológicos e as desvantagens socioeconômicas (MASSON, FARQUHAR, SADLER, 2016).

Em 2010, o coeficiente de mortalidade perinatal no Brasil foi estimado em 21,5 óbitos por 1.000 nascimentos. Foi mais elevado nas regiões Norte e Nordeste do País, com 21,7 e 32,2 óbitos por 1.000 nascimentos, respectivamente. Ao passo que, na Região Sul, o risco foi de 13,9 óbitos por 1.000 nascimentos e, na Região Sudeste, de 15,6 (RIPSA, 2010).

As principais falhas que contribuem para a ocorrência dos óbitos perinatais estão relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, ao diagnóstico de alterações na gravidez, ao manejo obstétrico e ao atendimento do recém-nascido na sala de parto (MERALI et al., 2014). O coeficiente de mortalidade perinatal é um dos indicadores de saúde utilizados na mensuração da qualidade e do acesso à assistência obstétrica e neonatal (LANSKY et al., 2002; LOURENÇO et al., 2013).

Avaliando a necessidade de redução do coeficiente de mortalidade perinatal, desde o final da década de 1990 o Ministério da Saúde (MS) tem envidado esforços para estimular a estruturação de comitês de prevenção de óbitos infantis e fetais e reforçar a vigilância dos óbitos infantis e fetais (BRASIL, 2009). Ambas as estratégias têm a missão de identificar os fatores que colaboraram com a ocorrência desses eventos, melhorar a qualidade dos registros

e possibilitar a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde (LOURENÇO et al., 2013; BAMBER, KINSELLA, 2015).

A vigilância do óbito infantil e fetal, no Brasil, se tornou obrigatória nos serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2010 (BRASIL, 2010). No Recife (PE), é realizada anteriormente à obrigatoriedade nacional, sendo efetivamente implementada em 2006 (OLIVEIRA, 2016).

A análise da mortalidade perinatal possibilita a elaboração e o redirecionamento das políticas de saúde na área materno e infantil (MERALI et al., 2014; STRATULAT et al., 2014). Diante da contribuição dos óbitos perinatais, em sua maioria evitáveis, na taxa de mortalidade infantil no Brasil, justifica-se a relevância deste estudo, que tem o intuito de caracterizar os óbitos perinatais investigados pela vigilância do óbito e sua evitabilidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Mortalidade perinatal: epidemiologia, determinantes e evitabilidade

A definição do termo *perinatal* foi proposta em 1940 por Peller, que considerava ser relevante analisar os óbitos fetais e neonatais precoces de forma agregada, por compartilharem os fatores causais no pré-natal e parto (PELLER, 1965).

Os óbitos fetais são aqueles sucedidos a partir da 22ª semana completa de gestação; e os neonatais precoces, aqueles que ocorrem entre os seis primeiros dias de vida (OMS, 2008). Ambos compartilham causalidades, especialmente quando próximos do término da gestação e se os fetos têm peso adequado à idade gestacional (LANSKY et al., 2002).

No Brasil, a evolução da mortalidade infantil demonstra uma tendência geral de decréscimo (MENEZES et al., 2014; ARECO, KONSTANTYNER, TADDEI, 2016). No entanto, a redução não se deu de forma homogênea entre os componentes: enquanto o ritmo de queda no período pós-neonatal (28 a 364 dias) foi acentuado, a velocidade nos componentes neonatal tardio (7 a 27 dias) e neonatal precoce (0 a 6 dias) não aconteceu do mesmo modo (LANSKY et al., 2014). O decréscimo alcançado de forma mais expressiva no componente pós-neonatal teve como principais fatores contribuintes as intervenções médico-sanitárias (FRIAS et al., 2013; LISBOA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

O componente neonatal precoce demonstrou a menor redução entre 2000 e 2010 (34%), também revelou maior desigualdade entre as regiões: o Norte e Nordeste apresentam taxas duas vezes mais elevadas do que as da Região Sul (11,5/1.000 nascidos vivos, 11,6/1.000 nascidos vivos e 5,9/1.000 nascidos vivos, respectivamente). Os óbitos neonatais precoces representaram 53% das mortes infantis ocorridas em 2010, evidenciando as disparidades regionais no Nordeste, onde essa proporção chegou a 57% (BRASIL, 2012).

No ano de 2010, no Brasil, ocorreram 21,5 óbitos perinatais por 1000 nascimentos, com decréscimo de 16,1% em relação ao ano 2000. Os maiores coeficientes de mortalidade perinatal são encontrados nas regiões Norte e Nordeste (RIPSA, 2010). Com relação ao estado de Pernambuco, no ano de 2010, ocorreram 28,4 óbitos perinatais por 1000 nascimentos, uma redução de 15,5% se comparados aos óbitos do ano 2000 (RIPSA, 2010; ORTIZ, 2012).

A mortalidade perinatal está intimamente interligada às condições sociais e à situação de saúde da população (GEIB et al., 2010; MENEZES et al., 2014). Os determinantes em saúde são o conjunto de fatores sociais, biológicos e de comportamento que influenciam no processo de saúde-doença do indivíduo (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Entre os modelos desenvolvidos para demonstrar a relação existente entre determinantes e mortalidade, está o de Mosley e Chen (1984), precursores na estruturação do modelo explicativo simplificado da rede de determinação da mortalidade infantil. Segundo esses autores, os fatores distais (antecedentes) influenciam os fatores intermediários, e estes influenciam os fatores proximais (aqueles que agem de maneira mais direta sobre o desfecho). Assim, por meio de uma estrutura hierarquizada, é possível considerar e modelar fatores distintos de acordo com sua precedência no tempo e de sua relevância para a determinação do desfecho.

Os determinantes distais dos óbitos perinatais representam os fatores socioeconômicos e demográficos (FONSECA, COUTINHO, 2004; AQUINO et al., 2007). Nesse grupo, são identificados o baixo nível de escolaridade materna e a baixa renda familiar. Estes refletem a maior vulnerabilidade a situações de risco dessas mães e influenciam na sobrevivência fetal e infantil (MARTINS et al., 2013; FERRARI et al., 2014).

Entre os determinantes intermediários, estão os fatores relacionados à atenção à saúde que são capazes de interferir nos fatores de risco biológicos ou proximais (AQUINO et al., 2007). A assistência pré e perinatal e os hábitos de vida maternos integram esse grupo (FONSECA, COUTINHO, 2004; NASCIMENTO et al., 2012).

As variáveis biológicas referentes à mãe e ao recém-nascido constituem os determinantes proximais e são as causas diretas dos óbitos perinatais (FONSECA, COUTINHO, 2004; AQUINO et al., 2007). O baixo peso ao nascer (inferior a 2.500 g no momento do nascimento) e a prematuridade são os fatores biológicos que mais influenciam a mortalidade fetal e infantil (MARANHÃO et al., 2012; SAMPAIO, PINTO, SAMPAIO, 2013; LANSKY et al., 2014).

Os óbitos perinatais são potencialmente evitáveis e refletem entraves na qualidade da assistência (MASSON, FARQUHAR, SADLER, 2016). Rutstein et al (1976) foram os precursores da discussão sobre evitabilidade dos óbitos. Eles introduziram o conceito de evento-sentinela, que se refere a uma ocorrência desnecessária ou potencialmente prevenível, dada a disponibilidade de tecnologia médica suficiente e o adequado funcionamento dos serviços de saúde.

Na mortalidade perinatal, a classificação das causas dos óbitos de acordo com a possibilidade de preveni-las constitui o primeiro passo para a avaliação fidedigna da qualidade dos serviços de assistência à gestante e ao recém-nascido. Consequentemente, possibilita a definição de ações e estratégias que visem à redução dos óbitos evitáveis (LANSKY et al., 2002; MARTINS et al., 2013).

Do total de 52.244 óbitos perinatais registrados no Brasil em 2010, 72% foram classificados como evitáveis, 12,5% como não evitáveis e 15,5% como mortes de causas mal definidas segundo a classificação da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) do Estado de São Paulo (ORTIZ, 2012).

A classificação da evitabilidade das mortes perinatais também pode ser realizada utilizando os critérios de Wigglesworth, que estabelece as seguintes categorias de óbito: ocorrido antes do trabalho de parto, por malformações congênitas letais, por prematuridade, por asfixia perinatal e por causas específicas — infecções, isoimunização (WIGGLESWORTH, 1980). São predominantes as mortes no anteparto, no intraparto por asfixia e aquelas associadas à imaturidade (CAMPOS, MELLO JORGE, 2013). Esses fatores estão intimamente relacionados às falhas no processo de assistência ao pré-natal, no manejo obstétrico e ao recém-nascido em sala de parto e em unidade neonatal (JACINTO, AQUINO, MOTA, 2013).

A Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde, para menores de cinco anos de idade, classifica os óbitos infantis nos grupos de “causas evitáveis”, “mal definidas” e “demais causas, não claramente evitáveis”. Os óbitos evitáveis podem ser reduzíveis por ações de imunoprevenção; de adequada atenção à mulher, na gestação e parto, e ao recém-nascido; ações adequadas de diagnóstico e tratamento; e ações adequadas de promoção e atenção à saúde (MALTA et al., 2010).

A análise da evitabilidade dos óbitos fetais e infantis por meio das classificações permite uma visão sistematizada de eventos que colaboraram para o óbito e possibilita avaliar a efetividade dos serviços e da assistência prestada (LANSKY et al., 2002; LOURENÇO et al., 2013; MENEZES et al., 2014). Nesse sentido, é fundamental reconhecer os determinantes das mortes perinatais e a sua evitabilidade, no intuito de contribuir para o planejamento de ações e políticas de saúde voltadas a população materna e infantil.

2.2 Sistemas de informações de estatísticas vitais e a vigilância do óbito infantil e fetal

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) são fontes de informação do Ministério da Saúde (MS), contribuindo para o estudo e monitoramento da mortalidade perinatal (MAGALHÃES et al., 2012).

O SIM, criado em 1975, fornece dados que permitem delinear o perfil de mortalidade de uma população em determinada região. Assim, pode-se obter a mortalidade proporcional,

por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência, bem como as taxas de mortalidade geral, infantil e materna (MELLO JORGE, LAURENTI, GOTLIEB, 2007).

O instrumento padronizado de coleta de dados do SIM é a Declaração de Óbito (DO), a qual é constituída por nove blocos, com 62 variáveis. Ela fornece dados referentes à identificação, ao tipo de óbito, à idade, ao sexo, à procedência e às causas básicas, além de conter campos de preenchimento específicos para óbitos fetais e em menores de um ano (SILVA et al., 2013).

Decorrente da necessidade de obter informações sobre a saúde do recém-nascido e sobre características maternas foi criado o Sinasc (MELLO JORGE et al., 1993). Esse sistema tem como objetivos principais: coletar dados sobre os nascimentos ocorridos no País e fornecer informações fidedignas sobre gestação, nascimentos e características maternas, subsidiando a elaboração de indicadores sobre a saúde materno-infantil (MELLO JORGE, LAURENTI, GOTLIEB, 2007).

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é o instrumento-padrão de coleta de dados do Sinasc: um formulário padronizado nacionalmente, pré-numerado, emitido em três vias e distribuído, exclusivamente, pelo MS. A DNV contém campos para preenchimento da identificação da mãe e do recém-nascido — variáveis sociodemográficas essenciais para a emissão do Registro Civil de Nascimento e outras relativas ao pré-natal, parto e nascimento (PEDRAZA, 2012).

O SIM associado aos dados das investigações do Comitê de Prevenção de Óbitos tem sido utilizados para caracterizar o perfil epidemiológico das mortes perinatais (MARTINS et al., 2013), avaliar a evitabilidade dos óbitos neonatais (ROCHA et al., 2011) e analisar a tendência da mortalidade perinatal (JACINTO, AQUINO, MOTA, 2013).

Cobertura e confiabilidade são características essenciais que conferem credibilidade ao Sinasc e ao SIM. Desde a implantação desses sistemas, tem sido observada uma progressiva ampliação da cobertura no território nacional: o SIM apresenta cobertura de 93%, enquanto o do Sinasc é um pouco maior, 95,6% (PEDRAZA, 2012).

Pernambuco tem experimentado consideráveis avanços na qualidade dos registros de estatísticas vitais (FRIAS et al., 2010). A maioria da população reside em municípios com informações vitais consolidadas, ao passo que menos de 5% reside em localidades com informações não consolidadas (RODRIGUES et al., 2012).

Há no estado de Pernambuco um progresso na regularidade da informação (FRIAS et al., 2010) e uma melhoria no preenchimento de variáveis da declaração de nascidos vivos

(SILVA COSTA, FRIAS, 2011; FRIAS et al., 2013) e da declaração de óbito (RAMALHO et al., 2015).

As informações provenientes dos sistemas de estatísticas vitais são essenciais para a vigilância em saúde por constituir fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação” (FARIA, BERTOLOZZI, 2010). A vigilância em saúde tem por objetivos: intervir sobre problemas de saúde; articular as ações promocionais, preventivas e curativas e proporcionar o conhecimento de informações que subsidiem medidas de prevenção e controle das doenças e dos óbitos (CAVALCANTE, FERREIRA, SILVA, 2011; MAGALHÃES et al., 2012; SILVA JUNIOR, 2013).

No âmbito do monitoramento da mortalidade infantil e fetal, tem-se a vigilância do óbito infantil e fetal, que compreende a identificação do óbito, entrevista domiciliar, o conhecimento dos determinantes dos óbitos, resumo, discussão e conclusão sobre o caso, análise de evitabilidade e a divulgação de informações e a proposição de medidas de prevenção e controle (STRATULAT et al., 2014). Somado a isso, contribui no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos, por meio de ações de sensibilização e análise de óbitos (BRASIL, 2009, OLIVEIRA et al., 2016).

Para ampliar a mobilização e o comprometimento dos gestores e profissionais de saúde do País na organização de um sistema de acompanhamento dos óbitos infantis e fetais com maior potencial de prevenção, o MS elaborou o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que sistematiza as experiências da vigilância e dos comitês (FRIAS, 2008).

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal consistem numa estratégia que pretende dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos e propor intervenções para redução da mortalidade (PIZZO et al, 2014; FARQUHAR et al., 2015). São instrumentos de gestão e controle social que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto, ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, no intuito de subsidiar políticas públicas e ações de intervenção (MATHIAS, ASSUNÇÃO, SILVA, 2008; ALLANSON, PATTINSON, 2015).

A implementação da vigilância do óbito infantil e fetal tem sido incentivada principalmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a proporção de investigação de óbitos ainda é considerada baixa. Os estados das regiões Sul e Sudeste, além de apresentarem melhores indicadores de sobrevivência, vêm monitorando esses óbitos com mais intensidade e conseguindo maiores êxitos na redução da mortalidade infantil e fetal (BRASIL, 2009).

A portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, do MS estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). É importante a identificação dos fatores de risco associados à mortalidade infantil e fetal para a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências, a agilidade na informação e o início oportuno da investigação e detalhamento dos casos (SANTANA et al., 2011; KERBER et al., 2015).

Na vigilância do óbito infantil e fetal, além das fontes de informação como o SIM e o Sinasc, é feita a vigilância ativa por meio da investigação do óbito. Ao se identificar o óbito, é realizado um estudo deste com a finalidade de se obter informações acerca de sua ocorrência. Nesse momento, há um detalhamento do caso, e são obtidos dados maternos, socioeconômicos e de acesso e assistência ao pré-natal, parto e puerpério (OLIVEIRA et al., 2016).

A investigação dos óbitos possibilita a identificação do momento e do nível do sistema de saúde em que as falhas ocorreram na cadeia de ações do cuidado e de sua possível evitabilidade (JORGE, LAURENTI, DI NUBILA, 2010). Esta estratégia do cuidado em saúde contribui para melhoria dos registros dos óbitos, orienta as ações de intervenção para prevenção e controle de novos eventos, informa sobre o contexto social e econômico da família enlutada e avalia as ações e os serviços de saúde (STRATULAT et al., 2014; DEMISE et al., 2015).

Além disso, coopera para a melhoria da informação, especialmente em contextos em que o registro dos óbitos é considerado falho, sendo uma das principais ferramentas para melhorar a qualidade dos dados (CAETANO, VANDERLEI, FRIAS, 2013; CARETI, SCARPELINI, FURTADO, 2014).

No Recife, a proposta de implantação da vigilância do óbito infantil e fetal começou em 2003, resultado da análise da mortalidade infantil na cidade pelos setores de epidemiologia e de saúde da criança e do adolescente da Secretaria Municipal de Saúde. Teve por base a experiência da vigilância da criança de risco, que acompanhava desde 1994 crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida (RECIFE, 2002). Suas funções são: analisar os óbitos e sua evitabilidade; corrigir a estatística oficial e divulgá-la, eliminando ao máximo as causas mal definidas; formar e educar a partir da discussão e do debate; promover, prevenir e mobilizar para evitar novos eventos (FRIAS, 2008; OLIVEIRA et al., 2016).

A vigilância do óbito infantil e fetal é formada por uma equipe multidisciplinar, no Recife, responsável pela operacionalização da investigação. Esta é composta pelas seguintes

etapas: identificação dos óbitos infantis e fetais; investigação epidemiológica; discussão dos óbitos; encaminhamento das propostas de promoção, atenção à saúde e correção das estatísticas vitais (OLIVEIRA et al., 2016).

São investigados todos os óbitos infantis e fetais de mães residentes no Recife. Com exceção daqueles em menores de um ano que tiveram como causa básica algum tipo de malformação congênita, por seu menor potencial de evitabilidade (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al., 2016).

Na investigação, é utilizada uma ficha confidencial própria, que contempla todas as variáveis monitoradas pelo MS. E são relacionadas: à identificação da criança e da mãe; às características da família; aos dados da gestação, do pré-natal, do nascimento, da puericultura, do atendimento ambulatorial e hospitalar da gestante e da criança e da ocorrência do óbito (OLIVEIRA et al., 2016).

Após a realização das etapas de identificação e investigação dos óbitos, é feita a discussão que acontece com a participação dos profissionais da assistência, vigilância e gestão. Nela, são analisadas as circunstâncias em que ocorreram os óbitos infantis e fetais, identificadas às falhas no cuidado e elaboradas proposições que são encaminhadas aos gestores de saúde para as devidas providências (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al., 2016).

Desse modo, a investigação pela vigilância do óbito infantil e fetal dos óbitos perinatais proporciona informações relevantes para as equipes de saúde e uma avaliação crítica da qualidade dos serviços prestados (MERALI et al., 2014; MASSON, FARQUHAR, SADLER, 2016). Outro papel fundamental da vigilância é o aprimoramento dos sistemas de informações, por permitir a disponibilidade de dados confiáveis e consequentemente a elaboração e implantação de políticas e programas efetivos de atenção à gravidez, ao parto e pós-parto (LEE et al., 2014; MERALI et al., 2014; FLENADY, 2015).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- a. há poucos estudos que abordem a evitabilidade dos óbitos perinatais;
- b. o conjunto de óbitos fetais e neonatais precoces representa a maioria das mortes infantis;
- c. grande parcela dos óbitos perinatais é quase sempre passível de ser evitada por adequada assistência;
- d. apesar da redução alcançada das taxas de mortalidade perinatal, no Recife ainda persiste um elevado número de óbitos perinatais;

Este estudo justifica-se pela descrição das principais características maternas, biológicas, assistenciais e a evitabilidade dos óbitos perinatais investigados pela vigilância do óbito infantil e fetal do Recife, contribuindo, portanto, com o planejamento de ações que enfoquem a assistência pré-natal e ao parto.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Caracterizar os óbitos perinatais investigados pela vigilância do óbito e sua evitabilidade, nos residentes de Recife (PE), em 2014.

4.2 Objetivos específicos

- a. Avaliar a completitude das variáveis da ficha de investigação de óbito fetal e infantil.
- b. Descrever a mortalidade perinatal segundo características maternas, biológicas e assistenciais.
- c. Classificar os óbitos perinatais segundo a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Área de estudo

O estudo foi realizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do Brasil. Possui uma área de 218,5 km² integralmente urbanizada, com uma população de 1.537.704 habitantes (IBGE, 2015). Administrativamente, divide-se em seis Regiões Político-administrativas (RPA), que correspondem aos Distritos Sanitários (DS), apresentado na Figura 1 (RECIFE, 2014).

A Secretaria de Saúde possui uma rede ambulatorial composta por 122 Unidades de Saúde da Família (USF's) e 22 unidades básicas tradicionais (Centros de Saúde), representando a principal porta de entrada do sistema. Apresenta ainda 275 Equipes de Saúde da Família (ESF's), 21 equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), 12 policlínicas, um hospital pediátrico e 17 maternidades (três de gestão municipal; quatro, de estadual; duas, de federal; e oito são da administração privada).

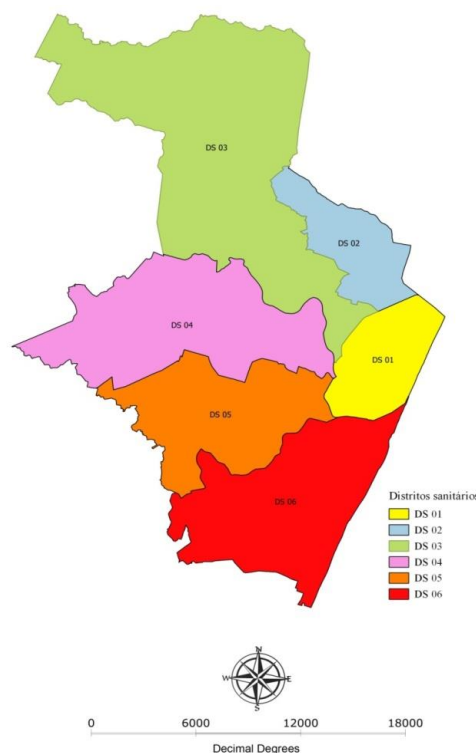


Figura 1. Divisão distrital da cidade do Recife-PE.
 Fonte: Recife, Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

5.2 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal. Esse desenho foi definido a partir da necessidade de conhecimento das características maternas, biológicas, assistenciais e da evitabilidade dos óbitos perinatais. Possibilita a verificação de frequências das variáveis definindo a situação de saúde da população com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo.

5.3 População do estudo e período de referência

A população do estudo foi constituída pelos óbitos perinatais de mães residentes no Recife, investigados pela vigilância do óbito, ocorridos no ano de 2014. O período perinatal inicia na 22ª semana completa de gestação (quando o peso normalmente é de 500 g) até o sexto dia completo de vida (OMS, 2008).

Foram registrados no SIM 308 óbitos perinatais, sendo excluídos 46 (14,9%), decorrentes de malformação congênita. Não foram localizadas sete (2,3%) fichas de investigação, também excluídas do estudo. Do conjunto de 255 óbitos investigados, 132 (62 fetais e 70 neonatais precoces) não atendiam ao critério recomendado (peso igual ou superior a 1.500 gramas) pela Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (LBE) e foram excluídos. A população de análise foi composta por 123 óbitos perinatais (99 fetais e 23 neonatais precoces).

5.4 Fonte dos dados

Os dados referentes à caracterização materna, biológica, assistencial e à evitabilidade dos óbitos perinatais foram coletados das fichas confidenciais de investigação de óbito fetal e em menor de um ano do Recife (ANEXO A).

Os dados utilizados nos cálculos dos coeficientes de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal foram provenientes do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

5.5 Definição de variáveis

As variáveis analisadas compõem os seguintes blocos da ficha de investigação: I - Dados da Notificação e da Investigação; II - Dados de Identificação; III - Dados do pré-natal; IV- Dados do nascimento; VI - Características da família; VII - Dados básicos sobre a ocorrência do óbito; VIII – Conclusões; e IX - Recomendações e medidas de prevenção. As definições e categorias das variáveis são expressas no APÊNDICE A.

5.6 Processamento e análise dos dados

Os dados das fichas confidenciais de investigação de óbito fetal e em menor de um ano de Recife foram codificados e digitados com dupla entrada no programa Epiinfo, versão 7, sendo validados e corrigidas as inconsistências.

Na avaliação da completitude das variáveis da ficha de investigação, foi realizado o cálculo do percentual do preenchimento de cada variável, e classificou-se segundo o recomendado pela escala Romero e Cunha (2007), na qual se considera: excelente (variável com menos de 4,9% de preenchimento incompleto), boa (de 5 a 9,9% de preenchimento), regular (de 10 a 19,9%), ruim (de 20 a 49,9%) e muito ruim (mais de 50%).

Foram usadas medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio-padrão) e posicionamento (quartis). O teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson foi utilizado para verificar a existência de diferenças significativas entre as proporções de preenchimento das variáveis dos componentes fetal e neonatal precoce, adotando o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com auxílio do programa R, versão 3.2.2, para Windows®.

Na classificação da evitabilidade foi adotada a LBE (ANEXO B), realizou-se a comparação entre os grupos de óbitos evitáveis e os não evitáveis dos componentes fetal e neonatal precoce utilizando o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com auxílio do programa R, versão 3.2.2, para Windows®.

5.7 Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, obedecendo às normas da Resolução nº 466 de 2012 (CAEE nº 45904015.0.0000.5208) (ANEXO C) e obteve a anuência da Secretaria de Saúde do Recife (ANEXO D).

6 RESULTADOS

Nesta seção, apresentar-se-ão dois artigos originais: o primeiro foi elaborado para responder ao objetivo específico da avaliação da completitude das variáveis da ficha de investigação do óbito fetal e em menor de um ano; o segundo responde ao segundo e terceiro objetivos específicos de caracterização da população estudada segundo características maternas, biológicas e assistenciais e classificação segundo a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Os artigos complementam-se a fim de atender ao objetivo geral deste estudo.

6.1 Artigo 1¹

COMPLETITUDE DAS VARIÁVEIS DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS

INTRODUÇÃO

Os óbitos perinatais, compreendidos entre a 22^a de gestação até o sexto dia de vida¹, evidenciam as vulnerabilidades socioeconômicas e a qualidade da assistência materna e infantil^{2,3}. No mundo estima-se a ocorrência de 4,9 milhões de mortes perinatais por ano, sendo dois milhões fetais e 2,9 milhões óbitos neonatais precoces. No Brasil estima-se 53.170⁴, a maioria evitáveis e frequentemente invisibilizadas⁵.

Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter lançado em 2014 o plano de ação para reduzir as mortes evitáveis e os óbitos fetais até 2035,⁶ os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável não priorizaram o monitoramento da taxa de mortalidade perinatal mantendo-a despercebida⁷. Entretanto, países que dispõem de sistemas de informação de estatísticas vitais com boa cobertura e dados confiáveis podem conhecer a sua situação epidemiológica perinatal e planejar intervenções voltadas para a saúde materna e de recém-nascidos⁸.

Diante da inexistência, insuficiência de informações vitais ou para o melhor discernimento sobre as mortes perinatais a vigilância do óbito ao agregar dados sociodemográficos maternos, fatores de risco, trajetórias assistenciais e suas inconformidades facilita a compreensão sobre as circunstâncias de sua ocorrência^{6,7}. No Brasil, a despeito da vigilância do óbito infantil e fetal se tornar obrigatória apenas no ano de 2010 nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)⁹ haviam diversas experiências exitosas anteriores a constituição da base normativa¹⁰⁻¹².

Pesquisas que avaliam todas as etapas envolvidas na vigilância do óbito e sobre os instrumentos de investigação ainda são escassas no país¹³. Análises sobre a consistência das

¹ O artigo será submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

informações obtidas em entrevistas domiciliares e em prontuários institucionais e sobre a completitude das variáveis das fichas de investigação são insuficientes, diferente do observado para as Declarações de nascidos vivos e de óbitos fartamente exploradas¹⁴.

O conhecimento quanto às variáveis que apresentam registros não nulos na ficha de investigação dos óbitos perinatais pode contribuir na melhoria das estatísticas vitais, para o aperfeiçoamento das investigações, diagnósticos da situação epidemiológica, avaliação da assistência à saúde materno infantil e o planejamento de ações perinatais. Este estudo tem como objetivo avaliar a completitude das variáveis das fichas de investigação dos óbitos perinatais estratificada por componentes etários.

MÉTODOS

Estudo sobre o preenchimento da ficha de investigação dos óbitos perinatais ocorridos em 2014, entre os residentes no Recife (PE), região Nordeste do Brasil que contava com 1.625.583 habitantes distribuídos em 218 Km². Neste ano foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 308 óbitos perinatais, desses 46 (14,9%) foram excluídos da investigação por apresentarem malformação congênita e sete (2,3%) por extravio das fichas. A análise contou com 255 (82,8%) óbitos, 161 fetais e 94 neonatais precoces.

A ficha de investigação dos óbitos perinatais utilizada contempla todas as variáveis obrigatórias para o monitoramento pelo Ministério da Saúde⁵. Analisaram-se variáveis estruturadas (n=99) dispostas em oito blocos: notificação e investigação do óbito; identificação; assistência ao pré-natal; ao nascimento; características da família; ocorrência do óbito; e conclusões, recomendações e medidas de prevenção.

A completitude foi analisada por meio da proporção de campos preenchidos de cada variável e para os blocos, e apresentada segundo componentes fetal e neonatal precoce. Os

dados das fichas de investigação foram codificados e digitados com dupla entrada para análise de inconsistências e minimizar erros utilizando o programa Epi Info versão 7.0. Para classificar o nível de preenchimento das variáveis foram utilizados os critérios de Romero e Cunha¹⁵ adaptado: excelente (mais de 95,0% de preenchimento completo); bom (90,1 a 95,0%); regular (80,1 a 90,0%); ruim (50,1 a 80,0%) e muito ruim (50% ou menos).

Foi utilizada estatística descritiva e para analisar as diferenças entre as proporções de preenchimento das variáveis por componente fetal e neonatal precoce foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson, com $\alpha=5\%$, por meio do programa R versão 3.2.2.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos sob o CAEE 45904015.0.0000.5208.

RESULTADOS

As variáveis analisadas apresentaram mediana de preenchimento de 89,0% (1º quartil = 78,7% e 3º quartil = 97,9%), destas 49 (49,5%) encontravam-se acima do valor da mediana. Para os óbitos fetais e neonatais precoce a mediana de preenchimento foi 81,4% (1º quartil = 60,3% e 3º quartil = 95,4%) e 92,6%, (1º quartil = 82,3% e 3º quartil = 98,9%), respectivamente. Para os óbitos fetais 49 (49,5%) das variáveis tiveram valores superiores ao da mediana e os neonatais precoces 46 (46,5%).

No perinatal, o bloco de melhor preenchimento foi identificação com mediana de 95,7% e o menor assistência pré-natal (81,2 %). Os blocos de melhor completitude nos componentes fetal e neonatal precoce foram conclusões e recomendações (91,3%) e identificação (97,9%) e o pior em ambos, características da família (79,5%; 81,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Estatística descritiva do preenchimento das fichas de investigação segundo blocos de variáveis

Bloco de variáveis	Perinatal			Componentes etários					
	Média (DP)	Mediana	1/3 quartil	Fetal			Neonatal precoce		
				Média (DP)	Mediana	1/3 quartil	Média (DP)	Mediana	1/3 quartil
Identificação	89,0 ±15,1	95,7	81,4 99,6	76,6 ±31,2	85,5	68 98,2	94,8 ±10,0	97,9	95,8 100
Pré-natal	74,1 ±26,1	81,2	58,5 93,8	72,6 ±25,9	83,2	55,2 93	76,7 ±27,1	82,7	66,0 98,9
Nascimento	84,9 ±23,0	92,6	82,7 100	79,6 ±43,4	86,3	0,0 98,8	86,6 ±21,2	96,8	81,9 100,0
Características da família	78,8 ±6,0	81,6	76,7 82,5	77,3 ±5,1	79,5	76,3 79,8	78,8 ±6,0	81,6	76,7 82,5
Ocorrência do óbito	84,0 ±18,4	90,2	81,3 94,0	63,4 ±42,7	86,3	27,7 95,1	84,0 ±17,7	92,6	82,0 95,2
Conclusões e recomendações	91,1 ±6,8	92,9	87,1 95,7	76,2 ±34,9	91,3	75,2 96,9	91,1 ±5,4)	93,6	86,2 95,7
Total		83,7			74,3			84,6	

A Tabela 2 apresenta os dados sobre a identificação dos óbitos. Do total de 11 variáveis, quatro tiveram preenchimento excelente. A variável com a menor proporção (44,7%=muito ruim) foi ocupação do companheiro nas fichas de investigação do óbito fetal. A comparação entre os componentes mostrou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) no preenchimento de três variáveis.

Tabela 2. Completitude das variáveis relativas ao bloco de identificação das fichas de investigação

Variáveis	Perinatal			Componentes etários						p**
				Fetal			Neonatal precoce			
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*	
Momento do óbito	255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA
Sexo	255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA
Idade	94	100,0	E		NA		94	100,0	E	NA
Raça/cor	200	78,4	RE	111	68,9	R	89	94,7	B	0,547
Idade da mãe	253	99,2	E	159	98,8	E	94	100,0	E	0,278
Raça/cor da mãe	193	75,7	RE	108	67,1	R	85	90,4	B	0,018
Escolaridade da mãe	244	95,7	E	152	94,4	B	92	97,9	E	0,189
Ocupação da mãe	244	95,7	E	153	95,0	B	91	96,8	E	0,500
Situação conjugal	215	84,3	RE	123	76,4	R	92	97,9	E	0,013
Ocupação companheiro	134	52,5	R	72	44,7	MR	62	66,0	R	0,001
Área coberta pela ESF	250	98,0	E	157	97,5	E	93	98,9	E	0,429
Média do bloco		89,0			76,6			94,8		

Nota: CI*=Classificação; E= Excelente; B=Bom; RE=Regular; R=Ruim; MR=Muito Ruim. **teste Qui quadrado de Pearson. O p-valor refere-se à comparação entre os componentes fetal e neonatal precoce. NA: não se aplica.

As variáveis relacionadas à assistência no pré-natal obtiveram a pior completitude (81,2%; 1º quartil = 58,5% e 3º quartil = 93,8%) sendo classificadas como regular na avaliação geral. Destaca-se que quatro variáveis foram qualificadas com preenchimento ruim e duas muito ruim. Em relação ao preenchimento das variáveis relativas ao nascimento 6 (28,6%) foram excelentes. Para os componentes fetal e neonatal precoce, o campo de pior preenchimento foi odor do líquido amniótico 12 (7,5%) e 16 (17,0%), respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Completitude das variáveis relativas aos blocos do pré-natal e do nascimento das fichas de investigação

continua

Variáveis	Perinatal			Componentes etários						p**
				Fetal			Neonatal precoce			
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*	
Pré-natal										
Pré-natal	214	98,2	E	139	97,2	E	75	100,0	E	0,123
Tipo de unidade	204	93,6	B	136	95,1	E	68	90,7	B	0,294
Mês de início do pré-natal	199	91,3	B	124	86,7	RE	75	100,0	E	<0,01
Número de consultas	205	94,0	B	130	90,9	B	75	100,0	E	<0,01
Antecedentes familiares	148	68,0	R	95	66,4	R	53	70,7	R	0,268
Exames complementares	160	73,4	R	105	73,4	R	55	73,3	R	0,669
Procedimentos	177	81,2	RE	119	83,2	RE	58	77,3	R	0,505
Fatores de risco	119	54,6	R	75	52,4	R	44	58,7	R	0,143
Complicações	168	77,1	R	106	74,1	R	62	82,7	RE	0,075
Tratamento	111	51,0	R	67	47,0	MR	44	58,7	R	0,026
Número gestações anteriores	251	98,4	E	158	98,1	E	93	98,9	E	0,620
Número de partos vaginais	233	91,4	B	143	88,8	RE	90	95,7	E	0,057
Número de partos cesáreas	233	91,4	B	143	88,8	RE	90	95,7	E	0,057
Número de nascidos vivos	250	98,0	E	157	97,5	E	93	98,9	E	0,429
Número de perdas fetais/abortamento	251	98,4	E	158	98,1	E	93	98,9	E	0,620
Intervalo entre as duas últimas gravidezes	136	62,4	R	83	58,0	R	53	70,7	R	0,022
Peso pré-gestacional	38	17,4	MR	26	18,2	MR	12	16,0	MR	0,339
Altura materna	32	15,0	MR	25	17,5	MR	7	9,3	MR	0,868
Média do bloco		74,1			72,6			76,7		

Tabela 3. Completitude das variáveis relativas aos blocos do pré-natal e do nascimento das fichas de investigação

											<i>final</i>
Variáveis	Perinatal			Componentes etários						p**	
				Fetal			Neonatal precoce				
	<i>n</i>	%	CI*	<i>n</i>	%	CI*	<i>n</i>	%	CI*		
Nascimento											
Local de nascimento	255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA	
Tipo de unidade de nascimento	255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA	
Partograma	73	77,7	R		NA		73	77,7	R	NA	
Indução do parto	214	83,9	RE	137	85,1	RE	77	81,9	RE	0,505	
Teste rápido sífilis	224	87,8	RE	139	86,3	RE	85	90,4	B	0,334	
Teste rápido HIV	200	78,4	R	128	79,5	R	72	76,6	R	0,586	
Idade gestacional	253	99,2	E	159	98,8	E	94	100,0	E	0,278	
Tipo de gravidez	255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA	
Tipo de parto	255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA	
Indicação cesáreo	227	89,0	RE	148	91,9	B	79	84,0	RE	0,052	
Intervenção antes do parto	211	82,7	RE	122	75,8	R	89	94,7	B	<0,01	
Tempo de bolsa rota	131	51,4	R	80	49,7	MR	51	54,3	R	0,481	
Odor líquido amniótico	28	11,0	MR	12	7,5	MR	16	17,0	MR	0,018	
Aspecto líquido amniótico	112	44,0	MR	60	37,3	MR	52	55,3	R	<0,01	
Peso ao nascer	255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA	
Nascimento assistido	223	87,5	RE	132	82,0	RE	91	96,8	E	<0,01	
Apgar 1º min	92	97,9	E		NA		92	97,9	E	NA	
Apgar 5º min	93	98,9	E		NA		93	98,9	E	NA	
Problema com o RN	87	92,6	B		NA		87	92,6	B	<0,01	
Tempo permanência RN na maternidade	94	100,0	E		NA		94	100,0	E	NA	
Motivo permanência	94	100,0	E		NA		94	100,0	E	NA	
Média do bloco		84,9			79,6			86,6			

Nota: CI*=Classificação; E= Excelente; B=Bom; RE=Regular; R=Ruim; MR=Muito Ruim. **teste **Qui quadrado de Pearson**. O p-valor refere-se à comparação entre os componentes fetal e neonatal precoce. NA: não se aplica.

No bloco características da família, quatro variáveis foram classificadas com preenchimento ruim para todos os componentes. Quanto aos campos sobre a ocorrência do óbito as seguintes variáveis tiveram preenchimento excelente nas fichas de investigação perinatal: local de ocorrência do óbito e tipo de estabelecimento, ambas com 254 (99,6%) e a pior hipóteses diagnósticas de entrada na unidade 167 (65,5%) (Tabela 4).

Tabela 4. Completitude das variáveis relativas às características da família e sobre ocorrência do óbito das fichas de investigação. Recife, Pernambuco, 2014

Variáveis	Componentes etários									p**
	Perinatal			Fetal			Neonatal precoce			
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*	
Características da família										
Seguro privado	194	76,1	R	121	75,2	R	73	77,7	R	0,651
Renda familiar	196	76,9	R	123	76,4	R	73	77,7	R	0,817
Nº pessoas no domicílio	210	82,4	RE	128	79,5	R	82	87,2	RE	0,118
Nº crianças ≤ 5 anos	159	62,4	R	101	62,7	R	58	62,0	R	0,861
Número cômodos como dormitório	199	78,0	R	123	76,4	R	76	80,9	RE	0,407
Tipo de moradia	210	82,4	RE	128	79,5	R	82	87,2	RE	0,118
Material da moradia	211	82,7	RE	130	80,7	RE	81	86,2	RE	0,268
Abastecimento d´água	213	83,5	RE	131	81,4	RE	82	87,2	RE	0,223
Destino dos dejetos	212	83,1	RE	130	80,7	RE	82	87,2	RE	0,181
Destino do lixo	210	82,4	RE	128	79,5	R	82	87,2	RE	0,371
Acesso serviços de saúde	206	80,8	RE	128	79,5	R	78	83	RE	0,496
Disponibilidade de consultas	191	74,9	R	122	75,8	R	69	73,4	R	0,673
Média do bloco		78,8			77,3			78,8		
Ocorrência do óbito										
Local de ocorrência	254	99,6	E	160	99,4	E	94	100	E	0,444
Tipo estabelecimento	254	99,6	E	160	99,4	E	94	100	E	0,444
Tempo internamento	89	94,7	B		NA		89	94,7	B	NA
Setor de ocorrência	76	80,9	RE		NA		76	80,9	RE	NA
Criança/mãe transferida de outra unidade	208	81,6	RE	118	73,3	R	90	95,7	E	0,020
Condição geral no internamento	35	37,2	MR		NA		35	37,2	MR	NA
Hipóteses diagnósticas de entrada na unidade	167	65,5	R	89	55,3	R	78	83,0	RE	0,012
Diagnóstico final	230	90,2	B	155	96,3	E	75	79,8	R	0,013
Necropsia	238	93,3	B	151	93,8	B	87	92,6	B	0,702
Local da necropsia	238	93,3	B	151	93,8	B	87	92,6	B	0,702
Laudo necroscópico	225	88,2	RE	139	86,3	RE	86	91,5	B	0,217
Média do bloco		84,0			63,4			84,0		

Nota: CI*=Classificação; E= Excelente; B=Bom; RE=Regular; R=Ruim; MR=Muito Ruim. **teste **Qui quadrado de Pearson**. O p-valor refere-se à comparação entre os componentes fetal e neonatal precoce. NA: não se aplica.

O conjunto de variáveis com melhor completitude foi o relacionado às conclusões, recomendações e medidas de prevenção propostas após a investigação, cinco (20%) consideradas com excelente preenchimento. A variável com pior percentual de completitude no perinatal foi falha transporte inter-hospitalar 200 (78,4%) (Tabela 5).

Tabela 5. Completitude das variáveis relativas ao bloco de conclusões e recomendações das fichas de investigação

										continua
Variáveis	Perinatal			Componentes etários						p**
				Fetal			Neonatal precoce			
	n	%	CI*	n	%	CI*	n	%	CI*	
Investigação alterou/corrigiu causa de óbito	254	99,6	E	161	100,0	E	93	98,9	E	0,189
Investigação alterou outro campo da DO	232	91,0	B	143	88,8	RE	89	94,7	B	0,115
Investigação alterou outro campo da DNV	250	98,0	E	161	100,0	E	89	94,7	B	<0,01
Problemas identificados após investigação	250	98,0	E	157	97,5	E	93	98,9	E	0,429
Falha no acesso										
Ao planejamento familiar	239	93,7	B	151	93,8	B	88	93,6	B	0,956
Ao pré-natal	243	95,3	E	153	95,0	E	90	95,7	E	0,972
À assistência ao parto	242	94,9	B	156	96,9	E	86	91,5	B	0,058
À assistência ao RN na maternidade	90	95,7	E	NA	90	95,7	E	NA		
A dificuldades da família	222	87,1	RE	137	85,1	RE	85	90,4	B	0,221
Falha na assistência										
Planejamento familiar	237	92,9	B	150	93,2	B	87	92,6	B	0,853
Pré-natal	242	94,9	B	154	95,7	E	88	93,6	B	0,476
Parto	233	91,4	B	145	90,1	B	88	93,6	B	0,329
Ao RN na maternidade	90	95,7	E	NA	90	95,7	E	NA		
A dificuldades da família	223	87,5	RE	137	85,1	RE	86	91,5	B	0,136
A causas externas	227	89,0	B	150	93,2	B	77	82,0	RE	0,253
Falha na cobertura da atenção primária	235	92,2	B	147	91,3	B	88	93,6	B	0,507
Falha na referência e contrarreferência	239	93,7	B	157	97,5	E	82	87,2	RE	<0,01
Falha no pré-natal de alto risco	205	80,4	RE	124	77,0	R	81	86,2	RE	0,075
Falha Leito de UTI gestante de alto risco	202	79,2	R	121	75,2	R	81	86,2	RE	0,036
Falha leitos de UTI Neonatal	81	86,2	RE	NA	81	86,2	RE	NA		
Falha centro de regulação	201	79,0	RE	121	75,2	B	80	85,1	RE	0,087
Falha transporte inter-hospitalar	200	78,4	R	121	75,2	R	79	84,0	RE	0,095

Tabela 5. Completitude das variáveis relativas ao bloco de conclusões e recomendações das fichas de investigação

Variáveis												<i>final</i> p**
			Perinatal			Componentes etários						
			n	%	CI* RE	Fetal			Neonatal precoce			
						n	%	CI*	n	%	CI*	
Falha de bancos de sangue			78	83,0	RE	NA			78	83,0	RE	NA
Óbito evitável			255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA
Classificação de evitabilidade			255	100,0	E	161	100,0	E	94	100,0	E	NA
Média do bloco				91,1			76,2			91,1		

Nota: CI*=Classificação; E= Excelente; B=Bom; RE=Regular; R=Ruim; MR=Muito Ruim. **teste **Qui quadrado de Pearson**. O p-valor refere-se à comparação entre os componentes fetal e neonatal precoce. NA: não se aplica.

DISCUSSÃO

A completitude das fichas de investigação foi classificada como boa e a comparação entre os componentes evidenciaram que a quase totalidade de blocos de dados analisados teve melhor completitude no neonatal precoce. Dados sobre os natimortos usualmente apresentam deficiências e possuem qualidade inferior, principalmente nas informações sociodemográficas e relativas à assistência^{6,16}. A baixa qualidade dos dados sobre natimortalidade limita a sua utilização na proposição de ações direcionadas ao seu enfrentamento³.

A pouca importância no preenchimento das informações sobre a mortalidade fetal é um dos principais fatores associados à incompletitude dos dados¹⁷. Para o Brasil, isto se expressa na estagnação do número de óbitos fetais diferente dos neonatais precoce¹⁶.

A maioria dos dados do bloco identificação foi classificado como excelente em ambos os componentes, de forma similar as recentes avaliações dos sistemas de informação sobre estatísticas vitais, que demonstraram melhoria na qualidade dos dados^{12, 14}. Após a implantação da vigilância do óbito infantil e fetal no município as informações passaram a ser confirmadas e a proporção de campos em branco e ignorados reduziu sensivelmente¹³.

Em relação às variáveis do bloco pré-natal, os exames complementares, os fatores de risco, antecedentes pessoais e familiares apresentaram completitude ruim. Reconhecidamente,

dados sobre as condições maternas pré-existentes são mal relatados¹⁸. A entrevista com a mãe é considerada como padrão-ouro para obtenção de informações sobre comportamentos maternos¹⁹. O inadequado preenchimento dessas informações dificulta a compreensão das circunstâncias de ocorrência do óbito, avaliação da assistência oferecida à gestante e ao feto/recém-nascido e das condições socioeconômicas para o planejamento de intervenções que reduzam a ocorrência de mortes evitáveis^{13,16}. Estudo mostra que mães com inadequado pré-natal possuem maior chance de ocorrência de óbito²⁰.

As informações sobre o nascimento obtiveram classificação excelente. Revisão sistemática constatou que os procedimentos e condições que acontecem próximo ao nascimento possuem registros mais fidedignos, provavelmente em decorrência do melhor acesso aos registros clínicos que possibilitam completar as informações²¹. No âmbito nacional, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi avaliado como de boa qualidade e com alta completitude²².

As variáveis relativas às características da família tiveram preenchimento regular comprometendo a avaliação do contexto socioeconômico em que ocorreu o óbito²⁴; e consequente planejamento e implementação de ações intersetoriais¹³.

A completitude dos dados referentes às conclusões, recomendações e medidas de prevenção foi excelente, indicando que a finalização das etapas da investigação se deu de forma satisfatória e propiciou a avaliação dos problemas e a consequente sugestão de medidas que previnam mortes perinatais evitáveis^{10, 13}. Para que a investigação alcance o pleno êxito é fundamental dispor de informações confiáveis para que se possa intervir adequadamente sobre as lacunas identificadas e a efetiva proposição de medidas preventivas.

CONCLUSÕES

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

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: CBCD; 2008.
2. Merali HS, Lipsitz S, Hevelone N, Gawande AA, Lashoher A, Agrawal P, Spector J. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014 Aug 16; 14:280. DOI <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-280>.
3. Masson VL, Farquhar CM, Sadler LC. Validation of local review for the identification of contributory factors and potentially avoidable perinatal deaths. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2016 Jun; 56(3):282-8. DOI <http://dx.doi.org/10.1111/ajo.12454>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: óbitos perinatais -2015. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/fet10pe.def>. Acesso: 29.08.2017.
5. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee AC, Waiswa P, Lalli M, Bhutta Z, Barros AJ, Christian P, Mathers C. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2014 Jul 12; 384(9938):189-205. DOI [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60496-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60496-7).
6. Blencowe H, Calvert PhD C, Lawn JE, Cousens S, Campbell OM. Measuring maternal, fetal and neonatal mortality: Challenges and solutions. *Best Pract Res Clin*

- Obstet Gynaecol.* 2016 Jun 24. pii: S1521-6934(16)30032-3. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.05.006>.
7. Lee EJ, Gambatese M, Begier E, Soto A, Das T, Madsen A. Understanding perinatal death: a systematic analysis of New York City fetal and neonatal death vital record data and implications for improvement, 2007–2011. *Matern Child Health J.* 2014 Oct; 18(8):1945-54. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-014-1440-0>.
 8. Grove J, Claeson M, Bryce J, Amouzou A, Boerma T, Waiswa P, et al. Maternal, newborn, and child health and the Sustainable Development Goals—a call for sustained and improved measurement. *The Lancet* 2015; 386(10003):1511-4.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 72 de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. Brasília (DF): MS; 2010.
 10. Venâncio S, Paiva R. O processo de implantação dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10(3):369-375.
 11. Jodas DA, Scochi MJ, Moura MB, Tiwata MZ. Atendimento à criança e às mães: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos. *Rev. Gaúch. Enferm* 2011; 32(4):669-675.
 12. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Antonino VCS, Medeiros ZM. Infant mortality surveillance in Recife, Pernambuco, Brazil: operationalization, strengths and limitations.. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 June [cited 2017 Aug 21]; 26(2): 413-419.
 13. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Medeiros ZM. Infant mortality: temporal trend and contribution of death surveillance. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2016 June [cited 2017 Aug 21]; 29(3): 282-290.
 14. Caetano SF, Vanderlei LC, Frias PG. Avaliação da completitude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2013; v. 21, n. 3, p. 309-317.
 15. Romero de, CCB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Caderno de Saúde Pública.* 2007; 23(3); p.701-14.

16. Ramalho MO, Frias PG, Vanderlei LC, Macedo VC, Lira PI. Avaliação da incompletude da declaração de óbitos de menores de um ano em Pernambuco, Brasil, 1999-2011. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(9):2891-98.
17. Wingate MS, Barfield WD, Smith RA, Petrini J. Perinatal Disparities Between American Indians and Alaska Natives and Other US Populations: Comparative Changes in Fetal and First Day Mortality, 1995–2008. *Matern Child Health J*. 2015 Aug; 19(8):1802-12. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-015-1694-1>.
18. Roos N, Ritter XS, Why do maternal and newborn deaths continue to occur?, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2016. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.06.002.
19. Demise A, Gebrehiwot Y, Worku B, Spector JM. Prospective Audit of Avoidable Factors in Institutional Stillbirths and Early Neonatal Deaths at Tikur Anbessa Hospital in Addis Ababa, Ethiopia. 2015. *African Journal of Reproductive Health*, 19(4), 78-86. ISSN: 1118-4841
20. Santos SLD, Santos LB, Campelo V, Silva ARV. Factors associated with infant mortality in a northeastern brazilian capital. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2016.
21. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; v. 19, n. 11.
22. Oliveira MM, Andrade SSCA, Dimech GS, Oliveira JCG, Malta DC, Rabelo Neto DL, Moura L. Evaluation of the National Information System on Live Births in Brazil, 2006–2010. *Epidemiol*. 2015; 24 (4) 629-640.
23. Delnord K. Linking databases on perinatal health: a review of the literature and current practices in Europe M. and the Euro-Peristat Scientific Committee The European Journal of Public Health Advance Access, 2016.

6.2 Artigo 2²

ÓBITOS PERINATAIS EVITÁVEIS INVESTIGADOS PELA VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade perinatal é um indicador sensível da qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo grávido-puerperal e ao recém-nascido e das condições socioeconômicas^{1,2}. São óbitos que iniciam na 22^a semana de gestação até o sexto dia completo de vida³. Possuem causas identificáveis e vulneráveis às ações de prevenção⁴.

O monitoramento dos níveis da mortalidade fetal e neonatal tem sido uma prioridade na agenda global de saúde⁵. Embora as mortes neonatais não tenham sido explicitamente mencionadas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), reconhece-se que aproximadamente metade das mortes entre os menores de cinco anos são de recém-nascidos (36% ocorrem no primeiro dia de vida) e mais de 80% delas são evitáveis por intervenções de baixo custo⁶.

Em 2014, foi aprovado na Assembleia da Organização Mundial de Saúde o Plano de Ação para cada recém-nascido, no qual se propõe a acabar com as mortes evitáveis em menores de um ano e natimortos até 2035. Como principais metas tem-se a redução da taxa de mortalidade neonatal para até 10 por mil nascidos vivos e uma taxa natimortalidade para 10 por mil nascimentos totais. O Plano inclui também o fortalecimento das ações de saúde reprodutiva, neonatal e infantil e o incentivo à vigilância do óbito⁷.

A vigilância dos óbitos infantis e fetais é uma estratégia importante para a melhoria dos cuidados de saúde materno e infantil, para prevenção de óbitos evitáveis pelas intervenções dos serviços de saúde, para o aprimoramento das estatísticas vitais e propõem

² O artigo será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva

recomendações para a redução de novas ocorrências^{11,13}. As mortes são analisadas considerando sua evitabilidade e a adequação da assistência prestada¹⁴.

As mortes evitáveis ou reduzíveis são consideradas eventos-sentinela, pois se referem a ocorrências desnecessárias ou potencialmente preveníveis, dada a disponibilidade de tecnologia médica suficiente e o adequado funcionamento dos serviços de saúde⁸. Desta forma, a mortalidade evitável constitui um indicador de qualidade da atenção à saúde⁴.

Com a finalidade de classificar os óbitos segundo sua evitabilidade foi construída e publicada no Brasil, em 2007, a primeira versão da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil⁹. Em 2010, a partir de discussões com especialistas, a referida lista foi atualizada em concordância com validações locais, avanços no conhecimento e mudanças no quadro de morbimortalidade¹⁰.

Para identificação das causas evitáveis e fatores determinantes dos óbitos infantis e fetais o Ministério da Saúde (MS) apresentou a proposta nacional de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal¹¹, que em 2010, tornou-se obrigatória nos serviços de saúde que integram o SUS em todo o território nacional¹².

Considerando a importância de conhecer os fatores evitáveis associados às mortes perinatais e a necessidade de informações para elaboração de estratégias de redução e prevenção dessa mortalidade, esse estudo objetiva descrever as características epidemiológicas e de assistência à saúde prestada aos óbitos perinatais evitáveis, estratificados nos componentes fetal e neonatal precoce, investigados pela vigilância do óbito.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com os óbitos perinatais de mães residentes no Recife (PE), ocorridos no ano de 2014 e investigados pela vigilância do óbito. Do total de

308 óbitos perinatais registrados no SIM, 255 foram investigados. Destes, 132 (62 fetais e 70 neonatais precoces) foram excluídos por não atender ao critério de peso igual ou superior a 1500 gramas pela análise da evitabilidade e oito óbitos fetais classificados como não evitáveis, resultando em 115 óbitos perinatais analisados no estudo.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi a ficha de investigação do óbito fetal e em menor de um ano, a qual é constituída por nove blocos, com um total de 141 variáveis. Fornece dados referentes à identificação da gestante e do feto/recém-nascido, pré-natal, nascimento, puericultura, momento do óbito e evitabilidade e medidas de prevenção.

Para análise da evitabilidade foi adotada a atualização da Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS do Brasil que classifica segundo a causa básica do óbito nas seguintes categorias: causas evitáveis (reduzíveis pelas ações de imunização; reduzíveis pela adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido; reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento e reduzíveis por ações de promoção da saúde vinculadas a ações de atenção em saúde), causas de mortes mal definidas e causas de mortes não evitáveis (demais causas)¹⁰.

Os dados das fichas de investigação foram codificados e digitados com dupla entrada no programa EPI-INFO versão 7.0. As variáveis foram agrupadas em: características maternas, da gestação, do feto/recém-nascido, assistenciais e classificação da evitabilidade. Foi calculado o percentual (%) das categorias das variáveis de acordo com o número total de óbitos perinatais, posteriormente estratificados em seus componentes, cuja comparação dos resultados entre ambos foi realizada utilizando o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, com $\alpha=5\%$. As análises foram realizadas com auxílio do programa R versão 3.2.2 for Windows[®].

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAEE nº 45904015.0.0000.5208) e obteve a anuência da Secretaria de Saúde do Recife.

RESULTADOS

Dentre os óbitos perinatais, 91 (79,1%) foram do componente fetal. Verifica-se uma maior ocorrência (aproximadamente 80%) na faixa etária de 16 a 34 anos. Em relação à escolaridade materna, nota-se diferença estatisticamente significativa entre os componentes. Nos óbitos fetais, 46 (50,5%) tiveram menos de oito anos de estudo, enquanto nos óbitos neonatais precoces mais de oito anos (n=18; 75%). Quanto à história reprodutiva a quase totalidade das gravidezes foi do tipo única (n=113; 98,3%), 97 (84,3%) relataram aborto anterior e 65 (56,5%) possuíam filhos nascidos vivos (Tabela 1).

Tabela 1. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo características maternas

VARIÁVEIS	continua					
	Perinatal		Componentes etários			
			Fetal		Neonatal precoce	
	(n=115)		(n=91)		(n=24)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos) [n=122] ^{(a)1}						
< 15	4	3,5	3	3,3	1	4,2
16 a 34	93	80,9	73	80,2	20	83,3
≥ 35	17	14,8	14	15,4	3	12,5
						0.9196
Escolaridade (anos de estudo) [n=117] ^{(b) 6}						
Menos de 8 anos	52	45,2	46	50,5	6	25,0
8 anos e mais	57	49,6	39	42,9	18	75,0
						0.0117
Situação Conjugal [n=103] c 21						
Solteira	46	40	33	36,3	13	54,2
Casada	17	14,8	14	15,4	3	12,5
Separada judicialmente/divorciada	3	2,6	1	1,1	2	8,3
União estável	28	24,3	22	24,2	6	25,0
						0.3013
Histórico de Abortos (n=121) ^{(d) 2}						
Sim	97	84,3	89	97,8	8	33,3
Não	15	13,0	-	-	15	62,5
						<0.0001

Tabela 1. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo características maternas

							<i>final</i>
VARIÁVEIS	Perinatal		Componentes etários				
			Fetal		Neonatal precoce		P**
	(n=115)	(n=91)	(n=24)				
Nascidos vivos [n=] ^{(e) 2}							
0	41	35,7	40	44,0	1	4,2	0.0005
1 a 3	65	56,5	43	47,3	22	91,7	
4 a 7	7	6,1	6	6,6	1	4,2	
Tipo de gravidez [n=123]							
Única	113	98,3	90	98,9	23	95,8	0.3065
Múltipla	2	1,7	1	1,1	1	4,2	

Nota: número e percentual de ignorados: ^(a) 1/0,8%, ^(b) 6/4,8%, ^(c) 20/16,2%, ^(d) 2/1,6%, ^(e) 2/1,6%. ** teste **Qui quadrado de Pearson**. O p-valor refere-se à comparação entre os óbitos evitáveis e não-evitáveis dos componentes fetal e neonatal precoce.

Dentre as características dos fetos/recém-nascidos destacou-se a prematuridade e o baixo peso na maioria dos óbitos. A maior casuística de prematuridade foi encontrada no componente fetal, 61 (67,0%) casos, e de baixo peso foi do componente neonatal precoce, 13 (54,2;%). Entre os fatores assistenciais, verificou-se que parcela significativa residia em área coberta pela Estratégia de Saúde da Família 74 (64,3%), realizaram as consultas de pré-natal, porém com menos de seis consultas 62 (53,9%) (Tabela 2).

Tabela 2. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo características da gestação, do feto/recém-nascido e assistenciais

continua

Variáveis	Perinatal (n=115)		FETAL (n=91)		NEONATAL PRECOCE (n=24)		P**
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de parto [n=123]							
Vaginal	62	53,9	52	57,1	10	41,7	0,176
Cesáreo	53	46,1	39	42,9	14	58,3	
Idade gestacional [n=121] ^{(a) 1}							
22 a 36	73	63,5	61	67,0	12	50,0	0,1625
37 e mais	40	34,8	29	31,9	11	45,8	
Peso ao nascer (gramas) [n=123]							
1500 a 2499	61	53,0	48	52,7	13	54,2	0,015
≥ 2500	54	47,0	43	47,3	11	45,8	

Tabela 2. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo características da gestação, do feto/recém-nascido e assistenciais

continuação

Variáveis	Perinatal (n=115)		FETAL (n=91)		NEONATAL PRECOCE (n=24)		P**
	n	%	n	%	n	%	
Momento do óbito em relação ao parto [n=123]							
Antes	89	97,8	89	97,8	-	-	
Durante	2	2,2	2	2,2	-	-	
Depois	24	26,4	-	-	24	100,0	0,0001
Pré-Natal [n=120] ^{(b) (*) 3}							
Sim	105	91,3	82	90,1	23	95,8	
Não	7	6,1	6	6,6	1	4,2	0,6343
Número de consultas de pré-natal [n=106] ^{(c) (*)}							
< 6	62	53,9	49	53,8	13	54,2	
≥ 6	36	31,3	26	28,6	10	41,7	0,4432
Trimestre de início do pré-natal [n=103] ^{(d) (*)}							
1 a 3	54	47,0	41	45,1	13	54,2	
4 a 6	38	33,0	29	31,9	9	37,5	
7 a 9	3	2,6	2	2,2	1	4,2	0,9313
Aferição da pressão arterial no pré-natal [n=95] ^{(e) (*)}							
Sim	86	74,8	67	73,6	19	79,2	
Não	1	0,9	1	1,1	-	-	0,595
Altura de fundo de útero no pré-natal [n=95] ^{(f) (*)}							
Sim	85	73,9	66	72,5	19	79,2	0,4495
Não	2	1,7	2	2,2	-	-	
Mensuração dos Batimentos Cardíacos Fetais no pré-natal [n=95] ^{(g) (*)}							
Sim	86	74,8	67	73,6	19	79,2	0.595
Não	1	0,9	1	1,1	-	-	
Local de ocorrência do óbito [n=121] ^(h)							
Maternidade	54	47,0	44	48,4	10	41,7	0.4948
Hospital	59	51,3	45	49,5	14	58,3	
Cobertura de área [n=] ^{(i) 3}							
PACS	25	21,7	14	15,4	11	45,8	
PSF	74	64,3	63	69,2	11	45,8	
Sem cobertura	13	11,3	11	12,1	2	8,3	0.0077

Tabela 2. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo características da gestação, do feto/recém-nascido e assistenciais

final

VARIÁVEIS	Perinatal (n=115)		FETAL (n=91)		NEONATAL PRECOCE (n=24)		P**
	n	%	n	%	n	%	
Teste rápido para sífilis no hospital [n=106] ⁽ⁱ⁾							
Sim	88	76,5	68	74,7	20	83,3	
Não	10	8,7	9	9,9	1	4,2	0,3526

Nota: número e percentual de ignorados: ^(a) 2/ 1,62%, ^(b) 3/2,4%, ^(c) 17/13,8%, ^(d) 20/16,2%, ^(e) 28/12,5%, ^(f) 28/12,5%, ^(g) 28/12,5%, ^(h) 2/ 1,62%, ⁽ⁱ⁾ 3/2,4%, ^(j) 17/13,8%. * O n refere-se às mães que realizaram pré-natal. ** teste **Qui quadrado de Pearson**. O p-valor refere-se à comparação entre os óbitos evitáveis e não-evitáveis dos componentes fetal e neonatal precoce.

A avaliação da assistência à saúde evidenciou que ocorreram falhas em 92,2% dos óbitos perinatais, a principal foi na assistência ao pré-natal (69,6%), sobretudo no componente neonatal precoce (75,0%) (Tabela 3).

Tabela 3. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo falhas na assistência

continua

VARIÁVEIS	PERINATAL		FETAL (n=91)		NEONATAL PRECOCE (n=24)		P**
	n	%	n	%	n	%	
Problemas identificados após a investigação [n=] ^(a)							
Sim	106	92,2	82	90,1	24	100	
Não	5	4,3	5	5,5	-	-	0,2294
Falha no acesso ao planejamento familiar [n=109] ^(b)							
Sim	21	18,3	18	16,2	3	12,5	
Não	68	59,1	58	52,3	10	41,7	
Inconclusivo	33	28,7	25	22,5	8	33,3	0,456
Falha no acesso ao Pré-natal [n=112] ^{(c) (*)}							
Sim	41	35,7	30	33	11	45,8	
Não	49	42,6	38	41,8	11	45,8	
Inconclusivo	14	12,2	13	14,3	1	4,2	0,3082
Falha no acesso à assistência ao parto [n=106] ^(d)							
Sim	8	7,0	5	5,5	3	12,5	
Não	77	67,0	62	68,1	15	62,5	0,4912
Inconclusivo	13	11,3	10	11	3	12,5	

Tabela 3. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal segundo falhas na assistência

VARIÁVEIS							<i>final</i>
	PERINATAL (n=115)		FETAL (n=91)		NEONATAL PRECOCE (n=24)		p**
	n	%	n	%	n	%	
Falha no acesso a dificuldades da família [n=99]^(e)							
Sim	25	21,7	20	22	5	20,8	
Não	34	29,6	27	29,7	7	29,2	
Inconclusivo	32	27,8	24	26,4	8	33,3	0,8756
Falha na assistência no planejamento familiar [n=108]^(f)							
Sim	26	22,6	21	23,1	5	20,8	
Não	40	34,8	33	36,3	7	29,2	
Inconclusivo	34	29,6	26	28,6	8	33,3	0,8063
Falha na assistência no pré-natal [n=112]^(g) (*)							
Sim	80	69,6	62	68,1	18	75,0	
Não	10	8,7	8	8,8	2	8,3	
Inconclusivo	14	12,2	13	14,3	1	4,2	0,4181
Falha na assistência no parto [n=108]^(h)							
Sim	20	17,4	12	13,2	8	33,3	
Não	65	56,5	54	59,3	11	45,8	
Inconclusivo	15	13,0	11	12,1	4	16,7	0,0938
Falha na cobertura da atenção primária [n=107]⁽ⁱ⁾							
Sim	30	26,1	22	24,2	8	33,3	
Não	63	54,8	49	53,8	14	58,3	
Inconclusivo	6	5,2	6	6,6	-	-	0,3575

Nota: número e percentual de ignorados: ^(a) 4/3,2%, ^(b) 4/3,2%, ^(c) 21/17,0%, ^(d) 17/13,8%, ^(e) 24/19,5%, ^(f) 15/12,2%, ^(g) 21/17,0%, ^(h) 15/12,2%, ⁽ⁱ⁾ 23/18,8%, ^(j) 16/13,0%. * O n refere-se às mães que realizaram pré-natal. ** teste **Qui quadrado de Pearson**. O p-valor refere-se à comparação entre os óbitos evitáveis e não-evitáveis dos componentes fetal e neonatal precoce.

Os óbitos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação constituíram o principal grupo de evitabilidade 68 (59,2%). As afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido apresentaram 40 (34,8%), 34 (85,0%) no componente fetal e 6 (15,0%) no neonatal precoce. (Tabela 4).

Tabela 4. Óbitos perinatais investigados pela Vigilância do óbito Infantil e Fetal segundo a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis

Evitabilidade	Perinatal	Componentes etários			
		Fetal (n=91)		Neonatal precoce (n=24)	
		n	%	n	%
1.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	68	58	85,3	11	14,7
1.1.1 Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido	40	34	85,0	6	15,0
1.1.2 Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido	3	3	100,0	-	-
1.1.3 Feto e recém-nascidos afetados por complicações da placenta e das membranas	5	3	60,0	2	40,0
1.1.4 Sífilis congênita	21	18	86,0	3	14,3
1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	46	33	71,8	13	28,2
1.2.1 Descolamento prematuro da placenta	15	8	53,3	7	46,7
1.2.2 Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido	18	15	83,3	3	16,7
1.2.3 Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer	13	10	77,0	3	23,0
1.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	1	-	-	1	100,0

DISCUSSÃO

Os óbitos fetais responderam pela maior proporção da evitabilidade. Estudo também demonstrou o predomínio do componente fetal em relação ao neonatal precoce na mortalidade perinatal¹⁴. Esse achado pode ser justificado pela invisibilidade dos natimortos e consequente menor atenção dirigida à sua prevenção^{5, 23}.

Os resultados do estudo mostraram uma proporção significativa de óbitos perinatais investigados. Porém, essa não é uma tendência uniforme no Brasil, a proporção de óbitos investigados é baixa, em especial, nas Regiões Norte e Nordeste do país^{18, 19}. Investimentos, compromisso governamental e profissionais capacitados são necessários para a realização de investigações eficazes nas regiões do país²⁰.

A prevenção da mortalidade perinatal, sobretudo dos natimortos, requer informações sobre as causas de morte, sobre as características sociodemográficas maternas e sobre a

evolução da gravidez^{17, 21}. A investigação fornece informações sobre o perfil da mortalidade perinatal e as falhas na assistência subsidiando o planejamento de ações que visem evitar a ocorrência de mortes preveníveis¹⁶.

A natimortalidade é um indicador central da qualidade da atenção à saúde e faz parte da nova estratégia global para saúde da mulher da criança e do adolescente^{6, 25}. Para sua redução é necessário reforçar e investir em cuidados durante o parto, o nascimento e nos primeiros seis dias de vida; qualificar a atenção à saúde materna e neonatal; ações específicas voltadas para o pré-natal; monitoramento e pesquisa; melhoria da cobertura e qualidade dos registros de estatísticas vitais^{14, 26}.

As características maternas predominantes entre os óbitos evitáveis foram de gestantes que possuíam poucos anos de estudo. Idade materna, escolaridade e ocupação são elencados como fatores distais da mortalidade infantil²⁷. Mães que possuem baixo nível de escolaridade tendem a ter piores condições socioeconômicas e serem mais vulneráveis quanto ao entendimento dos cuidados que devem ser adotados durante a gestação e puerpério²⁹.

Verificou-se que a elevada parcela dos óbitos de fetos e neonatos precoces possuíam baixo peso ao nascer e eram prematuros. Esses são determinantes proximais da mortalidade perinatal influenciados pela escolaridade materna, condições socioeconômicas, hábitos de vida maternos e qualidade da assistência^{29, 30}. Estudo de coorte identificou que a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão crônica, diabetes mellitus, anemia materna, parto induzido e parto por cesariana são fatores de risco significativos para o baixo peso ao nascer³¹.

Os resultados encontrados demonstram que a quase totalidade das gestantes realizou o pré-natal. Pesquisas realizadas em Vitória (ES), na Amazônia Legal e Nordeste apontam que a maioria das gestantes teve o pré-natal classificado como parcialmente adequado ou inadequado segundo os critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)^{32,33}.

O pré-natal foi o nível assistencial que mais apresentou falhas. O deficiente manejo dos fatores de risco e intercorrências gestacionais como a hipertensão arterial e o ineficiente rastreamento de infecções e doenças sexualmente transmissíveis maternas podem ser elencados. O acesso a uma atenção pré-natal qualificada com enfoque nas populações menos favorecidas socialmente tem potencial contribuição na redução da mortalidade perinatal ^{27, 32,33}.

O adequado pré-natal é um dos principais requisitos para a redução da mortalidade perinatal, pois identifica precocemente fatores de risco e possibilita intervenções mais eficientes³⁴. Pesquisa sobre os fatores assistenciais relacionados aos cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna identificou maior chance de ocorrência de óbito neonatal nas mães com inadequado pré-natal³⁵.

A classificação dos óbitos perinatais sob o enfoque da evitabilidade utilizada neste estudo permitiu identificar que uma parcela significativa das mortes era passível de ser prevenida caso a atenção à mulher na gestação houvesse sido adequada. Pesquisa de base nacional listou como principais fatores de evitabilidade o diagnóstico precoce da gravidez, o início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação e o tratamento de afecções maternas³⁶.

As afecções e complicações maternas foram a principal causa de óbito. Acrescente-se que o aumento da cobertura e qualidade do pré-natal, parto e pós-parto poderia evitar 71% das mortes neonatais e 33% das fetais³⁷.

Pesquisas demonstram que a ocorrência de óbitos fetais decorrentes de sífilis congênita, diabetes, toxoplasmose, hipertensão e HIV são mais frequentes em países menos desenvolvidos. Refletem falhas no diagnóstico precoce de patologias e tratamento oportuno^{38, 39}. As mortes evitáveis por sífilis congênita encontradas chamam atenção para o elevado

número de gestantes infectadas e que realizaram pré-natal. São óbitos indicativos de falhas na detecção precoce, tratamento e controle da doença durante a assistência na gestação^{40, 41}.

Estratégias relevantes têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde para a reversão desse quadro (implantação de testes rápidos para diagnóstico da sífilis e a aplicação da penicilina benzatina para gestantes e seus parceiros), entretanto é necessário que as falhas nas medidas de controle sejam superadas e alcancem os grupos mais vulneráveis⁴².

CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que o pré-natal foi o nível de assistência que apresentou a maior proporção de falhas. Sugere-se que para redução dos óbitos perinatais evitáveis é preciso haver investimentos direcionados para a assistência em saúde. Em especial, no pré-natal, com enfoque na qualidade do atendimento e rastreamento de fatores de risco maternos e a formação profissional permanente.

REFERÊNCIAS

1. Flenady V. Epidemiology of Fetal and Neonatal Death. In: Keeling's Fetal and Neonatal Pathology. Springer International Publishing, 2015. p. 141-164.
2. Bernis L, Kinney MV, Stones W, ten Hoop-Bender P, Vivio, D, Leisher, SH. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. 2016. The Lancet, 387(10019), 703-716. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X)
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CIBD, S.Paulo, 2008 (v.2).
4. Masson, VL.; Farqhar, CM.; Sadler, LC. Validation of local review for the identification of contributory factors and potentially avoidable perinatal deaths. 2016. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. DOI: 10.1111/ajo.12454
5. Blencowe, H., Cousens, S., Jassir, F. B., Say, L., Chou, D., Mathers, C., ... & Lawn, J. E. (2016). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. The Lancet Global Health, 4(2), e98-e108.

6. Akseer, Nadia et al. Ending preventable newborn deaths in a generation International Journal of Gynecology and Obstetrics, Volume 131 , S43 - S48.
7. WHO. World Health Organization. Every Newborn Action Plan, An Action Plan To End Preventable Deaths [Online], 2014. Available: http://www.everynewborn.org/Documents/Executive-summary%20_EN.pdf
8. RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care, a clinical method. N Engl J Med, 294(11):582-8, 1976.
9. Luiza L, Abreu DM, Lana AM, França EB. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(4):711-720, out-dez 2015.
10. Malta DC, Sardinha LM, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald CL. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. 2010. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. Jun [citado 2016 Jul 07] ; 19(2): 173-176. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000200010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000200010>.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 72 de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. Brasília (DF):MS; 2010.
13. LEE, Erica J. et al. Understanding perinatal death: a systematic analysis of New York City fetal and neonatal death vital record data and implications for improvement, 2007–2011. Maternal and child health journal, v. 18, n. 8, p. 1945-1954, 2014.
14. Jorge MHP, Laurenti R, Di Nubila HB. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. Rev. bras. epidemiol. 2010;13(4):561-76.
15. Stratulat P, Curteanu A, Caraus T, Petrov V, Gardosi J. The experience of the implementation of perinatal audit in Moldova. BJOG. 2014 Sep; 121 Suppl 4:167-71. DOI <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12996>.
16. Merali HS, Lipsitz S, Hevelone N, Gawande AA, Lashoher A, Agrawal P, Spector J. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014 Aug 16; 14:280. DOI <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-280>.
17. Caetano SF, Vanderlei, LC, Frias, PG. Avaliação da completitude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas. Cadernos de Saúde Coletiva. 2013

18. Careti, C. M., de Carvalho Furtado, M. C., Barreto, J. C., Vicente, J. B., & de Lima, P. R. (2016). Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil.
19. LANSKY, S. et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, Dec 1, 36(6):759-2, 2002.
20. LAIN S. J, et al. Quality of Data in Perinatal Population Health Databases A Systematic Review. *Medical Care* V. 50, N.4, 2012
21. Silva Carvalho, R. A., Santos, V. S., de Melo, C. M., Gurgel, R. Q., & da Cunha Oliveira, C. C. (2015). Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 49, 1-9.
22. Kiguli J., Namusoko S., Kerber K., Peterson S, Waiswa P. Weeping in silence: community experiences of stillbirths in rural eastern Uganda. 2015 *Glob Health Action*, 8, 24011.
23. Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, Bhutta ZA., Pattinson RC, Allanson ER., Kinney MV. Stillbirths: progress and unfinished business. 2016 *The Lancet*, 387(10018), 574-586. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
24. Roos N, Ritter XS, Why do maternal and newborn deaths continue to occur?, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* (2016), doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.06.002.
25. Santos SLD., Santos LB, Campelo V, Silva ARV. Factors Associated with Infant Mortality in a Northeastern Brazilian Capital. 2016. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*.
26. Gonzaga ICLA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo Viriato. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 June [cited 2016 July 06]; 21(6): 1965-1974. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>.
27. Barbeiro, Fernanda Morena dos Santos et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, p. 1-15, jan. 2015. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/101890>>. Acesso em: 24 July 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005568>.
28. Mahande MJ, Daltveit AK, Obure J, Mmbaga BT, Masenga G, Manongi R, Lie, R. T. (2013). Recurrence of preterm birth and perinatal mortality in northern Tanzania: registry-based cohort study. *Tropical Medicine & International Health*, 18(8), 962-967.
29. Mitao M, Philemon R, Obure J, Mmbaga BT, Msuya S, Mahande MJ. Risk factors and adverse perinatal outcome associated with low birth weight in Northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. 2016. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 5(1), 75-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apjr.2015.12.014>

30. Polgliane Rúbia Bastos Soares, Leal Maria do Carmo, Amorim Maria Helena Costa, Zandonade Eliana, Santos Neto Edson Theodoro dos. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 July [cited 2016 July 03] ; 19(7): 1999-2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>.
31. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC de, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 July 03];15(1): 91-104. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>
32. Srivastava S, Sharma S, Kharkwal S, Chaudhary V. A study of causes of perinatal mortality in tertiary center in Bundelkhand region.2015. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 4(1), 43-46. DOI: 10.5455/2320-1770.ijrcog20150208
33. Kassar SB, Melo A, Coutinho SB, Lima MC, Lira PI. Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. J. pediatr.(Rio J.), 2013. 89(3), 269-277.
34. Viellas EF, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2014, 30: S85-S100.
35. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. What will it take to avert preventable newborn deaths and stillbirths and at what cost? Lancet 2014; 384: 347–70
36. Getachew BG, Berhan Y. Perinatal mortality and associated risk factors: a case control study. Ethiop J Health Sci. 2012; 22(3). Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3511893/>
37. Aminu M, et al. Causes of and factors associated with stillbirth in low-and middle-income countries: a systematic literature review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2014, 121.s4: 141-153.
38. Newman L, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. PLoS Med, 2013, 10.2: e1001396.
39. Kuznik A, Lamorde M, Nyabigambo A, Manabe YC. Antenatal syphilis screening using point-of-care testing in Sub-Saharan African countries: a cost-effectiveness analysis. PLoS Med 2013; 10:e1001545

40. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

REFERÊNCIAS

- ALLANSON, E. R.; PATTINSON, R. C. Quality-of-care audits and perinatal mortality in South Africa. **Bulletin of the World Health Organization**, 93.6, p. 424-428, 2015.
- AQUINO, T. de A. et al. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. **Cad. saude publica**, 23.12: 2853-2861, 2007.
- ARECO, K. C. N.; KONSTANTYNER, T.; TADDEI, J. A. de A. C.. Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo – 1996 a 2012. **Revista Paulista de Pediatria**, v.1, n.1, 2016.
- ASSIS, H. M. et al. Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000300314&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 jan. 2015.
- BAMBER, J. H.; KINSELLA, S. M. MBRRACE-UK – The new home for the Confidential Enquiries into Maternal Deaths – reports for the first time. **Anaesthesia**, 70.1: 5-9, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 72 de 11 de janeiro de 2010**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. Brasília (DF): MS; 2010.
- CAETANO, S. F.; VANDERLEI, L. C.; FRIAS, P. G. Avaliação da completude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca, Alagoas. **Cad Saude Colet**, v. 21, n. 3, p. 309-317, 2013.
- CAMPOS, J. S.; MELLO JORGE, M. H. P de. Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza–CE. **Cadernos ESP**, v. 6, n. 1, p. 29-41, 2013.
- CARETI, C. M.; SCARPELINI, A. H. P.; FURTADO, M. C. de C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 16.2: 352-60, 2014.
- CAVALCANTE, R. B.; FERREIRA, M. N.; SILVA, P. C. Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 290-299, 2011.
- DEMISE, A. et al. Prospective Audit of Avoidable Factors in Institutional Stillbirths and Early Neonatal Deaths at Tikur Anbessa Hospital in Addis Ababa, **Ethiopia African Journal of Reproductive Health**, 19.4: 78-86, 2015.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R.. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FARQUHAR, C. et al. Under-reporting of maternal and perinatal adverse events in New Zealand. **BMJ Open**, 5.7: e007970, 2015.

FELISBERTO, E. Vigilância em Saúde: eixo orientador necessário a um adequado planejamento da descentralização e regionalização do sistema. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FERRARI, R. A. P. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 354-359, 2014.

FLENADY, V. Epidemiology of Fetal and Neonatal Death. In: Keeling's Fetal and Neonatal Pathology. **Springer International Publishing**, p. 141-164, 2015.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. da S. F. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cad. Saúde Pública**, 20. Sup 1: S7-S19, 2004.

FRIAS, P. G. O quanto a vigilância dos óbitos infantis pode contribuir na melhoria da qualidade da informação e da assistência: a experiência do Recife. **Seminário BH pelo parto normal**, 2008. Disponível em: <http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

FRIAS, P. G. de. et al. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, 47(6):1048-58, 2013. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/9509/PAULO_FRIAS_ETAL_ICICT_2014.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2016.

GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2015.

JACINTO, E.; AQUINO, E. M. L.; MOTA, E. L. A. Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, out. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000500846&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2015.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2010000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2015.

KERBER, K. J. et al. Counting every stillbirth and neonatal death through mortality audit to improve quality of care for every pregnant woman and her baby. **BMC pregnancy and childbirth**, 15.2: 1, 2015.

LANSKY, S. et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, Dec 1, 36(6):759-2, 2002.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nacer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, 30, supl. 1: S192-S207, 2014.

LEE, E. J. et al. Understanding perinatal death: a systematic analysis of New York City fetal and neonatal death vital record data and implications for improvement, 2007–2011. **Maternal and child health journal**, v. 18, n. 8, p. 1945-1954, 2014.

LISBOA, L. et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na Região Centro de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 24.4: 711-720, 2015.

LOURENÇO, E. C. et al. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, p. 697-706, 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a16.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

MAGALHÃES, M. C. et al. Uso dos sistemas de informações em saúde no monitoramento da morbimortalidade materna e perinatal. **Revista APS**, v. 15, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1373/663>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 163-82.

MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2015.

MARTINS, E. F. et al. Mortalidade perinatal e desigualdades socioespaciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1062-1070, 2013.

MASSON, V. L.; FARQUHAR, C. M.; SADLER, L. C. Validation of local review for the identification of contributory factors and potentially avoidable perinatal deaths. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.1, n.1, 2016.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUNÇÃO, A. N.; SILVA, G. F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S008062342008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do Sinasc. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

MELLO JORGE, M.H.P. et al. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, p. 1-46, 1993.

MENEZES, S. T. de. et al. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 2, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292014000200137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2016.

MERALI, H. S. et al. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 14(280):1-12, 2014.

MOSLEY, W. H.; CHEN, L. C. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. **Population and development review**, p. 25-45, 1984.

NASCIMENTO, R. M. do. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 28.3: 559-572, 2012.

ORTIZ, Luis Patricio. A Mortalidade Perinatal no Brasil. Trabalho apresentado no **XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, da Abep, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 21 a 24 de novembro de 2012.

OLIVEIRA, E. et al. Mortalidade infantil evitável em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 39.2: 397, 2015.

OLIVEIRA, C. M. et al. Adequação da investigação dos óbitos infantis no Recife, Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2016.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CIBCD, São Paulo, v. 2, 2008.

PELLER, S. Proper delineation of the neonatal period in perinatal mortality. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, 55(7): 1005-11, jul. 1965.

PEDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2729-2737, 2012.

PIZZO, L. G. P. et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 908-918, 2014.

RAMALHO, M. O. de A. et al. Evaluation of the incompleteness in the filling out of death certificates of children under one year of age in the State of Pernambuco, Brazil, 1999-2011. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20.9: 2891-2898, 2015.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. de. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 16.1, 2016.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

RODRIGUES, M. et al. Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de Pernambuco, 2006-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2012000200005&lng=p&t&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2015.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care, a clinical method. **N Engl J Med**, 294(11):582-8, 1976.

SAMPAIO, R. M. M.; PINTO, F. J. M.; SAMPAIO, J. do C. Fatores de risco associados à prematuridade em nascidos vivos no Estado do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 36.4: 969, 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta paulistana enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2015.

SILVA, J. A. C. da. et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: avaliação em Belém - Pará, em 2010. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 4, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302013000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2015.

SILVA COSTA, J. M. B.; FRIAS, P. G. de. Avaliação da completitude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a59v16s1.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

SILVA JUNIOR, J. B. Reflexões sobre o processo de monitoramento na gestão das ações de vigilância em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, maio 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2015.

STRATULAT, P. et al. The experience of the implementation of perinatal audit in Moldova. **BJOG**, 121(4): p. 167-71, 2014.

UNICEF, et al. Situação Mundial da Infância 2015: resumo executivo. Reimagine o futuro-inovação para cada criança. Brasília (DF): **UNICEF**, 2015.

WIGGLESWORTH, J. S. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. **The Lancet**, 316.8196: 684-686, 1980.

APÊNDICE A – Quadro de variáveis utilizadas no estudo

Variáveis	Definição	Categoria
Relacionadas ao Óbito Fetal/Infantil		
Momento do óbito	Corresponde ao momento do óbito em relação ao parto	Anteparto, Intraparto, Pós-parto.
Sexo	Classifica segundo características morfológicas da genitália externa	Masculino, Feminino.
Local de ocorrência do óbito	Descreve o local em que se deu o acontecimento do óbito	Hospital, Domicílio, Outras Unidades de Saúde, Via Pública, Outros.
Peso ao nascer	Corresponde ao peso em gramas no nascimento	< 500 g, 500 a 999 g, 1000 a 1499 g, 1500 a 2499 g, 2500 a 2999g, 3000 a 3999g, 4000 e mais, Ignorado.
Apgar no 1º minuto	Expressa a intensidade da depressão neurológica e respiratória do recém-nascido durante o primeiro minuto de vida.	0 a 2, 3 a 5, 6 a 7, 8 a 10, Ignorado.
Apgar no 5º minuto	Expressa a intensidade da depressão neurológica e respiratória do recém-nascido durante o quinto minuto de vida.	0 a 2, 3 a 5, 6 a 7, 8 a 10, Ignorado.
Tipo de óbito	Classifica o óbito segundo a idade.	Fetal, Neonatal, Precoce, Ignorado.
Relacionadas à mãe		
Idade	Expressa a idade materna em anos.	10-19 anos, 20-34 anos, 35 e mais.
Cor/raça	Define pela cor de pele.	Branca, Negra, Parda, Amarela, Indígena.
Escolaridade	Expressa o número de anos estudados.	Sem escolaridade, Fundamental I (1ª a 4ª. Série), Fundamental II (5ª a 8ª. Série), Médio (antigo 2º. Grau), Superior incompleto, Superior completo.
Situação Conjugal	Classifica segundo matrimônio ou sociedade conjugal	Solteira, Casada, Viúva, Separada judicialmente/divorciada, União estável, Ignorado.
Antecedentes Familiares	Define patologias e estados mórbidos de familiares próximos da gestante.	Diabetes, Hipertensão Arterial, Gemelaridade, Prematuridade.

Antecedentes pessoais	Define doenças existentes ou aquelas que a gestante já teve, cirurgias e alterações morfofisiológicas relevantes para manter no seu histórico.	Diabetes, Hipertensão Arterial, Infecção Urinária, Infertilidade, Incompetência istmocervical, Cirurgia pélvica/útero/cerclagem, Doenças infectocontagiosas, Outras.
Fatores de risco	Define condições e problemas que aumentam as chances de uma pessoa desenvolver determinadas doenças.	Ausentes, Uso de álcool, Uso de fumo, Outras drogas, Obesidade, Doenças prévias, Isomunização, Uso de medicamentos, Outros.
Complicações no pré-natal	Define problemas de saúde ocorridos no período pré-natal com a gestante.	Sem complicações, Hipertensão, Hemorragia, Diabetes, Anemia, Cardiopatia, Infecção Urinária, Vulvovaginite, Sífilis, Rubéola, Infecção Respiratória, Ameaça de Parto Prematuro, Outra, Ignorado.
Tipo de gravidez	Classifica pela quantidade de fetos numa mesma gestação.	Única, Dupla, Tripla ou mais, Ignorado.
Tipo de parto	Correspondente à via de nascimento.	Normal, Cesáreo, Fórceps, Outro, Ignorado.
Aspecto do Líquido Amniótico	Corresponde ao estado do fluido que preenche a bolsa amniótica.	Claro, Meconizado, Sanguinolento, Purulento, Outro, Ignorado.
Relacionadas à assistência		
Número de consultas no pré-natal	Expressa o número de consultas exatas realizadas pela gestante durante o pré-natal.	Nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 e mais, Ignorado.
Exames complementares	Expressa os exames complementares realizados.	Sumário de Urina, Urocultura, Glicemia em jejum, Hb/Hematócrito, Classificação Sanguínea, Coombs indireto, Preventivo, VDRL, Anti-HIV, Outras Sorologias, USG Obstétrica/Fetal, Outros, Não realizou, Ignorado.
Procedimentos	Expressa os procedimentos realizados no pré-natal.	Aferição da PA, Altura de fundo de útero, Mensuração de Batimentos Cardíacos Fetais, Vacinação anti-tetânica, Ignorado.
Recebeu visita do ACS durante a gestação	Define se ocorreu visita do agente comunitário de	Sim, Não, Ignorado.

Local do nascimento	saúde durante a gestação. Expressa o local de nascimento do feto/recém nascido.	Hospital, Domicílio, Outro, Ignorado.
Estabelecimento de saúde onde ocorreu o nascimento	Define o lugar em que ocorreu o nascimento do feto/recém-nascido.	Público, Privado Conveniado, Privado não conveniado, Filantrópico, Ignorado.
Partograma	Representação visual/gráfica de valores ou eventos relacionados com o trabalho de parto.	Sim, Não, Não se aplica.
Indução do trabalho de parto	Aceleração do processo de trabalho de parto.	Sim, Não, Ignorado.
Realização de teste rápido para Sífilis	Exame realizado para detecção de anticorpos específicos para <i>Treponema pallidum</i> .	Sim, Não, Não se aplica, Ignorado.
Realização de teste rápido para HIV	Exame realizado para detecção de anticorpos e/ou antígenos do HIV.	Sim, Não, Não se aplica, Ignorado.
Nascimento assistido por:	Profissional que assistiu o trabalho de parto.	Médico, Enfermeiro/Obstetriz, Parteira, Outros, Ignorado.
Tempo de permanência do RN na Maternidade	Quantitativo em horas que o RN permaneceu na maternidade.	Menos de 12 h, 12-24 h, 25-48 h, Ignorado, Não se aplica.
Caso tenha ficado mais de 48 h na maternidade qual foi o motivo:	Motivo da permanência na maternidade por mais de 48 horas.	Problema Materno, Problema com o RN, Outro, Ignorado, Não se aplica.
Acesso aos serviços de saúde	Situação do acesso às consultas do pré-natal.	Próximo fácil, Próximo difícil, Distante fácil, Distante difícil, Ignorado.
Disponibilidade de consultas	Situação do agendamento das consultas de pré-natal.	Sem agendamento prévio, Com agendamento prévio de até 5 dias, Com agendamento para mais de até 5 dias, Ignorado.
Setor de ocorrência do óbito	Local em que o óbito ocorreu.	UTI Pediátrica, UTI neonatal, Enfermagem Pediátrica, Centro Obstétrico, Emergência/Triagem, Berçário (CI ou UI), Alojamento Conjunto/Canguru, Outro, Ignorado, Não se aplica.
A criança/mãe veio transferida de outra unidade	Existência de transferência da mãe ou criança.	Sim, Não, Ignorado, Não se aplica.
Realizada necropsia	Exame que tem a	Sim, SVO, IML, Outro, Não,

	finalidade de esclarecer a causa e o modo de morte.	Ignorado.
Renda familiar mensal no período do óbito	Soma total dos rendimentos brutos no mês de todos aqueles que compõem a família.	Nenhuma, Menos de 1 Salário Mínimo, 1 a menos de 2 SM, 2 a menos de 3 SM, 3 a menos de 5 SM, 5 a 9 SM, 10 SM e mais, Ignorado.
Moradia	Tipo de moradia	Própria, Alugada, Cedida, Invasão, Outra, Ignorado.
Material predominante da moradia	Material que constitui a moradia.	Tijolo, Taipa, Lata/papelão, Outro (s), Ignorado.
Fonte de abastecimento d'água	Tipo de material que predomina na construção da moradia.	Compesa (rede geral), Poço com bomba, Cachimba, Rio/Riacho/Nascente, Compesa+Poço, Compesa+Cachimba, Compesa+Carro Pipa, Outros, Ignorado.
Destino dos dejetos	Forma como os dejetos são eliminados.	Rede pública de Esgoto, Fossa, Céu aberto, Outro, Ignorado.
Destino do lixo	Forma como o lixo é eliminado.	Recolhido por Gari, Depósito da Prefeitura, Terreno Baldio, Queima/Enterra, Canal/Canaleta/Rio/Córrego, Ignorado.

Relacionadas à investigação

A investigação alterou a causa básica do óbito?	Alteração da causa básica do óbito pela investigação.	Sim, Não.
A investigação alterou ou corrigiu outro campo da DO além das causas de óbito?	Alteração/correção de campos da DO pela investigação.	Sim, Não.
A investigação alterou ou corrigiu outro campo da DNV além das causas de óbito?	Alteração/correção de campos da DNV pela investigação.	Sim, Não.
Foram identificados problemas após a investigação	Identificação de problemas pela investigação.	Sim, Não.
Falha no acesso ao planejamento familiar	Falha no acesso ao planejamento familiar	Sim, Não.
Falha no acesso ao pré-natal	Falha no acesso ao pré-natal	Sim, Não.
Falha no acesso a assistência ao parto	Falha no acesso a assistência ao parto	Sim, Não.
Falha no acesso a assistência ao RN na	Falha no acesso a assistência ao RN na	Sim, Não.

maternidade	maternidade	
Falha no acesso a assistência à criança no Centro de Saúde/ UBS (PSF)	Falha no acesso a assistência à criança no Centro de Saúde/ UBS (PSF)	Sim, Não.
Falha no acesso a assistência à criança na urgência	Falha no acesso a assistência à criança na urgência	Sim, Não.
Falha no acesso a assistência à criança no hospital	Falha no acesso a assistência à criança no hospital	Sim, Não.
Dificuldades da família	Existência de dificuldades da família.	Sim, Não.
Causas externas	Influência de causas externas.	Sim, Não.
Falha na assistência ao planejamento familiar	Falha na assistência ao planejamento familiar	Sim, Não.
Falha na assistência no pré-natal	Falha na assistência no pré-natal	Sim, Não.
Falha na assistência ao parto	Falha na assistência ao parto	Sim, Não.
Falha na assistência ao RN na maternidade	Falha na assistência ao RN na maternidade	Sim, Não.
Falha a assistência à criança na urgência	Falha a assistência à criança na urgência	Sim, Não.
Falha a assistência à criança no hospital	Falha a assistência à criança no hospital	Sim, Não.
Cobertura da atenção primária	Existência e disponibilidade de Cobertura da atenção primária.	Sim, Não.
Referência e contrarreferência	Existência de Referência e contrarreferência.	Sim, Não.
Pré-natal de alto de risco	Existência de Pré-natal de alto de risco.	Sim, Não.
Leitos de UTI-gestante de alto risco	Existência e disponibilidade de Leitos de UTI-gestante de alto risco.	Sim, Não.
Leitos de UTI Neonatal	Existência e disponibilidade de Leitos de UTI Neonatal.	Sim, Não.
Centro de Regulação	Existência e disponibilidade de Centro de Regulação.	Sim, Não.
Transporte inter-hospitalar	Existência e disponibilidade de transporte inter-hospitalar.	Sim, Não.
Bancos de sangue	Existência e	Sim, Não.

disponibilidade de
bancos de sangue.

Relacionadas à evitabilidade

O óbito era:	Classificação do óbito segundo evitabilidade.	Evitável, Mal definido, Demais causas (não claramente evitáveis).
Evidências de evitabilidade	Expressa as evidências de evitabilidade.	Reduzíveis por ações de imunoprevenção, Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido, Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento e Reduzíveis por adequadas ações de promoção à saúde.
Fatores de evitabilidade	Expressa os fatores de evitabilidade.	Profissionais, Infraestrutura de saúde, Sociais, De cunho pessoal da família.
Recomendações e medidas de prevenção	Recomendações e medidas sugeridas no Planejamento Familiar, Pré-natal, Assistência ao parto, Assistência ao RN na Maternidade, Assistência ao RN no Centro de Saúde/UBS (PSF), Assistência à criança na Urgência/Emergência, Assistência à criança no hospital e Organização do sistema/serviço de saúde.	

ANEXO A – Ficha confidencial de investigação de óbito fetal e em menor de 1 ano



SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

FICHA CONFIDENCIAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO FETAL E EM MENOR DE 1 ANO

DISTRITO SANITÁRIO: _____	COBERTURA DA ÁREA: ☐ PACS ¹ ☐ PSF ² ☐ SEM COBERTURA ³	Nº CASO: _____
DATA DO ÓBITO: ____/____/____ HORA: ____:____		
LOCAL DE OCORRÊNCIA: ☐ 1. MATERNIDADE ☐ 2. HOSPITAL ☐ 3. OUTRO ESTABELECIMENTO SAÚDE ☐ 4. DOMICÍLIO ☐ 5. TRANSPORTE ☐ 6. OUTRO _____ ☐ 99. IGR		

I – DADOS DA NOTIFICAÇÃO E DA INVESTIGAÇÃO

Nº Declaração de óbito: _____ Nº DNV: _____ Nº Cartão SUS: _____

Fontes da Notificação: ☐ DO¹ ☐ Distrito Sanitário² ☐ Unidade de Saúde onde ocorreu o óbito³
☐ Imprensa⁴ ☐ Família⁵ ☐ SIAB⁶

Início da Investigação: ☐ Nível Central¹ ☐ Nível Distrital²

Data de Início da Investigação: ____/____/____ Data do Término da Investigação: ____/____/____

Locais/Fontes onde se realizou investigação: ☐ Unidade de Saúde onde ocorreu o óbito¹ ☐ Serviço de Pré-Natal²
☐ Outras Unidades de Saúde que prestaram assistência³ ☐ DO⁴
☐ Serviço Necroscópico (SVO/IML)⁵ ☐ Domicílio⁶
☐ Outros⁷ _____

Responsáveis pela Investigação:

a) Domiciliar¹: _____

b) Hospitalar²: _____

II – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Fonte de dados: ☐ Prontuário Hospitalar¹ ☐ Cartão da Gestante² ☐ Investigação Domiciliar³ ☐ DNV⁴
☐ Outra⁵ _____

Nome da criança: _____

Ou Óbito Fetal ☐ Anteparto ☐ Intraparto

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ (horas/dias/meses)

Sexo: ☐ Masculino¹ ☐ Feminino² ☐ Ign³

Cor / raça: ☐ Branca¹ ☐ Negra² ☐ Parda³ ☐ Amarela⁴ ☐ Indígena⁵ ☐ Não se aplica⁶ ☐ Ign⁷

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Cor / raça: ☐ Branca¹ ☐ Negra² ☐ Parda³ ☐ Amarela⁴ ☐ Indígena⁵ ☐ Ign⁶

Escolaridade (última série concluída): Nível: ☐ Sem escolaridade¹ ☐ Fundamental I (1ª a 4ª. Série)² ☐ Fundamental III (5ª a 8ª. Série)³ ☐ Médio (antigo 2º. Grau)⁴ ☐ Superior Incompleto⁵ ☐ Superior completo⁶ ☐ Ign⁷ Série: _____

Situação Conjugal: ☐ Solteira¹ ☐ Casada² ☐ Viúva³ ☐ Separada judicialmente/divorciada⁴ ☐ União estável⁵ ☐ Ign⁶

Ocupação da mãe: _____

Ocupação do companheiro: _____ ☐ Não se aplica⁸

Residência habitual: Logradouro: _____

Nº / Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Fone: _____ Ponto de Referência: _____

III - DADOS DO PRÉ-NATAL

Fonte de dados: ☐ Prontuário Hospitalar¹ ☐ Prontuário Ambulatorio² ☐ Cartão da Gestante³ ☐ Inv. Domiciliar⁴
☐ DNV⁵ ☐ Outra⁶ _____

Realização de Pré-Natal: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³

Unidade de saúde _____ Código CNES _____ Município _____
☐ Público¹ ☐ Privado conveniado² ☐ Privado não conveniado³ ☐ Filantrópico⁴ ☐ Ign¹⁰
 Unidade de saúde _____ Código CNES _____ Município _____
☐ Público¹ ☐ Privado conveniado² ☐ Privado não conveniado³ ☐ Filantrópico⁴ ☐ Ign¹⁰
 Unidade de saúde _____ Código CNES _____ Município _____
☐ Público¹ ☐ Privado conveniado² ☐ Privado não conveniado³ ☐ Filantrópico⁴ ☐ Ign¹⁰

DUM: ____/____/____ ☐ Ign¹⁰ Mês de gestação em que iniciou o pré-natal: _____ ☐ Ign¹⁰

Nº de consultas: (exatas) ____ consultas ☐ Ign¹⁰

Antecedentes Familiares: ☐ Diabetes¹ ☐ Hipertensão Arterial² ☐ Gemelaridade³ ☐ Prematuridade⁴

Antecedentes Pessoais: ☐ Diabetes¹ ☐ Hipertensão Arterial² ☐ Infecção Urinária³ ☐ Infertilidade⁴

☐ Incompetência istmocervical⁵ ☐ Cirurgia pélvica/útero/perclagem⁶ ☐ Doenças infectocontagiosas⁷

☐ Outras⁸ _____

Exames Complementares (anotar a data de realização):

☐ Sumário de Urina¹ _____ ☐ Urocultura² _____ ☐ Glicemia em jejum³ _____

☐ Hb/Hematócrito⁴ ____ g% ____ % ☐ Classificação Sanguínea⁵ _____ ☐ Coombs indireto⁶ _____

☐ Preventivo⁷ _____ ☐ VDRL⁸ _____ ☐ Anti-HIV⁹ _____

☐ Outras Sorologias¹⁰ _____

☐ USG Obstétrica/Fetal¹¹ _____

☐ Outros¹² _____ ☐ Não realizou¹³ ☐ Ign¹⁰

Procedimentos: ☐ Aferição da PA ☐ Altura de fundo de útero ☐ Mensuração dos Batimentos Cardíacos Fetais

☐ Vacinação anti-tetânica nº de doses _____ ☐ Ign¹⁰

Fatores de Risco: ☐ Ausentes¹ ☐ Uso de álcool² ☐ Uso de fumo ☐ Outras drogas⁴ _____

☐ Obesidade⁵ ☐ Doenças prévias⁶ _____ ☐ Isoimunização⁷

☐ Uso de medicamentos⁸ _____ ☐ Outros⁹ _____ ☐ Ign¹⁰

Complicações no Pré-Natal: ☐ Sem complicações¹ ☐ Hipertensão² ☐ Hemorragia³ ☐ Diabetes⁴ ☐ Anemia⁵

☐ Cardiopatia⁶ ☐ Infecção Urinária⁷ ☐ Vulvovaginite⁸ ☐ Sifilis⁹

☐ Rubéola¹⁰ ☐ Infecção Respiratória¹¹ ☐ Ameaça Parto Prematuro¹²

☐ Outra¹³ _____ ☐ Ign¹⁰

Tratamento (Qual e quando): _____

Cartão da gestante

Data da Consulta									
Semanas (amenorréia)									
Peso (kg)									
Pressão arterial (mmHg)									
Altura Uterina (cm)									
BCF / Mov. Fetais									

Informações relevantes: _____

Recebeu visita do ACS durante a Gestação: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign¹⁰

Nº de visitas do ACS: ____ a cada ____ mês(es) ☐ Ign¹⁰ ☐ Não se aplica³

Observações do ACS: _____

Histórico gestacional (incluindo a criança que foi a óbito):

Nº de gestações anteriores	Nº de partos vaginais	Nº de cesáreas	Nº de nascidos vivos	Nº de perdas fetais/abortamento

Intervalo entre as duas últimas gravidezes: _____ (em meses) ☐ Ign¹⁰ ☐ Não se aplica¹⁰

Avaliação Nutricional da Gestante: Peso Pré-gestacional: _____ Kg Altura: _____ cm

IV – DADOS DO NASCIMENTO

Fonte de dados: ☐ DNV/DO¹ ☐ Pront. Hosp./Necropsia² ☐ Cartão Criança/Gestante³ ☐ Inv. Domiciliar⁴
☐ SVO/IML⁵ ☐ Outra⁶ _____ ☐ Ign¹⁰

Local de Nascimento: ☐ Hospital¹ ☐ Domicílio² ☐ Outro³ _____ ☐ Ign¹⁰
 Estabelecimento de saúde onde ocorreu o nascimento
 Unidade de saúde _____ Código CNES _____ Município _____
☐ Público¹ ☐ Privado conveniado² ☐ Privado não conveniado³ ☐ Filantrópico⁴ ☐ Ign¹⁰
 Foi utilizado o partograma durante o trabalho de parto: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Não se aplica¹⁰
 O trabalho de parto foi induzido: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign¹⁰
 Foi realizado Teste rápido para Sífilis (VDRL)? ☐ Sim¹ _____ ☐ Não² ☐ Não se aplica³ ☐ Ign¹⁰
 Foi realizado Teste rápido para HIV? ☐ Sim¹ _____ ☐ Não² ☐ Não se aplica³ ☐ Ign¹⁰
 Idade Gestacional (exata): _____ semanas _____ dias ☐ Ign¹⁰
 (Método usado: DUM _____ USG 1o. trimestre _____ Capurro/N. Ballard _____ Outros _____)
 Tipo de Gravidez: ☐ Única¹ ☐ Dupla² ☐ Tripla ou mais³ ☐ Ign¹⁰
 Tipo de Parto: ☐ Normal¹ ☐ Cesáreo² (Indicação: _____) ☐ Fórceps³ ☐ Outro⁴ ☐ Ign¹⁰
 Se cesáreo, a intervenção ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign¹⁰
 Tempo de Bolsa Rota: _____ ☐ Ign¹⁰ Odor do Líquido Amniótico: ☐ Característico ☐ Fétido ☐ Outro ☐ Ign¹⁰
 Aspecto do Líquido Amniótico: ☐ Claro ☐ Meconizado ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Outro ☐ Ign¹⁰
 Peso ao Nascer: _____ (g) Índice de Apgar: 1º min. _____ 5º min. _____
 Nascimento assistido por: ☐ Médico¹ ☐ Enfermeiro/Obstetriz² ☐ Parteira³ ☐ Outros⁴ ☐ Ign¹⁰
 Tempo de Permanência do RN na Maternidade: ☐ Menos de 12 h¹ ☐ 12 – 24h² ☐ 25 – 48h³ ☐ 49 horas – 6 dias⁴
☐ 7d – 27d⁵ ☐ 28d e mais⁶ ☐ Ign¹⁰ ☐ Não se aplica¹⁰
 Caso tenha ficado mais de 48h na maternidade qual foi o motivo:
☐ Problema Materno¹ ☐ Problema com o RN ☐ Outro³ _____ ☐ Ign¹⁰ ☐ Não se aplica¹⁰
 Caso tenha ocorrido algum problema com o RN, descreva-o: _____

V - DADOS DE PUERICULTURA E DOENÇAS ANTERIORES

Fonte de dados: ☐ Inv. Domiciliar¹ ☐ Prontuário Hospitalar² ☐ Prontuário Ambulatorial/USF⁴ ☐ Cartão da Criança³
☐ Outra⁵ _____ ☐ Não se aplica¹

A criança era acompanhada na atenção básica: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Não se aplica¹⁰

Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada: ☐ Ign¹⁰

Unidade de saúde _____ Código CNES _____ Município _____
☐ Público¹ ☐ Privado conveniado² ☐ Privado não conveniado³ ☐ Filantrópico⁴ ☐ Ign¹⁰
 Unidade de saúde _____ Código CNES _____ Município _____
☐ Público¹ ☐ Privado conveniado² ☐ Privado não conveniado³ ☐ Filantrópico⁴ ☐ Ign¹⁰
 Unidade de saúde _____ Código CNES _____ Município _____
☐ Público¹ ☐ Privado conveniado² ☐ Privado não conveniado³ ☐ Filantrópico⁴ ☐ Ign¹⁰

A criança era inscrita no Programa da Vigilância da Criança de Risco: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign¹⁰

Teve acompanhamento de puericultura preconizado no acompanhamento da criança de risco: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³
 Tempo de aleitamento materno exclusivo: _____ (em dias ou meses)
 Nº de Consultas entre nascimento/óbito: _____ Rotina _____ Emergência ☐ Ign³
 Recebeu Visita do ACS: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³ ☐ Não se aplica³ Nº de Visitas: _____
 Observações: _____

Possui Cartão da Criança: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³

O Cartão da Criança é preenchido:

- Integralmente (crescimento, desenvolvimento, imunizações e doenças anteriores): ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³
- Apenas o gráfico de crescimento, sendo atualizado ou não: ☐ Atualizado ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³
- Apenas notificado o desenvolvimento neuropsicomotor: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³
- Apenas os registros de imunizações: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³

A vacinação estava em dia: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Não se aplica³

Imunizações:

Dose/vacina/data	BCG	Antípólio	Hepatite B	Tetralente	Rotavírus	Outras
1ª						
2ª						
3ª						

Curva de Peso/idade: ☐ Ascendente¹ ☐ Descendente² ☐ Estacionária³ ☐ Ign³ ☐ Não se aplica³

Desenvolvimento: ☐ Normal para idade¹ ☐ Evidência de atraso² ☐ Ign³ ☐ Não se aplica³

Passado Mórbito (Doenças Anteriores)

Idade (dias ou meses)

Internamento

SIM¹ Não²

☐

☐

☐

☐

☐

☐

VI - CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA

Fonte de dados: ☐ Investigação Domiciliar¹ ☐ Prontuário Hospitalar² ☐ Prontuário Ambulatorial³ ☐ DNV/DO⁴
☐ Outra⁵ _____ ☐ Ign³

Informante(s): _____ Grau de parentesco com a criança: _____

Data: ____/____/____ As informações são confiáveis? ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Inconclusivo³

Seguro Privado de Saúde: ☐ Sim¹ ☐ Não² ☐ Ign³

Renda familiar mensal no período do óbito: ☐ Nenhuma¹ ☐ Menos de 1 Salário Mínimo² ☐ 1 a menos de 2 SM³

☐ 2 a menos de 3 SM⁴ ☐ 3 a menos de 5 SM⁵ ☐ 5 a 9 SM⁶ ☐ 10 SM e mais⁷ ☐ Ign³

Nº de pessoas no domicílio no período do óbito: _____ ☐ Ign³ Nº de crianças menores de 5 anos: _____ ☐ Ign³

Número de cômodos usados como dormitório: _____

Moradia: ☐ Própria¹ ☐ Alugada² ☐ Cedida³ ☐ Invasão⁴ ☐ Outra⁵ _____ ☐ Ign³

Material predominante da moradia: ☐ Tijolo¹ ☐ Taipa² ☐ Lata/papelão³ ☐ Ign³

☐ Outro(s)⁴ _____ ☐ Ign³

Fonte de abastecimento d'água: ☐ Compesa (rede geral)¹ ☐ Poço com bomba² ☐ Cachimba³

☐ Rio / Riacho / Nascente⁴ ☐ Compesa + Poço⁵ ☐ Compesa + Cachimba⁶

☐ Compesa + Carro Pipa⁷ ☐ Outros⁸ _____ ☐ Ign³

Destino dos dejetos: ☐ Rede Pública de Esgoto¹ ☐ Fossa² ☐ Céu Aberto³

☐ Outro⁴ _____ ☐ Ign³

Destino do lixo: ☐ Recolhido por Gari¹ ☐ Depósito da Prefeitura² ☐ Terreno Baldio³

☐ Queima / Enterra⁴ ☐ Canal / Canaleta / Rio/Corrego ☐ Ign³

Acesso aos serviços de saúde: ☐ Próximo fácil¹ ☐ Próximo difícil² ☐ Distante fácil³

☐ Distante difícil⁴ ☐ Ign³

Disponibilidade de consultas: ☐ Sem agendamento prévio¹ ☐ Com agendamento prévio de até 5 dias²

☐ Com agendamento para mais de até 5 dias³ ☐ Ign³

Quem cuidava da criança: ☐ Mãe¹ ☐ Irmãos² - idade _____ ☐ Avós / Tios³

☐ Creche ☐ Empregada⁴ ☐ Outros⁵ _____ ☐ Ign³ ☐ Não se aplica³

A investigação alterou ou corrigiu outro campo da DNV além das causas de óbito? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica¹⁸
Quais campos e que alterações:

Variáveis	Antes da investigação	Após a investigação

Foram identificados problemas após a investigação: ☐ Sim ☐ Não
Descrever os problemas identificados após a investigação:

	Falha no acesso	Falha na assistência	Quais?
Planejamento familiar	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	
Pré-natal	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	
Assistência ao parto	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	
Assistência ao RN na maternidade	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ ☐ Não se aplica ¹⁸	
Assistência à criança no Centro de Saúde/UBS (PSF)	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ ☐ Não se aplica ¹⁸	
Assistência à criança na urgência	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ ☐ Não se aplica ¹⁸	
Assistência à criança no hospital	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ ☐ Não se aplica ¹⁸	
Dificuldades da família	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	
Causas externas	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³	☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ ☐ Não se aplica ¹⁸	

Organização do serviço de saúde:

- | | |
|---|--|
| - Cobertura da atenção primária | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |
| - Referência e contrarreferência | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |
| - Pré-natal de alto risco | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |
| - Leito de UTI – gestante de alto risco | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |
| - Leitos de UTI Neonatal | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |
| - Centro de regulação | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |
| - Transporte inter-hospitalar | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |
| - Bancos de sangue | ☐ Sim ¹ ☐ Não ² ☐ Inconclusivo ³ |

Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE

O óbito era:	Evidências de evitabilidade	Fatores de evitabilidade
☐ Possível de ser evitado ¹	☐ Reduzível por imunoprevenção ¹ = S1 ☐ Reduzível por adequado controle da Gravidez ² = S2 ☐ Reduzível por adequada Atenção ao Parto ³ = S3 ☐ Reduzível por Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Precoces ⁴ = S4 ☐ Através de parcerias com outro Setores ⁵ = S5 ☐ Não classificado/Outras ⁶ _____ _____	☐ Profissionais ¹ ☐ Infra-estrutura de Saúde ² ☐ Sociais ³ ☐ De cunho pessoal da família ⁴
☐ Não evitável ² = S6	xx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx x
☐ Mal definido ³ = S7	xx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx x
☐ Inconclusiva ⁴ = S8	xx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx x

IX – RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Planejamento familiar: _____

Pré-natal: _____

Assistência ao parto: _____

Assistência ao RN na Maternidade: _____

Assistência à criança no Centro de Saúde/UBS (PSF): _____

Assistência à criança na Urgência/Emergência: _____

Assistência à criança no Hospital: _____

Organização do sistema/serviço de saúde: _____

Data da conclusão: ____/____/____

ANEXO B – Lista brasileira de causas de mortes estáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de cinco anos

I. Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde em menores de cinco anos

1. Causas evitáveis

1.1. **Reduzíveis por ações de imunoprevenção:** Tuberculose do sistema nervoso (A17); Tuberculose miliar (A19); Tétano neonatal (A33); Outros tipos de tétano (A35); Difteria (A36); Coqueluche (A37); Poliomielite aguda (A80); Sarampo (B05); Rubéola (B06); Hepatite B (B16); Caxumba (B26.0); Meningite por *Haemophilus* (G00.0); Rubéola congênita (P35.0); Hepatite viral congênita (P35.3).

1.2. **Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido**

1.2.1. **Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação:** Sífilis congênita (A50); Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24); Feto e recém-nascidos afetados por complicações da placenta e das membranas (P02.2, P02.3, P02.7, P02.8, P02.9); Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P00, P04); Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido (P01); Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal (P05); Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte (P07); Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (P22.0); Hemorragia pulmonar originada no período perinatal (P26); Hemorragia intracraniana não traumática do feto e do recém-nascido (P52); Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido (P55.0, P55.1); Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas à isoimunização (P55.8 a P57.9); Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido (P77).

1.2.2. **Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto:** Placenta prévia e descolamento prematuro da placenta (P02.0 a P02.1); Feto e recém-nascido afetados por afecções do cordão umbilical (P02.4 a P02.6); Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido (P03); Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer (P08); Traumatismo de parto (P10 a P15); Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer (P20, P21); Aspiração neonatal (P24, exceto P24.3).

1.2.3. **Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido:** Transtornos respiratórios específicos do período perinatal (P22.1, P22.8, P22.9, P23, P25, P27, P28); Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3); Hemorragia neonatal (P50 a P54); Outras icterícias perinatais (P58, P59); Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido (P70 a P74); Transtornos hematológicos do recém-nascido (P60, P61); Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido (P75 a P78); Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido (P80 a P83); Outros transtornos originados no período perinatal (P90 a P96.8).

1.3. **Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento:** Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica (A15); Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica e histológica (A16); Tuberculose de outros órgãos (A18); Meningite (G00.1 a G03); Infecções agudas das vias aéreas superiores (J00 a J06); Pneumonia (J12 a J18); Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20 a J22); Edema de laringe (J38.4); Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 a J47, exceto J43 e J44); Doenças pulmonares devidas a agentes externos (J68 a J69); Outras doenças causadas por clamídias (A70 a A74); Outras doenças bacterianas (A30, A31, A32, A38, A39, A40, A41, A46, A49); Hipotireoidismo congênito (E03.0, E03.1); Diabetes mellitus (E10 a E14); Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria (E70.0) e deficiência congênita de lactase (E73.0); Epilepsia (G40, G41); Síndrome de Down (Q90); Infecção do trato urinário (N59.0); Febre reumática e doença cardíaca reumática (I00 a I09).

1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde: Doenças infecciosas intestinais (A00 a A09); Algumas doenças bacterianas zoonóticas (A20 a A28); Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (A90 a A99); Rickettsioses (A75 a A79); Raiva (A82); Doenças devidas a protozoários (B50 a B64); Helmintíases (B65 a B83); Outras doenças infecciosas (B99); Anemias nutricionais (D50 a D53); Deficiências nutricionais (E40 a E64); Desidratação (E86); Acidentes de transportes (V01 a V99); Envenenamento accidental por exposição a substâncias nocivas (X40 a X44); Intoxicação accidental por outras substâncias (X45 a X49); Síndrome da morte súbita na infância (R95); Quedas accidentais (W00 a W19); Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 a X09); Exposição às forças da natureza (X30 a X39); Afogamento e submersão accidentais (W65 a W74); Outros riscos accidentais à respiração (W75 a W84); Exposição à corrente elétrica, à radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 a W99); Agressões (X85 a Y09); Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34); Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 a W49); Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos (Y60 a Y69); Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento (Y83 a Y84); Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (Y40 a Y59).

2. Causas de morte mal-definidas

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95); Morte fetal de causa não especificada (P95); Afecções originadas no período perinatal, não especificadas (P96.9).

3. Demais causas (não claramente evitáveis)

As demais causas de morte.

O grupo de especialistas sugeriu que as análises fossem processadas por peso ao nascer, considerando evitáveis as mortes de casos com peso a partir de 1500g, subdivididos nas seguintes categorias: 1500g a 2499g; ≥ 2500 g. Recomendou-se realizar novas validações da lista e verificar critérios de magnitude para inclusão na lista. Os acidentes de trânsito/transporte, antes incluindo os códigos V01 a V89, passaram incluir os códigos de V01 a V99.

ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	5311-839-723	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	--------------	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: MORTALIDADE PERINATAL SOB A PERSPECTIVA DA EVITABILIDADE

Pesquisador: Isabela de Lucena Heráclio

Área Temática:
Versão: 1

CAAE: 45904015.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 1.134.864

Data da Relatoria: 01/07/2015

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa intitulado MORTALIDADE PERINATAL SOB A PERSPECTIVA DA EVITABILIDADE é um projeto de Dissertação de Mestrado sob a responsabilidade de Isabela de Lucena Heráclio do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da UFPE sob a orientação da Dra. Cristine Vieira do Bonfim. Está registrado no CAAE: 45904015.0.0000.5208

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo primário descrever o perfil epidemiológico, assistencial e a evitabilidade dos óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal. Como objetivos secundários caracterizar a população estudada segundo dados da notificação e da investigação; classificar os óbitos perinatais segundo critérios de evitabilidade e; avaliar a qualidade do preenchimento das Fichas Confidenciais de Investigação de óbito fetal e em menor de um ano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O riscos relativos à divulgação e extravio das informações dos participantes são referidos, bem como a forma de minimizá-los. Está descrita a garantia da privacidade das informações com respeito aos princípios éticos. Os benefícios estão adequadamente apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo aborda uma temática relevante para a Saúde Pública – a elucidação das principais

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.134.864

características epidemiológicas e a evitabilidade dos óbitos perinatais. É um estudo descritivo de corte transversal sobre a vigilância dos óbitos perinatais ocorridos no ano de 2014 na cidade do Recife (PE). Apresenta a seguinte pergunta condutora: Qual o perfil epidemiológico, assistencial e a evitabilidade dos óbitos perinatais investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Recife (PE) no ano de 2014? Utilizará dados secundários das Fichas Confidenciais de Investigação de óbito fetal e em menor de um ano cujos dados analisados são relacionados à assistência ao pré-natal, a gestação e ao parto da mulher, características da família e critérios de evitabilidade do óbito. A população de estudo será representada pelos óbitos perinatais de mães residentes em Recife e que foram investigados pela Vigilância do Óbito Infantil e Fetal da Secretaria de Saúde de Recife. Os critérios de inclusão e exclusão estão adequados e o referencial teórico está atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto, Carta de anuência, Projeto de pesquisa, Projeto de Pesquisa e Curriculum Lattes de todos os pesquisadores, Termos de confidencialidade e de consentimento de uso dos dados secundários de acordo com o exigido.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.134.864

participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 02 de Julho de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO D – Carta de Anuência da Prefeitura do Recife

**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Isabela de Lucena Heráclio** pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco a desenvolver pesquisa na Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde - SEVS, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Mortalidade Perinatal sob a Perspectiva da Evitabilidade”, sendo orientada por Cristine Vieira do Bonfim.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 12 de maio de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Valéria Souza

Chefe de Divisão de Formação
Profissional / SEGTES/SS/PCR
Matricula nº 89.345-5

ANEXO E – Normas para publicação

A) Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde



versão impressa ISSN : 1679-4974
versão online ISSN: 2237-9622

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Responsabilidade dos autores
- Critérios de autoria
- Fontes de financiamento
- Conflito de interesses
- Ética na pesquisa envolvendo seres humanos
- Agradecimentos
- Direito de reprodução
- Preparo dos manuscritos para submissão
- Formato dos manuscritos
- Tabelas e Figuras
- Uso de siglas
- Análise e aceitação dos manuscritos
- Prova de prelo
- Envio de manuscritos

Escopo e política

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* é um periódico trimestral de caráter científico e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (CGDEP/DGVES/SVS/MS). A sua principal missão é a de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das modalidades de manuscritos aceitos para publicação, a revista divulga Portarias, Regimentos e Resoluções do Ministério da Saúde, bem como Notas Técnicas relativas aos programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, consensos, relatórios e recomendações de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de interesse do SUS. É prevista a republicação de textos originalmente editados por outras fontes de divulgação científica e que sejam considerados pelos editores da revista como relevantes para os serviços de saúde.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue as orientações do documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) –conhecido como Normas de Vancouver – e os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* possui uma Declaração sobre ética na publicação que

expressa o compromisso ético da revista – assim como de todas as partes envolvidas na publicação de artigos na RESS, incluindo autores, revisores externos, editora geral e demais editoras e editores, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Editora do Ministério da Saúde – com a adoção de melhores práticas na publicação científica.

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) Artigo de revisão

b.1) **Artigo de revisão sistemática** – apresentação de uma síntese de resultados de estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

b.2) **Artigo de revisão narrativa** – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a Saúde Pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

c) **Nota de pesquisa** – relato conciso de resultados finais ou parciais (notas prévias) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

d) **Relato de experiência** – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a Saúde Pública; deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 2.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

e) **Artigo de opinião** – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 1.500 palavras);

f) **Debate** – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá críticas/comentários por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados. (limite: 3.500 palavras para o artigo, 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

g) **Carta** – críticas ou comentários breves sobre temas de interesse dos leitores, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista (limite: 400 palavras; sempre que

possível, uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta (limite: 400 palavras).

Eventualmente, a critério dos editores, serão aceitos outros formatos, a exemplo de **Entrevista** com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras) e **Resenha** de obra contemporânea (limite: 800 palavras).

Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. O manuscrito submetido deve ser acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, em que afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Declaração de Responsabilidade

Este documento deverá ser elaborado de acordo com o modelo a seguir:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil declaram que:

- a) Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico;
- b) Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado;
- c) A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;
- d) Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(registrar o local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito).

Os itens da declaração de responsabilidade estão incorporados no Passo 1 da submissão de manuscritos pelo sistema eletrônico. Adicionalmente, o documento assinado por todos os autores deverá ser digitalizado e anexado no Passo 4 – Transferência de documentos suplementares.

Crítérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Todos aqueles designados como autores

devem atender aos quatro critérios de autoria, e todos aqueles que preencherem os quatro critérios devem ser identificados como autores.

Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, a responsabilidade por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e na folha de rosto do artigo.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, fazendo menção ao número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais, por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

Direito de reprodução

O conteúdo publicado na Epidemiologia e Serviços de Saúde encontra-se sob uma Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos deste tipo de Licença, que incluem a possibilidade de compartilhar e adaptar o material, desde que atribuído o crédito apropriado e para uso não comercial.

Os autores devem estar de acordo com os seguintes termos:

- a) Autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico.
- b) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.
- c) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho *online* (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE.

A versão original – em inglês – deste documento encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

A versão traduzida para o português das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver foi publicada na RESS v. 24, n. 3, 2015, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300577&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. A relação completa encontra-se no website da iniciativa EQUATOR network (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

Abaixo são relacionados os principais guias:

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/> Ensaios clínicos: CONSORT statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

A versão traduzida para o português da Recomendação PRISMA foi publicada na RESS v. 24, n. 2, 2015, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (RichText Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (somente uma instituição por autor, incluindo unidade ou departamento), cidade, estado e país;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente.

Resumo

Para as modalidades artigo original, revisão da literatura e nota de pesquisa, deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

Key words

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.

Palabras-clave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. Esta seção deverá iniciar, preferencialmente, com um parágrafo contendo a síntese dos principais achados do estudo, e finalizar com as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun;24(2):197-206.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

- Número com suplemento.

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

- Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

- Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo.

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e Leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6];20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as mesmas referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até 5 tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa e relatos de experiência, o limite é de 3 tabelas e/ou figuras.

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, preferencialmente, no formato padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem ser apresentados nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) ou em escala de cinza.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. O uso de siglas ou acrônimos só deve ser empregado quando estes forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; DataSUS; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo:

UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.).

Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde.

Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de o estudo envolver seres humanos, assim como seu potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores *ad hoc*), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito e que tenham aceitado realizar sua revisão. Nessa etapa, espera-se que os revisores *ad hoc* avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores *ad hoc* não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores *ad hoc* devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo Committee on Publication Ethics (COPE), disponíveis

em: http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf; cuja versão em português está disponível no site da RESS: <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?lang=pt&p=orientacoeseticas&format>

Para esta etapa, a RESS recomenda a utilização do Guia para revisão de manuscritos, disponível em: <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?p=guiaRevisao&lang=pt>

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o núcleo editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores *ad hoc*, bem como, quando pertinente, indica aspectos que podem ser aprimorados na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas a observação de padrões para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo núcleo editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

Em todas as etapas do processo editorial, as considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada dentro do prazo determinado, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda for identificada a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo.

Prova de prelo

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à secretária executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: revista.svs@saude.gov.br

Endereço para correspondência

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde
SCS, Quadra 4, Bloco A, Ed. Principal, 5º andar, Asa Sul, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70304-000

Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8531
Telefax: (61) 3213-8404

Envio de manuscritos

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via Sistema SciELO de Publicação. Caso os autores não recebam qualquer comunicação da Secretaria da RESS confirmando a submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: ress.svs@gmail.com.

Como arquivo suplementar, os autores devem anexar a Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito

fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.
 2. Folha-de-rosto:
 - a. Modalidade do manuscrito;
 - b. Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
 - c. Título resumido, em português;
 - d. Nomes e instituição de afiliação e e-mail de cada um dos autores (somente uma instituição de afiliação por autor);
 - e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;
 - f. Paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
 - g. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; e
 - h. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do nome da instituição de ensino e do ano de defesa.
 3. Resumo em português, Abstract em inglês e Resumen em espanhol, para todos os tipos de manuscritos, exceto cartas; e, especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado – Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.
 4. Palavras-chave/Key words/Palabras clave, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.
 5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.
 6. Parágrafo contendo a contribuição dos autores.
 7. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa e relatos de experiência, não devem exceder o total de três.
 8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJE (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.
 9. Anuência das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.
 10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.
- Versão atualizada em fevereiro de 2016

B) Revista Ciência e Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*

ISSN 1678-4561 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Instruções para colaboradores
- Orientações para organização de números temáticos
- Recomendações para a submissão de artigos
- Apresentação de manuscritos

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e

relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas

realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos

Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os

autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo

as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

(IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 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. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq*

Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151



cienciasaudecoletiva@fiocruz.br