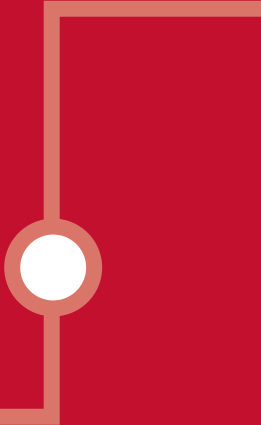


**Guia de Vigilância
Epidemiológica do**

Óbito Materno



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2009

© 2009 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: 1.^a edição – 2009 – 5.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação em Saúde

Organização: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Produção: Núcleo de Comunicação

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: www.saude.gov.br/svs

Coordenação Técnica

Vera Regina Barea

Elaboração Técnica

Deise Campos Cardoso Afonso

Regina Coeli Viola

Produção Editorial

Coordenação: Fabiano Camilo

Capa, projeto gráfico e diagramação: All Type Assessoria Editorial Ltda

Normalização: Editora/MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde.

Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

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

ISBN 978-85-334-1616-1

1. Mortalidade materna. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Série.

CDU 314.14 -055.26

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0617

Títulos para indexação:

Em inglês: Surveillance epidemiological guide of maternal death

Em espanhol: Guía de vigilancia epidemiológica del óbito materno

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO	9
3 COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA	23
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS	28
Anexo A – Modelo de Regimento Interno – adequar o texto conforme o nível de gestão (Estadual, Regional, Municipal ou Local – hospitalar, etc.) e os demais detalhes indicados.	30
Anexo B – Declaração de óbito	32
Anexo C – Orientação geral para utilização dos instrumentos de vigilância do óbito materno	33
Anexo D – Portaria GM nº 1.119, de 05 de junho de 28/08/2008	38
Anexo E – Resolução CFM nº 1.779/2005 (Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121)	49
Anexo F – Conceitos Básicos e Métodos de Cálculo da Razão de Mortalidade Materna	52
Anexo G – Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009	58
Anexo H – Modelo de planilha de óbito de mulheres em idade fértil	84

APRESENTAÇÃO

A redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Ciente dessa realidade, o Governo Brasileiro tem assinado acordos e tratados internacionais. Durante reunião da Cúpula do Milênio em 2000, líderes de 191 países, incluindo o Brasil, assinaram um compromisso para diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo até 2015, por meio de oito iniciativas que foram chamadas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), entre as quais destaca-se a redução da mortalidade materna.

O Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva lançou, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que reconhece a vigilância do óbito materno, por intermédio da organização da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e da criação dos Comitês de Mortalidade Materna, como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos.

O Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos. A Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004, definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho, regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação.

Este ano, por iniciativa do Presidente da República foi articulada uma ação nacional, reunindo a União, estados e municípios para enfrentar a redução da mortalidade infantil nos estados da Amazônia legal e da Região Nordeste. Uma vez que a mortalidade neonatal é o componente de maior destaque na mortalidade infantil, a organização da vigilância epidemiológica da morte materna foi apontada como uma ação estratégica para o alcance dos objetivos dessa ação articulada.

Neste contexto, a publicação deste Guia tendo como público-alvo os gestores municipais e estaduais das áreas de vigilância e saúde da mulher é fundamental na orientação da organização da vigilância epidemiológica da morte materna em áreas prioritárias da Amazônia Legal e Região Nordeste do Brasil. O resultado deste trabalho irá contribuir para o fortalecimento do Sistema de Informação de Mortalidade e para a elaboração de políticas de saúde que reflitam as necessidades da população.

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento.

Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde UNICEF, UNPFA e o Banco Mundial, estimou que, em 2005 aproximadamente 536.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 1 5% delas viviam em países desenvolvidos.

Nas Américas, essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente quando vimos que Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, países como Bolívia e, Peru chegam a mais de 200 óbitos e Haiti tem uma razão de mortalidade materna de 670 óbitos maternos por 100 mil N.V. Em toda a América Latina, cerca de 15 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde locais fossem semelhantes às dos países desenvolvidos. Em alguns países com situação econômica desfavorável, como Cuba e Costa Rica, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser um indicador da decisão política de garantir a saúde a esta parcela da população.

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isto ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

No Brasil, em 2006 a razão de mortalidade materna obtida a partir de óbitos declarados foi de 55 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e a razão de mortalidade materna corrigida, aplicando-se fator de correção resultante de estudo promovido pelo Ministério da Saúde e realizado pelo Dr. Ruy Laurenti e colaboradores, foi de 77 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.623 óbitos maternos.

As maiores razões de mortalidade materna são encontradas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

As mortes maternas por causas obstétricas diretas vêm respondendo por cerca de dois terços desses óbitos, denotando a baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar prestadas às mulheres brasileiras.

A análise por grupos de causas demonstra que a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto são as cinco principais causas de morte materna.

O preenchimento da variável raça/cor tem apresentado uma melhora considerável. A falta de informação neste quesito em 1996 foi de 7,5%. A proporção de óbitos maternos de mulheres negras responde por pouco mais da metade dos óbitos maternos, considerando-se população negra como aquela composta por pessoas de cor preta somadas às de cor parda.

A região sul apresentou a maior concentração de óbitos de mulheres brancas, as regiões norte e nordeste de mulheres pardas, enquanto a região sudeste se destaca com a maior proporção de mulheres negras.

No período de 2002 a 2006 as mortes maternas por causas obstétricas diretas foram mais elevadas entre as mulheres pardas (com variações entre 72,8 e 76,1%). Com exceção dos anos 2002 e 2004 em que prevalecem as mulheres com raça/cor preta. O grupo de mulheres pretas foi aquele que apresentou uma redução proporcional gradual no período analisado (de 75 para 65,7%). Embora, tenha sido menos significativo o grupo das mulheres brancas, também, apresentou uma redução proporcional de 4,3% no período.

As mulheres de raça/cor brancas e pretas apresentaram as maiores proporções de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas entre 2002 e 2006.

Com relação aos óbitos maternos por aborto são as mulheres de raça/cor pretas que apresentaram as maiores proporções, no período considerado, com exceção do ano de 2005, em que o grupo de mulheres brancas se sobressai.

2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO

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 1172 de 15 de junho de 2004 (Anexo IX) 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 à atuação dos municípios” (BRASIL, 2004b). Portanto, as secretarias de saúde devem designar uma equipe de vigilância de óbitos de referência do município e do estado.

Em 2008 a vigilância epidemiológica da morte materna foi regulamentada pela Portaria GM nº 1119 de 5 de junho de 2008 (Anexo D) que estabelece fluxos e prazos para agilizar a disponibilidade de informações pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade.

NOTIFICAÇÃO DO ÓBITO MATERNO

A notificação do óbito se faz pelo preenchimento e encaminhamento da Declaração de Óbito gerada na fonte notificadora para a Secretaria Municipal de Saúde.

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 aos 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, art. 77).

A **Declaração de Óbito** (Anexo B) 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 “O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005). 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 devida e 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” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005) 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 médico legal” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005). 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 Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Caso este 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 à mulher emitirá a DO. Para óbitos de mulheres internadas sob regime hospitalar a DO deverá ser fornecida pelo médico assistente, e na sua ausência, por médico substituto pertencente à instituição. Se a mulher estava em tratamento sob regime ambulatorial a DO deve ser fornecida pelo médico designado pela instituição que prestava a assistência ou pelo SVO. Se a mulher estava em tratamento sob regime domiciliar, a DO deve ser emitida pelo médico do Programa de Saúde da Família ou do Programa de Internação Domiciliar e outros assemelhados, pelo qual 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” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005) – a DO deve obrigatoriamente ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML) e, nos municípios sem IML, qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual.

Preenchimento da DO

O modelo de DO adotado no Brasil desde 1999 é constituído por nove blocos, com 62 variáveis (Anexo B).

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, contém informações sobre as causas da morte, de grande importância epidemiológica. 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” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A causa básica é “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Conforme a recomendação internacional, essa deve ser escrita na linha mais inferior da Parte I, geralmente na linha “d”. A causa básica dá origem a algumas complicações (causas consequenciais) que devem ser registradas nas linhas acima (c, b ou a); a última causa consequencial, registrada na linha “a”, é chamada causa terminal ou imediata.

Deve-se registrar um diagnóstico por linha, preferencialmente. 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, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre a mortalidade, de forma a permitir que se trace o perfil epidemiológico da população. 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 causa básica que conduziu ao óbito. As causas registradas nesta 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” (BRASIL; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS, 2009).

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

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.

Fluxo da DO

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

A Portaria SVS/MS nº. 116 (Anexo G), que 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 define que 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 Sistema Único de Saúde (SUS) com a Secretaria Estadual de Saúde, e em consonância com a Corregedoria de Justiça local.

No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimentos de saúde, a primeira via deve ser entregue preenchida diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. A segunda via deve ser entregue à família para obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do 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 acidentais 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 local em que ocorreu o óbito para emissão da Certidão de Óbito, o que permite identificar os casos por local 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 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 12/02/2009 – Anexo G).

OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, a medida que permite a identificação daqueles que não foram informados corretamente e os que não tem declarações de óbitos registradas ou não entraram no

sistema de informação. Proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite a correção dos dados pessoais da falecida, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade e do preenchimento da declaração de óbito, sendo indispensável para a definição de intervenções voltadas para evitar novas mortes.

Definição do grupo técnico responsável pela investigação

A vigilância epidemiológica da morte materna deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal.

Assim, as secretarias municipais de saúde devem instituir um grupo técnico responsável pela investigação. Salienta-se que a equipe de vigilância de óbitos, a ser designada pelo gestor, tem um conceito amplo e flexível, adequada ao contexto local. A equipe de vigilância epidemiológica do município pode ser complementada por outros profissionais de saúde como os técnicos do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), da Equipe Saúde da Família, dentre outros.

O envolvimento da equipe da atenção básica responsável pela área de abrangência do local de residência da família é da maior relevância na investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos de forma a garantir o acesso aos registros dos serviços de saúde e a realização das entrevistas domiciliares em tempo oportuno.

A equipe de vigilância de óbitos de referência do município, qualquer que seja sua composição, deve estar articulada com os Comitês Hospitalares, Municipal, Regional ou Estadual. 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.

Nos estabelecimentos de saúde, o NHE e, na falta de sua implantação, as direções técnicas, clínicas e de enfermagem dos estabelecimentos assistenciais ou as estruturas específicas designadas pelo gestor local, deverá realizar busca ativa diária dos óbitos 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 pode ser feita por técnicos do NHE ou técnicos 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 conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência no município de residência da mãe, e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local em que faleceu ou recebeu assistência para pré-natal, parto, aborto ou puerpério.

Fichas de Investigação do Óbito Materno

A Ficha para Investigação do Óbito Materno do Ministério da Saúde busca padronizar o processo de vigilância epidemiológica do óbito materno. Apresentam em sua composição campos referentes à identificação do óbito, os dados pessoais da falecida, a história obstétrica, antecedentes pessoais, as críticas dos familiares ao atendimento, a história das internações, os dados da assistência (ao pré-natal, ao parto ou aborto, às urgências e emergências maternas, ao puerpério), as condições do recém-nato e o laudo de necropsia, quando for o caso.

A análise de evitabilidade do óbito, a identificação de problemas e as intervenções necessárias são registradas na Ficha de Investigação do Óbito Materno – Síntese, Conclusões e Recomendações.

As orientações para aplicação destes instrumentos estão no Anexo C.

Nos óbitos de mulheres em idade fértil para os quais não se esclarece as causas de morte, deve ser aplicado o método da Autópsia Verbal (AV).

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 falecida que conviveram com ela durante a doença que levou à morte. Sua análise permite ao médico identificar a sequência de eventos que levou ao óbito. Este 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 estrutura 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.

Fontes de identificação/captação do óbito materno

O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação é a Declaração de Óbito – DO (Anexo B). Portanto, deve-se verificar nas regionais, municípios ou distritos de saúde, de acordo com a realidade local, se o fluxo da DO está organizado e se é ágil. É necessário formalizar este fluxo e adotar medidas que assegurem a chegada das DO nas secretarias municipais, o mais breve possível.

A visita domiciliar traz esclarecimentos fundamentais sobre as circunstâncias dos óbitos, uma vez que o óbito da mulher conduz, com frequência, à desintegração familiar ocorrendo mudança de domicílio, a agilidade no fluxo da DO é indispensável para garanti-la em tempo oportuno.

Destaca-se que o serviço onde ocorreu o óbito ou o médico que emitiu a declaração de óbito tem um prazo de quarenta e oito horas, contados a partir da ocorrência do óbito, para informar o óbito, com o envio da primeira via da DO ao gestor municipal do SIM,

tendo a Secretaria Estadual de Saúde um prazo de 30 dias para disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde.

Para a detecção eficaz do maior número de casos de óbitos maternos e a captação de informações detalhadas sobre cada uma dessas mortes, é preciso promover a integração de dados provenientes de fontes diversas, de modo que a captação do óbito por um deles permita a recuperação desta informação para alimentação do SIM.

Nos primeiros anos de investigação, deve-se checar a relação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) elaborada com dados do SIM, com as relações provenientes dos hospitais e cartórios de registro civil.

Também devem ser analisadas as relações de óbitos de mulheres em idade fértil elaboradas com os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e, nos municípios atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, a relação com os dados do Sistema de Informação de Ações Básicas (SIAB). Caso não sejam semelhantes deve-se identificar as causas, corrigindo-as.

Nas regiões onde há elevada omissão de registro de óbitos e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, é conveniente checar fontes alternativas de informação, como igrejas, cemitérios não oficializados, associações de moradores, curandeiros e parteiras, entre outras.

Nos casos de óbitos maternos do capítulo XX os meios de comunicação locais podem ser fontes de informação importantes para o processo de investigação.

Triagem dos óbitos para investigação

O artigo 2º da Portaria GM nº1119 define que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.

Assim, devem ser separadas todas as DO de mulheres em idade fértil para que sejam investigadas.

Muitas vezes as causas declaradas registram de fato a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, mascarando a causa básica, impedindo a identificação do óbito materno. Todas essas causas que ocultam o estado gestacional são conhecidas como máscaras. Um exemplo comum refere-se à ocorrência do óbito da mulher internada na UTI, em cuja DO não há registro da causa terminal e isto poderia ser evitado se quando do preenchimento dessa declaração fosse consultada a equipe que fez o acompanhamento obstétrico.

Após os primeiros anos de investigação recomenda-se que o município e/ou o Estado produzam uma lista de causas, que comumente mascaram mortes maternas e induzem à sub-informação de forma a atender às especificidades regionais ou locais. A lista de máscaras é apresentada no Anexo F.

Preenchimento de planilha dos óbitos de mulheres para investigação

De posse das cópias das declarações de mulheres em idade fértil que serão investigadas e da relação de óbitos dessa natureza que não tem DO, deve-se preencher planilha que permitirá o acompanhamento da investigação em curso (Anexo IX)

Levantamento de dados

Com o objetivo de conhecer informações detalhadas sobre a ocorrência do óbito materno, deve ser realizado o levantamento de dados do atendimento à gestante, de forma a reconstruir a história de vida e de morte da mulher, para melhor entendimento dos problemas ocorridos e a possibilidade de evitar novos casos.

Os hospitais, os consultórios médicos, as unidades básicas de saúde ou qualquer outro serviço assistencial deverão, no prazo de quarenta e oito horas da solicitação da equipe de vigilância de óbitos maternos, franquearem o acesso aos prontuários das mulheres falecidas sob seus cuidados, para viabilizar o início oportuno da investigação da ocorrência.

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, dificuldades de acesso aos serviços e ao tratamento indicado.

A investigação pode ser iniciada no domicílio ou nos estabelecimentos de saúde.

ESTUDO DO ÓBITO MATERNO

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 fazer o resumo do caso e promover reunião do Comitê de Morte Materna para análise ampla e detalhada de cada caso, conclusão sobre a evitabilidade do óbito e definição de medidas para evitar novos óbitos.

Alguns estados e municípios instituíram um grupo técnico ou câmara técnica formada por médicos e outros profissionais de saúde, vinculados ou não ao Comitê de Morte Materna, que fazem o resumo do caso e uma análise preliminar para discussão em reunião com todos os membros do Comitê.

Na ocasião, deve-se analisar o perfil socioeconômico da falecida, a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto, puerpério e urgências e emergências maternas, a qualidade do preenchimento dos instrumentos de registro da assistência.

A precisão dos dados da DO e DNV deve ser também foco de avaliação, orientando a necessidade de sua correção no SIM e SINASC, bem como do investimento na formação

adequada e/ou reciclagem dos médicos para correto preenchimento da declaração de óbitos.

Nesse momento, é fundamental a participação dos membros do Comitê médicos e/ou especialistas em obstetrícia para avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados à mulher. Quando o município não dispõe de médicos em condições de realizar esta avaliação, cópia dos instrumentos de investigação confidencial devem ser enviadas aos Comitês Regional ou Estadual garantindo a análise desses óbitos e a definição de medidas.

O propósito da investigação de óbito materno não é culpabilizar pessoas ou serviços, mas tão-somente evitar novas mortes por causas similares. Na análise do óbito sugerimos a aplicação de critérios de evitabilidade que não se limitam as medidas terapêuticas adotadas, mas que levem em conta os seguintes fatores:

- Da comunidade e da mulher: considerar os casos em que ocorreu uma recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas. Ou, ainda, por falta de reconhecimento do problema.
- Profissionais: considerar os casos em que, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam à mulher. São exemplos disso a não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros. Nesses casos, devem-se tomar como referência as diretrizes dos manuais técnicos.
- Institucionais: considerar os casos em que problemas político-administrativos contribuíram para o óbito, tais como falta de captação precoce e busca ativa da mulher, carência de leitos obstétricos, falta de sangue, hemoderivados ou medicamentos e inexistência de sistema de referência e contra-referência formalizado para tratamento clínico-ginecológico e obstétrico, entre outros.
- Sociais: considerar os casos em que as condições socioeconômicas desfavoráveis da mulher contribuíram para o óbito, tais como desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade da mulher, entre outros.
- Intersetoriais: considerar os casos em que a falta de equipamento social contribuiu para o óbito. Como exemplos, pode-se citar a disponibilidade limitada de meios de transporte, a inexistência de estradas, a segurança pública ineficiente e a falta de saneamento básico, entre outros.

Para a avaliação crítica da atenção à saúde prestada a mulher, com vistas à definição de medidas apontamos uma relação de problemas que podem contribuir para o óbito e devem ser exaustivamente pesquisados:

Problemas no planejamento familiar e na assistência pré-natal

- Dificuldade de acesso:
 - Aos serviços

- A informação sobre métodos
- A informação sobre serviços
- Aos insumos
- A exames
- Falta de captação precoce e busca ativa da mulher
- Falta de recursos humanos
- Desqualificação do profissional de saúde (negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam à mulher, não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e métodos recomendados, não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno entre outros)
- Inexistência de protocolos no serviço
- Referência e contra referência não formalizada

Problemas na assistência ao parto, puerpério e intercorrências

- Dificuldade de acesso:
 - Aos serviços
 - A informação
 - Aos insumos e medicamentos
 - A exames
- Falta de recursos humanos
- Desqualificação do profissional de saúde (não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamento, entre outros)
- Falha de preenchimento dos instrumentos de registro
- Falta de equipamento ou de manutenção para equipamentos
- Inexistência de protocolos no serviço
- Referência e contra referência não formalizada
- Carência de leitos obstétricos e de UTI,
- Falta de sangue, hemoderivados.

2. Classificação do óbito materno

Deve-se analisar a natureza do óbito (materno, materno tardio, não obstétrico, obstétrico direto, obstétrico indireto, não relacionado à gravidez, materno declarado ou não), conforme o exposto no Anexo F no item Conceitos Básicos e Métodos de Cálculo.

DEFINIÇÃO DE MEDIDAS DE REDUÇÃO DA MORTE MATERNA

A partir do estudo do caso definem-se as medidas que podem resultar na melhoria do registro e na redução dos óbitos maternos, encerrando o preenchimento dos instrumentos de investigação com a Ficha Síntese.

Os Comitês Municipais que tem médicos e, portanto, analisaram os óbitos maternos e definiram medidas de intervenção devem enviar cópia da Ficha Resumo aos Comitês das Secretarias Estaduais de Saúde. Este fluxo é indispensável para a superação de entraves que não estão na esfera de atuação dos municípios e a identificação e execução de políticas ou ações estaduais com vistas à redução da mortalidade materna.

Vale destacar que a Portaria GM nº 1119 estabeleceu um prazo de 120 dias a partir da ocorrência do óbito para que a equipe de vigilância de óbito materno responsável por concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, envie o material ao comitê de morte materna de referência para estudo e remeta a ficha-síntese da investigação epidemiológica ao gestor do SIM.

ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO ANUAL SOBRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE MATERNA

Os setores de vigilância epidemiológica e/ou os Comitês Municipal, Regional e Estadual, devem elaborar um relatório anual apresentando dados do processo de investigação, os estudos de casos e as medidas recomendadas no seu âmbito de atuação.

Este relatório deverá ser apresentado em reunião de trabalho, anualmente, para os membros dos comitês, estudiosos do assunto e gestores, visando pactuar a execução das medidas.

A forma de organizar a informação produzida fica a critério de cada município e estado. É válido, no entanto, destacar algumas tabulações mínimas para fins de consolidação e comparação dos dados:

1. Percentual de óbitos investigados
2. Número de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, número de óbitos maternos declarados e número de óbitos maternos identificados após investigação, por município, no ano;
3. Fator de correção

Caso o município e/ou o Estado tenham dados de mais de três anos é importante analisar a evolução do fator de correção para avaliar se houve avanço na qualificação da informação no SIM.

4. Óbitos maternos, número de nascidos vivos (SINASC) e as respectivas razões de mortalidade materna. No caso de Comitê Estadual por município no ano. Caso o município e/ou o Estado tenham dados de mais de três anos é importante elaborar gráfico para análise da evolução da razão de mortalidade materna.

5. **Razão de mortalidade materna por causas** (gravidez que termina em aborto, diretas, indiretas e não especificadas)
6. **Razão de mortalidade materna segundo grupos etários** (10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40--49) e razão de mortalidade anual por faixa etária;

A razão de mortalidade pode ser específica segundo um amplo conjunto de variáveis relacionados às características da mulher (grupo etário, cor/raça, local de residência, entre outras) ou do óbito (causa específica, local de ocorrência, entre outras). Permite avaliar o risco de um grupo específico como por exemplo: pertencer a um intervalo determinado de idade, ter sido devida à uma causa específica como a eclâmpsia entre outros.

1. Número de óbitos segundo a instituição onde ocorreu o óbito;
2. Proporção de óbitos, segundo o número de consultas e o início do pré-natal;
3. Razão de mortalidade específica por causas mais comuns;
4. Proporção de óbitos considerados evitáveis por município de residência;
5. Proporção de óbitos maternos evitáveis por grupos de causas;
6. Listagem de óbitos maternos e seus principais fatores intervenientes.

Além das tabelas básicas outras poderão ser elaboradas, como por exemplo: óbitos maternos segundo a renda, a cor, e a escolaridade da mulher; ou segundo o número de gestações anteriores, abortos; ou segundo o tipo de parto e causas; segundo condições do recém-nascido, peso e causa do óbito materno.

É importante avaliar a tendência de cada indicador considerando os valores dos últimos cinco anos, desde que existam dados confiáveis e oriundos da mesma fonte.

Após as tabelas, o relatório expõe os estudos de cada um dos casos clínicos analisados, abordando: os dados pessoais da falecida; dados do óbito; antecedentes e fatores de risco; dados do pré-natal; dados do parto ou aborto; dados do recém-nascido; dados da anestesia; dados do puerpério imediato e tardio; dados da atenção hospitalar; causa do óbito na DO; laudo da necropsia, quando houver; classificação do óbito após investigação; e comentários a respeito do caso. Ao final, o relatório dedica um capítulo a propostas de medidas de prevenção e intervenção.

É importante que as informações reveladas não permitam a identificação da mulher, dos profissionais e instituições de saúde que a atenderam, a fim de evitar problemas ético-legais.

DIVULGAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

As recomendações para redução das mortes maternas deverão 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 medidas de intervenção para a reorganização da assistência.

Deve ser promovida a interlocução permanente da equipe de vigilância de óbitos e/ou dos Comitês com os gestores da saúde, para participação na elaboração dos Planos de

Redução da Mortalidade Materna e interferência de forma eficiente 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 materna.

Os resultados obtidos devem ser divulgados para entidades científicas (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, outras), bem como escolas médicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, Conselhos de Saúde e de Direitos da Mulher, sociedade civil, de maneira a promover a mobilização de todos os atores a fim de subsidiar ações de redução da mortalidade materna. Devem ser considerados os canais de divulgação, como 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.

CORREÇÃO DOS DADOS VITAIS

Com a busca ativa, é possível encontrar um óbito não notificado. Neste caso, deve ser preenchida a DO Epidemiológica (sem as causas de morte) e os dados devem ser inseridos no SIM, com o cuidado de não causar duplicidade de registro.

Após a o recebimento do formulário padrão (ficha-síntese) com o sumário da investigação de óbito materno preenchido o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no município digitará esses dados no módulo de investigação de óbitos do SIM, no prazo máximo de 7 (sete) dias, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local. Em seguida realiza a primeira atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultadas durante a investigação e a data da sua conclusão.

Caso a investigação epidemiológica aponte para a necessidade de alterar ou complementar a DO, inclusive com novas causas de óbito, ou permita a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, as causas deverão ser indicadas e, no caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem passar por um processo de re-codificação, e de nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna.

Em complemento, a equipe de vigilância de óbitos maternos deverá acompanhar a conclusão do estudo de óbito e a emissão de pareceres pelo Comitê de Morte Materna de referência para onde enviaram o resultado de suas investigações epidemiológicas, e comunicar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município para que este possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito(s) no SIM.

3 COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA

Os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção.

Embora municípios e instituições de saúde tenham autonomia para organizar Comitês de Morte Materna, é mais freqüente que eles se estabeleçam a partir da formação do Comitê Estadual de Morte Materna (CEMM).

É imprescindível a organização de comitês hospitalares que representem um espaço para discussão entre os profissionais de saúde e gestores do hospital e que viabilize, por meio da reflexão e da análise crítica dos óbitos ocorridos no estabelecimento de saúde, a identificação das responsabilidades e de medidas para evitar novos óbitos. Esses comitês podem contribuir, sobremaneira, para o levantamento de dados nas instituições hospitalares. 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).

  de suma importância que as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e seus comitês atuem de forma articulada, buscando a superação de eventuais limitações, de forma a garantir o cumprimento de suas atribuições.

Composição dos Comitês Estaduais, Regionais e Municipais

A escolha dos membros dos Comitês de Morte Materna depende das características das instituições e da população de cada região. É fundamental que sejam constituídos por representantes das diversas instituições relacionadas com o atendimento à mulher e o registro de eventos vitais ou, ainda, que tenham capacidade técnica para desempenhar a referida função.

A participação das sociedades científicas, entidades de classe, entidades de defesa dos direitos das mulheres, representantes do movimento de mulheres e feministas e instituições de ensino tem se mostrado fundamental na análise dos óbitos, definição de medidas e implementação destas medidas.

- A representação do movimento de mulheres negras e  ndias pode garantir um recorte de raça e etnia nas atividades desenvolvidas pelos comitês.
- A representação do Ministério Público nos comitês   da maior relevância para definir formas inovadoras de garantir a implementação das medidas preventivas definidas pelos Comitês.

Os Comitês de Morte Materna podem ser compostos por representantes das seguintes instituições:

- Secretarias de Saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher, Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade;
- Conselho Regional de Medicina;
- Conselho Regional de Enfermagem;
- Sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras);
- Movimento de mulheres;
- Movimento de mulheres negras e índias;
- Faculdades de medicina, enfermagem e saúde pública;
- Conselhos de Saúde.
- Ministério Público
- Secretarias, Coordenadorias ou Conselhos de Defesa dos Direitos da Mulher.

Os municípios que têm parteras devem contemplar sua representação no Comitê.

Instituições relacionadas à defesa dos direitos dos trabalhadores rurais têm manifestado interesse em participar dos Comitês, o que pode ser uma experiência interessante para a definição de políticas de saúde voltadas para mulheres residentes no campo.

Nos casos dos comitês regionais é importante contemplar as representações dos diferentes municípios de sua área de abrangência.

Vale destacar que em municípios de pequeno porte, com frequência, inexistem as representações das instituições citadas acima, o que não deve ser impeditivo para a organização de um comitê. Nestes casos os comitês podem ser formados por profissionais que possam ser capacitados para tal função.

Composição dos Comitês Hospitalares

Em se tratando de Comissão ou Comitês de Estudo dos Óbitos Hospitalares recomenda-se a seguinte composição: Núcleos hospitalar de epidemiologia (NHE), Chefe da obstetrícia, chefe da enfermagem, enfermeiros e demais categorias profissionais envolvidas com a atenção ao parto.

Objetivos Específicos dos Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de Morte Materna

- Estimular a organização de outros comitês de morte materna;
- Estimular a organização da investigação dos óbitos segundo os critérios preconizados;
- Avaliar a situação e distribuição dos óbitos maternos, seus componentes e fatores de risco;
- Identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência;

- Definir a evitabilidade do óbito materno identificando os fatores de evitabilidade;
- Avaliar a qualidade da assistência prestada à mulher pelos serviços de saúde;
- Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade materna e melhoria dos registros de saúde tais como: a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, prontuários ambulatorial e hospitalar, bem como cartão da gestante;
- Envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, sua repercussão sobre a sociedade como um todo;
- Definir e caracterizar os óbitos maternos evitáveis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;
- 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;
- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade materna na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos para todas as instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas;
- Promover a interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.

Objetivos Específicos dos Comitês Hospitalares

- Contribuir para a investigação dos óbitos nos hospitais, segundo os critérios preconizados;
- Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos no hospital;
- Definir a evitabilidade do óbito materno identificando os fatores determinantes no âmbito hospitalar;
- Avaliar a qualidade da assistência prestada à mulher pelos serviços de saúde;
- Identificar e implementar estratégias e medidas com vistas à qualificação da atenção na instituição hospitalar a que pertence;
- Contribuir para a sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, sua repercussão sobre a sociedade como um todo.

Organização dos Comitês

O primeiro passo para a criação de um Comitê de Morte Materna é a promoção de um seminário ou oficina para sensibilizar os representantes das instituições escolhidas

para compô-lo. Nessa ocasião, é aconselhável colocar em debate: as informações relativas à assistência obstétrica e ao planejamento familiar; os dados e classificações de óbitos maternos disponíveis; e as características, funções, finalidades e operacionalização dos Comitês. Uma vez confirmado o interesse das instituições presentes em compor o Comitê de Morte Materna, é feita a convocação oficial.

A oficialização do Comitê deve ser realizada por meio de publicação de Portaria/Resolução e elaboração de Regimento Interno (Anexo A) que deve contemplar os seguintes itens, de acordo com o nível de atribuição do Comitê:

- Definição dos objetivos e finalidades, estrutura (representação institucional) e funcionamento;
- Definição das atribuições do Comitê;
- Rotinas de trabalho: periodicidade e registro das reuniões; eleição de coordenação/presidência;
- Método de análise dos casos e avaliação da assistência prestada à saúde;
- Estratégias de divulgação do trabalho com o retorno da análise para os profissionais e instituições envolvidas;
- Definição de recursos para o funcionamento do Comitê.

Alguns Comitês promovem seminários, oficinas ou cerimônias de posse de seus membros para informar a população em geral do início de suas atividades. Outros realizam a primeira reunião, quando se debate o regimento interno e um plano de ação.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F. de; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, [S.l.], v. 99, n. 1, p. 87-93. 2009.
- BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coord.). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*: PNDS 2006: relatório final. São Paulo: CEBRAP, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso: jan. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. *A declaração de óbito*: documento necessário e importante. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de óbito*. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Morte Materna*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério*: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério*: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. Disponível em: <www.cemach.org.uk>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1172, 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília, 2004c.
- BRASIL. Presidência da República. 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.
- CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL AND CHILD HEALTH. *Improving the health of mothers, babies and children*. London, 2005. Disponível em: <www.cemach.org.uk>.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.246/88, de 8 de Janeiro de 1988. Código de ética médica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.779/2005. 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.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Mortalidade infantil e desenvolvimento. *Conjuntura demográfica*, [S.l.], v. 14/15, p. 49-50, 1991.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E APLICADAS; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; BRASIL. Presidência da República. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. [S.l.], 2004.

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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças*. [S.l.], 1993.

PEREIRA, M. G. Mortalidade. In: _____. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Cap. 6, p. 126.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Produtos RIPSAs-IDB: conceitos e aplicações*. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/ripsa/pdf/C_Mortalidade.pdf>.

UNITED NATIONS. *United Nations Millennium Declaration*. 2000. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2008*. Geneva: Switzerland, 2008. p. 112.

Anexos

ANEXO A – Modelo de Regimento Interno – 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 Morte Materna do Estado _____ / da Regional _____ / do Município _____ CEMM/CRMM/CMMM de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2º – O CEMM/CRMM/CMMM é um Comitê interinstitucional, com o objetivo de monitorar a ocorrência dos óbitos maternos, identificar as circunstâncias e os determinantes da mortalidade e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna.

Título II – Das Finalidades

Art. 3º – São finalidades do CEMM/CRMM/CMMM:

Título III – Da Composição

Art. 4º – Serão membros natos: representante(s) da(s) equipe(s) de vigilância epidemiológica 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 CEMM/CRMM/CMMM receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, através do departamento de vigilância em saúde.

Para Comitês Estaduais: Art. 9º – O CEMM estará representado no nível regional/estadual pelos Comitês Regional/Estadual de Morte Materna.

Art.10 – O CEMM/CRMM/CMMM 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 CEMM/CRMM/CMMM 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 – Esse Regimento entrará em vigor após sua publicação.

ANEXO B – Declaração de óbito

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Cartório	1 Cartório	2 Registro
		3 Data	4 Município
II	Identificação	5 UF	6 Cemitério
		7 Tipo de Óbito	8 Óbito Data
III	Residência	9 Cartão SUS	10 Naturalidade
		11 Nome do falecido	12 Nome do pai
IV	Ocorrência	13 Nome da mãe	14 Data de Nascimento
		15 Idade	16 Sexo
V	Fetal ou menor que 1 ano	17 Raça/cor	18 Estado civil
		19 Escolaridade	20 Ocupação habitual e ramo de atividade
VI	Condições e causas do óbito	21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	22 CEP
		23 Bairro/Distrito	24 Município de residência
VII	Médico	25 UF	26 Local de ocorrência do óbito
		27 Estabelecimento	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência
VIII	Causas externas	29 Bairro/Distrito	30 Código
		31 Município de ocorrência	32 UF
IX	Localidade	33 Idade	34 Escolaridade
		35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	36 Número de filhos tidos
X	Localidade	37 Duração da gestação	38 Tipo de parto
		39 Morte em relação ao parto	40 Tipo de parto
XI	Localidade	41 Peso ao nascer	42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos
		43 Obito em mulheres	44 Assistência médica
XII	Localidade	45 Exame complementar	46 Diagnóstico confirmado por
		47 Cirurgia	48 Necropsia
XIII	Localidade	49 Causas da morte	50 Nome do médico
		51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido
XIV	Localidade	53 Meio de contato	54 Data do atestado
		55 Assinatura	56 Prováveis circunstâncias de morte não natural
XV	Localidade	57 Tipo	58 Fonte da informação
		59 Descrição sumária do evento	60 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
XVI	Localidade	61 Declarante	62 Testemunhas
		63 Localidade	64 Testemunhas

ANEXO C – Orientação geral para utilização dos instrumentos de vigilância do óbito materno

A investigação do óbito materno compreende várias fases. O processo se inicia 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 à equipe de 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, 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 devem ser transcritas as informações contidas nos prontuários e não a opinião do profissional que preenche a ficha de investigação.
- De forma semelhante, a fala do(s) entrevistado(s) na entrevista domiciliar deve ser registrada da maneira a 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. A resposta “SR” (“Sem Registro”) deve ser assinalada quando os dados não estiverem disponíveis nas fontes pesquisadas nos serviços de saúde. A resposta “Não sabe” deve ser assinalada quando a pessoa entrevistada no domicílio não souber a resposta para a questão.
- Algumas questões permitem mais de uma resposta, como por exemplo: a percepção sobre o início do trabalho de parto, as patologias da mulher, procedimentos realizados durante a internação da mulher. Todas devem ser registradas.
- 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, de modo a agilizar a investigação.
- Recomenda-se a discussão de cada caso pelos profissionais de saúde envolvidos e/ou responsáveis pela assistência, além da definição das recomendações para os serviços de saúde, como parte integrante e indissociável da vigilância de óbitos.

Investigação do óbito materno

A investigação se dará conforme os critérios estabelecidos pela equipe de vigilância de óbitos de referência no município, utilizando os seguintes instrumentos:

1. Cópia da Declaração de Óbito (DO).
2. Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de saúde: ambulatorial e hospitalar.
4. Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia, quando realizado.
5. Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar.
6. Autópsia Verbal – Formulário 3.1- pessoa maior de 10 anos – mulher em idade fértil, se indicado.
7. Ficha de Investigação do Óbito Materno – Síntese, Conclusões e Recomendações
8. Planilha Municipal de Investigação do Óbito Materno.

Os instrumentos para a investigação do óbito materno são apresentados no quadro a seguir.

Quadro dos instrumentos de coleta e análise de dados

Instrumentos de coleta e de análise de dados	Objetivos
Cópia da Declaração de Óbito (DO) DO Epidemiológica	Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação do óbito.
MIF = Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno	Coletar dados que possibilitem, em entrevista domiciliar, identificar se a mulher estava grávida ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte.
M1 = Fichas de Investigação de Óbito Materno – Serviço de saúde ambulatorial M2 = Fichas de Investigação de Óbito Materno – Serviço de saúde hospitalar	Coletar dados referentes à assistência da mulher em serviços de saúde nos registros do atendimento ambulatorial e hospitalar.
M3 = Ficha de Investigação de Óbito Materno – Entrevista domiciliar	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (familiar ou amigo) acerca da história de vida e de saúde da mulher e da assistência em serviços de saúde, durante a doença que levou à morte.
AV3.1 Autópsia Verbal – Formulário 3: pessoa com 10 anos e mais – mulher em idade fértil	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (irmã ou familiar) para esclarecer a causa da morte quando mal definida ou desconhecida.
M4 = 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.
M5 = Ficha de Investigação de Óbito Materno – 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).
M6 = Planilha Municipal de Investigação de Óbito Materno	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.

Cópia da Declaração de Óbito (DO) e DO Epidemiológica

A cópia da DO fornece informações que direcionam a coleta inicial dos dados: endereço residencial, estabelecimento onde ocorreu o óbito 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 e os campos em branco devem ser preenchidos durante a investigação. Nos dois casos, a Ficha de Investigação do Óbito Materno – Síntese, Conclusões e Recomendações 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 Epidemiológica deve ser emitida pelo profissional responsável quando não existe DO, isso é, o óbito foi identificado pela busca ativa.

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno

Esta ficha permite organizar a investigação sobre o óbito: se materno ou não. Se o óbito materno foi descartado, esta decisão deve ser justificada.

Ficha de investigação do óbito materno – Serviço de Saúde

Permite coletar informações dos atendimentos nos serviços de saúde por meio de levantamento de prontuários, fichas de atendimento e Cartão da Gestante sobre a assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e nascimento, em ambulatório ou ambiente hospitalar, antes e durante a doença que causou a morte. Essa Ficha está desmembrada em duas partes: a) para o serviço ambulatorial (atenção básica) e b) para o serviço hospitalar.

Ficha de coleta de dados de laudos de necropsia

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

Ficha de investigação do óbito materno – Entrevista domiciliar

Permite coletar informações por meio de entrevista com o(s) cuidador(es) da falecida (familiar ou amiga/o responsável) sobre as características e condições de vida da falecida e da família, dados sobre a gestação e o parto com levantamento de dados sobre antecedentes obstétrico, a assistência pré-natal e a assistência ao parto e durante acompanhamento pelo

serviço de saúde após a alta. Outras questões contemplam ainda dados sobre a doença que causou a morte.

Autópsia Verbal Formulário 3.1: pessoa com 10 anos e mais – mulher em idade fértil

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.

No óbito de mulher em idade fértil a AV deve ser realizada quando a mulher não estiver grávida e a causa do óbito é mal definida.

O formulário deve ser aplicado como uma sequência natural da Ficha de investigação do óbito materno – Entrevista domiciliar e traz 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 falecida (irmã ou familiar). 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 sequência 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 Materno – Síntese, Conclusões e Recomendações.

Ficha de Investigação do Óbito Materno – Síntese, Conclusões e Recomendações

Constitui-se de campos para identificação do óbito, dados sobre a investigação realizada, características e marcadores selecionados sobre a assistência à gestação, aborto, parto, causas da morte, alteração de dados no SIM e no SINASC, problemas identificados nos diversos momentos da assistência e a classificação de evitabilidade. Essa ficha deverá conter os principais dados referentes ao caso investigado, como instrumento para o registro da análise, interpretação das circunstâncias do óbito e as recomendações. Juntamente com o Relatório Municipal, essa ficha poderá subsidiar as discussões dos eventos no município com as equipes Saúde da Família e hospitais. Os dados registrados nessa ficha devem ser inseridos no módulo da “Investigação do óbito materno” 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.

Planilha Municipal de Investigação do Óbito Materno

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 materna 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 D – Portaria GM nº 1.119, de 05 de junho de 28/08/2008

Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que pesquisas realizadas no País mostram que a mortalidade materna tem alta magnitude e transcendência;

Considerando o Objetivo V do Milênio, que estabelece o compromisso de reduzir em $\frac{3}{4}$ a razão de mortalidade materna, entre 1990 e 2015;

Considerando que o real dimensionamento do óbito materno no Brasil é dificultado pelo sub-registro de óbitos e pela subenumeração da morte materna;

Considerando que a identificação dos principais fatores de risco associados à morte materna possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências;

Considerando que a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, estabelece que nenhum sepultamento seja feito sem certidão oficial de óbito;

Considerando que a Declaração de Óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo, e que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é o instrumento oficial do Ministério da Saúde para a informação da DO em todo o território nacional e que, a partir de 2006, tem maior agilidade na transmissão da informação sobre o óbito;

Considerando que a Declaração de Óbitos é documento de preenchimento obrigatório pelos médicos, com atribuições detalhadas pela Resolução 1779/2005 do Conselho Federal de Medicina,

Considerando que, onde foram implantadas as ações previstas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pela Presidência da República em 8/3/2004 e aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), os resultados se mostraram efetivos;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta competências da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, na área de vigilância em Saúde, entre elas a de investigar óbitos maternos;

Considerando que a agilidade na informação e o início oportuno da investigação são fatores fundamentais para o sucesso da ação; e

Considerando que a redução da morte materna é uma das prioridades deste Ministério e para tanto vêm sendo implementadas uma série de medidas,

RESOLVE:

Art. 1º Regularizar que a Vigilância de Óbitos Maternos deve ser realizada por profissionais de saúde designados pelas autoridades de vigilância em saúde da esfera municipal, estadual, do Distrito Federal e federal para todos os eventos confirmados ou não, independentes do local de ocorrência.

Art. 2º Estabelecer que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, visando levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes.

Parágrafo 1º Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após seu término, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Parágrafo 2º Para fins de cálculo da razão de morte materna serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após 42 (quarenta e dois) dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas dos eventos de interesse (término da gestação e data do óbito).

Parágrafo 3º Para fins de investigação são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade.

Art. 3º O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação de que trata o artigo 2º é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser adequadamente preenchida em todos os campos, com destaque nestes casos para sexo, idade e aqueles que caracterizam um óbito materno declarado: campos relativos a óbitos em mulheres, e causa básica, constantes do Anexo A a essa Portaria.

Art. 4º Os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação, podem ser aqueles padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação 'Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde' (fichas B, C e D) ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Parágrafo único. Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes no formulário padronizado conforme disposto no Anexo III a essa Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos sistema de informação sobre mortalidade – SIM.

Art. 5º As declarações de óbito com informação sobre óbito materno declarado bem como os óbitos de mulher em idade fértil, nos termos do artigo 3º, deverão seguir fluxo e prazos especiais, constantes do Anexo II ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF), desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento dessa Portaria.

§ 1º O prazo para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com o envio da 1ª via da DO é de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da ocorrência.

§ 2º O prazo para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde, é de, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data da ocorrência.

§ 3º O prazo para a equipe de vigilância de óbito materno responsável concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao comitê de morte materna de referência e enviar a ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III) ao gestor do SIM é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência.

§ 4º O prazo para o gestor do SIM providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos com os dados da ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III) é de, no máximo, 7 (sete) dias a contar do seu recebimento.

§ 5º O prazo para atualizar o SIM, com os dados oriundos da ficha-síntese da investigação epidemiológica, incluindo alterações da causa do óbito devidamente recodificada e resselecionada quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde, é de 30 (trinta dias) após a conclusão da investigação de que trata o § 3º.

Art. 6º Determinar que o descumprimento do disposto no Art. 5º dessa Portaria acarretará nas punibilidades previstas em lei e nas penalidades de que trata os artigos 21, 22 e 23 da Portaria nº. 1.172/GM, de 15 de junho de 2004.

Art. 7º Estabelecer que o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), ou as direções técnicas, clínicas e de enfermagem dos estabelecimentos de saúde onde estes NHE não estejam ainda implantados, ou estruturas específicas definidas por cada gestor local de saúde, deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos declarados e óbitos de mulher em idade fértil, ocorridos ou atestados em suas dependências, independente da causa e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos nessa Portaria.

Art. 8º Definir que os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde onde a mulher recebeu assistência, deverão disponibilizar à equipe de vigilância de óbitos maternos acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e

oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos maternos declarados, ou de mulher em idade fértil de qualquer causa.

Parágrafo único. A equipe de vigilância de óbitos maternos utilizará esse material para coletar dados, transcrevendo-os para instrumento próprio utilizado na investigação (artigo 4º), devendo garantir o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes.

Art. 9º Determinar que a conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do Município de residência da mulher, e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do Município onde a mesma recebeu assistência (ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério) ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município onde residia.

Art. 10. Determinar que o Departamento de Análise da Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde (DASIS/SVS/MS) informará, quinzenalmente, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE/SAS/MS) e o Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS), os casos informados de óbito materno no SIM e disponibilizará, com essa regularidade, uma versão atualizada da base nacional do SIM na rede interna do MS, com o extrato de óbitos maternos, segundo o recorte definido no manual de morte materna do Ministério da Saúde.

Art. 11. Estabelecer que o DASIS/SVS/MS em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e a Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS realizem monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos.

Art. 12. Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde e o DATASUS apoiem a operacionalização do disposto nessa Portaria.

Parágrafo único. O módulo de investigação de óbitos maternos do sistema de informação sobre mortalidade deverá estar concluído e em operação no prazo de até 60 (sessenta) dias após a publicação dessa Portaria.

Art. 13. Essa Portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

Art. 14. Ficam revogados os parágrafos 1º e 2º do art. 1º e o art. 3º da Portaria nº 653/GM, de 28 de maio de 2003, publicada no DOU nº 103, de 30 de maio de 2003, seção 1, página 79.

José Gomes Temporão

Anexo I – Preenchimento da declaração de óbito e sua caracterização como uma informação acerca de um caso de óbito materno

O adequado preenchimento da Declaração de Óbito é o que fará com que essa seja caracterizada como uma notificação de óbito materno.

Todos os campos da declaração de óbitos são importantes, mas dois conjuntos de informação integrantes do Bloco VI deste instrumento são essenciais para essa finalidade. São eles:

1) Os campos relativos a óbitos em mulheres:

Campo 43 – o óbito ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?

Campo 44 – o óbito ocorreu durante o puerpério?

Uma resposta afirmativa a um dos campos acima caracteriza uma notificação de casos suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte.

2) Os campos do atestado de óbito com determinados diagnósticos informados:

Uma declaração que tenha informado em qualquer das linhas do atestado de óbito, um ou mais dos diagnósticos abaixo elencados deverá ser considerado uma notificação de casos suspeito de óbito materno, sujeito à investigação para confirmação ou descarte:

2.1) Diagnósticos constantes do Capítulo XV da CID 10:

Capítulo XV da CID 10	Complicações da gravidez, parto e puerpério
O00-O08	Gravidez que termina em aborto
O00	Gravidez ectópica
O01	Mola hidatiforme
O02	Outros produtos anormais da concepção
O03	Aborto espontâneo
O04	Aborto por razões médicas e legais
O05	Outros tipos de aborto
O06	Aborto não-especificado
O07	Falha de tentativa de aborto
O08	Complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar
O10-O16	Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério
O10	Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
O11	Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta
O12	Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão
O13	Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa
O14	Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa
O15	Eclâmpsia
O16	Hipertensão materna não-especificada
O20-O29	Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez
O20	Hemorragia do início da gravidez
O21	Vômitos excessivos na gravidez
O22	Complicações venosas na gravidez
O23	Infecções do trato geniturinário na gravidez

Capítulo XV da CID 10	Complicações da gravidez, parto e puerpério
O24	Diabetes mellitus na gravidez
O25	Desnutrição na gravidez
O26	Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez
O28	Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe
O29	Complicações de anestesia administrada durante a gravidez
O30-O48	Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto
O30	Gestação múltipla
O31	Complicações específicas de gestação múltipla
O32	Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto
O33	Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita
O34	Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos
O35	Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas
O36	Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados
O40	Polihidrânio
O41	Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico
O42	Ruptura prematura de membranas
O43	Transtornos da placenta
O44	Placenta prévia
O45	Descolamento prematuro da placenta [abruptio placentae]
O46	Hemorragia anteparto não-classificada em outra parte
O47	Falso trabalho de parto
O48	Gravidez prolongada
O60-O75	Complicações do trabalho de parto e do parto
O60	Parto pré-termo
O61	Falha na indução do trabalho de parto
O62	Anormalidades da contração uterina
O63	Trabalho de parto prolongado
O64	Obstrução do trabalho de parto devida à má-posição ou má-apresentação do feto
O65	Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe
O66	Outras formas de obstrução do trabalho de parto
O67	Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
O68	Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal
O69	Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical
O70	Laceração do períneo durante o parto
O71	Outros traumatismos obstétricos
O72	Hemorragia pós-parto
O73	Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
O74	Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
O75	Outras complicações do trabalho de parto e do parto não-classificadas em outra parte
O80-O84	Parto
O80	Parto único espontâneo
O81	Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
O82	Parto único por cesariana
O83	Outros tipos de parto único assistido
O84	Parto múltiplo
O85-O92	Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério
O85	Infecção puerperal
O86	Outras infecções puerperais

Capítulo XV da CID 10	Complicações da gravidez, parto e puerpério
O87	Complicações venosas no puerpério
O88	Embolia de origem obstétrica
O89	Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
O90	Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
O91	Infecções mamárias associadas ao parto
O92	Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto
O95-O99	Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte
O95	Morte obstétrica de causa não-especificada
O96 (*)	Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto
O97 (*)	Morte por sequelas de causas obstétricas diretas
O98	Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério
O99	Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério
Observações:	
O08	Esse código só deve ser usado para classificar morbilidade.
O30	Não deve ser usado para codificação de causa básica.
O32	Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isso ocorrer, usar O33.
O33.9	Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3
O64	Não deve ser usado se houver menção de O 65. Se isso ocorrer usar O 65
O80-O84	Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbilidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique como complicações não-especificadas de trabalho de parto e parto O75.9
O95	Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente "materna" ou obstétrica.

(*) Embora não entrem no cálculo da Razão de Morte Materna devem ser investigados os óbitos codificados como O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Sequela de Causa Obstétrica Direta).

2.2) Diagnósticos fora do Capítulo XV da CID-10 – algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas:

- tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I);
- osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII);
- transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V);
- necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV) – (**);
- mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) – (**); e
- doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.) – (*).

(**) Para esses casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.

É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e devem ser considerados óbitos maternos, desde que não haja dúvida em relação a esse comprometimento.

Anexo II – Fluxo especial para declarações de óbito com informação acerca de óbitos maternos declarados, bem como os óbitos de mulher em idade fértil

As declarações de óbito com informação acerca de óbito materno declarado, bem como os óbitos de mulher em idade fértil deverão seguir fluxo e prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existentes em cada Unidade Federada (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento dessa Portaria:

1. O hospital ou serviço onde ocorreu ou que emitiu a DO de óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor do sistema de informação sobre mortalidade responsável pelo processamento dos dados de mortalidade ocorridos no Município.
2. O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para equipe de Vigilância de Óbito Materno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela investigação, conforme o fluxo definido em cada local que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.
3. A equipe de Vigilância do Óbito Materno da SMS inicia imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto com a SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação ‘Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde’ – ficha B para coletar dados em domicílio; ficha C para coletar dados hospitalares e serviços assistenciais de saúde em geral; e ficha D para coletar dados de laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou IML, quando aplicáveis – ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).
4. Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes no formulário padronizado conforme disposto no Anexo III a essa Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o sistema de informação do módulo de investigação de óbitos do SIM.
5. Simultaneamente ao encaminhamento da DO à equipe de vigilância de óbitos maternos, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbitos, e faz a 1ª entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando nesse momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado.
6. A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional, ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito,

assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento.

7. As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.
8. Informar o resultado da investigação epidemiológica significa:
 - a) encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, o Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos, constante do Anexo III a essa Portaria, devidamente preenchido; e
 - b) encaminhar todos os formulários utilizados no processo de investigação (fichas hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do SVO e/ou laudo do IML) ao Comitê de Morte Materna municipal ou de referência para os óbitos de sua área de abrangência, conforme fluxo definido em cada UF.
9. O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará o sumário da investigação do óbito materno no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada no formulário padrão (Anexo III), no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento do Relatório-síntese, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local.
10. O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a 1ª atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultadas durante a investigação e a data da sua conclusão.
11. Caso a investigação epidemiológica aponte para a necessidade de alterar ou complementar a DO, inclusive com novas causas de óbito, ou permita a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, as mesmas deverão ser efetuadas e no caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem passar por um processo de recodificação, e nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna.
12. Em complemento, a equipe de vigilância de óbitos maternos deverá acompanhar a conclusão e emissão de pareceres pelo Comitê de Morte Materna de referência para onde enviaram o resultado de suas investigações epidemiológicas, e comunicar suas conclusões ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município para que esse possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito(s) no SIM.

Anexo III – Formulário padrão com o sumário da investigação de óbito materno

Formulário padrão com o sumário da investigação de óbito materno a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.

Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos – Confidencial:

Dados de identificação da investigação:

- a) Número da DO:
- b) Município/UF de residência da falecida:
- c) Município/UF de ocorrência do óbito:
- d) Data da conclusão da investigação:
1. Fontes de dados consultadas durante a investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):
() Entrevista domiciliar, () Registros ambulatoriais, () Prontuários hospitalares, () SVO, () IML () Entrevistas com profissionais de saúde
2. Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual) _____
3. Resultado das gestações anteriores:
 - 3.1 N° de partos vaginais: (_____)
 - 3.2 N° de partos cesáreos: (_____)
 - 3.3 N° de abortamentos/perdas fetais (_____)
4. Data da última menstruação:
5. N° de consultas de pré-natal:
6. Data da 1ª consulta de pré-natal:
7. Mês de gestação quando realizou a 1ª consulta de pré-natal
8. Data da última consulta de pré-natal
9. Idade Gestacional na última consulta de pré-natal (em semanas):
10. Idade Gestacional no momento do óbito (em semanas)
 - 10.1 O óbito ocorreu:
() Durante a gestação; () Durante abortamento; () Após abortamento;
() No parto ou até 1 hora após parto; () No puerpério (até 42 dias do término da gestação); () Entre o 43 dia e até 1 ano após o término da gestação;
() Mais de um ano após o parto; () A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito.
11. Em caso de óbito durante ou após abortamento (na pergunta anterior), o aborto foi:
() Espontâneo; () Induzido Legalmente; () Provocado; () Não Sabe
12. Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?
() Parto vaginal; () Cesariana; () Não sabe
13. Estabelecimento (s) de saúde onde fez o pré-natal:
Nome: _____ Código CNES: _____

Nome: _____ CNES: _____

Nome: _____ Código CNES: _____

14. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto

Nome: _____ Código CNES: _____

15. A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada, ou a correção de alguma antes informada?

() Não acrescentou nem corrigiu informação

() Sim, permitiu o resgate de novas informações

() Sim, permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente

16. Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original:

Descrição dos diagnósticos e CID opcional (caso necessário, pode-se anotar mais de um diagnóstico por linha)

PARTE I:

16.1 Linha A): _____

16.2 Linha B): _____

16.3 Linha C): _____

16.4 Linha D): _____

PARTE II

16.5 Descrição e CID: _____

17. A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbitos além da causa e dos campos 43 e 44:

() NÃO () SIM

Caso afirmativo, Quais campos e que alterações?

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

18. O caso foi encaminhado para o Comitê de Morte Materna?

() SIM () NÃO

19. Data do encaminhamento ao comitê (em caso afirmativo)

() SIM () NÃO

20. O comitê de morte materna deu parecer?

() SIM () NÃO

21. Em caso afirmativo para a pergunta 20, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do comitê de morte materna?

() SIM () NÃO () Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda; () Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo comitê.

ANEXO E – Resolução CFM nº 1.779/2005 (Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

“Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114. 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, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”;

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida 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; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição.

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

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, esse é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 3º Essa resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.601/00.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

ANEXO F – Conceitos Básicos e Métodos de Cálculo da Razão de Mortalidade Materna

Morte materna (óbito materno)

Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

Mortes por causas maternas

Causas Maternas são aquelas descritas no Capítulo XV e Mortes Maternas são aquelas, por essas causas, ocorridas até 42 dias após o término da gestação. Essas mortes por **causas maternas e que não são mortes maternas** recebem o código 096 (de 42 dias a 1 ano após o término da gestação) e o código 097 (1 ano ou mais após o término da gestação).

Morte materna obstétrica

As mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas.

Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.

Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação).

Os óbitos codificados como O.95 devem ser relacionados à parte como morte obstétrica não especificada.

Morte materna não obstétrica

Morte Materna Não Obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores como Morte

Não Relacionada. Esses óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

Morte materna tardia

Morte Materna Tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID O96).

Morte materna declarada

A Morte Materna é considerada Declarada quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

Morte materna não declarada

A Morte Materna é considerada como Não Declarada quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

Morte materna presumível ou mascarada

É considerada Morte Materna Mascarada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Desta forma, oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

As causas de morte que ocultam o estado gestacional são chamadas de máscaras, daí a expressão Morte Materna Mascarada. Um exemplo comum refere-se à ocorrência do óbito da mulher internada na UTI, em cuja DO só há registro de uma causa terminal e não há registro da causa básica. Isso poderia ser evitado se quando do preenchimento dessa declaração fosse consultada a equipe que fez o acompanhamento obstétrico.

Lista de máscaras que devem ser pesquisadas na busca ativa dos óbitos maternos

- acidente vascular cerebral;
- broncopneumonia;
- causa desconhecida;
- choques, anafilático, hipovolêmico, endotóxico, neurogênico, ou séptico;
- coagulação intravascular disseminada;

- crise convulsiva;
- edema agudo de pulmão;
- embolia pulmonar;
- endometrite;
- epilepsia;
- falência miocárdica;
- hemorragia;
- hipertensão arterial;
- hipertensão intracraniana aguda;
- infarto agudo do miocárdio;
- insuficiência cardíaca congestiva;
- insuficiência cardíaca por estenose mitral;
- insuficiência hepática aguda;
- insuficiência renal aguda;
- miocardiopatia;
- morte sem assistência médica;
- peritonite;
- pneumonia;
- septicemia;
- tromboembolismo;
- parada cardíaca;
- pelviperitonite.

Morte ocorrida durante a gravidez

Morte Relacionada à Gravidez é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das Mortes Obstétricas com as Não Obstétricas.

Mulher em idade fértil

Segundo a definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos.

A definição brasileira de idade fértil teve como base a experiência dos Comitês de Morte Materna, as estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que revelam a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos.

Mortalidade de mulheres em idade fértil

Internacionalmente, corresponde aos óbitos de mulheres na faixa de 15 a 49 anos de idade. No Brasil, a faixa etária analisada é de 10 a 49 anos.

Nativo ou nascido vivo

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e desprendida a placenta.

Abortamento: é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura ≤ 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido.

Aborto: é o produto da concepção expulso no abortamento

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 hospitalar é aquela que ocorre a qualquer momento e em qualquer dependência de um hospital ou estabelecimento de saúde, independentemente do tempo transcorrido entre a chegada da paciente e seu falecimento. O óbito da paciente dentro da ambulância, a caminho do hospital, também é considerado hospitalar.

Morte em via pública: Morte em via pública é aquela que ocorre em local público ou em trânsito num veículo não destinado especificamente ao transporte de pacientes e/ou sob a responsabilidade de pessoa não profissional de saúde.

Morte domiciliar: morte que ocorre dentro do domicílio.

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)

Razão de mortalidade materna

Relaciona as Mortes Maternas Obstétricas Diretas e Indiretas com o número de Nascidos Vivos, e é expresso por 100.000 Nascidos Vivos.

Frequentemente, a Razão de Mortalidade Materna é chamada de “Taxa” ou “Coeficiente”. Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de Nascidos Vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão “Razão”.

No cálculo da Razão de Mortalidade Materna, devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10, com exceção dos códigos O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Sequela de Causa Obstétrica Direta). Algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas: tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII); transtornos mentais

e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V); necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV), mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.). Nos últimos três casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.

É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e que devem entrar no cálculo da Razão de Mortalidade Materna, desde que não haja dúvida em relação à esse comprometimento.

Cálculo:

O cálculo da razão deve ser feito sempre para a mesma área e a mesma unidade de tempo, e o seu resultado deve ser multiplicado por k (seguindo padrão internacional adotado, $k=100.000$).

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Para o cálculo dos óbitos maternos ocorridos até 1995 utiliza-se a CID 9 e para os óbitos que ocorreram a partir de 1996 usa-se a CID 10.

Razão de mortalidade específica

A Razão de Mortalidade pode ser especificada segundo um amplo conjunto de variáveis relacionados às características da mulher (grupo etário, cor/raça, local de residência etc.) ou do óbito (a causa específica, local de ocorrência, entre outras).

Para se calcular o risco de morte materna na faixa etária de 40 a 49 anos, por exemplo, adota-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos na faixa de 40 a 49 anos.}}{\text{N.º de nascidos vivos de mães de 40 a 49 anos}} \times 100.000$$

O exemplo seguinte refere-se à Razão de Mortalidade Materna por eclâmpsia:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos por eclâmpsia.}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Estão relacionados a seguir os códigos que devem ser utilizados para cálculo da razão de grupos de causas de morte materna.

- **Hipertensão:**

- CID9 capítulo XI soma-se os óbitos registrados com os códigos 642.0, 642.3, 642.4, 642.5, 642.6, 642.7 e 642.9. Não são considerados os códigos 642.1 e 642.2.
- CID10 capítulo XV somar os óbitos registrados com os códigos O11, O13, O14, O15 e O16.
- **Hemorragia:**
 - CID9 capítulo XI soma-se os óbitos registrados com os códigos 640, 641, 665.0, 665.1 e 666.
 - CID10 capítulo XV códigos O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1 e O72.
- Infecção puerperal:
 - CID9 capítulo XI código 670.
 - CID10 capítulo XV códigos O85 e O86
- Gravidez que termina em aborto:
 - CID9 capítulo XI códigos 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638 e 639.
 - CID10 capítulo XV códigos O.00 a O.08.
- **Aborto:** CID 10 capítulo XV códigos O.03 a O. 07.

Fator de correção

É a relação entre o total de mortes maternas encontradas em investigação e as mortes maternas declaradas.

Cálculo:

$$FC = \frac{\text{Nº de óbitos maternos declarados} + \text{Nº de óbitos maternos identificados após investigação}}{\text{Nº de óbitos declarados}}$$

ANEXO G – 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 nessa 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 desses 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 dessa 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 dessa 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 interoperabilidade 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 essa 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 esse 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 dessas 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 nesse 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, esse 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 – 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II – 2ª 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 – 3ª 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 – 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e
- II – 2ª 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 dessa 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, deverão ter a seguinte destinação:

- I – 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II – 2ª 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 – 3ª 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 – 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e
- II – 2ª 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 essa finalidade.

§ 2º No caso de óbito de indígena ocorrido em aldeia, nas condições do *caput* deste Artigo, a 1ª 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 – 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;
- II – 2ª 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 – 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

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

- I – 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II – 2ª 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 – 3ª via: Instituto Médico Legal.

Art. 26. Nos casos de óbitos por causas acidentais 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 – 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e
- II – 2ª 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 – 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II – 2ª 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 – 3ª via: arquivo da Unidade de Saúde junto a outros registros hospitalares da puerpera.

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

- I – 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II – 2ª 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 – 3ª 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 – 1ª via: Cartório de Registro Civil, até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- II – 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de nascimento; e
- III – 3ª 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 – 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

II – 2ª 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 – 3ª 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 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 dessa 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 microrregiões 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 esse 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 nessa 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 dessa 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 dessa 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 dessa 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 dessa 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. Essa Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 46. Fica revogada a Portaria nº. 20/SVS, de 3 de outubro de 2003, publicado 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)

Frente

Anexo I

Modelo da Declaração de Óbito (DO)

Verso

Anexo II

Modelo da Declaração de Nascimento (DN)

Frente

Anexo II

Modelo da Declaração de Nascimento (DN)

Verso

Anexo III

Distribuição dos DSEI e respectivos municípios

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
ALAGOAS E SERGIPE		
AL	ÁGUA BRANCA	2700102
AL	FEIRA GRANDE	2702603
AL	INHAPI	2703304
AL	JOAQUIM GOMES	2703809
AL	PALMEIRA DOS ÍNDIOS	2706307
AL	PARICONHA	2706422
SE	PORTO DA FOLHA	2805604
AL	PORTO REAL DO COLÉGIO	2707503
AL	SÃO SEBASTIÃO	2708808
AL	TRAIPI	2709202
ALTAMIRA		
PA	ALTAMIRA	1500602
PA	SÃO FÉLIX DO XINGU	1507300
PA	SENADOR JOSÉ PORFÍRIO	1507805
PA	VITÓRIA DO XINGU	1508357
ALTO RIO JURUÁ		
AC	CRUZEIRO DO SUL	1200203
AC	FEIJÓ	1200302
AC	JORDÃO	1200328
AC	MÂNCIO LIMA	1200336
AC	MARECHAL THAUMATURGO	1200351
AC	PORTO WALTER	1200393
AC	RODRIGUES ALVES	1200427
AC	TARAUACÁ	1200609

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
ALTO RIO NEGRO		
AM	BARCELOS	1300409
AM	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	1303601
AM	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	1303809
ALTO RIO PURUS		
AC	ASSIS BRASIL	1200054
AM	BOCA DO ACRE	1300706
AC	MANOEL URBANO	1200344
AM	PAUINI	1303502
RO	PORTO VELHO	1100205
AC	SANTA ROSA DO PURUS	1200435
AC	SENA MADUREIRA	1200500
ALTO RIO SOLIMÕES		
AM	AMATURÁ	1300060
AM	BENJAMIN CONSTANT	1300607
AM	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	1303700
AM	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	1303908
AM	TABATINGA	1304062
AM	TONANTINS	1304237
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ		
PA	ALMEIRIM	1500503
PA	ÓBIDOS	1505106
AP	OIAPOQUE	1600501
AP	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	1600154
ARAGUAIA		
GO	ARUANÃ	5202502
MT	CONFRESA	5103353
TO	FORMOSO DO ARAGUAIA	1708205
TO	LAGOA DA CONFUSÃO	1711902
MT	LUCIÁRA	5105309
GO	NOVA AMÉRICA	5214705
GO	RUBIATABA	5218904
MT	SANTA TEREZINHA	5107776
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	107859
BAHIA		
BA	ABARÉ	2900207
BA	ANGICAL	2901403
BA	BANZÊ	2902658
BA	BELMONTE	2903409
BA	CAMACAN	2905602
BA	CAMAMU	2905800
BA	CURAÇÁ	2909901
BA	EUCLIDES DA CUNHA	2910701
BA	GLÓRIA	2911402
BA	IBOTIRAMA	2913200
BA	ILHÉUS	2913606
BA	ITAJU DO COLÔNIA	2915403
BA	ITAMARAJU	2915601
BA	MUQUÊM DE SÃO FRANCISCO	2922250
BA	PAU BRASIL	2923902
BA	PAULO AFONSO	2924009

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
BA	PORTO SEGURO	2925303
BA	PRADO	2925501
BA	RODELAS	2927101
BA	SANTA CRUZ CABRÁLIA	2927705
BA	SANTA RITA DE CÁSSIA	2928406
BA	SERRA DO RAMALHO	2930154
BA	SOBRADINHO	2930774
CEARÁ		
CE	ACARAÚ	2300200
CE	AQUIRAZ	2301000
CE	ARATUBA	2301406
CE	CANINDÉ	2302800
CE	CAUCAIA	2303709
CE	CRATEÚS	2304103
CE	ITAPIOCA	2306405
CE	ITAREMA	2306553
CE	MARACANAÚ	2307650
CE	MONSENHOR TABOSA	2308609
CE	NOVO ORIENTE	2309409
CE	PACATUBA	2309706
CE	PORANGA	2311009
CE	QUITERIANÓPOLIS	2311264
CE	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	2312403
CE	TAMBORIL	2313203
CUIABÁ		
MT	BARÃO DE MELGAÇO	5101605
MT	BARRA DO BUGRES	5101704
MT	BRASNORTE	5101902
MT	CAMPO NOVO DO PARECIS	5102637
MT	CUIABÁ	5103403
MT	DIAMANTINO	5103502
MT	GENERAL CARNEIRO	5103908
MT	NOBRES	5105903
MT	PARANATINGA	5106307
MT	PONTES E LACERDA	5106752
MT	PORTO ESPERIDIÃO	5106828
MT	RONDONÓPOLIS	5107602
MT	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	5107800
MT	SAPEZAL	5107875
MT	TANGARÁ DA SERRA	5107958
GUAMÁ-TOCANTINS		
PA	BOM JESUS DO TOCANTINS	1501576
PA	CANAÃ DOS CARAJÁS	1502152
PA	CAPITÃO POÇO	1502301
MA	CENTRO NOVO DO MARANHÃO	2103174
PA	GOIANÉSIA DO PARÁ	1503093
PA	ITUPIRANGA	1503705
PA	JACUNDÁ	1503804
PA	MOJU	1504703
PA	ÓBIDOS	1505106
PA	ORIXIMINÁ	1505304

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
PA	PARAGOMINAS	1505502
PA	PARAUPEBAS	1505536
PA	SANTA LUZIA DO PARÁ	1506559
PA	SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA	1507151
PA	TOMÉ-AÇU	1508001
PA	TUCURUÍ	1508100
KAIAPÓ DO MATO GROSSO		
PA	ALTAMIRA	1500602
MT	APIACÁS	5100805
MT	COLÍDER	5103205
PA	JACAREACANGA	1503754
MT	JUARA	5105101
MT	PEIXOTO DE AZEVEDO	5106422
MT	SÃO JOSÉ DO XINGU	5107354
KAIAPÓ DO PARÁ		
PA	BANNACH	1501253
PA	CUMARU DO NORTE	1502764
PA	OURILÂNDIA DO NORTE	1505437
PA	PAU D'ARCO	1505551
PA	SÃO FÉLIX DO XINGU	1507300
LESTE DE RORAIMA		
RR	ALTO ALEGRE	1400050
RR	AMAJARI	1400027
RR	BOA VISTA	1400100
RR	BONFIM	1400159
RR	CANTÁ	1400175
RR	CAROEBE	1400233
RR	NORMANDIA	1400407
RR	PACARAIMA	1400456
RR	SÃO LUIZ	1400605
RR	UIRAMUTÃ	1400704
MANAUS		
AM	ANAMÃ	1300086
AM	AUTAZES	1300300
AM	BERURI	1300631
AM	BORBA	1300805
AM	CAREIRO	1301100
AM	CAREIRO DA VÁRZEA	1301159
AM	HUMAITÁ	1301704
AM	ITACOATIARA	1301902
AM	MANICORÉ	1302702
AM	NOVO AIRÃO	1303205
AM	NOVO ARIPUANÃ	1303304
MARANHÃO		
MA	ALTO ALEGRE DO PINDARÉ	2100477
MA	AMARANTE DO MARANHÃO	2100600
MA	ARAGUANÃ	2100873
MA	ARAME	2100956
MA	BARRA DO CORDA	2101608
MA	BOM JARDIM	2102002

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
MA	BOM JESUS DAS SELVAS	2102036
MA	FERNANDO FALCÃO	2104081
MA	GRAJAÚ	2104800
MA	ITAIPAVA DO GRAJAÚ	2105351
MA	JENIPAPO DOS VIEIRAS	2105476
MA	MARANHÃOZINHO	2106375
MA	MONTES ALTOS	2107001
MA	NOVA OLINDA DO MARANHÃO	2107357
MA	SÃO JOÃO DO CARÚ	2111029
MATO GROSSO DO SUL		
MS	AMAMBAÍ	5000609
MS	ANASTÁCIO	5000708
MS	ANTÔNIO JOÃO	5000906
MS	AQUIDAUANA	5001102
MS	ARAL MOREIRA	5001243
MS	BELA VISTA	5002100
MS	BRASILÂNDIA	5002308
MS	CAARAPÓ	5002407
MS	CAMPO GRANDE	5002704
MS	CORONEL SAPUCAIA	5003157
MS	CORUMBÁ	5003207
MS	DOIS IRMÃOS DO BURITI	5003488
MS	DOURADINA	5003504
MS	DOURADOS	5003702
MS	ELDORADO	5003751
MS	JAPORÃ	5004809
MS	JUTI	5005152
MS	LAGUNA CARAPÃ	5005251
MS	MARACAJU	5005400
MS	MIRANDA	5005608
MS	NIOAQUE	5005806
MS	PARANHOS	5006358
MS	PONTA PORÃ	5006606
MS	PORTO MURTINHO	5006903
MS	ROCHEDO	5007505
MS	SETE QUEDAS	5007703
MS	SIDROLÂNDIA	5007901
MS	TACURU	5007950
MÉDIO RIO PURUS		
AM	LÁBREA	1302405
AM	TAPAUÁ	1304104
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES		
AM	ALVARÃES	1300029
AM	CARAUARI	1301001
AM	COARI	1301209
AM	EIRUNEPÉ	1301407
AM	ENVIRA	1301506
AM	IPIXUNA	1301803
AM	ITAMARATI	1301951
AM	JAPURÁ	1302108
AM	JURUÁ	1302207

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
AM	JUTAI	1302306
AM	MARAÃ	1302801
AM	TEFÉ	1304203
AM	UARINI	1304260
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO		
ES	ARACRUZ	3200607
MG	ARAÇUAÍ	3103405
MG	BERTÓPOLIS	3106606
MG	CALDAS	3110301
MG	CARMÉSIA	3113800
MG	CORONEL MURTA	3119500
MG	ITAPECERICA	3133501
MG	LADAINHA	3137007
MG	MARTINHO CAMPOS	3140506
MG	POMPÉU	3152006
MG	RESPLENDOR	3154309
MG	SANTA HELENA DE MINAS	3157658
MG	SÃO JOÃO DAS MISSÕES	3162450
PARANÁ		
PR	ABATIÁ 4100103	
PR	CÂNDIDO DE ABREU 4104402	
PR	CHOPINZINHO 4105409	
PR	CLEVELÂNDIA 4105706	
PR	CORONEL VIVIDA	4106506
PR	CURITIBA	4106902
PR	DIAMANTE D'OESTE	4107157
PR	ESPIGÃO ALTO DO IGUAÇU	4107546
PR	GUAÍRA	4108809
PR	GUARAUQUEÇA	4109500
PR	INÁCIO MARTINS	4110201
PR	LARANJEIRAS DO SUL	4113304
PR	LONDRINA	4113700
PR	MANGUEIRINHA	4114401
PR	MANOEL RIBAS	4114500
PR	NOVA LARANJEIRAS	4117057
PR	ORTIGUEIRA	4117305
PR	PALMAS	4117602
PR	PARANAGUÁ	4118204
PR	PIRAQUARA	4119509
PR	PONTAL DO PARANÁ	4119954
PR	SANTA AMÉLIA	4123105
PR	SÃO JERÔNIMO DA SERRA	4124707
PR	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	4125704
PR	TERRA ROXA	4127403
PR	TOMAZINA	4127809
PR	TURVO	4127965
PR	UNIÃO DA VITÓRIA	4128203
PARINTINS		
AM	BARREIRINHA	1300508
AM	MAUÉS	1302900
AM	NHAMUNDÁ	1303007

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
PA	ORIXIMINÁ	1505304
AM	PARINTINS	1303403
PERNAMBUCO		
PE	ÁGUAS BELAS	2600500
PE	BUIQUE	2602803
PE	CABROBÓ	2603009
PE	CARNAUBEIRA DA PENHA	2603926
PE	FLORESTA	2605707
PE	IBIMIRIM	2606606
PE	INAJÁ	2607000
PE	JATOBÁ	2608057
PE	MIRANDIBA	2609303
PE	OROCÓ	2609808
PE	PESQUEIRA	2610905
PE	PETROLÂNDIA	2611002
PE	TACARATU	2614808
PE	TUPANATINGA	2615805
PORTO VELHO		
RO	ALTA FLORESTA D'OESTE	1100015
RO	COSTA MARQUES	1100080
RO	GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA	1101005
RO	GUAJARÁ-MIRIM	1100106
AM	HUMAITÁ	1301704
RO	JARU	1100114
RO	JI-PARANÁ	1100122
AM	MANICORÉ	1302702
RO	MIRANTE DA SERRA	1101302
RO	NOVA MAMORÉ	1100338
RO	PORTO VELHO	1100205
MT	RONDOLÂNDIA	5107578
RO	SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ	1101492
RO	SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ	1100320
RO	SERINGUEIRAS	1101500
POTIGUARA		
PB	BAÍA DA TRAIÇÃO	2501401
PB	MARCAÇÃO	2509057
PB	RIO TINTO	2512903
RIO TAPAJÓS		
PA	ITAITUBA	1503606
PA	JACAREACANGA	1503754
PA	TRAIRÃO	1508050
SUL-SUDESTE		
SC	ABELARDO LUZ	4200101
RS	ÁGUA SANTA	4300059
RJ	ANGRA DOS REIS	3300100
SC	ARAQUARI	4201307
SP	ARCO-ÍRIS	3503356
SP	ARUJÁ	3503901
SP	AVAÍ	3504305
SP	BARÃO DE ANTONINA	3505005
RS	BARRA DO RIBEIRO	4301909

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
RS	BENJAMIN CONSTANT DO SUL	4302055
SC	BIGUAÇU	4202305
SP	BRAÚNA	3507704
RS	CAÇAPAVA DO SUL	4302808
RS	CACIQUE DOBLE	4303202
RS	CAMAQUÃ	4303509
SP	CANANÉIA	3509908
RS	CAPIVARI DO SUL	4304671
RS	CARAÁ	4304713
SP	CARAPICUÍBA	3510609
SC	CHAPECÓ	4204202
RS	CHARRUA	4305371
RS	CONSTANTINA	4305801
SP	COTIA	3513009
SP	EMBU	3515004
SP	EMBU-GUAÇU	3515103
RS	ENGENHO VELHO	4306924
SC	ENTRE RIOS	4205175
RS	EREBANGO	4306973
RS	ESTRELA	4307807
RS	ESTRELA VELHA	4307815
RS	FARROUPILHA	4307906
RS	FAXINALZINHO	4308052
SP	FERRAZ DE VASCONCELOS	3515707
SC	FLORIANÓPOLIS	4205407
SP	FRANCISCO MORATO	3516309
SP	FRANCO DA ROCHA	3516408
RS	GRAMADO DOS LOUREIROS	4309126
RS	GUAÍBA	4309308
SP	GUARULHOS	3518800
RS	IBIRAIARAS	4309902
SP	IGUAPE	3520301
SC	IMARUÍ	4207205
SC	IPUAÇU	4207684
RS	IRAÍ	4310504
SP	ITANHAÉM	3522109
SP	ITAPECERICA DA SERRA	3522208
SP	ITAPEVI	3522505
SP	ITAQUAQUECETUBA	3523107
SP	ITARIRI	3523305
SP	JANDIRA	3525003
SC	JOSÉ BOITEUX	4209151
SP	JUQUITIBA	3526209
RS	LAJEADO	4311403
RS	LAJEADO DO BUGRE	4311429
RS	LIBERATO SALZANO	4311601
RS	MAQUINÉ	4311775
RS	MATO CASTELHANO	4312138
SP	MAUÁ	3529401
SP	MIRACATU	3529906
SP	MOJI MIRIM	3530805

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
SP	MONGAGUÁ	3531100
RS	MULITERNO	4312625
SC	NAVEGANTES	4211306
RS	NONOAI	4312708
SP	OSASCO	3534401
SC	PALHOÇA	4211900
RS	PALMARES DO SUL	4313656
RJ	PARATI	3303807
SP	PARIQUERA-AÇU	3536208
SP	PERUÍBE	3537602
RS	PLANALTO	4314704
RS	PORTO ALEGRE	4314902
SC	PORTO UNIÃO	4213609
RS	REDENTORA	4315404
RJ	RIO DE JANEIRO	3304557
RS	RIO DOS ÍNDIOS	4315552
RS	RIOZINHO	4315750
RS	RONDA ALTA	4316105
RS	SALTO DO JACUÍ	4316451
SP	SANTANA DE PARNAÍBA	3547304
SP	SANTO ANDRÉ	3547809
SP	SÃO BERNARDO DO CAMPO	3548708
SP	SÃO CAETANO DO SUL	3548807
SC	SÃO FRANCISCO DO SUL	4216206
RS	SÃO LEOPOLDO	4318705
RS	SÃO MIGUEL DAS MISSÕES	4319158
SP	SÃO PAULO	3550308
SP	SÃO SEBASTIÃO	3550704
RS	SÃO VALÉRIO DO SUL	4319737
SP	SÃO VICENTE	3551009
SC	SEARA	4217501
SP	SETE BARRAS	3551801
SP	TABOÃO DA SERRA	3552809
RS	TENENTE PORTELA	4321402
RS	TORRES	4321501
RS	TRÊS PALMEIRAS	4321857
SP	UBATUBA	3555406
RS	VIAMÃO	4323002
RS	VICENTE DUTRA	4323101
SC	VITOR MEIRELES	4219358
TOCANTINS		
TO	ARAGUAÍNA	1702109
TO	CACHOEIRINHA	1703826
TO	FORMOSO DO ARAGUAIA	1708205
TO	GOIATINS	1709005
TO	GURUPI	1709500
TO	ITACAJÁ	1710508
TO	LAGOA DA CONFUSÃO	1711902
TO	MAURILÂNDIA DO TOCANTINS	1712801
TO	SANDOLÂNDIA	1718840
TO	SANTA FÉ DO ARAGUAIA	1718865

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
PA	SANTA MARIA DAS BARREIRAS	1506583
TO	TOCANTÍNIA	1721109
TO	TOCANTINÓPOLIS	1721208
VALE DO JAVARI		
AM	ATALAIA DO NORTE	1300201
VILHENA		
RO	ALTO ALEGRE DOS PARECIS	1100379
MT	ARIPUANÃ	5101407
MT	BRASNORTE	5101902
RO	CACOAL	1100049
RO	CHUPINGUAIA	1100924
MT	COMODORO	5103304
MT	CONQUISTA D' OESTE	5103361
RO	CORUMBIARA	1100072
MT	COTRIGUAÇU	5103379
RO	ESPIGÃO D' OESTE	1100098
MT	JUARA	5105101
MT	JUÍNA	5105150
RO	MINISTRO ANDREAZZA	1101203
MT	NOVA LACERDA	5106182
RO	PIMENTA BUENO	1100189
MT	RONDOLÂNDIA	5107578
RO	VILHENA	1100304
XAVANTE		
MT	ÁGUA BOA	5100201
MT	BARRA DO GARÇAS	5101803
MT	BOM JESUS DO ARAGUAIA	5101852
MT	CAMPINÁPOLIS	5102603
MT	CANARANA	5102702
MT	GENERAL CARNEIRO	5103908
MT	NOVA NAZARÉ	5106174
MT	NOVO SÃO JOAQUIM	5106281
MT	PARANATINGA	5106307
MT	POXORÉO	5107008
MT	SANTO ANTÔNIO DO LESTE	5107792
XINGU		
MT	CANARANA	5102702
MT	FELIZ NATAL	5103700
MT	GAÚCHA DO NORTE	5103858
MT	MARCELÂNDIA	5105580
MT	NOVA UBIRATÃ	5106240
MT	QUERÊNCIA	5107065
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	5107859
MT	SÃO JOSÉ DO XINGU	5107354
YANOMAMI		
RR	ALTO ALEGRE	1400050
RR	AMAJARI	1400027
AM	BARCELOS	1300409
RR	CARACARAÍ	1400209
RR	IRACEMA	1400282
RR	MUCAJÁI	1400308

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS		
UF	MUNICÍPIO	IBGE
AM	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	1303601
AM	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	1303809

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 $\leq 90\%$ – 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 $\leq 80\%$ – 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 $\leq 70\%$ – 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 $\leq 60\%$ – Transferência de percentual a ser pactuado anualmente 1/12 de 60% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos.

ANEXO H – Modelo de planilha de óbito de mulheres em idade fértil

[illegible]

ISBN 978-85-334-1616-1



9 788533 41616 1

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



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

