

**Manual de Vigilância do
Óbito Infantil e Fetal
e do Comitê de Prevenção
do Óbito Infantil e Fetal**

2^a edição

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**

2.^a edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília
2009

© 2004 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 2.ª edição – 2009 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação em Saúde

Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

SAF Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Edifício Premium, Torre 1, Bloco F, Térreo, Sala 15

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-7110

Home page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=962#

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6.º andar, Sala 655

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Home page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=383

Coordenação Técnica:

Anamaria Cavalcante e Silva

Elsa Regina Justo Giugiani

Sônia Lansky

Vera Regina Barêa

Elaboração Técnica:

Ana Maria Bara Bresolin

Anamaria Cavalcante e Silva

Deise Campos Cardoso Afonso

Edilene Araújo Monteiro

Juan Cortez-Escalante

Marislaine Lumena Mendonça

Paulo Germano de Frias

Rosania de Lourdes Araújo

Silvana Granado Nogueira da Gama

Sônia Lansky

Capa, projeto gráfico e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

96 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1613-0

1. Óbito fetal. 2. Óbito neonatal. 3. Óbito neonatal precoce . I. Título. II. Série.

CDU 314.14:612.64

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0615

Títulos para indexação:

Em inglês: Surveillance handbook on child and fetal death and of the committee of prevention of child and fetal death

Em espanhol: Manual de vigilancia del óbito infantil y fetal y de la comisión de prevención del óbito infantil y fetal

Sumário

Apresentação	5
1 Introdução	7
1.1 Mortalidade Infantil e Fetal	7
1.2 Situação Atual da Mortalidade Infantil e Fetal no País	8
2 Conceitos básicos e métodos de cálculo	16
2.1 Indicadores de mortalidade infantil e fetal	16
2.1.1 Taxa de Mortalidade Infantil (Coeficiente de Mortalidade Infantil)	16
2.1.2 Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce)	17
2.1.3 Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia)	19
2.1.4 Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (Taxa de Mortalidade Infantil Tardia, Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal)	20
2.1.5 Taxa de Mortalidade Perinatal (Coeficiente de Mortalidade Perinatal)	21
2.1.6 Taxa de Mortalidade Fetal (Coeficiente de Mortalidade Fetal)	22
2.2 Outros Conceitos Importantes – Glossário	24
3 Vigilância epidemiológica do óbito infantil e fetal	27
3.1 Operacionalização da Investigação	28
3.2 Identificação dos óbitos: fontes de identificação/captação do óbito infantil e fetal	28
3.3 Critérios para Investigação do Óbito Infantil e Fetal	29
3.4 Levantamento de dados	30
3.5 Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal	30
3.6 Análise dos óbitos: análise de evitabilidade do óbito e análise dos problemas identificados	31
3.7 Análise dos problemas relacionados aos óbitos infantis e fetais	32
3.8 Análise de evitabilidade dos óbitos infantis e fetais	33
3.8.1 Classificação de evitabilidade da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE	33
3.8.2 Lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS	33
3.8.3 Classificação de Wigglesworth Expandida	34
3.9 Divulgação da investigação dos óbitos e propostas de intervenção	37
3.10 Correção dos dados vitais	39

4 Notificação do óbito infantil e fetal	40	
4.1 Declaração de Óbito (DO)	40	
4.2 Preenchimento da DO	41	
4.3 Fluxo da DO	45	
5 Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal	46	
5.1 Breve histórico	46	
5.2 Objetivos	47	
5.3 Atribuições do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal	48	
5.3.1 Atribuições Gerais dos Comitês Nacional, Regionais, Estaduais e Municipais	48	
5.3.2 Atribuições Específicas dos Comitês Nacional, Regionais, Estaduais e Municipais	49	
5.4 Estruturação e Organização dos Comitês	51	
5.4.1 Estratégias para implantação dos Comitês	51	
5.4.2 Organização dos Comitês	52	
5.4.3 Composição dos Comitês	52	
Referências	55	
ANEXOS	59	
Anexo A	– Modelo de Carta para apresentação dos profissionais de saúde e membros do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal aos Serviços de Saúde	60
Anexo B	– Modelo de Credencial para Membro do Comitê e Profissional de Saúde	61
Anexo C	– Declaração de óbito	62
Anexo D	– Orientação geral para utilização dos instrumentos de vigilância do óbito infantil e fetal	63
Anexo E	– Lista de Óbitos Evitáveis – Fundação SEADE	69
Anexo F	– Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (MALTA et al, 2007)	73
Anexo G	– Fluxograma da classificação dos óbitos perinatais segundo Wigglesworth modificada	76
Anexo H	– Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009	78
Anexo I	– Modelo de Regimento Interno do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal	94

Apresentação

O Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, em versão atualizada em 2009, está sendo disponibilizado como uma das estratégias de apoio à vigilância epidemiológica dos óbitos infantis e fetais em âmbito nacional. A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma das prioridades do Ministério da Saúde. Contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em defesa da criança, tais como o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio Número Quatro, que tem como meta a redução em dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade de crianças menores de cinco anos; o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; o Pacto pela Vida e, mais recentemente, o Programa Mais Saúde. A vigilância dessas mortes é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidade no País, contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

Este Manual, uma iniciativa da Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, e da Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Situação de Saúde do Ministério da Saúde, coloca-se como uma referência para a estruturação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal no País (municipais, regionais e estaduais), fornece subsídios e orientações para o seu funcionamento e para a vigilância dos óbitos, bem como disponibiliza modelos atualizados de formulários de investigação e análise.

A proporção de óbitos infantis e fetais investigados no País ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste. É necessário o esforço dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – para que a investigação dos óbitos seja efetivamente implementada, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal.

As primeiras iniciativas de implantação dos comitês no País, a partir de meados da década de 90, e a elaboração do *Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* em 2004, como referência para a estruturação dos Comitês, vêm tornando essa estratégia uma realidade, conforme demonstrou pesquisa realizada em 2007 pelo Ministério da Saúde, em parceria com Centros Colaboradores de Saúde da Criança e Centros Universitários nos municípios com população de 80.000 habitantes ou mais. O estudo mostrou que cerca de 50% desses municípios já têm comitês, com uma proporção maior nas regiões Sul e Sudeste. A pesquisa apontou também a necessidade de maior apoio técnico e operacional das Secretarias de Estado e do Ministério da Saúde, bem como dos gestores municipais para qualificar o trabalho das equipes.

O Brasil vem avançando na redução da mortalidade infantil, mas ainda é preciso grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares aceitáveis. A relevância do tema faz com que a redução da mortalidade infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal seja uma das quatro prioridades estipuladas pelo governo federal como estratégia de redução das desigualdades regionais no País. A mobilização não só do governo, mas de toda a sociedade e de cada cidadão é importante para consolidar essa redução, num movimento em defesa da vida.



1 Introdução

1.1 Mortalidade Infantil e Fetal

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando ao alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS, 2000).

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos. A taxa atual (19,3/1000 nascidos vivos) é semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008a). Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal e neonatal, enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas (LANSKY et al, 2009).

Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

Por sua vez, a mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução. A mortalidade perinatal – óbitos fetais e neonatais precoces com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional – tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis.

A subnotificação de óbitos no País é ainda um problema a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A omissão do registro do óbito em cartório, seja pela dificuldade de acesso ou pela falta de orientação, existência de cemitérios irregulares ou pela falta de conhecimento da população sobre a importância da Declaração de Óbito, compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição das taxas de mortalidade. Da mesma maneira, a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, representada pelo grande contingente de causas mal definidas de óbito – imprecisões na declaração da “causa da morte” – e campos não preenchidos, prejudica a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e, consequentemente, dificulta as ações de intervenção.

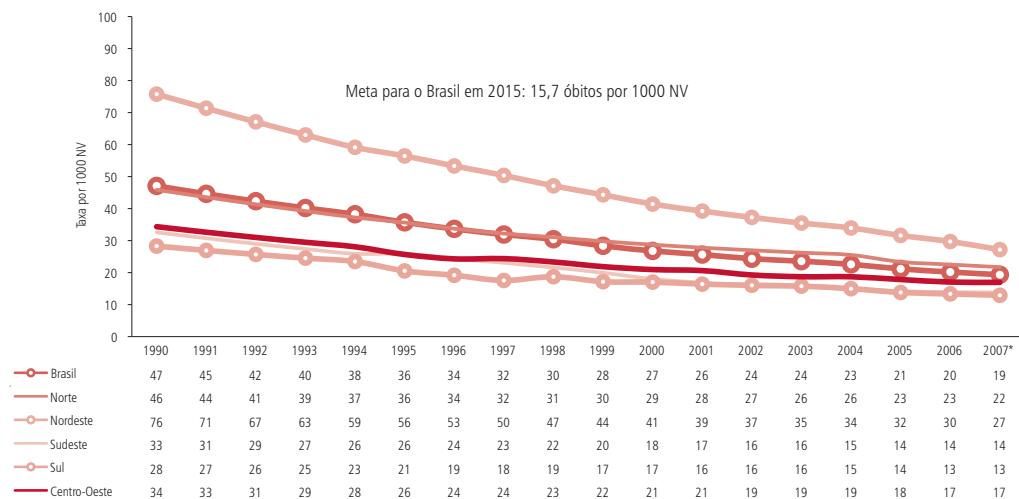
É necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência. A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população de sua área de abrangência e, neste caso, sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que o País diminua as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência infantil.

1.2 Situação Atual da Mortalidade Infantil e Fetal no País

De 1990 a 2007, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil apresentou tendência de queda, passando de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007 (Figura 1), com uma redução média de 59,0%. Diversos fatores têm contribuído para a mudança no perfil de mortalidade infantil, entre os quais se destacam: aumento do acesso ao saneamento básico, queda da taxa de fecundidade, melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (LANSKY et al, 2009; FRIAS et al, 2009).

As diferenças regionais da mortalidade infantil podem ser observadas pelas taxas. A maior queda da TMI nas últimas décadas ocorreu na Região Nordeste, cerca de 5,5% ao ano entre 1990 e 2007. No entanto, as regiões Nordeste e Norte permanecem com os níveis mais elevados de mortalidade infantil no país. A TMI no Nordeste em 2007 (27,2/1000) é 40% maior do que a taxa nacional e 2,1 vezes maior do que a taxa da Região Sul (Figura 1).

Há ainda diferenças substanciais e preocupantes nas taxas de mortalidade infantil entre grupos populacionais: as crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas e, a mortalidade infantil entre as crianças negras e indígenas é, respectivamente, cerca de 40% e 138% maior, quando comparadas com as da população de crianças brancas (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008b).

Figura 1. Taxas de mortalidade infantil, segundo regiões. Brasil, 1990-2007*

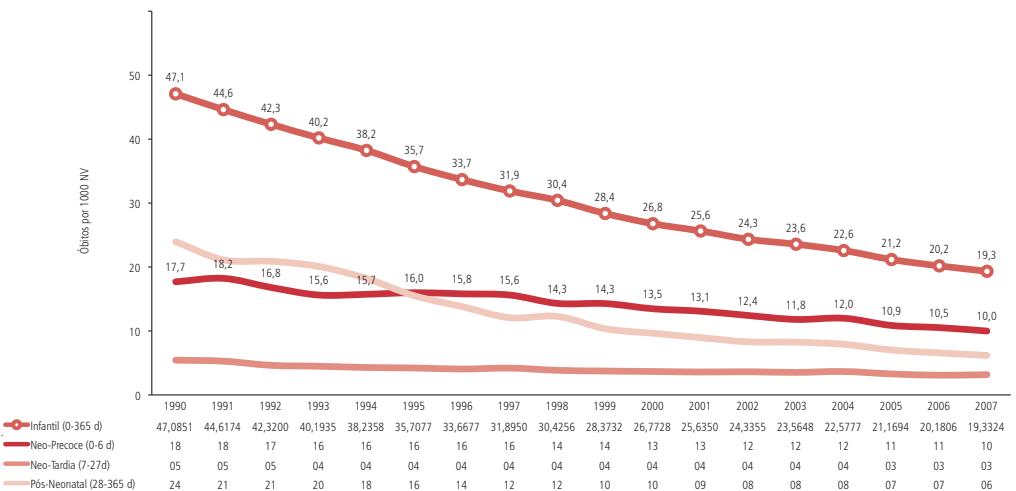
Fonte: Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – CGIAE/DASIS/SVS/MS

* A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi calculada utilizando metodologia RIPSA, que combina dados diretos do SIM/SINASC dos estados com boa qualidade da informação (ES, SP, RJ, PR, SC, RS, MS e DF) com estimativas dos estados com baixa qualidade da informação. A taxa de 2007 é preliminar.

** Meta dos Objetivos do Milênio (United Nations, 2000).

A redução média anual da taxa de mortalidade infantil (TMI) no País foi de 4,8% ao ano, entre 1990 e 2007, tendo o componente pós-neonatal (28 dias a um ano de vida incompleto) apresentado a maior tendência de queda (7,3% ao ano) e o componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) a menor, 3,1% ao ano (Figura 2).

Apesar de apresentar a maior queda, a mortalidade pós-neonatal persiste como um problema, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do País, já que a maioria das mortes é potencialmente Evitável, estando associada à desnutrição e doenças infecciosas, principalmente a diarréia e a pneumonia. Mortes por essas causas devem ser consideradas eventos-sentinela, ou seja, preveníveis pela atuação dos serviços de saúde, dado o conhecimento e os recursos disponíveis na atualidade. Mesmo as regiões com as menores taxas de mortalidade infantil pós-neonatal, em torno de 4,4/1000, como as regiões Sul e Sudeste apresentam taxas que correspondem à TMI total de alguns países como o Japão e Canadá (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008a). A Região Nordeste apresentou uma taxa de mortalidade pós-neonatal de 8,4/1000 NV em 2007, 2 vezes maior do que a das regiões Sul e Sudeste. Tendência recente que vem sendo observada é o aumento da contribuição das afecções perinatais e malformações congênitas como causas de óbitos pós-neonatal, em decorrência do maior investimento e do acesso à assistência para gestantes e recém-nascidos de alto risco, com aumento da sobrevida dessas crianças no período neonatal.

Figura 2. Taxa de mortalidade infantil e seus componentes. Brasil, 1990-2007

Fonte: Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – CGIAE/DASIS/SVS/MS

* A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi calculada utilizando metodologia RIPSA, que com dados diretos do SIM/SINASC dos estados com boa qualidade da informação (ES, SP, RJ, PR, SC, RS, MS e DF) com estimativas dos estados com baixa qualidade da informação. A taxa de 2007 é preliminar.

A mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir do final da década de 80, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil atualmente. A taxa de mortalidade neonatal vem mantendo níveis elevados, 13,2/1000 NV, em 2007 (Tabela 1), quando comparada com a taxa de outros países no ano de 2004, como Argentina (10/1000), Chile (5/1000), Canadá (3/1000), Cuba (4/1000) e França (2/1000) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Houve pouca modificação do componente neonatal precoce nas últimas décadas, que responde por pelo menos 50% das mortes infantis. A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce, do nascimento ao 6º dia de vida, e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades (LANSKY et al, 2009). Esse componente adquire uma importância sem precedentes, pois as ações necessárias para o seu controle são ainda pouco sistematizadas e incipientes no âmbito nacional, demandando uma mobilização e priorização na agenda dos gestores da saúde.

Tabela 1. Taxa de mortalidade infantil e mortalidade proporcional por componentes, segundo regiões. Brasil, 2007

Região	Taxa de mortalidade (por 1000 NV)					Mortalidade proporcional (%)				
	Neonatal			Pós Neonatal	TMI	Neonatal			Pós Neonatal	Total
	Precoce	Tardia	Total			Precoce	Tardia	Total		
Brasil	10,0	3,2	13,2	6,2	19,3	51,7	16,4	68,1	31,9	100
Norte	11,1	3,2	14,3	7,5	21,7	51,1	14,5	65,6	34,3	100
Nordeste	14,9	3,9	18,8	8,4	27,2	54,7	14,4	69,1	30,9	100
Sudeste	6,9	2,6	9,5	4,4	13,8	49,7	18,6	68,3	31,7	100
Sul	6,4	2,2	8,6	4,2	12,9	49,9	17,2	67,1	32,8	100
Centro-Oeste	8,4	3,0	11,4	5,5	16,9	49,4	17,9	67,3	32,7	100

Fonte: Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – CGIAE/DASIS/SVS/MS

* A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi calculada utilizando metodologia RIPSA, que combina dados diretos do SIM/SINASC dos estados com boa qualidade (ES, SP, RJ, PR, SC, RS, MS e DF) com estimativas dos estados com baixa qualidade. A taxa de 2007 é preliminar.

A análise dos grupos de causas de óbitos em menores de um ano entre 1996 e 2007, baseada nos capítulos da CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) aponta que as afecções perinatais se mantêm como a primeira causa. As anomalias congênitas aparecem em segundo lugar desde 1999, e pela primeira vez, em 2007, as doenças do aparelho respiratório passam a representar a terceira causa de morte infantil, no lugar das doenças infecciosas e parasitárias (Quadro 1).

Quadro 1. Principais causas de morte nas crianças menores de um ano. Brasil, 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
1	Afeccões Perinatais											
2	DIP	Anomalias Congênitas	DIP	Anomalias Congênitas								
3	Anomalias Congênitas	DIP	Anomalias Congênitas	DIP	DAR							
4	DAR	DIP										
5	Endócrinas	Causas Externas	Endócrinas									
6	DSNerv	Causas Externas										
7	Causas Externas	DSNerv										
8	DAC											
9	DSeTI	DSeTI	DSeTI	DSeTI	DSeTI	DSeTI	DAD	DAD	DAD	DAD	DAD	DAD
10	DAD	DAD	DAD	DAD	DAD	DAD	DSeTI	DSeTI	DSeTI	DSeTI	DSeTI	DSeTI

DAC: Doenças do Aparelho Circulatório; DAR: Doenças do Aparelho Respiratório; DIP: Doenças do Aparato Digestivo; DAD: Doenças do Aparato Digestivo; DIP: Doenças Infeciosas e Parasitárias; DAD: Doenças do Aparato Digestivo; DSeTI: Doenças do Sistema Nervoso; DSeTI: Doenças do Sistema Nervoso; DSeTI: Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários.

Fonte: Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, Departamento de Análise de Situações de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – CGIAE/DASIS/SVS/MS

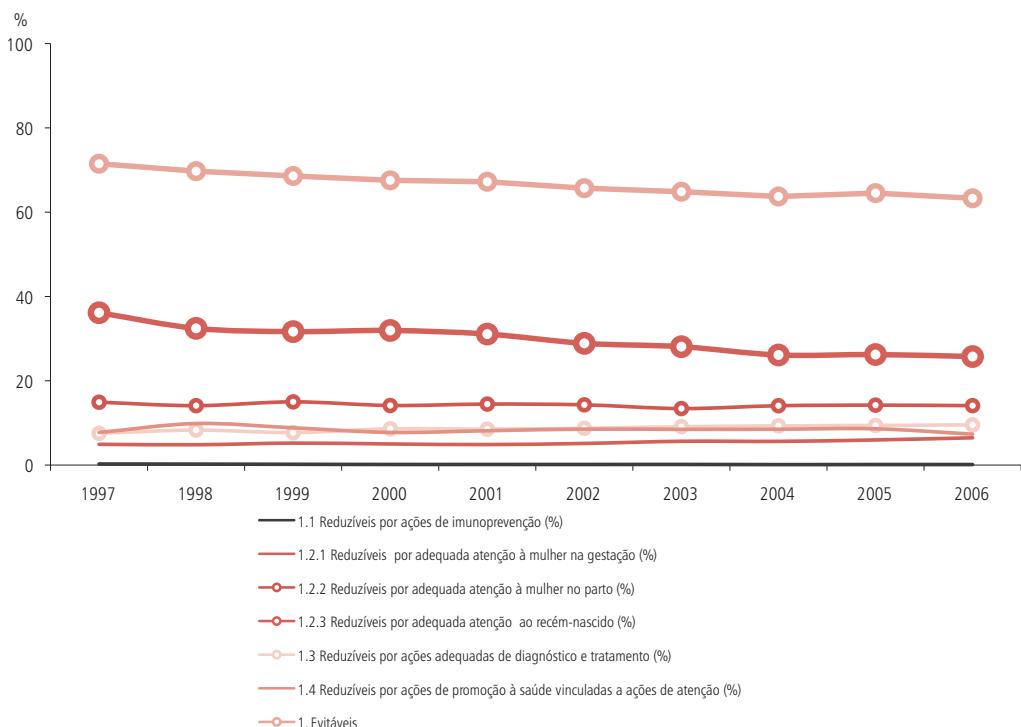
* A taxa de 2007 é preliminar.

A mortalidade neonatal também está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. As afecções perinatais respondem atualmente por cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de serem a primeira causa de morte em menores de cinco anos. Nesse grupo de causas destacam-se a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina) e a enterocolite necrotizante, as infecções específicas do período perinatal e a asfixia como causas preveníveis de óbitos (FRANÇA; LANSKY et al, 2009). A asfixia é uma causa de óbito com grande potencial de prevenção, uma vez que 98% dos partos no Brasil ocorrem em maternidades e 88% são atendidos por médicos (BERQUÓ; GARCIA; LAGO, 2008).

Na análise dos óbitos em menores de um ano, segundo a Lista de Causas de mortes evitáveis por ação do Sistema Único de Saúde (MALTA et al, 2007), observa-se que 62% dos óbitos dos nascidos vivos com peso ao nascer acima de 1500 gramas, eram evitáveis, percentual que vem se mantendo desde 1997.¹ Entre as causas evitáveis, predominaram as reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido, representando 25,8% de todas as causas evitáveis, em função da prematuridade e suas complicações terem sido incluídas neste grupo de causas. Vale ressaltar que a prematuridade e suas complicações foram incluídas nessa classificação no grupo de óbitos *Reduzíveis por Adequada Atenção ao Recém-nascido*. No entanto, a prematuridade evitável está, com muita freqüência, relacionada à qualidade da atenção ao pré-natal. A magnitude das causas relacionadas à assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido demonstram a importância da atenção pré-natal e ao nascimento para a redução da mortalidade infantil no Brasil (Figura 3).

¹ Observar que esta tabulação de causas não leva em consideração o peso ao nascer; para essa discussão *vide item “Análise dos óbitos – análise de evitabilidade dos óbitos e dos problemas identificados”*

Figura 3. Proporção de mortes evitáveis segundo, a Lista de Causas de mortes evitáveis por ação do Sistema Único de Saúde (MALTA et al, 2007), em nascidos vivos com peso ao nascer acima de 1500 gramas. Brasil, 1997-2006

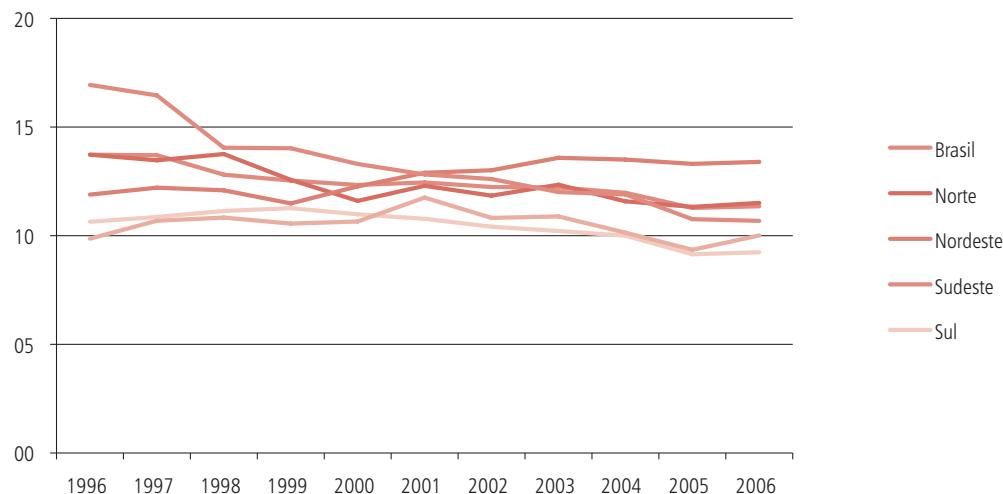


Fonte: SIM-CGIAE/DASIS/SVS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

* O número de óbitos de NV com peso $\geq 1500\text{g}$ foi estimado segundo a proporção das notificações em menores de 1 ano com registro de peso ao nascer na DO.; foi necessário realizar este procedimento devido ao sub-registro e de óbitos nesta faixa etária sem informação do peso ao nascer (51,5% em 1997 e 21,9% em 2006).

Com relação à mortalidade fetal, são poucos os estudos e análises disponíveis na literatura e estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por ações dos serviços de saúde e, ainda, da baixa qualidade da informação. Na Figura 4 são apresentadas as taxas de mortalidade fetal por região do País entre 1996 e 2006. As regiões Nordeste e Norte apresentam as maiores taxas de mortalidade fetal enquanto a Região Sul apresenta a menor, 9,2/1000, em 2006.

Figura 4. Taxa de mortalidade fetal, Brasil e grandes regiões, 1996-2006



Fonte: SIM-CGIAE/DASIS/SVS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

* Cálculo direto utilizando as notificações do SIM e SINASC e do IBGE.

É preciso, portanto, consolidar a organização da atenção perinatal no País, compreendida em sua dimensão ampla, desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e planejamento familiar, à regionalização e hierarquização da assistência e integração entre a assistência ao pré-natal e ao parto. É necessário avançar na qualificação do cuidado, além da ampliação do acesso aos serviços, desde o pré-natal à assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, mantendo-se a continuidade da atenção ao recém-nascido e à puérpera. O pronto reconhecimento de situações de risco, a provisão do cuidado apropriado e resolutivo à gestante no pré-natal e no parto, e à criança – na maternidade, na vigilância e promoção da saúde e na assistência adequada à criança doente – são ações básicas com grande potencial para prover uma resposta mais positiva sobre a sobrevida e qualidade de vida das crianças brasileiras.

2 Conceitos básicos e métodos de cálculo

Os conceitos básicos aqui apresentados têm como referência a publicação da RIPSA (2008) com base nas seguintes fontes:

- Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – para o cálculo direto.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). Projeções de população do Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro, 2005 – para o cálculo indireto.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. São Paulo: EdiUSP, 2008.

2.1 Indicadores de mortalidade infantil e fetal

2.1.1 Taxa de Mortalidade Infantil (Coeficiente de Mortalidade Infantil)

- Conceituação: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Interpretação
 - Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.
 - Reflete de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.
 - Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (componentes da mortalidade infantil).
- Usos
 - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
 - Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
 - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

- Limitações
 - Pode haver necessidade de informações adicionais sobre a composição do indicador, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal).
 - Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida.
 - Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
- Método de cálculo
 - Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

- Indireto: estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método têm sido adotados para os estados que apresentam cobertura do SINASC inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM.

2.1.2 Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce)

- Conceituação: Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Interpretação
 - Estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida.
 - Reflete de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

- Usos
 - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal precoce, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
 - Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
 - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- Limitações
 - Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
 - A mortalidade neonatal precoce ainda pode estar subestimada pela exclusão de óbitos declarados como natimortos, mas ocorridos, na verdade, pouco após o parto. Esse viés é também uma das causas de subenumeração de nascidos vivos.
 - Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
- Método de cálculo
 - Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

- Indireto: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do SINASC inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM.

2.1.3 Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia)

- Conceituação: Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Interpretação
 - Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida.
 - Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- Usos
 - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal tardia, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
 - Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
 - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- Limitações
 - Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
 - Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
- Método de cálculo
 - Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

- Indireto: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos informados no SIM. Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do SINASC inferior a 90% ou que não atingem o

valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM.

2.1.4 Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (Taxa de Mortalidade Infantil Tardia, Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal)

- Conceituação: Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Interpretação
 - Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida.
 - De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.
 - Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado.
- Usos
 - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade pós-neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
 - Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
 - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas – sobretudo na área ambiental – e de ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.
- Limitações
 - Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
 - Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

- Método de cálculo
 - Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

- Indireto: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos informados no SIM (em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do SINASC inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM.

2.1.5 Taxa de Mortalidade Perinatal (Coeficiente de Mortalidade Perinatal)

- Conceituação
 - Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
 - O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais. Para efeito de comparação internacional a OMS / CID-10 utiliza a taxa de mortalidade fetal tardia, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação.
- Interpretação
 - Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana.
 - De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- Usos
 - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade perinatal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
 - Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Tem grande aplicação nas áreas de ginecologia e obstetrícia, por agrupar os óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto.

- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.
- Limitações
 - Exige aplicação precisa da definição de período perinatal, que é prejudicada pela frequente omissão do tempo de gestação na Declaração de Óbito. Imprecisões são também devidas ao uso do conceito anterior à CID-10, que considerava 28 semanas de gestação como limite inferior do período perinatal.
 - Requer correção da subenumeração de óbitos fetais e neonatais precoces, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A subenumeração dos óbitos fetais tende a ser maior e é difícil de ser estimada. Requer correção, embora em menor escala da subenumeração de nascidos vivos informados em sistemas de registro contínuo. Impõe-se, nesses casos, o uso de estimativas indiretas que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida, mas que envolvem dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, sobretudo em pequenas populações.
- Método de cálculo

$\frac{\text{Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)* e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes}}{\text{Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1000$

- * Considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação, recomenda-se somar, tanto ao numerador como ao denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida.
Recomenda-se o cálculo deste indicador apenas para as unidades da Federação nas quais a taxa de mortalidade infantil é calculada pelo método direto.

2.1.6 Taxa de Mortalidade Fetal (Coeficiente de Mortalidade Fetal)

- Conceituação
 - Número de óbitos fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para efeito de

comparação internacional a OMS / CID-10 utiliza a taxa de mortalidade fetal tardia, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação.

- Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais.
- Interpretação
 - Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida.
 - De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto.
- Usos
 - Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade fetal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
 - Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação e ao parto. Tem grande aplicação nas áreas de ginecologia e obstetrícia, por agrupar os óbitos ocorridos antes e durante o parto.
 - Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
 - Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.
- Limitações
 - Exige aplicação precisa da definição de óbito fetal, que é prejudicada pela frequente omissão do tempo de gestação na Declaração de Óbito. Imprecisões são também devidas ao uso do conceito anterior a CID-10, que considerava 28 semanas de gestação como limite inferior do óbito fetal.
 - Requer correção da subenumeração de óbitos fetais, difícil de ser estimada, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Requer correção, embora em menor escala da subenumeração de nascidos vivos informados em sistemas de registro contínuo. Impõe-se, nesses casos, o uso de estimativas indiretas que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida, mas que envolvem dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, sobretudo em pequenas populações.

- Método de cálculo

$\frac{\text{Número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)*, de mães residentes}}{\text{Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1.000$
--

* Considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação, recomenda-se somar, tanto ao numerador como ao denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida.

Recomenda-se o cálculo deste indicador apenas para as Unidades da Federação nas quais a taxa de mortalidade infantil é calculada pelo método direto.

2.2 Outros Conceitos Importantes – Glossário

- Abortamento: é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido.
- Aborto: é o produto da concepção expulso no abortamento.
- Declaração de Nascido Vivo: documento padrão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de nascimentos vivos, atender princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde.
- Declaração de Óbito: documento padrão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, que tem por finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender aos princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde.
- Idade gestacional calculada: em geral avaliada pelo obstetra, considerando-se o tempo entre o primeiro dia do último período menstrual normal e o parto.
- Idade gestacional estimada: idade gestacional baseada no exame físico do recém-nascido.
- Morte hospitalar: morte que ocorre a qualquer momento em unidade hospitalar, independente do tempo transcorrido entre a chegada do paciente e a sua morte. A morte que ocorre com menos de 4 horas após chegada no hospital aponta a situação de gravidade da criança e deve ser considerada na análise de evitabilidade. É ainda frequente constar como morte hospitalar na Declaração de Óbito os casos em que a criança já chegou morta no hospital, o que também merece análise sobre as circunstâncias do óbito e do acesso aos serviços de saúde.
- Morte em outro serviço de saúde: ocorre em qualquer estabelecimento de saúde, exceto hospital (UBS, ambulatório, consultório, serviço de urgência, serviço de referência/especialidade, etc.).

- Morte no trajeto para o hospital ou serviço de saúde: ocorre em qualquer tipo de veículo/transporte ou não, no trajeto para o serviço de saúde.
- Morte em via pública: ocorre em local público, no trajeto ou não para o serviço de saúde.
- Morte domiciliar: morte que ocorre dentro do domicílio.
- Nascido vivo: é o produto de concepção expulso ou extraído do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, que, depois da separação respire ou apresente qualquer sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.
- Natimorto ou óbito fetal: é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.
- Partograma: representação gráfica da curva de dilatação cervical durante o trabalho de parto, para avaliação e acompanhamento do trabalho de parto; recomendado pela OMS e considerado importante instrumento para indicação das intervenções oportunas nas complicações no nascimento. (OMS, 1994; MS, 2001).
- Recém-nascido de baixo peso (RNBP): RN com peso ao nascer menor que 2.500 gramas.
- Recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP): RN com peso ao nascer menor que 1.500 gramas.
- Recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP): RN com peso ao nascer menor que 1.000 gramas.
- Recém-nascido pré-termo: RN com idade gestacional entre 37 e 41 semanas.
- Recém-nascido pré-termo: RN com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação, ou seja, até 36 semanas e seis dias.
- Recém-nascido pré-termo extremo: RN com idade gestacional menor que 32 semanas de gestação, ou seja, entre 22 e 31 semanas e seis dias.
- Recém-nascido pré-termo tardio: RN com idade gestacional entre 32 e 36 semanas de gestação.
- Recém-nascido pós-termo: RN com idade gestacional maior ou igual que 42 semanas.
- RN AIG (recém-nascido adequado para a idade gestacional): RN com peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino.
- RN PIG (recém-nascido pequeno para a idade gestacional): RN com peso ao nascer abaixo de percentil 10 para a curva de crescimento intra-uterino.
- RN GIG (recém-nascido grande para a idade gestacional): RN com peso acima do percentil 90 para a curva de crescimento intra-uterino.

- Reanimação do recém-nascido: considera-se reanimação quando foram realizados procedimentos de ventilação/uso de oxigênio com pressão positiva e/ou massagem cardíaca e/ou uso de drogas vasoativas.
- Sofrimento fetal/asfixia ao nascer: Índice de Apgar menor que 7 no primeiro e minuto de vida.
- Sofrimento fetal/asfixia moderada: Índice de Apgar entre 6 e 4 no primeiro e minuto de vida.
- Sofrimento fetal/asfixia grave: Índice de Apgar menor que 4 no primeiro e minuto de vida.

3 Vigilância epidemiológica do óbito infantil e fetal

A Vigilância Epidemiológica é parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde no seu Art. 6º, Parágrafo 2º, que diz:

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990).

A Portaria GM nº 1.172 (BRASIL, 2004b), de 15 de junho de 2004, preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios”. Portanto, as secretarias de saúde devem identificar profissionais responsáveis pela vigilância de óbitos de referência do município e do estado.

Salienta-se que os responsáveis pela vigilância de óbitos, identificados pelo gestor, tem um conceito amplo e flexível, adequado ao contexto local. A equipe do município deve envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da Equipe de Saúde da Família e da Atenção Básica, principalmente na realização da entrevista domiciliar e levantamento dos dados de prontuários ambulatoriais referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde da criança e adolescente. De acordo com a historicidade e a realidade local, a equipe pode ser constituída pelo próprio Comitê Municipal.

Recomenda-se igualmente a participação de profissionais de saúde como os técnicos do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), do Comitê de Óbitos Hospitalar e/ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), dentre outros, na investigação hospitalar. A responsabilidade da investigação hospitalar pela equipe da instituição está prevista na legislação brasileira, reforçada pela RDC 36 da ANVISA de 3 de junho de 2008 – item 4.1.6.1 (ANVISA, 2008). Os responsáveis pela vigilância de óbitos do município, devem estar articulados com os Comitês Regionais ou Estaduais.

Ressalta-se a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária), bem como dos Comitês e NHE, uma vez que os objetivos principais do trabalho não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde.

3.1 Operacionalização da Investigação

A investigação do óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas com a família. As secretarias municipais de saúde devem instituir a vigilância do óbito, envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Preferencialmente, a equipe da atenção básica da área de abrangência do local de residência da família é a responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, como parte integrante da sua atuação. Recomenda-se que seja elaborada uma *Carta de Apresentação aos Serviços de Saúde* dos profissionais que realizam a investigação dos óbitos nos serviços de saúde (Anexo A). Caso algum membro do Comitê seja indicado para realizar reuniões ou atividades educativas junto aos profissionais, deve apresentar a *Credencial para Membro do Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal*, cujo modelo pode ser encontrado no Anexo B.

Nos estabelecimentos de saúde, o NHE, Comitê Hospitalar ou outra estrutura designada pelo gestor local, deverá realizar busca ativa diária dos óbitos infantis e fetais ocorridos ou atestados em suas dependências, notificar o óbito ao serviço de vigilância epidemiológica municipal e disponibilizar o acesso aos prontuários para a equipe de vigilância de óbitos. A coleta de dados no prontuário hospitalar e/ou do pronto atendimento hospitalar pode ser feita por técnicos do NHE ou da CCIH que participam da equipe de vigilância de óbitos e/ou do Comitê Hospitalar, mas preferencialmente por profissionais não envolvidos diretamente na assistência ao óbito.

A vigilância do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos no município de residência da mãe, que para tanto, deve reunir o material coletado no domicílio e nos serviços de saúde.

Se o óbito for de residente em outro município, cabe ao NHE ou Comitê Hospitalar realizar a investigação hospitalar e encaminhar cópia da ficha para o setor de referência da secretaria municipal de saúde, que a encaminha ao município de residência do caso por intermédio da secretaria de estado de saúde.

A análise e a conclusão dos óbitos investigados devem ser discutidas em todos os níveis da atenção e com a participação dos atores envolvidos no processo da assistência. Dessa maneira, a vigilância dos óbitos pode ser efetivamente incorporada pelos profissionais para que possam avaliar os possíveis problemas ocorridos e contribuir para a construção de um olhar crítico e avaliativo com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde a fim de prevenir novas ocorrências.

3.2 Identificação dos óbitos: fontes de identificação/captação do óbito infantil e fetal

A Declaração de Óbito – DO (Anexo C) é o instrumento que notifica o óbito e desencadeia o processo de investigação. Considerando-se as diferentes realidades do País ainda é um desafio erradicar a subnotificação dos óbitos infantis em algumas áreas, sendo

necessário levar em conta as diversas possibilidades de captação dos óbitos, para ampliar a cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Deve-se verificar nas regionais, municípios ou distritos de saúde, de acordo com a realidade local, se o fluxo das DO está organizado e se é ágil. É necessário formalizar esse fluxo e adotar medidas que assegurem a chegada das DO nas secretarias municipais, o mais breve possível. É comum a família mudar de domicílio e, portanto, a agilidade no fluxo da DO é importante para viabilizar a visita domiciliar, que traz esclarecimentos fundamentais sobre as circunstâncias de ocorrência do óbito.

É importante a integração entre os diversos sistemas de informação em saúde, de modo que a captação do óbito por um deles seja reconhecida e incorporada aos demais sistemas de informações disponíveis. Como exemplo, a identificação de um óbito pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) ou pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH) permite a recuperação desta informação para alimentação do SIM.

Outras fontes devem ser consideradas para a identificação do óbito, principalmente onde há elevada subnotificação, como:

- Busca ativa da DO pelos responsáveis pela vigilância de óbitos da Secretaria Municipal de Saúde/Regional nos diferentes locais: hospital, Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Instituto Médico Legal (IML), cartório, serviço funerário e cemitérios oficiais e irregulares.
- Busca ativa do óbito pelo Agente Comunitário de Saúde, e outros membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) em sua área de abrangência.
- Notificação do hospital.
- Fontes alternativas como líderes religiosos, líderes comunitários, curandeiros, parteiras entre outros informantes-chave.

3.3 Critérios para Investigação do Óbito Infantil e Fetal

Considerando-se as prioridades para a redução da mortalidade infantil e perinatal e os óbitos com maior potencial de prevenção, recomenda-se a adoção de critérios mínimos de referência para investigação, de modo a permitir o dimensionamento dos óbitos investigados no âmbito estadual e municipal, respeitando-se a realidade e as iniciativas locais de implantação da vigilância de óbitos.

São critérios mínimos sugeridos para investigação dos óbitos de residentes no município ou Regional:

- Pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida).
- Neonatais (0 a 27 dias de vida)
- Fetais (natimortos)
- Óbitos ocorridos em domicílio.

Considerando-se o critério de investigação dos óbitos com maior potencial de prevenção, podem ser excluídos os óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal.

Recomenda-se priorizar os óbitos fetais ou de crianças que, por terem peso ao nascer adequado (maior ou igual que 2.500 gramas) e/ou compatível com a vida (maior ou igual que 1.500 gramas), alertam para a possibilidade de um óbito potencialmente evitável, ou seja, são considerados eventos sentinelas. Os municípios com maior capacidade de operacionalização podem estender esses critérios, assumindo, por exemplo, a investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos, como já acontece em alguns municípios do País.

Se o peso de nascimento da criança não está disponível na DO, pode ser necessário o levantamento de dados da Declaração de Nascidos Vivos – DNV (para crianças nascidas vivas) ou do prontuário hospitalar, para seleção do caso para investigação segundo o critério de inclusão.

3.4 Levantamento de dados

Com o objetivo de obter informações detalhadas sobre a ocorrência do óbito infantil e fetal, deve ser realizado o levantamento de dados do atendimento à gestante e à criança, de forma a reconstruir a história de vida e de morte da criança, para melhor compreensão dos problemas ocorridos e a possibilidade de prevenção de novos casos. Os dados coletados com a família, por meio da entrevista domiciliar, são de fundamental importância, contribuindo com informações habitualmente não registradas nos prontuários, como, por exemplo, dificuldades da família em perceber situações de risco à saúde e dificuldades de acesso aos serviços e ao tratamento indicado.

A vigilância do óbito compreende as seguintes etapas:

- Identificação do óbito.
- Aplicação dos critérios de inclusão / exclusão.
- Entrevista domiciliar.
- Levantamento de dados dos serviços de saúde.
 - prontuários de unidades básicas de saúde (UBS), dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades.
 - prontuários hospitalares.
 - laudos de necropsia/anatomopatológico.
- Resumo, discussão e conclusão sobre o caso.
- Análise de evitabilidade.
- Identificação dos problemas relacionados aos óbitos.
- Identificação das medidas de prevenção/intervenção necessárias.

A investigação pode ser iniciada pela entrevista domiciliar ou levantamento de dados nos serviços de saúde, conforme os fluxos e a realidade local.

3.5 Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal

As Fichas para Investigação do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde representam o produto do trabalho de várias experiências de Comitês no País. A sua utilização

é importante para padronizar o processo de vigilância ao óbito infantil e fetal. Contém campos referentes à identificação do caso investigado, informações fornecidas pelos familiares (entrevista domiciliar), dados da assistência pré-natal, parto e nascimento, dados sobre o acompanhamento da criança nas UBS, centros especializados, serviços de urgência e hospitalares. A análise de evitabilidade do óbito, a identificação de problemas e as intervenções necessárias são registradas na *Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações* (IF5). As orientações para aplicação desses instrumentos estão no Anexo D.

Nos óbitos infantis em que não se esclarece as causas de morte, deve ser aplicado o método da Autópsia Verbal (AV) como complementar da entrevista domiciliar. Tem por objetivo obter informações para elucidar causas de morte. Trata-se de um questionário, sistematizado como uma anamnese, para a coleta de informações sobre as circunstâncias, sinais e sintomas, aplicado aos familiares e/ou cuidadores da criança falecida que conviveram com ela durante a doença ou evento que a levou à morte. Sua análise permite ao médico identificar a sequência de eventos que levou ao óbito. Esse instrumento é utilizado para obter informações sobre óbitos nas áreas com elevada subnotificação e baixa cobertura da informação sobre as causas da morte com o objetivo de conhecer a situação da mortalidade nessas áreas. Para obter mais informações sobre o método da AV, recomenda-se a leitura do *Manual para investigação do óbito com causa mal definida*. O método da autópsia verbal deve ser complementar à investigação domiciliar e desenvolvido apenas nas situações em que a causa básica do óbito não esteja definida apesar da investigação nos serviços de saúde.

3.6 Análise dos óbitos: análise de evitabilidade do óbito e análise dos problemas identificados

Após o término da investigação, a equipe de vigilância de óbitos deve promover discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência da criança (atenção básica, atenção especializada, urgência, sistema de transporte, atenção hospitalar) para análise ampla e detalhada de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito. O propósito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro. Por isso, a importância das discussões no sentido de promover a correção imediata de problemas que influenciaram o óbito e sensibilizar as pessoas diretamente envolvidas na assistência e no preenchimento dos registros de atendimento e da DO.

A análise da condição social da família e das dificuldades para reconhecimento de riscos para a saúde ou outros problemas relacionados deve compor a avaliação abrangente da situação do óbito. A precisão dos dados da DO e DNV deve ser também foco de avaliação, orientando a necessidade de sua correção no SIM e SINASC.

Os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deve analisar cada óbito utilizando o enfoque de evitabilidade, avaliando criticamente e promovendo uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito pela ação dos serviços de saúde e/ou outras ações.

Sugere-se que sejam tomados como referência os possíveis problemas ocorridos nos diversos momentos da assistência de saúde, de modo que a análise propicie a avaliação de evitabilidade do óbito por ação oportuna e resolutiva do setor saúde – incorporando o conceito de evento-sentinela da atenção de saúde (RUTSTEIN, 1976).

3.7 Análise dos problemas relacionados aos óbitos infantis fetais

Quadro 2. Quadro de possíveis problemas identificados no momento da assistência

Problemas no planejamento familiar	
acesso à informação, atendimento, exames, métodos contraceptivos	acolhimento, utilização de protocolos
Problemas na assistência pré-natal	
acesso à informação, atendimento, exames, medicamentos, pré-natal de alto risco	utilização de protocolos, identificação de gravidez de risco, referência e contrarreferências
Problemas na assistência ao parto	
acesso à assistência, referenciamento desde o pré-natal, acolhimento, atendimento oportuno, leitos de alto risco, transporte	uso de partograma, utilização de protocolos adequados, referenciamento para alto risco, presença de acompanhante
Problemas na assistência ao recém-nascido na maternidade	
acesso à assistência, leito de cuidados intermediário, UTI neonatal	exames, medicamentos, utilização de protocolos na sala de parto, unidade neonatal, transporte adequado
Problemas na assistência à criança no Centro de Saúde / UBS	
acesso à assistência, acolhimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, atendimento em situações agudas, exames, medicamentos	utilização de protocolos, identificação de risco, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado
Problemas na assistência à criança na urgência	
acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	utilização de protocolos, referência e contrarreferência
Problemas na assistência à criança no hospital	
acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	utilização de protocolos, avaliação de risco, referência e contrarreferência
Causas externas	
identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao IML	
Dificuldades sócio-familiares:	
para reconhecimento de risco, para seguir as orientações fornecidas, recusa de tratamento proposto, situação de risco, entre outras	
Problemas na organização do sistema ou serviço de saúde	
cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, pré-natal de alto risco, leitos para gestante e recém-nascido de alto risco, central de regulação, central de internação ou de leitos, leitos de UTI neonatal, transporte inter-hospitalar, medicamentos, propedêutica, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde ao recém-nascido de risco e à criança, banco de leite, recursos humanos, equipes incompletas, entre outros.	

3.8 Análise de evitabilidade dos óbitos infantis e fetais

Algumas classificações de evitabilidade têm sido utilizadas para análise dos óbitos infantis e fetais de acordo com a possibilidade de sua prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis. O objetivo é esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores que contribuem para a mortalidade infantil e fetal e avaliar a efetividade dos serviços.

Apresentam-se a seguir, as classificações recomendadas para a análise de evitabilidade do óbito infantil e fetal.

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

A classificação da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 1991; ORTIZ, 2000) (Anexo E) tem sido utilizada para o óbito infantil no Brasil e propõe oito grupamentos de causas que se baseiam na causa básica do óbito infantil, de acordo com a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), com a seguinte organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade:

- Grupo 1 – Redutíveis por imunoprevenção
- Grupo 2 – Redutíveis por adequado controle na gravidez
- Grupo 3 – Redutíveis por adequada atenção ao parto
- Grupo 4 – Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces
- Grupo 5 – Redutíveis através de parcerias com outros setores
- Grupo 6 – Não evitáveis
- Grupo 7 – Mal definidas
- Grupo 8 – Não classificadas / outras

3.8.2 Lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS

Em 2007 foi proposta uma Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil (MALTA et al, 2007), que também organiza os óbitos utilizando como referência grupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças, com a seguinte organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade (a listagem completa com códigos da CID está no Anexo F).

1. Causas evitáveis
 - 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção
 - 1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido
 - 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação
 - 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto

- 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido
- 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento
- 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde
2. Causas mal-definidas
3. Demais causas (não claramente evitáveis)

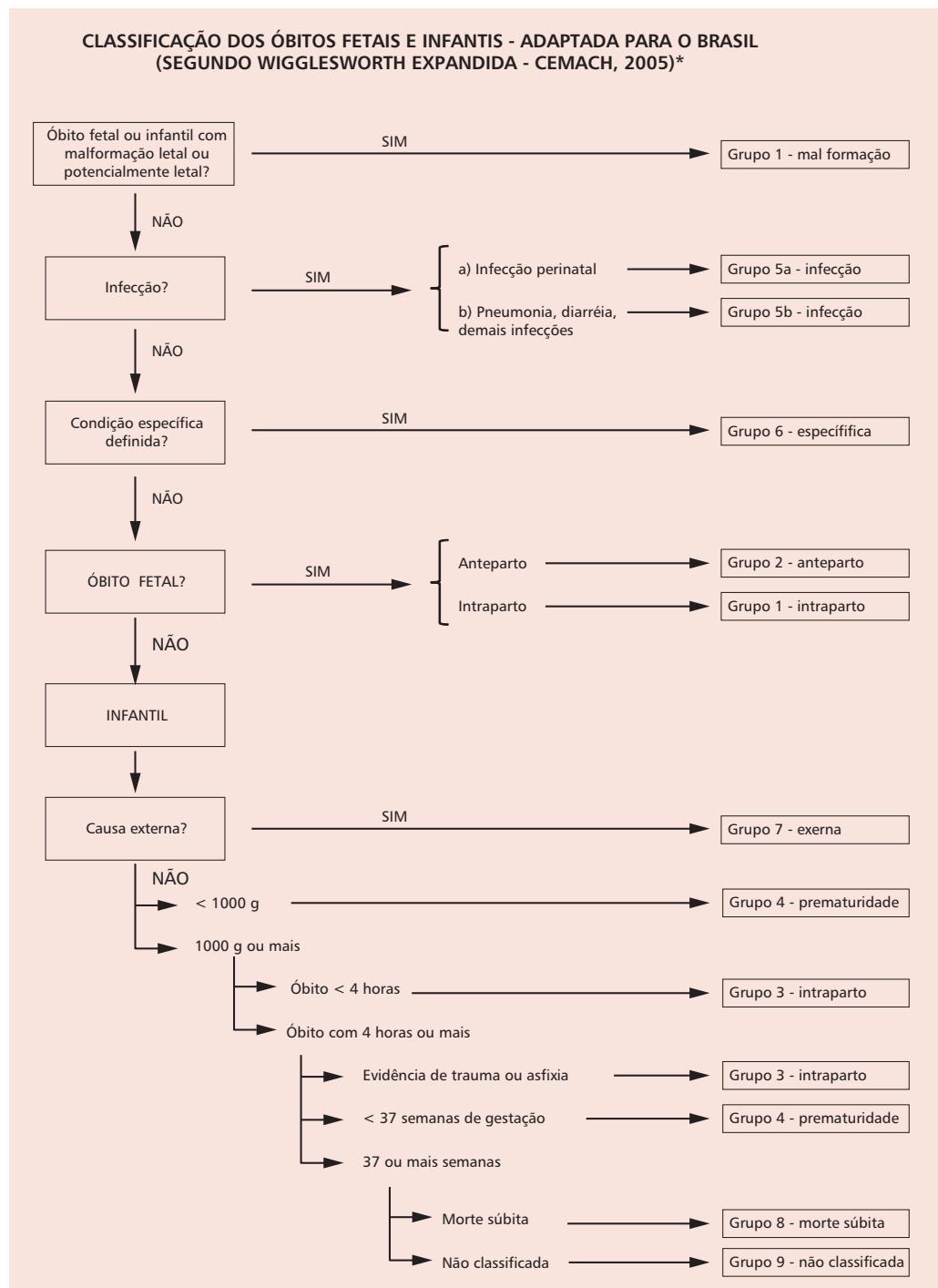
3.8.3 Classificação de Wigglesworth Expandida

A classificação de Wigglesworth (WIGGLESWORTH; KEELING et al; CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH, 2005) é utilizada em diversos países do mundo e em alguns municípios brasileiros para análise do óbito perinatal (fetais e neonatais precoces). Essa classificação foi revista e proposta como Classificação de Wigglesworth Expandida (CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH, 2005). Essa classificação propõe nove grupos de causas de óbitos e aponta os principais grupos de causas de óbito fetal e infantil, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde. Os grupos de causas são excludentes, ou seja, cada caso deve ser categorizado em apenas um grupo de causas. Para a classificação dos casos, utilizam-se informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise de prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços. Na adequação dessa classificação para o Brasil, foram propostas algumas modificações, como por exemplo, a subdivisão do Grupo Infecções em a) infecção perinatal/materna e b) pneumonia, diarréia, outras infecções.

Quadro 3. Classificação dos óbitos fetais e infantis – adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005)*

- **Grupo 1. Malformação congênita (grave ou letal / potencialmente letal):** apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidades bioquímicas graves ou severas como a doença de Tay Sach's e qualquer defeito genético reconhecido como de alto risco para o óbito devem ser incluídos.
- **Grupo 2 – Morte fetal anteparto:** mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indício/ relato / evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. A morte de uma criança nascida viva decorrente de problemas durante o período anteparto deve ser considerada na categoria "outras causas específicas" (categoria 6).
- **Grupo 3 – Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma'):** Óbitos fetais ou infantis; Esta categoria reúne bebês que sobreviveriam se não tivessem ocorrido complicações/problemas durante o trabalho de parto e parto. Esses bebês geralmente são bem formados, natimortos e/ou receberam baixo escore de Apgar, sofreram aspiração meconial ou tiveram evidências de acidose ao nascimento. Bebês muito prematuros (menor que 1000 gramas) podem sofrer asfixia durante o nascimento, mas não devem ser registrados neste grupo de causas – devem ser classificados no grupo Imaturidade/ prematuridade, ou outro específico como o grupo 5 (Infecção).
- **Grupo 4 – Imaturidade/ prematuridade:** Aplica-se apenas a bebês nascidos vivos que morrem devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intra-ventricular ou outras consequências tardias da prematuridade – incluindo dano pulmonar crônico. Incluir todo neonato com peso ao nascer menor que 1000 gramas.
- **Grupo 5 – Infecção:** Aplica-se aos óbitos fetais e infantis em que há evidência clara de infecção microbiológica que pode ter causado a morte, p.ex., infecção materna por estreptococo do grupo B, rubéola, parvovírus, sífilis, etc, morte por septicemia, outras infecções, incluindo as pneumonias e diarréias. Podem ser enquadrados em duas subcategorias:
 - 5a- Infecções perinatais/materna
 - 5b- Pneumonias, diarréias, outras infecções
- **Grupo 6 – Outras causas específicas de morte:** Em caso de condição fetal, neonatal ou pediátrica específica reconhecida, não contemplada nos grupos anteriores de causas. Exemplos:
 - Condições fetais: transfusão feto-fetal e hidropsia fetal
 - Condições neonatais: hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido a perda prolongada de líquido (hipoplasia pulmonar primária deve ser classificada como malformação), persistência de circulação fetal (na ausência de infecção, aspiração ou deficiência de surfactante), perda sanguínea não associada a trauma (p. ex., vasa praevia);
 - Condições pediátricas: bronquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como volvo sem antecedente de má-rotação congênita).
- **Grupo 7 – Causa externa:** Morte provocada por acidente ou violência confirmada deve ser codificada neste grupo.
- **Grupo 8 – Morte súbita, causa desconhecida:** Inclui mortes de causa desconhecida de bebês nascidos vivos. Pode ser modificada após exame postmortem.
- **Grupo 9 – Não classificada:** Deve ser usada como último recurso (óbito infantil) e maior detalhamento deve ser fornecido se esta opção é registrada.

* Tradução e adaptação: Lansky S.

Figura 5. Fluxograma para classificação dos óbitos investigados

* Modificado por Lansky, S.

Ressalte-se que toda análise de evitabilidade do óbito infantil e fetal deve levar em conta o peso ao nascer, dado que este é o fator isolado de maior importância para a sobrevivência infantil. Isto significa dizer que o óbito de uma criança com baixo peso ao nascer (menor que 2500g) deve ser considerado de maneira diferenciada em relação a uma criança com peso ao nascer acima de 2500g. Esse diferencial é ainda mais importante para crianças com peso ao nascer menor que 1000g, quando a viabilidade fetal é bastante restrita. Recomenda-se, portanto, que a análise e a classificação de evitabilidade do óbito infantil e fetal sejam realizadas com a avaliação do peso ao nascer, tanto por meio de números absolutos (em situações com pequeno número de óbitos) quanto pelo cálculo da proporção e taxas de mortalidade. A análise dos óbitos pode ser feita com a seguinte estratificação por faixas de peso ao nascer: 500-999g; 1000 a 1499g; 1500 a 1999g; 2000 a 2499g; 2500 a 2999g; 3000 gramas ou mais.

A produção dos dados e a sistematização da informação devem ser realizadas de forma cotidiana e institucionalizada pelas áreas técnicas das secretarias de saúde e gestores dos serviços de saúde (da atenção básica, urgências e hospitais). Os responsáveis pela vigilância deve monitorar e acompanhar sistematicamente os indicadores da assistência obstétrica, neonatal e de saúde da criança, tanto do processo assistencial quanto de resultados da atenção.

3.9 Divulgação da investigação dos óbitos e propostas de intervenção

As recomendações para redução das mortes infantis e fetais devem ser encaminhadas aos gestores de saúde em todos os níveis, como parte do trabalho da vigilância de óbitos. Devem ser apontadas as medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e as medidas de intervenção para a reorganização da assistência.

Deve ser promovida a interlocução permanente da equipe de vigilância de óbitos e dos Comitês com os gestores da saúde, para participação na elaboração dos Planos de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal e interferência de forma efetiva nas políticas públicas dirigidas às necessidades da população.

Igualmente importante é a divulgação dos resultados e a integração com as demais políticas públicas sociais e de educação para uma atuação intersetorial com vistas à promoção das condições de vida da população e interferência sobre os determinantes sociais da mortalidade infantil.

Recomenda-se a elaboração de relatórios periódicos contendo as estratégias de prevenção formuladas para a redução da mortalidade infantil e fetal na localidade. Relatórios semestrais ou anuais, conforme acordo local, devem ser encaminhados ao Comitê Estadual.

A maneira de organização dos relatórios pode ficar a cargo de cada equipe. Alguns indicadores são sugeridos como referência:

- Número total de nascidos vivos e de óbitos do município.

- Taxa de mortalidade infantil por componente (neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal) e taxa de mortalidade fetal do município. Em municípios menores de 80 mil habitantes é mais adequado apresentar os números absolutos em vez de taxas.
- Percentual de óbitos investigados, segundo critérios adotados.
- Proporção de óbitos por componente / período de ocorrência: fetais, neonatais (precoce e tardios) e pós-neonatais.
- Proporção de óbitos segundo peso ao nascer.
- Proporção de óbitos segundo idade gestacional.
- Proporção de óbitos de crianças com asfixia ao nascer (Índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida).
- Proporção de óbitos e taxa de mortalidade, segundo instituição de ocorrência.
- Proporção de óbitos por grupos de causa (CID, 10ª revisão).
- Proporção de óbitos considerados evitáveis.
- Proporção de óbitos segundo problemas conforme listado anteriormente e disponível na Ficha Síntese
- Proporção de óbitos segundo grupos / classificação de evitabilidade: considerar os diversos momentos da assistência conforme listados anteriormente, as dificuldades sócio-familiares e os problemas institucionais ou do sistema de saúde. Um caso pode ser enquadrado em mais de um desses itens.
- Principais fatores intervenientes para os óbitos considerados evitáveis, de acordo com os problemas identificados.
- Recomendações/propostas e ações de saúde ou medidas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal potencialmente evitáveis.
- Número de reuniões realizadas pelo Comitê.

Outros indicadores podem ser construídos, como a condição socioeconômica das famílias utilizando-se, por exemplo, o grau de escolaridade da mãe, características da mãe (idade, paridade), da assistência pré-natal, ao parto, ao RN, entre vários outros fatores disponíveis nos instrumentos de coleta de dados.

Os resultados obtidos podem ser divulgados para entidades científicas e de profissionais (Sociedade Brasileira de Pediatria, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem, outras), bem como escolas médicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, Conselhos de Saúde e de Direitos da Criança, sociedade civil, de maneira a promover a mobilização de todos os atores a fim de subsidiar ações de redução da mortalidade infantil e fetal. Devem ser considerados os canais de divulgação, publicações médicas e de saúde (sítios das secretarias de saúde e do Ministério da Saúde na internet, revista, boletins, outros), publicações oficiais do Sistema de Saúde, por exemplo, os boletins informativos da vigilância epidemiológica e outros meios de comunicação.

3.10 Correção dos dados vitais

Após a conclusão da investigação, o Serviço de Epidemiologia deve inserir e/ou corrigir os dados no SIM e/ou no SINASC com base na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5). Esse procedimento é importante para qualificar as informações sobre os óbitos já disponíveis nos sistemas, como a causa básica, o endereço de residência, o peso ao nascer, entre outras.

No caso de identificação de um óbito não notificado deve-se preencher a DO Epidemiológica (sem as causas de morte) e inserir os dados no SIM, com o cuidado de não causar duplicidade de registro, conforme orientação recente do MS.

4 Notificação do óbito infantil e fetal

A notificação do óbito se faz pelo preenchimento e encaminhamento da Declaração de Óbito gerada na fonte notificadora para a secretaria municipal de saúde. Vários documentos foram produzidos pelo Ministério da Saúde regularizando o preenchimento e os fluxos das DO.

4.1 Declaração de Óbito (DO)

É o documento padrão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde. A legislação vigente sobre eventos vitais (como o nascimento e o óbito) determina que:

nenhum enterramento será feito sem certidão do oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. (BRASIL, 1973).

A Declaração de Óbito (DO) deve, portanto, ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimento de saúde, domicílios ou outros locais.

O médico é o responsável por todas as informações contidas na DO, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1779/2005 Artigo 1º (2005):

O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte". Portanto, o médico não deve assinar uma DO em branco ou deixá-la previamente assinada e ainda deve verificar se todos os itens de identificação estão corretamente preenchidos. O Código de Ética Médica também faz referência ao assunto no do Artigo 115º do "é vedado ao médico deixar de atestar óbito do paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver suspeita de morte violenta.

e no Artigo 114º que "é vedado ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista ou médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médica legal". Nos municípios em que haja apenas um médico, ele é o responsável pela emissão da DO.

Nos casos de morte natural (óbito em que a causa básica é uma doença ou estado mórbido) ocorrida sem assistência médica, a DO deve ser emitida pelo médico do Ser-

viço de Verificação de Óbito (SVO). Caso esse serviço não esteja disponível no local, deverá ser emitida por médico do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. Não havendo médico na localidade, a declaração de óbito deverá ser emitida por um declarante e duas testemunhas, maiores e idôneas, podendo ser parentes do morto, que presenciaram ou se certificaram do óbito.

Nos casos de morte natural com assistência médica, o médico que vinha prestando assistência ao paciente emitirá a DO. Para óbitos de pacientes internados sob regime hospitalar a DO deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua ausência, por médico substituto pertencente à instituição. Se o paciente estava em tratamento sob regime ambulatorial a DO deve ser fornecida pelo médico designado pela instituição que prestava a assistência ou pelo SVO. Se o paciente estava em tratamento sob regime domiciliar, a DO deve ser emitida pelo médico da Estratégia de Saúde da Família ou do Programa de Internação Domiciliar e outros assemelhados, pelo qual o paciente vinha sendo acompanhado. O SVO pode ser acionado para emissão da DO, em qualquer das situações acima, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições.

Na ocorrência de morte por causa externa (ou não natural) – “óbito que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte” (BRASIL, 2001b) – a DO deve, obrigatoriamente, ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML) e, nos municípios sem IML, por qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual.

No caso de óbito fetal, o médico que prestou assistência à mãe, fica obrigado a emitir a DO quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Quando a gestação for inferior a 20 semanas, o feto tiver peso menor que 500 gramas e estatura menor que 25 centímetros, a legislação prevê a emissão facultativa da DO para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto da concepção. Caso contrário, o corpo poderá ser incinerado sem declaração de óbito, no hospital ou entregue à coleta hospitalar adequada.

4.2 Preenchimento da DO

O modelo de DO adotado no Brasil desde 1999 é constituído por nove blocos, com 62 variáveis (Anexo C). A DO, em três vias autocopiativas, deve ser preenchida pelo médico, com letra legível e sem abreviações ou rasuras. O Bloco VI da DO referente ao atestado médico do óbito, é de grande importância epidemiológica, pois contém informações sobre as causas da morte. É baseado no “Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa da Morte”, recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Deve ser

preenchido de forma a permitir a correta identificação das causas da morte e da causa básica. As causas de morte são:

todas as doenças, afecções mórbidas ou lesões que produziram a morte, ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou violência que produziram quaisquer de tais lesões”. A causa básica é “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. (BRASIL; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2007)

Conforme a recomendação internacional, essa deve ser escrita na linha mais inferior da Parte I, geralmente na linha “d”.

A causa básica de morte pode desencadear complicações (causas conseqüenciais) que devem ser registradas nas linhas acima (c, b ou a); a última causa conseqüencial, registrada na linha “a”, é chamada causa terminal ou imediata. Deve-se, preferencialmente, registrar um diagnóstico por linha,. O tempo aproximado entre o início da doença e a morte, importante na seleção da causa básica, pode ser registrado em minutos, horas, dias, semanas, meses ou anos ou ainda, “Ignorado”. A causa básica pode ser declarada nas linhas “c”, “b” ou mesmo na “a”, quando houver um único elo na cadeia de acontecimentos. É imprescindível que o médico declare corretamente a causa básica dos óbitos, para a produção de dados confiáveis e comparáveis sobre a mortalidade, de forma a se construir o perfil epidemiológico dos óbitos da população e subsidiar as políticas de saúde. Um erro comum a ser evitado é utilizar termos vagos, tais como parada cardíaca, parada respiratória, parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos como causa básica da morte.

Na Parte II do Bloco VI, deve ser registrada qualquer doença, lesão ou condição mórbida que, a juízo médico, tenha contribuído para a morte, não estando diretamente relacionada à causa básica que conduziu ao óbito. As causas registradas nessa parte são denominadas causas contribuintes.

No caso de morte natural sem assistência médica, o médico atestante deve assinalar a opção “Outro” no campo 52 – “O médico que assina atendeu ao falecido?” assim como é recomendado ao médico anotar no campo 59 – “Descrição sumária do evento” que “não há sinais externos de violência”.

A seguir são apresentados alguns exemplos de preenchimento da DO:

- **1º exemplo:** Criança do sexo masculino, 5 meses, em aleitamento artificial, pesando 3.800g, foi admitida com história de diarréia há 4 dias, com várias dejeções/dia e vômitos ocasionais. Mãe estava oferecendo soro caseiro, porém nas últimas 12 horas a criança começou a gemer e a vomitar tudo o que lhe era oferecido. Ao exame de admissão no pronto atendimento apresentava-se hipoatativa, olhos encovados, fontanela deprimida, pele com turgor diminuído, respiração irregular, com taquicardia (FC = 160bpm), pulsos finos, perfusão capilar diminuída e

abdomen escavado. Foi entubada e iniciou-se hidratação venosa, porém a criança apresentou parada cardiorrespiratória vinte minutos após a admissão e não respondeu às manobras de reanimação.

CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
PARTE I			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte:			
a	Desidratação	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte 12 horas	CID
CAUSAS ANTECEDENTES			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
b	Diarréia aguda	4 dias	
c	Devido ou como consequência de:		
d	Devido ou como consequência de:		
PARTE II			
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			
	Desnutrição	Ignorado	

- **2º exemplo:** Mulher com 25 anos que iniciou o acompanhamento pré-natal na 8^a semana de gravidez, apresentou infecção do trato urinário na 30^a semana, fez tratamento incompleto com amoxacilina, sem posterior controle de cura. Entrou em trabalho de parto na 34^a semana. O parto foi normal, com relato de líquido amniótico fétido. O RN nasceu com 2.120g, Apgar 7 no 1º minuto e 8 no 5º, com desconforto respiratório já na sala de parto. Realizada propedéutica para infecção e iniciados antibióticos. Na hemocultura cresceu Escherichia coli. Apesar de suporte em tratamento intensivo o RN foi a óbito no 3º dia de vida.

CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
PARTE I			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte:			
a	Sepse neonatal precoce	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte 3 dias	CID
CAUSAS ANTECEDENTES			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
b	Corioamnionite	Ignorado	
c	Devido ou como consequência de:		
d	Infecção do trato urinário materna	4 semanas	
PARTE II			
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			
	Prematuridade		

Nos casos de óbitos infantis ou fetais / natimortos devido à patologia materna, esta deve ser registrada como causa básica da morte.

- 3º exemplo:** Gestante de 32 anos, previamente hígida, apresentou hipertensão de difícil controle na 28^a semana de gestação. Na 32^a semana teve sangramento vaginal e foi admitida no hospital com quadro de sudorese, taquicardia e palidez cutâneo-mucosa. Os batimentos cardíofetais (BCF) eram inaudíveis. Iniciada reposição volêmica e realizada cesárea de urgência. Natimorto do sexo masculino, pesando 2.080g.

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
PARTE I			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente à morte		a	Anóxia intra-uterina Devido ou como consequência de:
		b	Descolamento prematuro de placenta Devido ou como consequência de:
		c	Doença hipertensiva específica da gravidez Devido ou como consequência de:
		d	
CAUSAS ANTECEDENTES			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica			
PARTE II			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.			

É muito frequente nos casos de morte perinatal (nascidos mortos a partir da 22^a semana de gestação e mortes neonatais precoces até o 6º dia de vida) o médico declarar somente “anóxia” ou “hipoxia”, e não declarar a causa básica que desencadeou o agravio. Em algumas situações é difícil definir a cadeia de eventos que levou ao óbito, porém o fator materno, fetal ou materno-fetal deve ser sempre registrado como causa básica, se for conhecido.

- 4º exemplo:** Criança do sexo feminino com 3 meses de idade, pesando 5.200g, em aleitamento materno exclusivo, vítima de queimadura de 2º grau com água fervente, por ocasião do preparo do banho. Admitida 3 horas após a injúria e realizado debridamento das lesões em 15% de superfície corporal, incluindo nádegas e região perineal. No 6º dia a criança apresentava sinais de infecção nas áreas queimadas sendo iniciados antibióticos. No 8º dia evoluiu com choque séptico e foi transferida para o CTI, porém foi a óbito no 14º dia. O corpo foi encaminhado para o IML por tratar-se de óbito por causa externa (acidente doméstico).

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
PARTE I			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente à morte		a	Sepse Devido ou como consequência de:
		b	Queimadura infectada Devido ou como consequência de:
		c	Queimadura de 2º grau em 15% de superfície corporal Devido ou como consequência de:
		d	Acidente doméstico com água fervente Devido ou como consequência de:
CAUSAS ANTECEDENTES			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica			
PARTE II			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.			

Nos casos em que a causa básica é uma causa externa, como o do exemplo citado, deve-se lembrar que o atestante deve ser um médico legista.

Cabe destacar a importância do correto preenchimento do Bloco V da DO – “Fetal ou menor que 1 ano” – que coleta informações sobre a mãe, o parto, o feto ou RN (idade, escolaridade, ocupação, número de filhos tidos, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, morte em relação ao parto, peso ao nascer e número da Declaração de Nascido Vivo), obrigatórias e fundamentais para o conhecimento adequado sobre o óbito fetal e infantil. Ressalta-se que é necessário o registro da DNV neste bloco, importante para identificação, cruzamento e recuperação dos bancos de dados da mesma criança, por meio do relacionamento do SIM e do SINASC, ampliando as possibilidades de análise da situação de saúde.

A análise da qualidade do preenchimento da DO e o retorno da informação aos profissionais responsáveis pelo preenchimento com relação às incorreções encontradas no preenchimento da DO é uma importante estratégia de educação continuada e qualificação das informações sobre os óbitos e deve ser incentivada e praticada no cotidiano dos serviços de saúde.

4.3 Fluxo da DO

As DO são impressas em três vias pelo Ministério da Saúde, sendo as Secretarias Municipais de Saúde as responsáveis pelo seu fornecimento gratuito a estabelecimentos de saúde, IML, SVO, Cartórios de Registro Civil e médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais e Municipais (fontes notificadoras).

No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimentos de saúde, a primeira via preenchida deve ser entregue diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. A segunda via deve ser entregue à família para obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório de Registro Civil, que reterá o documento. A terceira via deve ser arquivada no prontuário. Quando se tratar de óbito natural sem assistência médica ou por causas accidentais ou violentas, esse fluxo deve ser seguido também pelo IML, pelo SVO e pelo cartório, de acordo com cada caso.

As DO são registradas no município em que ocorreu o óbito para emissão da Certidão de Óbito, o que permite identificar os casos por município de ocorrência e de residência. Por este motivo, a Secretaria Municipal de Saúde deve definir o fluxo da DO, enviando cópia ao setor de Vigilância Epidemiológica e ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal, para investigação, análise e conclusão do caso.

Os dados da DO são digitados no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM – pelas Secretarias Municipais de Saúde ou pela Secretaria de Estado de Saúde que encaminha os dados consolidados para a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS (Portaria MS/SVS nº 116 de 11/02/2009 – Anexo H).

5 Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade. São instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção.

5.1 Breve histórico

As iniciativas de investigação de óbitos datam do início do século XX com a organização dos Comitês de Morte Materna nos Estados Unidos. Diversas experiências no mundo apontam a estruturação de comitês de mortalidade e investigação de óbitos como uma estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade materna e infantil.

Em meados da década de 90, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) com ações e metas definidas para cada estado, que contemplava o incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos, principalmente na Região Nordeste, considerando as iniquidades regionais do País.

Diversas iniciativas estaduais e municipais de organização dos comitês e da investigação de óbitos foram realizadas, cada uma de acordo com a realidade local, interesse e condições de operacionalização. Em 2004 o Ministério da Saúde elaborou o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que sistematizou as experiências de vigilância ao óbito infantil e fetal e dos comitês, com o objetivo de ampliar a mobilização e o comprometimento dos gestores e profissionais de saúde do País para a organização de um sistema de acompanhamento dos óbitos com maior potencial de prevenção. Trata-se de uma política pública do Ministério da Saúde e um dos eixos prioritários de atuação da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, por meio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, por meio da Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica, que serve de referência para os locais que ainda não operam a vigilância do óbito ou não estruturaram os comitês e apoiar as iniciativas já existentes.

Essa proposta vai ao encontro das recomendações dos gestores do SUS, representados em suas três esferas, que assumiram o Pacto pela Saúde, durante a reunião da Comissão Intergestora Tripartite – CIT (2006), publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto pela Saúde está fundamentado em três eixos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida estabelece um conjunto de compromissos considerados prioritários a serem implementados por estados e municípios. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pontuações locais.

A terceira meta do Pacto pela Vida estabelece que os estados, e municípios devem pactuar reduções mínimas das mortalidade materna, a neonatal e a infantil.

Em 2007 foi realizada uma pesquisa de alcance nacional para avaliar o processo de vigilância do óbito infantil e fetal, coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde em parceria com Centros Universitários, por meio dos Centros Colaboradores de Saúde da Criança. O objetivo do estudo foi analisar a situação de implantação dos comitês, nos municípios com população de 80.000 habitantes ou mais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e naqueles com a mesma população e taxas de mortalidade infantil superior a 15 por 1000 nascidos vivos, nas regiões Sudeste e Sul do País. Os resultados preliminares nos 248 municípios visitados pelos pesquisadores (72% da amostra elegível para o estudo) mostraram que cerca de 50% deles têm comitês atuantes. Essa proporção é maior nas regiões Sudeste (74,5%) e Sul (50%), onde as equipes conseguem pesquisar o maior número de óbitos. O comitê é oficial em cerca de 80% desses municípios e, em sua maioria, funciona integrado ao comitê de investigação de morte materna (78%). A pesquisa evidenciou, também, a necessidade de apoio técnico e operacional para as equipes dos comitês municipais pelas Secretarias de Estado da Saúde e Ministério da Saúde, bem como pelos gestores municipais para qualificar o trabalho desenvolvido pelos comitês

5.2 Objetivos

- Geral
 - Avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações para sua redução.
- Específicos
 - Avaliar a situação e distribuição dos óbitos infantis e fetais e seus componentes.
 - Envolver e sensibilizar os gestores, os profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a magnitude da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo.
 - Conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência.
 - Definir e caracterizar os óbitos infantis evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;
 - Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados.

- Avaliar a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança pelos serviços de saúde.
- Estimular processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança.
- Estimular processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na sua área de atuação.
- Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.
- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil e fetal na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos.

5.3 Atribuições do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal

5.3.1 Atribuições Gerais dos Comitês Nacional, Regionais, Estaduais e Municipais

- Investigação
 - Estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de vigilância em saúde, segundo critérios definidos, resguardando os aspectos éticos e o sigilo das informações;
 - Incentivar e apoiar a constituição de Comitês nos diversos níveis de gestão.
 - Estimular a constituição de Comitês Hospitalares ou Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, para o estudo e análise dos óbitos ocorridos naquelas unidades.
- Análise dos óbitos
 - Identificar e avaliar periodicamente os principais problemas relacionados à:
 - assistência à saúde prestada à gestante, à parturiente e à criança.
 - organização dos serviços de saúde.
 - condições sociais, situação da família e da comunidade.
 - Analisar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, segundo a possibilidade de sua prevenção;
- Proposição de medidas de prevenção de novas ocorrências
 - Promover a interlocução com os profissionais da rede de serviços com o objetivo de discutir as circunstâncias associadas aos óbitos e qualificar a assistência prestada.
 - Elaborar e propor aos gestores e órgãos competentes as medidas de intervenção necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

- Motivar e buscar apoio dos gestores para as estratégias de redução da mortalidade infantil e fetal e para a organização da rede de serviços.
- Avaliar a efetividade das medidas de intervenção realizadas para a redução da mortalidade infantil e fetal.
- Qualificação da informação
 - Estimular e sensibilizar os profissionais para o registro adequado das estatísticas vitais (declaração de óbitos, nascimentos e outros) que serão utilizadas nos sistemas de informação para o diagnóstico, o planejamento e a avaliação das ações.
 - Estimular a correção das estatísticas oficiais, contribuindo para a qualificação das informações em saúde.
- Divulgação/educação
 - Divulgar e dar visibilidade ao problema, por meio de ações educativas e sensibilizadoras, com a elaboração de relatórios e boletins, promoção de debates, seminários, entre outras iniciativas.
 - Divulgar relatórios para as instituições, órgãos competentes e sociedade civil que possam contribuir para a redução das mortes infantis e fetais.
 - Promover a reflexão sobre a persistência de níveis elevados de mortalidade infantil e fetal e as circunstâncias que envolvem os óbitos, estimulando um processo de responsabilização dos profissionais, por meio de discussões dos casos, capacitações, educação continuada e produção de material educativo.
 - Informar e encaminhar para os órgãos e instituições competentes relato das falhas na assistência à saúde e demais problemas identificados.
- Mobilização/Articulação
 - Promover a interlocução entre todas as instituições do poder público e da sociedade civil, de modo a congregar os esforços para a redução da mortalidade.
 - Mobilizar o poder público, instituições e sociedade civil organizada para garantir a execução das medidas propostas.
 - Atuar de forma articulada com o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna.

5.3.2 Atribuições Específicas dos Comitês Nacional, Regionais, Estaduais e Municipais

- Atribuições do Comitê Nacional
 - Incentivar e apoiar a formação dos Comitês Estaduais.
 - Acompanhar e assessorar os Comitês Estaduais.
 - Trabalhar de forma integrada ao Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna.
 - Elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal.

- Promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional.
- Estruturar e manter atualizado um cadastro nacional dos Comitês Estaduais.
- Atribuições do Comitê Estadual
 - Incentivar e apoiar a formação de Comitês Regionais e Municipais.
 - Acompanhar e assessorar os Comitês Regionais e Municipais e Hospitalares.
 - Estruturar e manter atualizado um cadastro estadual dos Comitês Regionais e Municipais.
 - Elaborar propostas para a construção de políticas dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal no âmbito do estado, com ênfase na organização dos serviços e formação de redes.
 - Trabalhar de forma articulada com o Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna.
 - Acompanhar a inserção dos dados da Ficha Síntese no SIM.
- Atribuições dos Comitês Regionais e Municipais
 - Incentivar, assessorar e acompanhar a formação de comitês locais, de acordo com a estrutura organizacional de cada município.
 - Incentivar, assessorar e acompanhar a formação de comitês hospitalares/núcleos hospitalares.
 - Estimular a investigação e análise dos óbitos infantis e fetais para o planejamento e organização das intervenções de assistência à saúde de modo a prevenir novas ocorrências.
 - Promover a análise e discussão dos óbitos ocorridos na área de abrangência de cada serviço com os profissionais envolvidos responsáveis pela assistência: atenção básica, equipe de saúde da família, atenção secundária, serviços de urgência e hospitalares, transporte;
 - Estimular a articulação e integração entre os setores e os profissionais da vigilância epidemiológica, da atenção à saúde e dos núcleos hospitalares /comitês hospitalares na investigação dos óbitos.
 - Promover e estimular a qualificação das informações sobre mortalidade, com a ampliação da cobertura do sistema de informação e melhoria dos registros na DO e registros de atendimento, de forma articulada com diversos setores da gestão.
 - Elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal.
 - Acompanhar e promover a integração dos comitês/núcleos hospitalares e atenção de saúde ambulatorial, estimulando a troca de informações, análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação e adoção de medidas de intervenção.

- Atribuições do Comitê Hospitalar/Núcleo Hospitalar
 - Investigar os óbitos infantis e fetais, ocorridos nos estabelecimentos de saúde, segundo critérios definidos pelo Comitê Municipal, assumindo como uma responsabilidade institucional incorporada à rotina do serviço.
 - Promover a integração com os Comitês Municipal/Regional, para a troca de informações e análise dos casos, de maneira a contribuir para o adequado funcionamento da investigação de óbitos no nível local.
 - Divulgar sistematicamente os resultados por meio de elaboração de material específico (relatório/ boletim periódico) e realização de reuniões com discussões de casos para sensibilização dos profissionais.
 - Promover o preenchimento completo dos registros oficiais.
 - Avaliar periodicamente os principais problemas observados na análise dos óbitos, para a definição de medidas de intervenção no hospital e na rede de assistência de saúde.

5.4 Estruturação e Organização dos Comitês

Para que se alcance efetivamente a congregação de esforços dos atores envolvidos na vigilância aos óbitos infantis e fetais, é fundamental que os Comitês Municipais/ Regionais estejam articulados aos Comitês Estaduais para obter apoio administrativo e assessoria técnica.

5.4.1 Estratégias para implantação dos Comitês

Como primeiro passo para a estruturação do Comitê recomenda-se a realização de seminários, oficinas ou encontros para promover a sensibilização dos gestores, profissionais, instituições de saúde e entidades da sociedade civil, com relação à importância dos Comitês como estratégia para a redução da mortalidade infantil e fetal. Eventos com participação ampliada (Secretaria de Estado da Saúde, Regional e Municipal e dos Hospitais) podem ser efetivos, de acordo com a organização da rede de serviços de saúde, por envolverem todos os níveis da assistência hierarquizada e regionalizada que compõem a linha de cuidado à gestante, ao recém-nascido e à criança. Nesses eventos, considera-se importante discutir a magnitude do problema da mortalidade infantil e fetal, a organização dos serviços de saúde, a atenção obstétrica, neonatal e à criança, na atenção básica, no atendimento às urgências/emergências , transporte, nas especialidades e na atenção hospitalar.

A experiência de outros Comitês já em funcionamento pode auxiliar na construção de novos comitês.

5.4.2 Organização dos Comitês

A oficialização do Comitê deve ser realizada por meio de publicação de Portaria/Resolução pela Secretaria de Saúde e elaboração de Regimento Interno (o Anexo I apresenta um modelo). O Regimento deve contemplar os seguintes itens, de acordo com o nível de atribuição do Comitê:

- Definição dos objetivos e finalidades, estrutura (representação institucional) e funcionamento do Comitê;
- Definição das atribuições do Comitê;
- Definição das rotinas de trabalho: local, periodicidade e registro das reuniões; eleição de coordenação/presidência;
- Definição do processo de investigação do óbito: fluxo da investigação ambulatorial e hospitalar; entrevista domiciliar;
- Definição do método, análise dos casos e avaliação da assistência prestada à saúde;
- Definição do método de análise de evitabilidade;
- Definição de prazo para a conclusão das investigações;
- Definição das estratégias de divulgação do trabalho com o retorno da análise para os profissionais e instituições envolvidas;
- Encaminhamentos necessários frente aos problemas identificados;
- Indicação de correção das informações em saúde (SIM e SINASC, em articulação com os setores de epidemiologia/informação regionais e municipais);
- Estratégias de interlocução com os gestores para a elaboração dos planos municipais, regionais e estaduais visando a redução da mortalidade infantil e fetal;
- Definição da logística / de recursos para o funcionamento do Comitê.

5.4.3 Composição dos Comitês

A composição dos Comitês vai depender das características e peculiaridades locais, em termos da organização da população e entidades existentes. É fundamental a participação de representantes das instituições diretamente envolvidos na atenção à saúde da gestante e da criança, dos técnicos que realizam a investigação, que lidam com as estatísticas vitais, além de representantes da sociedade civil. A experiência tem demonstrado que a participação conjunta desses atores possibilita maior efetividade na rotina do trabalho do Comitê e, consequentemente, o encaminhamento de propostas de melhoria da assistência. Recomenda-se a participação de entidades e profissionais envolvidos com a defesa dos direitos da criança e do adolescente, bem como dos direitos da mulher.

Na composição básica dos Comitês sugerem-se, entre outros, os representantes das seguintes instituições:

- **Comitê Nacional**
 - Ministério da Saúde
 - Secretaria de Atenção à Saúde

- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Criança/Adolescente/Mulher
Departamento de Atenção Especializada
Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade
- Secretaria de Vigilância à Saúde
 - Departamento de Análise de Situação em Saúde
Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
 - Organização Pan Americana da Saúde OPAS
 - Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF
 - Conselho Nacional de Saúde
 - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
 - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
 - Associação Brasileira de Enfermagem
 - Conselho Federal de Medicina
 - Conselho Federal de Enfermagem
 - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
 - Sociedade Brasileira de Pediatria
 - Associação Brasileira de Escolas Médicas
 - Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica
 - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
 - Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
 - Ministério Público
 - Entidades da sociedade civil organizada: Pastoral da Criança, e outras.
- **Comitês Estadual/Regional/Municipal**
 - Representantes da Secretaria de Saúde
 - Área de Saúde da Criança e Adolescente
 - Área de Saúde da Mulher
 - Atenção Básica/Saúde da Família
 - Atenção Especializada
 - Vigilância em Saúde
 - Controle e Avaliação / Regulação Assistencial
 - UNICEF
 - Conselho Estadual de Saúde
 - Conselhos Regionais de Entidades Profissionais
 - Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Saúde Pública
 - Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente
 - Ministério Público
 - Sociedades científicas: obstetrícia, pediatria, enfermagem, outras
 - Entidades da sociedade civil organizada
 - Representantes dos hospitais locais (públicos e privados)
 - **Comitês Hospitalares**

- É imprescindível a organização de comitês hospitalares que representem um espaço para discussão entre os profissionais de saúde e gestores do hospital e viabilizem, por meio da reflexão e da análise crítica dos óbitos ocorridos no estabelecimento de saúde, a identificação das responsabilidades e de medidas para prevenção de óbitos evitáveis. Vale ressaltar que esta organização é requisito para funcionamento de maternidades que fazem parte do Programa de Gestação de Alto Risco e de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Portarias MS/GM 3016, 3482 e 3477 de 1998 e Portarias GM/MS 569, 570, 571 e 572 de 2000) assim como da RDC Número 36 da ANVISA de 3 de junho de 2008, que regulamenta o funcionamento de maternidades.
- Sugere-se a seguinte composição para os Comitês Hospitalares:
 - Diretoria Clínica
 - Profissionais das equipes de:
 - Obstetrícia
 - Pediatria – Neonatologia
 - Enfermagem
 - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH
 - Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
 - Outros de acordo com a realidade local

Referências

- BARRETO, I. C. H. C.; PONTES, L. K. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde, avaliação da autópsia verbal e das informações dos Agentes Comunitários de saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, n. 7, p. 303-312, 2000.
- BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coord.). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006*. São Paulo: CEBRAP, 2008. Relatório final. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf. Acesso em: 1 jan. 2009.
- BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1973.
- _____. Lei nº 8080, de 10 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde que 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. *Declaração de Óbito*: documento necessário e importante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Importância dos sistemas de informações sobre mortalidade e nascidos vivos para profissionais do Programa de Saúde da Família*. Brasília, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo*. Brasília, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito*. Brasília, 2001c.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Morte Materna*. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual para investigação de óbitos com causa mal definida*. Brasília, 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001d.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 12 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 União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2008b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Integração de informações do Siab, SIM e Sinasc. Brasília, 2004c.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, 2004d.
- CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH (CEMACH). *Improving the health of mothers, babies and children*. London, 2005. Disponível em: <<http://www.cemach.org.uk>>.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005. Seção 1, p. 121.
- FAÇANHA, M. C. et al. Busca ativa de óbitos em cemitérios da região Metropolitana de Fortaleza, 1999-2000. *Epidemiol Serv. Saúde*, Brasília, 2003, n. 12, p.131-136.
- FORMIGLI, V. L. A et al. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1996, v. 12, p. 33-41. Suplemento 2.
- FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil no Brasil. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Informe de situação e tendências: demografia e saúde*. Brasília, 2009. No prelo.
- FRIAS, P. G. et al. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, p. S43-S51, dez. 2005. Suplemento 1.
- FRIAS, P. G. et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade de dados. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2257-2266, 2008.
- FRIAS, P. G. et al. Vigilância de Óbitos Infantil como indicador da efetividade de sistemas de saúde: estudo em município do interior do Nordeste brasileiro. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 78, n. 6, p. 509-516, 2002.
- FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços a partir de traçadores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008*. Brasília, 2009. No prelo.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Mortalidade Infantil e desenvolvimento. *Conjuntura demográfica*, São Paulo, n. 14/15, p. 49-50, 1991.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). *Situação Mundial da Infância*. Nova Iorque, 2008a. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf>. Acesso em: jan. 2009.
- _____. *Situação Mundial da Infância: caderno Brasil*. Nova Iorque, 2008b. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>>. Acesso em: jan. 2009.
- INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E APLICADAS (IPEA); INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE); BRASIL. Presidência da República. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília, 2004.
- KEELING, J. W. et al. Classification of perinatal death. *Arch Dis Child*, [S.I.], n. 64, p.1345-1351, 1989.
- LANSKY, S. et al. A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *20 anos do SUS*. Brasília, 2009. No prelo.
- MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out./dez. 2007.
- MANSANO, N. H. et al. Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil do Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 329-332, jan./fev. 2004.

- MELLO, Jorge M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. O. Sistema de Informações da Atenção Básica como fonte de dados para o Sistema de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. *Inf. Epidemiol. SUS*, Brasília, 2000, v. 10, p. 7-18.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Doenças*. [Genebra], 1993.
- _____. *Classificação Internacional de Doenças*. [Genebra], 2008.
- ORTIZ, L. P. *Agrupamento das causas evitáveis de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças*. São Paulo: Fundação SEADE, 2000. Mimeografado.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Produtos RIPA-IDB-conceitos e aplicações*. [Brasília], 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/ripsa/pdf/C_Mortalidade.pdf>.
- RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *The New England Journal of Medicine*, [London], v. 294, n. 11, p. 582-588, 1976.
- UNITED NATIONS (UN). *Millennium Declaration*. Geneva, 2000. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>.
- WIGGLESWORTH, J. S. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. *Lancet*, [London], n. 27, p. 684-686, 1980.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2008*. Geneva, 2008.



ANEXOS

ANEXO A – Modelo de Carta para apresentação dos profissionais de saúde e membros do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal aos Serviços de Saúde

Ofício nº

Senhor Diretor/Gerente de Unidade de Saúde

A Secretaria de Saúde do Município / O Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, criado pela Portaria nº , está procedendo a investigação dos óbitos infantis e fetais com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico dessas mortes e sugerir intervenções de saúde que visam reduzi-las.

Para tanto é necessário que os responsáveis pela vigilância de óbitos tenham acesso à equipe de profissionais que atendeu os pacientes e/ou os respectivos prontuários, assim como os membros do Comitê possam realizar reuniões e atividades educativas junto à equipe de saúde. Portanto, solicitamos que Vossa Senhoria nos apóie neste trabalho, facilitando todos os procedimentos necessários, participando dessa forma do processo que visa melhorar a atenção à saúde da criança no nosso município/regional/Estado. Qualquer outra colaboração de Vossa Senhoria será bem recebida por este Comitê / esta Secretaria.

Apresentamos nossos votos de estima e consideração, contando com vossa colaboração,

Atenciosamente,

Secretário de Saúde/Presidente do Comitê

ANEXO B – Modelo de Credencial para Membro do Comitê e Profissional de Saúde

Ofício nº

Prezado(a) Senhor(a),

Temos a honra de confirmar a participação de Vossa Senhoria no Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, instalado neste estado/região/município.

Para facilitar o desempenho das vossas atribuições enviamos anexa sua Credencial.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração e apresentamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Presidente do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal

ou

Secretário de Saúde

logomarca

**SECRETARIA DE SAÚDE
COMITÊ DE PREVENÇÃO
DO ÓBITO INFANTIL E FETAL**

Nome:

RG:

ANEXO C – Declaração de óbito

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		Declaração de Óbito															
		1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE															
I Cartório		Código	[2] Registro	[3] Data													
II Identificação		[5] UF	[6] Cemitério														
III Residência		[7] Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Falec. <input type="checkbox"/> Não Fatal	[8] Óbito Data Hora	[9] Cartão SUS	[10] Naturalidade												
IV Ocorrência		[11] Nome do falecido		[12] Nome do pai		[13] Nome da mãe											
V Fetal ou menor que 1 ano		[14] Data de Nascimento	[15] Idade Anos completos Meses Dias Horas Ignorado	[16] Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	[17] Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena												
VI Condições e causas do óbito		[18] Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vôvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ Divorciado <input type="checkbox"/> Ignorado		[19] Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado		[20] Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior)			Código								
VII Médico		[21] Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)		Código	Número	Complemento	[22] CEP										
VIII Causas externas		[23] Bairro/Distrito		Código	[24] Município de residência		Código	[25] UF									
IX Localid. S/ Médico		[26] Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado		[27] Estabelecimento		[28] Endereço da ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc)			Número	Complemento	[29] CEP						
X		[30] Bairro/Distrito		Código	[31] Município de ocorrência		Código	[32] UF									
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE																	
XI		[33] Idade Anos	[34] Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	[35] Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe		Código	[36] Número de filhos tidos (Des Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos Nascidos mortos										
XII		[37] Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> Menos de 22 <input type="checkbox"/> De 22 a 27 <input type="checkbox"/> De 26 a 31 <input type="checkbox"/> De 32 a 36 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 42 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	[38] Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	[39] Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Ignorado	[40] Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		[41] Peso ao nascer Gramas			[42] Num. da Declar. de Nascidos Vivos							
ÓBITOS EM MULHERES																	
XIII		[43] A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ? <input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante o puerpério ?		[44] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		[45] Necropsia ?			[46] Exame complementar ?			[47] Cirurgia ?					
XIV		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado					
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:																	
XV		[48] CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			[49] PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte			[50] PARTE II Outras condições significativas, que contribuíram para a morte e que não entraram, porém, na cadeia acima			[51] Diagnóstico confirmado			[52] O médico que assina atendeu ao falecido ?			
XVI		[53] Nome do médico			[54] CRM			[55] Assinatura			[56] Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)			[57] Data do atestado			
XVII		[58] PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL. (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			[59] Acidente do trabalho			[60] Fonte da informação			[61] Localidade			[62] Testemunhas			
XVIII		[60] SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)			[61] Sim <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outros			[62] A			[63] B			[64] C			
XIX		[63] Declarante			[64] Testemunhas			[65] C			[66] D			[67] E			

ANEXO D – Orientação geral para utilização dos instrumentos de vigilância do óbito infantil e fetal

A investigação do óbito infantil e fetal compreende várias fases. O processo inicia-se com a identificação do óbito e prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde, por meio da utilização dos formulários de investigação do óbito. Esses dados reunidos permitirão aos responsáveis pela vigilância de óbitos e ao Comitê em qualquer nível de gestão realizar a análise das informações e orientar as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis.

Orientações gerais para a investigação

- Utilizar o máximo de informações e registros disponíveis para o levantamento das circunstâncias que envolveram o óbito: Cartão da Gestante, Caderneta de Saúde da Criança, relatório de alta da maternidade, relatório de alta das internações hospitalares, fichas de encaminhamento, fichas de atendimento, prontuários médicos, receitas médicas, resultados de exames e laudos de necropsia.
- No levantamento de dados dos serviços de saúde transcrever as informações contidas nos prontuários e não a opinião do profissional que preenche a ficha de investigação.
- De forma semelhante, registrar a fala do(s) entrevistado(s) na entrevista domiciliar da maneira mais fiel possível, principalmente nas perguntas abertas, com registro das suas próprias palavras. Ao final de cada parte do formulário há espaço destinado às observações do profissional que investiga o óbito.
- Nas questões fechadas, assinalar a(s) opção(s) desejada(s) nos espaços reservados. Assinalar resposta “SR” (“Sem Registro”) quando os dados não estiverem disponíveis nas fontes pesquisadas nos serviços de saúde e a resposta “Não sabe” quando a pessoa entrevistada no domicílio não souber a resposta para a questão.
- Nas questões com subitens, estes só devem ser aplicados no momento da entrevista caso a resposta à questão seja positiva, na maior parte dos casos.
- Algumas questões permitem mais de uma resposta, como por exemplo a percepção sobre o início do trabalho de parto, as patologias da mãe e do recém-nascido, procedimentos realizados durante a internação da criança. Registrar todas as respostas.
- Para agilizar a investigação é possível desmembrar os formulários de modo que sejam realizadas as entrevistas domiciliares e o levantamento de dados nos serviços de saúde simultaneamente em locais e por pessoas diferentes.

- Sempre que possível, discutir cada caso com os profissionais de saúde envolvidos e/ou responsáveis pela assistência, além de definir as recomendações para os serviços de saúde, como parte integrante e indissociável da vigilância de óbitos.

Investigação do óbito fetal

- A investigação se dará conforme os critérios estabelecidos pelos responsáveis pela vigilância de óbitos no município utilizando-se os seguintes instrumentos:
 1. Cópia da Declaração de Óbito (DO)
 2. Fichas de Investigação do Óbito Fetal – Serviço de saúde: ambulatorial e hospitalar
 3. Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia, quando realizado este procedimento
 4. Ficha de Investigação do Óbito Fetal – Entrevista domiciliar
 5. Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Sumário, Conclusões e Recomendações
 6. Relatório Municipal de Investigação do Óbito Infantil e Fetal

Investigação do óbito infantil

- A investigação se dará conforme os critérios estabelecidos pelos responsáveis pela vigilância de óbitos no município utilizando os seguintes instrumentos:
 1. Cópia da Declaração de Óbito (DO)
 2. Cópia da Declaração de Nascido Vivo (DN)
 3. Fichas de Investigação do Óbito Infantil – Serviço de saúde: ambulatorial e hospitalar
 4. Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia, quando realizado este procedimento
 5. Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Entrevista domiciliar
 6. Autópsia Verbal – *Formulário 1- criança menor de um ano*, se indicado
 7. Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Sumário, Conclusões e Recomendações
 8. Relatório Municipal de Investigação do Óbito Infantil e Fetal

Os instrumentos para a investigação do óbito infantil e fetal são apresentados no quadro a seguir.

Quadro dos instrumentos de coleta e análise de dados

Instrumentos de coleta e de análise de dados	Objetivos
DO para investigação DO Epidemiológica	Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação do óbito
Cópia da Declaração de Nascido Vivo (DN) DNV Epidemiológica	Complementar a identificação do caso e orientar para as fontes de informação para a investigação do óbito
I1 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Serviço de saúde ambulatorial I2 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Serviço de saúde hospitalar F1 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal – Serviço de saúde ambulatorial F2 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal – Serviço de saúde hospitalar	Coletar dados referentes à assistência da mãe e da criança em serviços de saúde nos registros do atendimento na atenção básica, urgência/emergência e hospitalar
I3 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Entrevista domiciliar F3 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal – Entrevista domiciliar	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar responsável) acerca da história de vida e de saúde da mãe e da criança e da assistência em serviços de saúde, inclusive durante a doença que levou à morte
AV1 = Autópsia Verbal – Formulário 1: criança menor de um ano	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar) para esclarecer a causa da morte quando mal definida ou desconhecida
IF4 = Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia	Coletar dados registrados nos Institutos Médicos Legais (IML) ou Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e nos relatórios de encaminhamento médico para esses serviços
IF5 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações	Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso Organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
IF6 = Planilha Municipal de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal	Organizar os eventos investigados para acompanhamento e monitoramento da investigação dos óbitos e para avaliação situacional da mortalidade fetal e infantil para subsidiar o planejamento e as intervenções de saúde local e regional

Descrição dos instrumentos de vigilância de óbitos

DO para investigação, Cópia da Declaração de Nascido Vivo (DN) e DO e DNV Epidemiológicas

As cópias da DO (DO para investigação) e da DN fornecem informações que direcionam a coleta inicial dos dados: endereço residencial, estabelecimento onde ocorreu o óbito e o nascimento da criança e se a DO foi emitida por IML ou SVO. Os dados devem ser comparados com os dados coletados nas fontes de investigação e eventualmente corrigidos. Os campos em branco devem ser preenchidos durante a investigação. Nos dois casos, a Ficha de Investigação do Óbito Fetal e Infantil – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5) será o instrumento para a alimentação das informações sobre a investigação do óbito e correção dos dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade

(SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), após conclusão da investigação do óbito.

A DO e a DNV Epidemiológicas serão emitidas pelo profissional responsável quando não houver DO e DN para o caso sob investigação, isto é, foi um óbito localizado por meio de busca ativa. Deve ser reforçada a atenção ao se inserir estes dados no SIM e no SINASC, para evitar duplicidade.

Ficha de investigação do óbito fetal – Serviço de Saúde (F1 e F2)

Permite coletar informações dos atendimentos nos serviços de saúde por meio de levantamento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão/Caderneta da Gestante sobre a assistência pré-natal e assistência ao parto e nascimento. A Ficha F1 destina-se à investigação nos serviços ambulatoriais (atenção básica, urgência e emergência) e a Ficha F2 destina-se à investigação no serviço hospitalar.

Ficha de investigação do óbito infantil – Serviço de Saúde (I1 e I2)

Permite coletar informações dos atendimentos nos serviços de saúde por meio de levantamento de prontuários, fichas de atendimento e Cartão da Gestante e da Criança sobre a assistência pré-natal, ao parto e nascimento e à criança na atenção básica de saúde urgências e hospital, antes e durante a doença que causou a morte. A Ficha I1 destina-se à investigação nos serviços ambulatoriais (atenção básica, urgência e emergência) e a Ficha I2 destina-se à investigação no serviço hospitalar.

Ficha de investigação do óbito fetal – Entrevista domiciliar (F3)

Permite coletar informações por meio de entrevista com o(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar responsável) sobre as características e condições de vida da mãe e da família, a gestação e o nascimento e dados sobre a assistência à saúde na gestação, parto e nascimento.

Ficha de investigação do óbito infantil – Entrevista domiciliar (I3)

Permite coletar informações por meio de entrevista com o(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar responsável) sobre as características e condições de vida da mãe e da família, dados sobre a gestação e o nascimento com levantamento de dados sobre antecedentes maternos, assistência pré-natal, assistência ao parto e ao RN na maternidade e durante acompanhamento pelo serviço de saúde após a alta. Outras questões contemplam ainda dados sobre a doença que causou a morte.

Na parte inicial (Questão 14) identificam-se as situações nas quais a investigação do óbito deve ser complementada pelo preenchimento do Formulário 1 – criança menor de um ano da Autópsia Verbal (AV1), conforme critérios detalhados a seguir, mesmo que durante a entrevista o(a) entrevistado(a) relate a causa da morte de maneira espontânea.

Ficha de coleta de dados de laudos de necropsia (IF4)

Possui campos para a transcrição de dados sobre a causa da morte, do laudo e exames macro e microscópicos e dos registros disponíveis nos encaminhamentos e nos relatórios médicos.

Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)

A autópsia verbal é um método validado de investigação que pode permitir o esclarecimento da causa da morte por um médico. Deve ser utilizada nos seguintes casos:

- 1) o óbito não foi notificado ao SIM e não tem DO;
- 2) a DO foi emitida por cartório, sem médico;
- 3) a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada; e
- 4) os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte.

O formulário deve ser aplicado, exclusivamente nas situações supracitadas, como uma seqüência natural da Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Entrevista domiciliar (I3). Ele trás questões acerca dos sinais, sintomas e circunstâncias em que a morte ocorreu, sistematizada como uma anamnese. O responsável pela investigação registra o relato do(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar responsável). O entrevistador deve ter o cuidado de não interferir e manter-se fiel ao relato do entrevistado. O instrumento permite ao médico certificador – de preferência o médico assistente da equipe de atenção básica de saúde ou PSF – identificar a seqüência de eventos que levou à morte e emitir um certificado semelhante ao Bloco VI da DO. A certificação das causas do óbito deve ser transcrita para a Ficha de Investigação do Óbito Fetal e Infantil – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5).

Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5)

Possui campos para identificação do óbito, dados sobre a investigação realizada, características e marcadores selecionados sobre a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, causas da morte, alteração de dados no SIM e no SINASC, problemas identificados nos diversos momentos da assistência e classificação de evitabilidade. Esta ficha deverá conter os principais dados referentes ao caso investigado, como instrumento para o registro da análise, interpretação das circunstâncias do óbito e recomendações. Juntamente com o Relatório Municipal, esta ficha poderá subsidiar as discussões dos eventos no município com as equipes Saúde da Família e hospitalares. Os dados registrados nesta ficha devem ser inseridos no módulo da “Investigação do Óbito Infantil e Fetal” do SIM, agregando variáveis àquelas da DO. Se for o caso, conforme esclarecimentos obtidos na investigação, dados devem ser inseridos e/ou corrigidos no SIM e no SINASC.

O resumo do caso deve ser estruturado ou sistema para possibilitar a visualização de um quadro completo, mas de fácil leitura. A seguir, sugere-se os tópicos considerados importantes para a análise do caso.

Mãe (iniciais) GPA, idade, escolaridade, estado civil, condições gerais de vida e trabalho; criança (iniciais) ou óbito fetal, idade, data nascimento, data óbito, local do parto, local de ocorrência do óbito (se diferente do parto)

Desejo ou não da gravidez, idade gestacional no início do pré-natal, local; número de consultas, resumo das alterações ou exames alterados durante a gravidez; uso de medicamentos, cigarro, álcool, drogas; referenciamento para a maternidade, outros

Hora de admissão para o parto, local, acolhimento ou busca por vaga hospitalar, tempo entre chegada e exame na maternidade, dados e condições (motivo da internação, sinais relevantes, BCF, apresentação, outros) à admissão; partograma e periodicidade da avaliação da mãe e do bebê (para bebês com BCF +, dilatação acima de 4 cm)

Hora do parto, condições do nascimento (tipo de parto, PN, Apgar, outros relevantes), AC ou internação, evolução – exames

Planilha Municipal de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (IF6)

Alguns dos dados colhidos na investigação e a análise final do caso devem ser transcritos para esta ficha, possibilitando a visão do conjunto de casos de morte infantil e fetal para monitoramento e análise geral da situação da mortalidade no município para subsidiar os gestores na implementação das intervenções necessárias. Pode ainda, anexada ao Relatório Municipal, subsidiar as articulações e o aprimoramento das ações de investigação e prevenção dos óbitos, por exemplo, em reuniões da equipe de vigilância e/ou do Comitê com os profissionais de saúde, gestores, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite.

ANEXO E – Lista de Óbitos Evitáveis – Fundação SEADE

Esta classificação lista as causas de óbitos segundo as seguintes categorias:

- Evitáveis
 - Redutíveis por imunoprevenção
 - Redutíveis por adequado controle na gravidez
 - Redutíveis por adequada atenção ao parto
 - Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces
 - Redutíveis através de parcerias com outros setores
- Não evitáveis
- Mal definidas
- Não classificadas

Esta classificação foi elaborada, prioritariamente para óbitos de menores de 1 ano e construídas a partir da Portaria nº 723/GM, de 10 de maio de 2001, publicada no DOU de 14 de maio de 2001, instituindo o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica. A portaria baseou-se, para essas definições, em informações da Fundação SEADE.

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
Redutíveis por imunoprevenção		
I	Tuberculose; tétano do recém-nascido; outros tipos de tétano; difteria; coqueluche; poliomielite aguda; varicela; sarampo; hepatite aguda B; meningite por <i>Haemophilus</i> ; síndrome da rubéola congênita	A15-A19, A33, A35-A37, A80, B01, B05, B16, G00.0, P35.0
Redutíveis por adequado controle na gravidez		
I	Sífilis congênita	A50
XVI	Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual; feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez; feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno; crescimento fetal retardado e desnutrição fetal; transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte; isomunização Rh do feto e do recém-nascido; isomunização ABO do feto e do recém-nascido	P00-P01, P04-P05, P07, P55.0-P55.1
Redutíveis por adequada atenção ao parto		
XVI	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas; feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto; transtornos relacionados com a gestação prolongada e peso elevado ao nascer; traumatismo de parto; hipóxia intra-uterina; asfixia ao nascer	P02-P03, P08, P10-P15, P20-P21
Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces		
I	Outras doenças bacterianas (exceto tétano do recém-nascido, outros tipos de tétano, difteria, coqueluche e síndrome de Waterhouse-Friderichsen); outras doenças por espiroquetas; outras doenças causadas por clamídias; infecções virais do sistema nervoso central (exceto poliomielite aguda e raiva); infecções virais caracterizadas por lesões da pele e mucosas (exceto varicela e sarampo); micoses	A30-A32, A34, A38, A39.0, A39.2-A49, A65-A74, A81, A83-A89, B00, B02-B04, B06-B09, B35-B49

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (exceto anemia por deficiência de ferro não especificada, anemia por deficiência de folato não especificada, anemia por deficiência de proteínas, anemia escorbútica e alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário)	D50.0-D50.8, D51.0-D52.8, D53.1, D53.8-D53.9, D55-D77
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (exceto desnutrição e outras deficiências nutricionais)	E00-E35, E65-E90
V	Retardo mental; transtornos globais do desenvolvimento	F70-F79, F84
VI	Doenças inflamatórias do sistema nervoso central (exceto meningite por <i>Haemophilus</i> , meningite em doenças bacterianas classificadas em outra parte, meningite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte, encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte, abscesso e granuloma intracranianos e intraespinais em doenças classificadas em outra parte); ataxia hereditária; transtornos episódicos e paroxísticos; transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos; polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico; doenças da junção mioneural e dos músculos; paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas; outros transtornos do sistema nervoso	G00.1-G00.9, G03-G04, G06, G08-G09, G11, G40-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95
IX	Doenças do aparelho circulatório (exceto outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte)	I00-I97, I99
X	Doenças do aparelho respiratório (exceto influenza devida a vírus da influenza identificado e influenza devida a vírus não identificado)	J00-J06, J12-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (exceto doença de Kienbock do adulto)	M00-M93.0, M93.2-M99
XIV	Doenças do aparelho genitourinário	N00-N99
XVI	Alguns dos dados colhidos na investigação e a análise final do caso devem ser transcritos para esta ficha, possibilitando a visão do conjunto de casos de morte infantil e fetal para monitoramento e análise geral da situação da mortalidade no município para subsidiar os gestores na implementação das intervenções necessárias. Pode ainda, anexada ao Relatório Municipal, subsidiar as articulações e o aprimoramento das ações de investigação e prevenção dos óbitos, por exemplo, em reuniões da equipe de vigilância e/ou do Comitê com os profissionais de saúde, gestores, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite.	P23-P29, P35.1-P54.9, P55.8-P61, P70-P83, P93, P96.2
XX	Complicações de assistência médica e cirúrgica; sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte	Y40-Y98
Redutíveis através de parcerias com outros setores		
I	Doenças infecciosas intestinais; algumas doenças bacterianas zoonóticas; rickettssioses; raiva; febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais; doenças pelo vírus da imunodeficiência humana; outras doenças por vírus; doenças devidas a protozoários; helmintíases; pediculose, acariase e outras infestações; sequelas de doenças infecciosas e parasitárias; outras doenças infecciosas	A00-A09, A20-A28, A75-A79, A82, A90-A99, B20-B34, B50-B94, B99
II	Neoplasias [tumores]	C00-D48
III	Anemia por deficiência de ferro não especificada; anemia por deficiência de folato não especificada; anemia por deficiência de proteínas; anemia escorbútica	D50.9, D52.9, D53.0, D53.2
IV	Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
XVII	Malformações congênitas do olho, do ouvido, da face e do pescoço; malformações congênitas do aparelho circulatório; malformações congênitas do nariz; lobo pulmonar supranumerário; seqüestro pulmonar; bronquectasia congênita; tecido ectópico intrapulmonar; malformação congênita não especificada do pulmão; outras malformações congênitas do aparelho circulatório (exceto as não especificadas); fenda labial e fenda palatina; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto agenesia, aplasia e hipoplasia do pâncreas, pâncreas anular, cisto pancreático congênito, outras malformações congênitas do pâncreas e do duto pancreático e malformação congênita não especificada do aparelho digestivo); malformações congênitas dos órgãos genitais; malformações congênitas do aparelho urinário; malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular; outras malformações congênitas (exceto malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte, outras malformações congênitas especificadas e malformações congênitas não especificadas)	Q10-Q30, Q33.1-Q33.2, Q33.4-Q33.5, Q33.9, Q34.0-Q34.8, Q35-Q44, Q45.8, Q50-Q89.4
XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (não utilizadas em mortalidade)	S00-T98
XX	Acidentes de transporte; outras causas externas de traumatismos accidentais; agressões; eventos cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra	V00-X59, X85-Y36
Não evitáveis		
I	Síndrome de Waterhouse-Friderichsen; infecções de transmissão predominantemente sexual (exceto sífilis congênita); hepatite viral (exceto hepatite aguda B)	A39.1, A51-A64, B15, B17-B19
III	Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	D80-D89
VI	Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central (exceto ataxia hereditária); doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos; outras doenças degenerativas do sistema nervoso; doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	G10, G12-G37
X	Influenza devida a vírus da influenza identificado; influenza devida a vírus não identificado	J10-J11
XVI	Desconforto respiratório do recém-nascido	P22
XVII	Malformações congênitas do sistema nervoso; malformações congênitas da laringe; malformações congênitas da traquéia e dos brônquios; pulmão cístico congênito; agenesia do pulmão; hipoplasia e displasia do pulmão; outras malformações congênitas do pulmão; malformações congênitas não especificadas do aparelho respiratório; outras malformações congênitas do aparelho digestivo (exceto as especificadas); malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte; outras malformações congênitas especificadas; malformações congênitas não especificadas; anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	Q00-Q07, Q31-Q33.0, Q33.3, Q33.6-Q33.8, Q34.9, Q45.0-Q45.3, Q45.9, Q89.7-Q89.9, Q90-Q99
XVIII	Síndrome da morte súbita na infância	R95
Mal definidas		
XVI	Outros transtornos originados no período perinatal (exceto reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e ao recém-nascido e sintomas de abstinência do uso de drogas terapêutica no recém-nascido)	P90-P92, P94-P96.1, P96.3-P96.9
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (exceto síndrome da morte súbita na infância)	R00-R94, R96-R99
Não classificadas		
I	Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos	B95-B97
V	Transtornos mentais e comportamentais (exceto retardamento mental e transtornos globais do desenvolvimento)	F00-F69, F80-F83, F88-F99

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
VI	Meningite em doença bacteriana classificada em outra parte; meningite em outras doenças infecciosas classificadas em outra parte; encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte; abscesso e granuloma intracranianos e intraspinais em doenças classificadas em outra parte	G01*, G02*, G05*, G07*
IX	Outros transtornos do aparelho circulatório em doenças classificadas em outra parte	I98*
XIII	Doença de Kienbock do adulto	M93.1
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XX	Lesões autoprovocadas intencionalmente	X60-X84
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (não utilizados em mortalidade)	Z00-Z99

ANEXO F – Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (MALTA et al, 2007)

Lista de causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos de idade

1. Causas evitáveis
 - 1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção
 - 1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido
 - 1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação
 - 1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto
 - 1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido
 - 1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento
 - 1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde
2. Causas mal-definidas
3. Demais causas (não claramente evitáveis)

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
Causas evitáveis		
1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção		
I	Tuberculose Tétano neonatal Outros tipos de tétano Difteria Coqueluche Poliomielite aguda Sarampo Rubéola Hepatite B Caxumba	A15 a A19 A33 A35 A36 A37 A80 B05 B06 B16 B26.0
VI	Meningite por Haemophilus	G00.0
XVI	Rubéola congênita Hepatite viral congênita	P35.0 P35.3
1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido		
1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação		
I	Sífilis congênita Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	A50 B20 a B24

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
XVI	Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido	P00; P04 P01 P05 P07 P55.0; P55.1 P55.8 a P57.9
1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto		
XVI	Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer Traumatismo de parto Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer Aspiração neonatal	P03 P08 P10 a P15 P20; P21 P24
1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido		
XVI	Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal Infecções específicas do período perinatal Hemorragia neonatal Outras icterícias perinatais Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do recém-nascido Transtornos hematológicos do recém-nascido Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido Desconforto respiratório do recém-nascido Outros transtornos originados no período perinatal	P23; P25 a P28 P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3 P50 a P54 P58; P59 P70 a P74 P60; P61 P75 a P78 P80 a P83 P22 P90 a P96
1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento		
I	Outras doenças causadas por clamídias Outras doenças bacterianas	A70 a A74 A30; A31; A32; A38; A39; A40; A41; A46; A49
III	Anemias nutricionais	D50 a D53
IV	Hipotireoidismo congênito <i>Diabetes mellitus</i> Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria e deficiência congênita de lactase Desidratação	E03.0; E03.1 E10 a E14 E70.0 e E73.0 E86
VI	Meningite Epilepsia	G00.1 a G03 G40; G41
IX	Febre reumática e doença cardíaca reumática	I00 a I09
X	Infecções agudas das vias aéreas superiores Pneumonia Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores Edema de laringe Doenças crônicas das vias aéreas inferiores Doenças pulmonares devidas a agentes externos	J00 a J06 J12 a J18 J20 a J22 J38.4 J40 a J47, exceto J43 e J44 J68 a J69

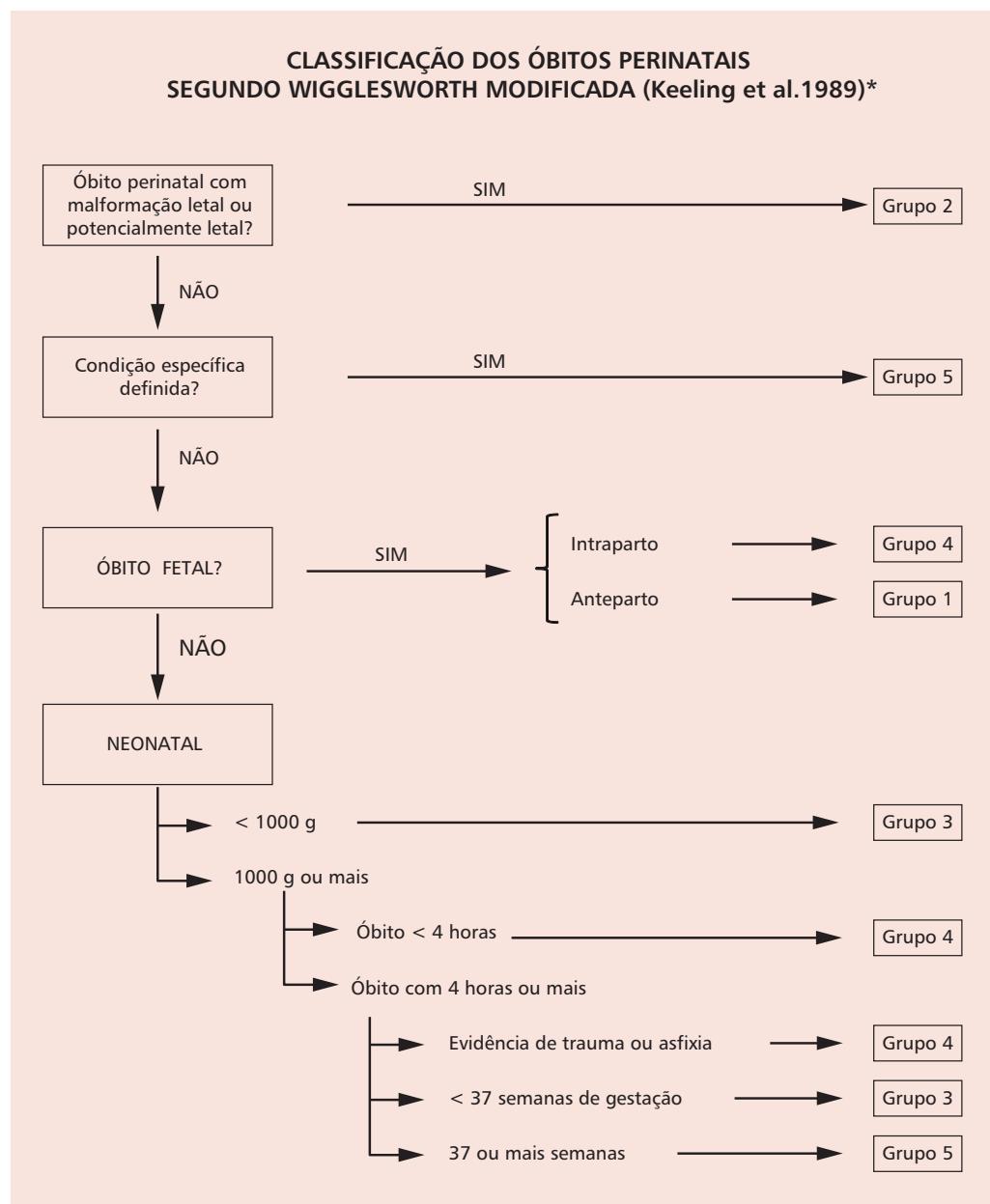
Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
XIV	Infecção do trato urinário	N39.0
XVII	Síndrome de Down	Q90
1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde		
I	Doenças infecciosas intestinais Algumas doenças bacterianas zoonóticas Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais Ricketssioses Raiva Doenças devidas a protozoários Helmintíases Outras doenças infecciosas	A00 a A09 A20 a A28 A90 a A99 A75 a A79 A82 B50 a B64 B65 a B83 B99
IV	Deficiências nutricionais	E40 a E64
XX	Acidentes de transportes Envenenamento accidental por exposição a substâncias nocivas Intoxicação accidental por outras substâncias Quedas accidentais Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas Exposição às forças da natureza Afogamento e submersão accidentais Outros riscos accidentais à respiração Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente Agressões Eventos cuja intenção é indeterminada Exposição a forças mecânicas inanimadas Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	V01 a V99 X40 a X44 X45 a X49 W00 a W19 X00 a X09 X30 a X39 W65 a W74 W75 a W84 W85 a W99 X85 a Y09 Y10 a Y34 W20 a W49 Y60 a Y69 Y83 a Y84 Y40 a Y59
2. Causas de morte mal-definidas		
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	R00 a R99, exceto R95
3. Demais causas (não claramente evitáveis)		
	As demais causas de morte	

ANEXO G – Fluxograma da classificação dos óbitos perinatais segundo Wigglesworth modificada

A classificação de Wigglesworth, (Wigglesworth, 1980; Keeling et al, 1989) é utilizada em diversos países do mundo para análise do óbito perinatal (fetais e neonatais precoces). Aponta os principais grupos de causas de óbito perinatal, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde. Utiliza informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise de prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços. Essa classificação pode ser aplicada, também, para os óbitos infantis por causas perinatais; não contempla os óbitos infantis por outras causas. Os grupos de causas são excludentes, ou seja, cada caso deve ser categorizado em apenas um grupo de causas.

Grupo de causas

- 1) Anteparto: morte fetal que ocorre antes do trabalho de parto
Taxas elevadas: falhas na atenção pré-natal e condições maternas adversas.
- 2) Malformação congênita
Taxas elevadas: falhas no diagnóstico / terapia na gravidez (lesões potencialmente tratáveis).
- 3) Imaturidade: nascidos vivos com menor que 37 semanas de gestação, sem hipóxia /anóxia; todos os nascidos vivos com peso ao nascer menor que 1000 gramas.
Taxas elevadas: falhas no manejo obstétrico e pré-natal /neonatal
- 4) Asfixia: perda fetal intraparto; óbito fetal sem maceração; “fresh stillbirth”, ou seja, natimorto recente (menos que 12 horas); óbitos neonatais por hipóxia, exceto peso ao nascer menor que 1000g.
Taxas elevadas: falhas no manejo obstétrico e/ou reanimação neonatal.
- 5) Causas específicas: óbitos por infecções específicas (TORSCH), causas típicas de prematuridade em recém nascidos, outros.
Taxas elevadas: falhas na assistência pré-natal e assistência ao RN



* Traduzido por Leite, AM. Adaptado por Lansky, S.

ANEXO H – Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.**

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, e

Considerando a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e suas alterações, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando o Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde e define a sistemática de financiamento;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº. 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas; e

Considerando a Resolução CFM nº. 1.779/2005, que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito,

RESOLVE:

Capítulo I **Das Disposições Iniciais**

Art. 1º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 2º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre nascidos vivos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Capítulo II **Das Competências**

Art. 3º A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), como gestora nacional do SIM e do SINASC, tem as seguintes atribuições:

I – Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas;

II – Consolidar e avaliar os dados processados e transferidos pelos Estados;

III – Estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível Estadual;

IV- Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;

V – Retroalimentar os dados para os integrantes do Sistema; e

VI – Divulgar informações e análises epidemiológicas.

§ 1º Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, a SVS/MS garantirá ferramentas que assegurem aos Gestores Estaduais/Distrito Federal, Municipais e aos Chefes de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a retroalimentação automática dos dados de interesse transferidos ao módulo nacional do sistema.

§ 2º A SVS/MS é responsável pela geração e manutenção do cadastro de acesso dos Gestores Estaduais ao módulo nacional do sistema, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema.

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde, gestoras estaduais do SIM e do SINASC, em consonância com normas e diretrizes nacionais, têm as seguintes atribuições:

I – Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até o nível municipal;

II – Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território;

III – Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal e/ou regional;

IV – Remeter regularmente os dados ao nível nacional do sistema, dentro dos prazos estabelecidos nesta Portaria;

V – Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;

VI – Retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

VII – Divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VIII – Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Estado, em caráter complementar à atuação do nível Federal.

§ 1º Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, o Gestor Estadual dos sistemas será responsável pela geração e manutenção do cadastro dos Gestores Municipais, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS/MS no módulo nacional do sistema.

§ 2º Os Gestores Municipais de localidades com a presença de população indígena aldeada em seu território, devem estabelecer pactuação com os Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas referente a operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Município.

Art. 5º As Secretarias Municipais de Saúde, gestoras do SIM e do SINASC no âmbito municipal, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais, têm as seguintes atribuições:

I – coletar, processar, consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificantes;

II – transferir os dados em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos pelos níveis nacional e estadual;

III – desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

IV – retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;

V – divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VI – estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Art. 6º O órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, terá as seguintes atribuições em relação à operacionalização do SIM e do SINASC:

I – Estabelecer parceria com a SVS/MS e pactuação com os gestores estaduais e distritais indígenas, referente a operacionalização do SIM e SINASC na área de intersecção entre estes;

II – Gerar e manter o cadastro dos Chefes Distritais de Saúde Indígena, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS no módulo nacional do sistema;

III – Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até a esfera distrital do Subsistema de Saúde Indígena.

IV – Desenvolver ações, em parceria com a SVS/MS, visando o aprimoramento da qualidade da informação;

IV – Divulgar informações e análises epidemiológicas; e

V – Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas, em consonância com as normas e diretrizes nacionais e estaduais.

Art. 7º Compete aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enquanto coordenadores do SIM e do SINASC no recorte territorial de sua área de abrangência, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais:

I – Estabelecer pactuação com os gestores municipais para operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Distrito;

II – coletar, processar e consolidar os dados provenientes dos eventos ocorridos em aldeias indígenas;

III – analisar os dados provenientes de eventos envolvendo indígenas, independente do local de ocorrência;

IV – transferir os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos níveis nacional e estadual;

V – desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

VI – retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;

VII – divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VIII – estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito de seu território, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Parágrafo único. A competência dos DSEI no que se refere à alimentação de óbitos e nascimentos no SIM e SINASC, refere-se exclusivamente aos eventos ocorridos em aldeias indígenas, sendo que os eventos envolvendo indígenas, ocorridos fora destes territórios são de competência dos gestores Estaduais e Municipais do SUS, e seus registros nestes sistemas, estarão acessíveis aos DSEI por meio de retroalimentação.

Art. 8º Compete ao Distrito Federal, no que couber, as atribuições referentes a estados e municípios.

Capítulo III Dos Sistemas e Documentos-padrão

Seção I Do Sistema Informatizado

Art. 9º O Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS/SVS/MS) é o responsável pela distribuição das versões atualizadas dos sistemas informatizados, necessários

ao processamento dos dados coletados e registrados nos documentos-padrão, bem como a definição das estruturas responsáveis pelo treinamento e suporte técnico para implantação, operação, monitoramento e avaliação dos sistemas junto às Secretarias Estaduais de Saúde, que os repassarão para as Secretarias Municipais, de acordo com estratégias estabelecidas por cada Unidade Federada.

§ 1º A distribuição de versões personalizadas do aplicativo informatizado para atender especificidades dos DSEI será realizada pelo DASIS/SVS/MS que as repassarão ao órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que as distribuirão para os DSEI.

Seção II **Dos Documentos-padrão**

Art. 10. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito (DO), constante no Anexo I desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como o documento hábil para os fins do Art. 77, da Lei nº. 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil.

Art. 11. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), constante do Anexo II desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei nº 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil.

§ 1º A emissão da DN em caso de registro tardio, deve ser regulamentada pelas SES na área de sua competência, não podendo, entretanto, ocorrer para eventos anteriores à implantação do SINASC em cada Unidade Federada.

§ 2º O DASIS/SVS/MS elaborará e divulgará regularmente as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN, bem como os conceitos, critérios e definições de cada campo das declarações.

Art. 12. A DO e a DN devem ter sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da SVS/MS, que poderá delegá-las às Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação.

§ 1º A DO e a DN devem ser impressas com sequência numérica única, em conjuntos de três vias autocopiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS que poderá ser fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver a pactuação prevista no caput deste Artigo.

§ 2º Cabe ao DASIS/SVS/MS, o controle da numeração que será utilizada nos formulários de ambos os sistemas.

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde que pactuarem a delegação prevista no *caput* deste Artigo, deverão solicitar ao DASIS/SVS/MS, a faixa numérica a ser utilizada sempre que for necessária a impressão de novos formulários.

Art. 13. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição das DO e DN, diretamente ou por meio das suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização de cada um dos documentos-padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os DSEI deverão informar e manter atualizado o módulo de distribuição de documentos-padrão, DO e DN, no aplicativo informatizado dos sistemas.

§ 2º A distribuição de DO e DN para DSEI cuja área de abrangência extrapole os limites de uma UF, será de responsabilidade do órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, mediante pactuação com a SVS/MS.

§ 3º A SVS/MS deverá apresentar padrão para inter-operabilidade entre o módulo de distribuição de documentos-padrão SIM-SINASC e os sistemas informatizados de controle de documentos-padrão das UF, que disponham de ferramenta mais completas e eficazes, permitindo que estas os utilizem em substituição aos sistemas oficiais, após análise técnica e pactuação com o Ministério da Saúde.

§ 4º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO para as seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a ser responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

I – Estabelecimentos e Serviços de Saúde, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;

II – Institutos Médicos Legais (IML);

III – Serviços de Verificação de Óbitos (SVO); e

IV – Médicos cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

§ 5º É vedada a distribuição da DO às empresas funerárias.

§ 6º É permitida a distribuição de formulários de DO para cartórios de Registro Civil, somente em localidades onde não exista médico, salvo decisão em contrário do Gestor Municipal de Saúde a ser pactuada nas instâncias colegiadas do SUS com a Secretaria Estadual de Saúde, e em consonância com a Corregedoria de Justiça local.

§ 7º Os DSEI deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO e DN para os profissionais de saúde cadastrados pelo órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que passarão a ser responsáveis solidários pela série numérica recebida.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DN para às seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a ser responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

I – Estabelecimentos e Serviços de Saúde, onde possam ocorrer partos, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;

II – Médicos e enfermeiros, parteiras tradicionais reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde, que atuem em partos domiciliares, cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde; e

III – Cartórios de Registro Civil.

§9º A emissão indevida da DO e DN, quando conhecida, deve ser denunciada aos órgãos competentes pela instância que tinha a sua guarda, e pela instância que diretamente a distribuiu ao Notificador que tinha a última guarda.

Seção III Do Processamento dos Dados

Art. 14. A SES deve organizar a logística de processamento de dados, cobrindo todo o território da UF, incluindo a definição do local onde serão processados os dados de eventos ocorridos em municípios que, por qualquer motivo, não assumam diretamente esta atribuição.

Parágrafo único. A ausência de condições em assumir o processamento de dados, não isenta o Município de todas as demais responsabilidades envolvidas na gestão do sistema, como distribuição e controle de documentos, coleta, busca ativa, aprimoramento da qualidade, investigação, etc.

Art. 15. A SES e a SMS devem manter equipes para manutenção dos sistemas de informação, composta dos profissionais necessários às várias funções assumidas, incluindo a codificação de causas de mortalidade.

Art. 16. Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

§ 1º O processamento dos dados das DO emitidas pelos IML e SVO poderá, a critério da SES, ser realizado no Município que sedia o referido serviço e não no Município de ocorrência, de forma a assegurar o seu efetivo processamento.

§ 2º Além da retroalimentação de eventos de residentes ocorridos fora do Município ou UF, a SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação aos municípios de ocorrência de dados de eventos processados em outros municípios ou UF.

§ 3º Os eventos ocorridos em aldeias indígenas, terão as DO e as DN processadas sob a responsabilidade do DSEI da área de abrangência correspondente, conforme lista constante do Anexo III.

§ 4º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação dos dados de eventos ocorridos e processados nos DSEI, aos municípios e UF onde as aldeias estejam sediadas.

§ 5º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar que os dados de eventos ocorridos fora do Município de residência possam ter os dados de endereçamento qualificados no sistema informatizado, pelo Município de residência, após a retroalimentação, visando à busca ativa e vigilância a saúde do RN.

Seção IV

Das atribuições e responsabilidades dos médicos sobre a emissão da Declaração de Óbito

Art. 17. A emissão da DO é de competência do médico responsável pela assistência ao paciente, ou substitutos, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por este ato é atribuída ao médico do IML ou equivalente.

Art. 18. Os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade do médico que atestou a morte, cabendo ao atestante preencher pessoalmente e revisar o documento antes de assiná-lo.

Art 19. A competência para a emissão da DO será atribuída com base nos seguintes parâmetros:

I – Nos óbitos por causas naturais com assistência médica, a DO deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, ou de acordo com as seguintes orientações:

a) A DO do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua ausência ou impedimento, pelo médico substituto, independente do tempo decorrido entre a admissão ou internação e o óbito;

b) A DO do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

c) A DO do paciente em tratamento sob regime domiciliar – na Estratégia Saúde da Família (ESF), internação domiciliar e outros – deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, podendo ainda ser emitida pelo SVO, caso o médico não disponha de elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições; e

d) Nas localidades sem SVO ou referência de SVO definida pela CIB, cabe ao médico da ESF ou da Unidade de Saúde mais próxima verificar a realidade da morte, identificar o falecido e emitir a DO, nos casos de óbitos de paciente em tratamento sob regime domiciliar, podendo registrar “morte com causa indeterminada” quando os registros em

prontuários ou fichas médicas não ofereçam elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento que fazia. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar “causa indeterminada” na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo, entretanto, se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

II – Nos óbitos por causas naturais, sem assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

a) Nas localidades com SVO, a DO deverá ser emitida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar “causa indeterminada” na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

III – Nos óbitos fetais, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a DO quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 (vinte) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros.

IV – Nos óbitos não fetais, de crianças que morreram pouco tempo após o nascimento, os médicos que prestaram assistência à mãe ou à criança, ou seus substitutos, ficam obrigados a fornecer a DO independente da duração da gestação, peso corporal ou estatura do recém-nascido, devendo ser assegurada neste caso também a emissão da Declaração de Nascidos Vivos pelo médico presente ou pelos demais profissionais de saúde.

V – Nas mortes por causas externas:

a) Em localidade com IML de referência ou equivalente, a DO deverá, obrigatoriamente, ser emitida pelos médicos dos serviços médico-legais, qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente; e

b) Em localidade sem IML de referência ou equivalente, a DO deverá ser emitida por qualquer médico da localidade, ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*), qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente.

§ 6º Nos óbitos ocorridos em localidades onde exista apenas um médico, este é o responsável pela emissão da DO.

§ 7º Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, a emissão das 3 (três) vias da DO deverá ser solicitada ao Cartório do Registro Civil de referência, pelo responsável pelo falecido, acompanhado de 2 (duas) testemunhas, em conformidade com os fluxos acordados com as corregedorias de Justiça local.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão indicar o médico que emitirá a DO, de acordo com o preconizado acima, caso restem dúvidas sobre a atribuição.

§ 9º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SIM.

Seção V Do Fluxo da Declaração de Óbito

Art. 20. No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimento de saúde, a DO emitida na Unidade Notificadora terá a seguinte destinação:

I – 1^a via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2^a via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3^a via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 21. No caso de óbito natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde e com assistência médica, a DO preenchida pelo médico responsável, conforme normatizado na Seção IV, terá a seguinte destinação:

I – 1^a e 3^a vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II – 2^a via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Parágrafo único. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades sem SVO, as vias da DO emitidas pelo médico do Serviço de Saúde mais próximo, ou pelo médico designado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com o § 8º do Art. 19 desta Portaria, deverão ter a mesma destinação disposta no caput deste Artigo.

Art. 22. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades com SVO, a DO emitida pelo médico daquele Serviço deverá ter a seguinte destinação:

I – 1^a via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2^a via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3^a via: Serviço de Verificação de Óbitos.

Art. 23. No caso de óbito natural ocorrido em localidade sem médico, a DO preenchida pelo Cartório do Registro Civil terá a seguinte destinação:

I – 1^a e 3^a vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e

II – 2^a via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se de todos os meios disponíveis para esta finalidade.

§ 2º No caso de óbito de indígena ocorrido em aldeia, nas condições do caput deste Artigo, a 1^a via será coletada pelo DSEI para processamento dos dados.

Art. 24. No caso de óbito natural ocorrido em aldeia indígena, com assistência médica, a DO emitida terá a seguinte destinação:

I – 1^a via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

II – 2^a via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3^a via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 25. Nos casos de óbitos por causas accidentais e/ou violentas, as três vias da DO, emitidas pelo médico do IML de referência, ou equivalente, deverão ter a seguinte destinação:

I – 1^a via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2^a via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3^a via: Instituto Médico Legal.

Art. 26. Nos casos de óbitos por causas accidentais e/ou violentas, nas localidades onde não exista IML de referência, ou equivalente, as três vias da DO, emitidas pelo perito designado pela autoridade judicial ou policial para tal finalidade, deverão ter a seguinte destinação:

I – 1^a e 3^a vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II – 2^a via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Seção VI

Das atribuições e responsabilidades profissionais de saúde ou parteiras tradicionais sobre a emissão da Declaração de Nascido Vivo

Art. 27. A emissão da DN é de competência dos profissionais de saúde, ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido (reconhecidas e vinculadas a unidades de Saúde), no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência.

§ 1º É obrigatória a emissão de DN para todo nascido vivo, independente da duração da gestação, peso e estatura do recém-nascido.

§ 2º Para o preenchimento da DN devem ser privilegiadas as informações prestadas pela puérpera, todos profissionais de saúde presentes em sala de parto, bem como todos os documentos disponíveis, como prontuários e anotações pertinentes.

Art. 28. Para partos domiciliares sem assistência de profissionais de saúde ou parteiras tradicionais, a DN deverá ser emitida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado.

Art. 29. Os nascimentos sem assistência, ocorridos em famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a DN deverá ser emitida por um profissional de saúde devidamente habilitado, pertencente à equipe ou unidade a que a mãe da criança esteja vinculada.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SINASC.

Seção VII

Do Fluxo da Declaração de Nascido Vivo

Art. 30. Para os partos hospitalares, a DN preenchida pela Unidade Notificadora terá a seguinte destinação:

I – 1^a via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2^a via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3^a via: arquivo da Unidade de Saúde junto a outros registros hospitalares da puérpera.

Art. 31. Para os partos domiciliares com assistência, a DN preenchida pelo profissional de saúde responsável pela assistência, deverá ter a seguinte destinação:

I – 1^a via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2^a via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3^a via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em Unidade de Saúde.

Art. 32. Para os partos domiciliares sem assistência de qualquer profissional de saúde ou parteiras tradicionais – reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde – a DN preenchida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado terá a seguinte destinação:

I – 1^a via: Cartório de Registro Civil, até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2^a via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de nascimento; e

III – 3^a via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta na unidade de saúde.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde e parteiras tradicionais.

Art. 33. Para os partos domiciliares de indígenas em aldeias, com assistência, a DN preenchida pelo profissional de saúde ou parteira tradicional responsável pela assistência, deverá ter a seguinte destinação:

I – 1^a via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

II – 2^a via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3^a via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde.

Capítulo IV

Da transferência dos dados, dos prazos e da regularidade

Art. 34. As Secretarias Estaduais de Saúde garantirão a transferência dos dados para o módulo nacional do Sistema, no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do nascimento ou óbito, no volume esperado, por meio eletrônico, via aplicativo, de modo contínuo, regular e automático, para alcançar as seguintes as metas e prazos:

I – Os parâmetros adotados para estipular o volume de eventos esperados serão definidos com base nas coberturas (razão entre coletados e esperados) alcançadas por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme os seguintes estratos:

a) Para as UF com cobertura superior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, o número de registros informados pela UF por meio do próprio sistema de informação nos últimos 5 (cinco) anos.

b) Para as UF com cobertura igual ou inferior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, valor calculado a partir das estimativas adotadas pelo gestor nacional do sistema para o ano corrente, e na sua ausência, para o ano anterior.

II – O parâmetro adotado para monitorar o volume de eventos a serem transferidos no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência será definido com base em um percentual pactuado anualmente, que deverá ser aplicado sobre a cobertura alcançada por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme Anexo IV.

III – O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica anualmente apontando em que estrato se enquadra cada UF para as finalidades que preconizam os incisos I e II deste Artigo.

IV – O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, definindo normas, fluxos e instrumentos sobre a notificação negativa de óbitos e nascimentos por local de ocorrência, que passa a ser então obrigatória, sempre que não ocorram óbitos em um determinado mês.

V – A SVS/MS poderá, por meio de normas específicas, definir prazos diferenciados para a digitação e envio de dados sobre eventos especiais, como óbitos infantis, maternos, e outros relacionados direta ou indiretamente a agravos de interesse epidemiológico.

Art. 35. As Secretarias Municipais de Saúde e os DSEI deverão disponibilizar os arquivos de transferência ao gestor estadual, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o encerramento do mês de ocorrência, com o volume esperado de registros, segundo parâmetros a serem definidos pelo gestor estadual para viabilizar o alcance de suas metas junto ao gestor nacional.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá indicar parâmetros para estimar volume esperado de nascimentos e óbitos por Município ou microregiões formadas por municípios de residência, como forma de apoiar o Gestor Estadual no acompanhamento do envio de dados pelos municípios de que trata o *caput* deste Artigo.

Art. 36. Os registros transferidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao módulo nacional do Sistema deverão ser avaliados quanto à qualidade, completude, consistência e integridade continuamente pelo Gestor Nacional dos sistemas.

§ 1º A qualidade, completude, consistência e integridade dos dados são de responsabilidade do nível de gestão do sistema que o gerou, devendo ser revisado, atualizado e retransmitido por este até a consolidação do banco de dados, sempre que percebida a necessidade ou demandado pelos demais níveis de gestão do sistema, nos prazos definidos pelos gestores nacional e estadual.

§ 2º A consolidação do ano estatístico pela SVS/MS deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art. 37. Os dados serão divulgados em caráter preliminar, e posteriormente em caráter definitivo, nos seguintes prazos:

I – Entre 30 de junho e 30 de agosto do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter preliminar; e

II – Até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial.

Art. 38. São responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM e do SINASC.

Capítulo V **Das Disposições Finais**

Art. 39. As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nos nesta Portaria, mediante pactuação na CIB referendada pela SVS/MS e:

I. Garantias de que não haja subnotificação dos eventos; e

II. Haja agilidade no sistema de informação, e o máximo de integração com o Sistema de Vigilância em Saúde local e nacional.

Art. 40. A SVS/MS emitirá norma complementar regulamentando o processo de investigação de óbitos e nascimentos, cujo registro na DO ou na DN tenha sido feito com qualidade inadequada aos padrões aceitáveis.

Parágrafo único. O resgate de registros de óbitos e nascimentos não documentados adequadamente por ocasião dos fatos será objeto desta normatização complementar, que tratará de instrumentos padrão e fluxos, com entrada identificada nos sistemas.

Art. 41. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão normatizar, no âmbito do Estado, a guarda das Declarações de Óbito e Nascimento utilizadas para o processamento da informação, podendo destruí-los para descarte em seguida, desde que obedecidos os seguintes prazos e critérios mínimos:

I – 10 (dez) anos para a guarda do documento impresso não digitalizado;

II – 3 (três) anos para a guarda do documento impresso que tenha sido digitalizado ou microfilmado;

III – A destruição dos documentos originais que tenham sido cancelados por erro de preenchimento, poderá ser feita imediatamente após conferência e a digitação de seu cancelamento no módulo de distribuição de documentos-padrão no sistema informatizado; e

IV – A guarda da via do prontuário deverá durar o mesmo tempo que durar a guarda do próprio prontuário.

Art. 42. As Secretarias Municipais de Saúde deverão incentivar o Registro Civil de Nascimentos e de Óbitos por meio de integração com os cartórios e o encaminhamento, orientação e sensibilização aos familiares dos nascidos ou falecidos sobre a importância deste ato.

Art. 43. A falta de alimentação de dados no SIM e no SINASC, no volume esperado com base nos arts. 34 e 35 desta Portaria, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados no prazo de um ano, ensejará a suspensão das transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios, dos recursos do bloco da Atenção Básica, em conformidade com o Art. 37 da Portaria nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

Parágrafo único. Os Estados, Distrito Federal e os Municípios têm um prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria para se adaptarem às regras de regularidade, para as finalidades de que trata o *caput* deste Artigo.

Art. 44. O Ministério da Saúde têm um prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, após a publicação desta Portaria, para disponibilizar as soluções de informática previstas nos compromissos assumidos com a retroalimentação por local de ocorrência, e 180 (cento e oitenta) dias para o desenvolvimento e implantação das soluções relacionadas aos aplicativos a serem distribuídos nas áreas indígenas, envolvendo aspectos relativos à sua territorialidade e questões étnicas específicas.

Art. 45. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 46. Fica revogada a Portaria nº 20/SVS, de 3 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 194, Seção 1, pág. 50, de 7 de outubro de 2003, e republicada no Diário Oficial da União nº 196, Seção 1, pág. 71, de 9 de outubro de 2003.

Gerson Oliveira Penna

Anexo I

Modelo da Declaração de Óbito (DO)

Anexo II

Modelo da Declaração de Nascimento (DN)

Anexo III

Distribuição dos DSEI e respectivos municípios

Anexo IV

Parâmetros adotados para monitoramento da regularidade no envio de dados

Parâmetros adotados para monitorar o volume de registros de óbitos e nascimentos a serem transferidos no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência:

I – UF com cobertura superior a 90% – Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 da projeção realizada a partir de uma série de dados do próprio sistema de informação nos últimos cinco anos.

II – UF com cobertura entre > 80 e < = 90% – Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 de 90% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos.

III – UF com cobertura entre > 70 e < = 80% – Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 de 80% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos

IV – UF com cobertura entre > 60 e < = 70% – Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 de 70% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos.

V – UF com cobertura < = 60% – Transferência de percentual a ser pactuado anualmente 1/12 de 60% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos.

ANEXO I – Modelo de Regimento Interno do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal

Adequar o texto conforme o nível de gestão (Estadual, Regional, Municipal ou Local – hospitalar, etc.) e os demais detalhes indicados.

REGIMENTO INTERNO

Título I – Da Caracterização e dos Objetivos

Art.1º- A Secretaria Estadual / Municipal de Saúde ou o Conselho Estadual / Regional / Municipal de Saúde institui o Comitê Estadual / Regional / Municipal de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CEPOIF/CRPOIF/CPOIF) do Estado _____ / da Regional _____ / do Município _____ de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2º – O CEPOIF/CRPOIF/CPOIF é um Comitê interinstitucional, com o objetivo de monitorar a ocorrência dos óbitos infantis e fetais, identificar e discutir as circunstâncias e os determinantes da mortalidade e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade infantil e fetal.

Título II – Das Finalidades

Art. 3º – São finalidades do CEPOIF/CRPOIF/CPOIF:

- Envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos.
- Divulgar a necessidade de instalação dos Comitês Regionais/Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados.
- Monitorar a situação e distribuição dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco.
- Conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência.
- Avaliar a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança pelos serviços de saúde.

- Identificar os óbitos infantis e fetais evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde.
- Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança.
- Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na área de atuação dos serviços.
- Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.
- Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.
- Elaborar relatório analítico semestral/anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

Título III – Da Composição

Art.4º – Serão membros natos: representante(s) da(s) equipe(s) de vigilância de óbitos estadual / regional / municipal, representantes de instituições governamentais participantes (listar).

Art. 5º – Serão membros indicados: representantes de instituições não governamentais e técnicas de reconhecida atuação no campo (listar).

Art. 6º – Serão membros convidados: _____ (listar).

Parágrafo único: Os membros convidados terão direito à voz, porém não a voto.

Art. 7º – A Presidência/Coordenação e a Vice-Presidência/Vice-Coordenação do Comitê serão preenchidas por um membro eleito entre seus pares, com mandato de dois/três/quatro anos.

Título IV – Do Funcionamento

Art. 8º – O CEPOIF/CRPOIF/CPOIF receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual / Municipal de Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância em Saúde/outro.

Para Comitês Estaduais: Art. 9º – O CPOIF estará representado no nível regional / estadual pelos Comitês Regional / Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

Art.10º – O CEPOIF/CRPOIF/CPOIF reunir-se-á ordinariamente uma/duas/....vez(es) a cada um/dois/... mês(es), e extraordinariamente, quantas vezes for necessário, por convocação de seu Presidente/Coordenador.

Art. 11 – As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente/Coordenador o voto de desempate.

Art. 12 – A atuação do CEPOIF/CRPOIF/CPOIF se dará conforme o seguinte fluxo: ____

Título V – Da Competência

Art. 13 – Ao presidente/coordenador compete _____

Art. 14 – Ao vice-presidente/coordenador compete _____

Art. 15 – Ao secretário executivo compete _____

Art. 16 – Aos membros do Comitê compete _____

Título VI – Das Disposições Gerais

Art. 19 – Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.

Art. 20 – Este Regimento entrará em vigor após sua publicação.

ISBN 978-85-334-1613-0



9 788533 4161 30

Disque Saúde
0800.61.1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Secretaria de Vigilância em Saúde
www.saude.gov.br/svs