

**MANUAL DE ORIENTAÇÕES  
PARA COMITÊS DE PREVENÇÃO  
DO ÓBITO FETAL E INFANTIL**

Belo Horizonte  
Secretaria de Estado de Saúde  
Agosto 2004

Elaboração e Organização  
Maria Albertina Santiago Rego  
Elisabeth França  
Maria do Carmo Paixão Rausch

Colaboração  
Marta Alice Romanini  
Márcia Rovená  
Salette Maria Novais Diniz  
Débora Marques Tavares  
Sonia Lansky  
Alcegisá Meireles da Silva

MANUAL DE ORIENTAÇÕES  
PARA COMITÊS DE PREVENÇÃO  
DO ÓBITO FETAL E INFANTIL

Belo Horizonte  
Secretaria de Estado de Saúde  
Agosto 2004

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Governador

Aécio Neves da Cunha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Secretário

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Superintendente

Benedito Scaranci Fernandes

DIRETORIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diretor

Marco Antônio Bragança de Matos

PROGRAMA VIVA VIDA

Coordenadora

Marta Alice Venâncio Romanini

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Superintendência de Atenção à Saúde

Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde

Programa Viva Vida

Endereço:

Av. Afonso Pena, 2.300 – Funcionários

Belo Horizonte – MG

CEP: 30130-007

Telefone: (31) 3261-7742

FAX: (31) 3261-6192

E-mail: [secr.ses@saude.mg.gov.br](mailto:secr.ses@saude.mg.gov.br)

Site: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

Minas Gerais.Secretaria de Estado de Saúde. Manual de  
Orientações para Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e  
Infantil. Belo Horizonte: SES, 2004. 80p

1. Mortalidade Infantil – Comitês de prevenção – Manual.
2. Comitês de Prevenção – Mortalidade Infantil – Manual.
3. CPOFI. I. Título

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	MORTALIDADE INFANTIL: SITUAÇÃO ATUAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	11
3	TERMINOLOGIA APLICÁVEL AO PERÍODO PERINATAL e infantil.....	12
4	IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS Municipais.....	14
	4.1 Finalidades e funções .....	14
	4.2 Caráter .. ..	15
	4.3 Composição .....	15
	4.4 Organização .....	15
5	ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS Municipais.....	17
	5.1 Seminário ou oficina de sensibilização .....	17
	5.2 Definição do plano de ação e do regimento interno .....	17
	5.3 Apoios institucionais .....	17
	5.4 Critérios para seleção dos óbitos a serem investigados.....	18
	5.5 Operacionalização do processo de investigação dos óbitos .....	18
6	DECLARAÇÃO DE ÓBITO .....	21
	6.1 Preenchimento da DO .....	21
	6.2 Fluxo da DO .....	22
7	Ficha epidemiológica de investigação de óbito fetal e infantil .....	25
	7.1 Formulário A – Entrevista domiciliar .....	25
	7.2 Formulário B – Dados do Centro de Saúde/Hospital .....	35
	7.3 Formulário C – Dados da assistência hospitalar da gestante e criança .....	39
	7.4 Formulário D – Conclusões .....	47
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
	ANEXOS .....	57
	1 Classificação dos óbitos perinatais segundo Wigglesworth modificada, 1989.....	57
	2 Distribuição das causas de mortalidade infantil segundo critério de evitabilidade.....	61
	3 Fluxos.....	66
	- .....	
	DO.....	66
	- Investigativo/Preventivo do óbito fetal e infantil.....	67
	4 Resolução do Comitê.....	71
	5 Modelos de Regimento Interno.....	77

## Apresentação

As ações do “Programa Viva Vida”, meta mobilizadora da Secretaria de Estado de Saúde, foram propostas com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil em 25% e diminuir a mortalidade materna nesses quatro anos.

Em 2000, de cada mil crianças nascidas vivas, 20,8 morreram ainda no primeiro ano de vida. Além disso, também morreram, durante a gravidez, parto e puerpério, 42,5 mulheres para cada cem mil nascidos vivos. A análise dessas mortes, apresentada no volume Análise da Mortalidade Materna e Infantil no Estado de Minas Gerais, evidencia que grande parte de suas causas podem ser consideradas evitáveis.

Uma das estratégias principais do Viva Vida, já em implantação em todo o Estado, são os “Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil”, organizados com o objetivo de identificar o óbito, levando a uma notificação real e adequada, e de investigar a sua causa. Isso permitirá um diagnóstico preciso e atualizado da mortalidade materna e infantil, além de nortear correções para as ações programáticas.

Este manual apresenta as diretrizes para a implantação e/ou implementação dos comitês. Duas dessas diretrizes colaboram efetivamente para a construção de uma política pública de saúde: a primeira é que os comitês serão instalados de maneira capilar, desde o nível estadual, passando pelos níveis regional e municipal, chegando até a instituições de assistência à saúde da mulher e da criança; a segunda é que eles serão compostos tanto por profissionais de saúde e membros de sociedades representativas, como por usuários, membros dos conselhos de saúde e de instituições da sociedade civil.

Assim, a atuação dos comitês é uma ferramenta fundamental para garantir a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças do nosso Estado, prevenindo a morte e afirmando a vida. Viva Vida!

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva  
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

## 1 Introdução

A taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores das condições de vida da população infantil e das condições de saúde da população em geral. Entretanto, o enfrentamento dos vários fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil continua sendo um grande desafio para o Estado de Minas Gerais.

Considerada como estratégia fundamental para a prevenção do óbito fetal e infantil, a implementação dos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil (CPOFI) no Estado de Minas Gerais, nos seus diferentes níveis de atuação, está definida como uma das políticas públicas prioritárias da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Esses Comitês são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, com caráter confidencial, que visam identificar e investigar os óbitos para análise das informações, buscando uma melhor compreensão do processo assistencial e dos determinantes socioeconômicos e biológicos que, através de uma inter-relação complexa, culminam na ocorrência de mortes evitáveis. Dessa forma, será possível sugerir estratégias e planejar ações de prevenção de ocorrência de novas mortes, funcionando também como um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à mulher e à criança.

O princípio básico que norteia o Plano de Ação do Comitê é a equidade, de forma a evitar oportunidades perdidas de se fazer prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que levam à morte por causas evitáveis, especialmente na população de maior risco social.

Dessa maneira, seus principais objetivos são:

- Reconstituir a história da assistência à gestante, ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para análise das etapas do processo reprodutivo e do acompanhamento da criança, desvendando fatores de risco que desencadearam os eventos desfavoráveis à vida e que culminaram com a morte;
- Incentivar o registro adequado das estatísticas vitais (declaração de óbitos e nascimentos), utilizando-o para diagnóstico epidemiológico, planejamento, acompanhamento e modificação da realidade;
- Recomendar ações adequadas para redução das mortes perinatais e infantis no que se refere à legislação, distribuição de recursos, organização dos serviços, formação e reciclagem de recursos humanos e participação comunitária;
- Auxiliar na estruturação de uma rede de serviços de saúde que priorize a solução de problemas locais e regionais e que envolva equipe multidisciplinar de profissionais que participam do processo assistencial à gravidez, parto e nascimento, puerpério e controle do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida;
- Prover uma fonte de informação que integre diferentes disciplinas da promoção de saúde à mulher e à criança e diferentes pontos da atenção, incluindo rede básica, assistência hospitalar, programas comunitários no contínuo do ciclo reprodutivo;
- Possibilitar a identificação pelos técnicos envolvidos, poderes constituídos e pela comunidade, dos problemas na assistência durante a gravidez, nascimento, períodos neonatal e pediátrico;
- Avaliar a estrutura da rede de serviços, criando uma forma mais segura de acesso em tempo oportuno e vínculo no nível de cuidado de saúde demandado, com identificação precoce de riscos, promovendo inclusão com equidade;
- Maximizar a eficiência e o custo-efetividade da saúde materno-infantil, utilizando em

tempo oportuno os diversos níveis de atenção com serviços integrados, ações conjuntas de vigilância, promoção e recuperação da saúde;

- Utilizar as informações obtidas para priorizar ações com função educativa em nível de atenção primária, hospitalar, comunitária e familiar;
- Fortalecer o papel do controle social nesse processo, de forma a garantir a continuidade das ações.

## 2 Mortalidade infantil: situação atual no Estado de Minas Gerais

A mortalidade infantil no Estado de Minas Gerais ainda permanece em níveis elevados e inaceitáveis e com problemas no registro de informação, principalmente nos municípios de menor porte. Tanto a taxa de mortalidade neonatal, quanto a pós-neonatal permanecem elevadas na maioria dos municípios, quando comparadas às taxas de outros países, inclusive aqueles com níveis de desenvolvimento econômico menor que o Brasil, como Cuba e Costa Rica.

A análise das causas de óbito é dificultada pelas altas proporções de mortes por causas indefinidas na maioria dos municípios mineiros. Também há importante subinformação no preenchimento de outras variáveis das Declarações de Óbito (DO), entre elas, o peso ao nascer, que exerce grande influência na determinação da morbi-mortalidade no primeiro ano de vida. Observa-se um grande número de óbitos neonatais, provavelmente evitáveis, de crianças com peso ao nascer adequado e sem registro de malformações congênitas letais. As doenças infecciosas, entre elas diarreia e infecções respiratórias, e a desnutrição, quase na sua totalidade passíveis de prevenção, representam também uma parcela importante de causas de óbitos no primeiro ano de vida.

A mortalidade fetal é ainda muito pouco conhecida no Estado. Os avanços tecnológicos que permitem o suporte da vida em prematuros extremos alteraram e deslocaram o conceito e classificação de óbito fetal. Dessa forma, atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui no cálculo de mortalidade fetal as perdas fetais a partir de 22 semanas de idade gestacional ou 500 g de peso ao nascer que não apresentam quaisquer sinais de vida após o nascimento.

As desigualdades socioeconômicas, geográficas e culturais existentes entre as diferentes regiões do Estado também se manifestam na distribuição e capacidade de resolução das respostas sociais aos problemas de saúde, com reflexos nos indicadores de morbi-mortalidade infantil. Coexistem em Minas Gerais problemas de acesso e resolutividade em pontos diversos do processo assistencial, cujas soluções exigem diagnóstico epidemiológico e situacional mais apurado, organização, capacitação e investimento, não bastando apenas adequação tecnológica no sentido estrito.

## 3 TERMINOLOGIA APLICÁVEL AO PERÍODO PERINATAL E INFANTIL

A padronização de conceitos, métodos e critérios de utilização dos bancos de dados de saúde é condição essencial para a análise objetiva dos indicadores de saúde perinatal e infantil e para a tomada de decisões adequadas.

As seguintes definições foram adotadas com base na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão) e na conceituação utilizada pela OMS.

### Nascimento vivo

É a expulsão completa ou extração do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não

cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições é considerado como uma criança viva e, portanto, deve ser emitida a declaração de nascimento e posterior registro do nascimento em cartório. Se a criança vier a falecer em qualquer momento após o nascimento, deve ser emitida a DO – Declaração de Óbito – e registro de óbito, em cartório.

#### Óbito fetal

É a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. O óbito é indicado pelo fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

#### Óbito infantil

É a morte de uma criança no primeiro ano de sua vida.

#### Peso ao nascer

É a primeira medida de peso do feto ou recém-nascido obtida após o nascimento, preferencialmente durante a primeira hora pós-nascimento.

#### Idade gestacional

É a duração da gestação, calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual. É definida em dias ou em semanas completas. Para determinar a data provável do parto, utilizando 40 semanas como referência, soma-se sete ao primeiro dia do último período menstrual e, à data obtida, acrescentam-se nove meses (método de Naegelle).

Quando a data do último período menstrual não é conhecida, a idade gestacional deve ser baseada na melhor estimativa clínica, que poderá ser obtida: a) através do ultra-som realizado nas primeiras 20 semanas de gestação; b) por exame clínico obstétrico da mãe; c) após o nascimento, através do exame de maturidade física e neurológica do recém-nascido. Por convenção, a menos que o exame físico indique uma idade gestacional de mais de duas semanas de diferença da idade calculada pela última menstruação, prevalece esta última.

#### Período neonatal

Corresponde aos primeiros 28 dias de vida pós-natal (0 a 27 dias de vida). Na prática, porém, o cuidado neonatal é estendido por muitos meses para RN doentes ou muito prematuros. É dividido em dois períodos: neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) e neonatal tardio (7 a 27 dias de vida).

#### Coefficiente de mortalidade perinatal

Representa o número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas de gestação) acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em um determinado período e local.

#### Coefficiente de mortalidade neonatal

É o número de óbitos neonatais por mil nascidos vivos, em um determinado período e local. As mortes neonatais podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces e tardias.

Outros coeficientes poderão ser calculados (mortalidade neonatal hospitalar, por grupos

de causas, por limites de peso e outras) indicando a frequência de resultados adversos por períodos e grupos específicos da população.

## 4 IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS MUNICIPAIS

### 4.1 Finalidades e funções

A principal atribuição do comitê refere-se à investigação do óbito fetal e infantil para análise de evitabilidade e proposição de medidas preventivas.

Essa investigação objetiva coletar informações para análise e avaliação de todos os aspectos envolvidos no óbito, dirigindo a discussão dos Comitês. Envolve acesso aos prontuários médicos e visitas domiciliares e contempla dados mínimos para uma adequada compreensão das circunstâncias em que nasceu, viveu e morreu a criança.

É a partir dessa investigação que surgirão os dados reveladores das oportunidades perdidas de se assistir adequadamente as crianças que morrem antes de nascer ou que morrem após o nascimento por causas evitáveis. Esse processo permitirá uma melhor compreensão dos determinantes socioeconômicos e relativos aos serviços de saúde. Em caso de falhas na assistência, em que pontos elas ocorreram e influenciaram a seqüência de eventos desfavoráveis que resultaram na morte daquela criança.

A atuação do comitê deve incluir a melhoria das estatísticas vitais, com o objetivo de diminuir o sub-registro de nascidos vivos, de óbitos fetais e de óbitos infantis e melhorar a qualidade do preenchimento da declaração de nascimento (DN) e declaração de óbito (DO).

Outra função do comitê é a promoção da educação continuada dos profissionais de saúde, subsidiando debates sobre os níveis de mortalidade fetal e infantil, a partir das investigações clínicas e epidemiológicas, produzindo material educativo e auxiliando na elaboração de propostas de medidas de intervenção para redução dos óbitos fetais e infantis, promovendo a interlocução entre as diversas instituições públicas ou setores organizados da sociedade civil e buscando garantir a execução das medidas apontadas.

### 4.2 Caráter

Os comitês são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, com atuação técnico-científica, com função educativa, não punitivo ou coercitivo e tendo caráter confidencial nas investigações individuais.

### 4.3 Composição

Os membros dos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil podem variar de acordo com as características de cada região, devendo ter representação das instituições ligadas ao atendimento da criança, além de técnicos capazes de desempenhar as funções previamente definidas.

A composição do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil deve ter uma equipe mínima constituída por:

- Representantes da Secretaria de Saúde: Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança, Vigilância Epidemiológica, Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa

de Agentes Comunitários da Saúde (PACS);

- Representante do Conselho Regional de Medicina (CRM);
- Representantes das Sociedades Científicas Médicas e de Enfermagem;
- Representante de Faculdade de Medicina e de Enfermagem;
- Representante dos usuários e dos prestadores indicados pelos Conselhos de Saúde;
- Representantes de organizações civis, entre elas a da Pastoral da Criança.

#### 4.4 Organização

Os Comitês devem ser implantados no nível hospitalar e municipal.

Os Comitês Hospitalares e Municipais devem estar vinculados a um Comitê Estadual, através dos Comitês Regionais, facilitando o apoio técnico e administrativo essencial ao exercício de suas funções. Os Comitês Regional e Estadual devem atuar como órgãos de assessoria técnica na definição do plano de ação local, na implementação das ações e no acompanhamento da execução de metas, segundo minuta.

A necessidade de implantação e implementação dos comitês municipais parte da premissa de que o município é o maior gestor das ações e práticas que possam influenciar a saúde da população. Toda tecnologia disponível – conhecimento científico mesclado com recursos locais e elementos culturais, econômicos, legais e políticos – deve ser utilizada localmente em uma relação custo-efetividade sustentável. A Portaria Ministerial 1399 de 15/12/1999 estabelece que a vigilância epidemiológica da mortalidade materna e infantil é uma das atribuições do município, cabendo a este garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades.

Os Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil devem ser amparados por portarias ou resoluções governamentais específicas e credenciados por autoridades sanitárias como elementos representativos da estrutura governamental, que autoriza oficialmente sua função de investigação dos óbitos, devendo possuir regimento interno e credencial de identificação para seus membros.

Devem trabalhar de forma integrada com o Comitê de Prevenção de Morte Materna, considerando os fatores comuns na determinação dos óbitos maternos e infantis.

## 5 ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS MUNICIPAIS

### 5.1 Seminário ou oficina de sensibilização

Para garantir o envolvimento e comprometimento efetivo dos membros, deverá ser organizado um seminário para os representantes das instituições e áreas técnicas da Secretaria de Saúde que deverão compor o Comitê. Nesse evento, poderão ser abordados os seguintes temas: mortalidade infantil no município, na região e no Estado; necessidade de melhoria dos indicadores de saúde; finalidade, funções e operacionalização dos comitês.

Após a adesão dos diferentes representantes, deve ser feita uma convocação oficial. Podem ser organizadas cerimônias de posse dos membros como forma de divulgação do início das atividades.

### 5.2 Definição do plano de ação e do regimento interno

Logo na primeira reunião, deverá ser discutida a proposta de regimento interno do comitê o qual deverá ser publicado. O plano de ação do comitê deve também ser discutido e elaborado.

### 5.3 Apoios institucionais

Os estabelecimentos de saúde (hospitais e unidades de saúde), deverão ser comunicados oficialmente sobre as normas do comitê para que as investigações possam ser legitimadas.

### 5.4 Critérios para seleção dos óbitos a serem investigados

Alguns critérios mínimos foram definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para seleção dos óbitos a serem investigados no nosso Estado e estão descritos abaixo:

- mortes fetais e neonatais de crianças com peso ao nascer  $\geq$  1.500 g;
- mortes neonatais com peso ao nascer não declarado na DN e DO;
- mortes pós-neonatais.

Considerando que a mortalidade perinatal (fetal e neonatal precoce) é um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nessa área, pela relação estreita com o acesso e qualidade da assistência prestada às gestantes e recém-nascidos, recomenda-se, portanto, que esses períodos sejam analisados conjuntamente, possibilitando ações de promoção de saúde mais adequadas na redução da mortalidade fetal e infantil. A inclusão dos óbitos fetais no estudo pode implicar em melhoria da notificação dos óbitos infantis, com impacto no perfil epidemiológico das regiões.

Devem ser excluídos do processo de investigação os óbitos fetais e infantis que tenham como causa básica malformações congênitas múltiplas e graves.

### 5.5 Operacionalização do processo de investigação dos óbitos

1 - Verificar se o fluxo da DO está formalizado e é ágil no município. Medidas de regularização do fluxo devem ser tomadas, assegurando a chegada das DO às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), no período de 48 horas, utilizando estratégias como a captação das DO nas maternidades e hospitais por representantes das SMS;

2 - Buscar ativamente todos os óbitos fetais (a partir de 22 semanas ou 500 g de peso ao nascer) e infantis:

2.1 - Pesquisar nos hospitais, Cartórios de Registro Civil e nos Serviços de Epidemiologia das SMS, quando a DO não chegar ao Comitê;

2.2 - Pesquisar em fontes alternativas de informação: igrejas, cemitérios não oficializados, funerárias, associações de moradores, parteiras, curandeiros e outras. Essa ação requer a articulação do comitê com todos esses segmentos para a obtenção regular dos dados. Os agentes comunitários de saúde e a equipe de saúde da família deverão participar ativamente da vigilância ao óbito materno, fetal, neonatal e pós-neonatal.

- 3 - Promover integração de dados provenientes de várias fontes: SIM, hospitais, Cartórios de Registro Civil, Serviços de Epidemiologia da SMS e outros sistemas de informação: SIH/SUS e SIAB;
- 4 - Iniciar a investigação hospitalar, domiciliar e nas unidades de saúde, portando credencial e utilizando os formulários de investigação de óbito fetal e infantil propostos pelo Comitê Estadual, aos quais deverá estar anexada cópia da DO;
- 5 - Avaliar todos os fatores envolvidos com o óbito, considerando os aspectos da prevenção baseados nos critérios de evitabilidade da Fundação SEADE modificado (Anexo) e nos de Wigglesworth (Anexo), documentando no formulário resumo;
- 6 - Analisar ampla e detalhadamente os óbitos investigados, com intervalo máximo de dois meses. Nesse momento, é fundamental a participação de profissionais das áreas técnicas de pediatria e obstetrícia, principalmente nos casos de óbito fetal e neonatal. Caso não seja possível a análise dos óbitos no Comitê Municipal, o Comitê Regional ou o Estadual devem garanti-la, retornando com as informações para o Comitê/Secretaria Municipal de origem. É importante ressaltar que o objetivo da investigação dos óbitos é identificar mortes evitáveis, não tendo caráter punitivo. O comitê deve definir também os critérios e formas que utilizará para estabelecer, a partir das conclusões, o processo de retorno das informações e propostas para correção das falhas em cada instância envolvida;
- 7 - Encaminhar ao setor de vigilância epidemiológica, responsável pela digitação dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, folha anexa à DO com os esclarecimentos necessários e a causa do óbito, definida após investigação, para correção do banco de dados do município e do Estado;
- 8 - Listar as oportunidades de intervenção perdidas, apontando para os pontos do processo que precisam ser modificados;
- 9 - Divulgar, com periodicidade trimestral, relatórios de análises dos casos, considerando o caráter sigiloso das investigações individuais;
- 10 - A cada período de três meses, os CPOFI municipais ou regionais encaminham ao CPOFI estadual os relatórios e formulários e cópias das DO para resumo da investigação, consolidação dos dados e elaboração do relatório semestral e anual dos óbitos no Estado;
- 11 - Sugerir à autoridade sanitária local as ações para superação das falhas, promovendo a reorganização do processo e a capacitação dos recursos humanos envolvidos em qualquer nível da rede assistencial e, em alguns casos, em interação com outros setores que não o da saúde;
- 12 - Promover capacitação para o preenchimento adequado das DO, considerando a relevância desse documento como fonte de dados fundamental para diagnóstico e planejamento;
- 13 - Promover eventos de sensibilização, educação continuada e capacitação, utilizando as informações do comitê e dos Sistemas de Informação de Nascidos Vivos e de Óbitos, entre outras;
- 14 - Trabalhar conjuntamente com o Comitê de Prevenção do Óbito Materno;
- 15 - Instrumentalizar o Conselho Municipal para favorecer o controle social;
- 16 - Divulgar os relatórios, através de publicações da área de saúde e nos meios de comunicação em geral, como forma de mobilizar a sociedade.

## 6 DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A Declaração de Óbito (DO) é um instrumento oficial que prova a morte do indivíduo e tem duas funções básicas: cumprir exigências legais e servir como fonte de dados para estatísticas sanitárias, sendo de fundamental importância para a vigilância epidemiológica da mortalidade fetal e infantil.

A lei 6.216 de 30/06/1975, artigo 77, determina que nenhum sepultamento pode ser feito sem Certidão de Óbito (ou registro do óbito) emitida pelo cartório local (Oficial de registro do lugar do falecimento), extraída após lavratura do assento de óbito feito em vista da Declaração do Óbito (atestado médico), se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

O modelo da DO implantado desde 1999 é constituído por nove blocos, contendo 62 variáveis, e é impresso em papel carbonado, em três vias (Anexo).

A Declaração de Óbito (atestado de óbito) é de responsabilidade do médico.

### 6.1 Preenchimento da DO

A DO deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, com peso ao nascer  $\geq$  500 g, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais.

O médico é responsável por todas as informações contidas na DO, não devendo assinar uma declaração de óbito em branco, ou deixar declarações previamente assinadas. O médico deve verificar também se todos os itens de identificação estão corretamente preenchidos.

O bloco VI da DO contém informações sobre as causas de morte de acordo com as recomendações da OMS. 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 tais lesões". A causa básica é a "doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal". Conforme a recomendação internacional esta deve ser registrada em último lugar na parte I, geralmente na linha "d". A causa básica origina as complicações que devem ser registradas nas linhas acima "c, b, a". A última causa seqüencial, registrada na linha "a", é chamada causa terminal ou imediata.

Segundo o artigo 115 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceção feita nos casos de suspeita de morte violenta.

A resolução 1.601/2000 do Conselho Federal de Medicina veda o médico de atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo se o fizer como plantonista ou médico substituto, ou em caso de necropsia ou verificação legal. Nos óbitos ocorridos sem assistência médica, a DO deve ser fornecida pelos médicos do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) local. Na inexistência deste, deve ser assinada por médico do serviço público de saúde local, após constatação pessoal, devendo estar especificado "óbito sem assistência médica".

Nos locais onde não há médico, a DO deve ser emitida por um declarante e duas testemunhas maiores e idôneas que presenciaram ou se certificaram do óbito.

Na ocorrência de morte não natural ou violenta, a DO deve ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML). Nos locais sem IML, a autoridade policial local deve nomear duas pessoas idôneas para atestar o óbito.

É recomendada a investigação das causas de morte, através de estudos

anatomopatológicos, nos casos de morte súbita ou por causa desconhecida.

## 6.2 Fluxo da DO

A Portaria MS/SVS Nº 20, de 03/10/2003, regulamenta a coleta de dados e fluxo das informações sobre nascimentos e óbitos para os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e sobre Mortalidade - SIM. Com relação ao SIM, define que as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo fornecimento gratuito das DO para as unidades notificadoras: estabelecimentos de saúde, Institutos Médico-Legais, Serviços de Verificação de Óbitos, Cartórios de Registro Civil e médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Nos óbitos de causas naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde, a DO preenchida deverá ter a seguinte destinação:

- 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- 2ª via: Representante ou responsável da família do falecido para obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório de Registro Civil;
- 3ª via: Permanece na unidade notificadora (hospital) para ser arquivada no prontuário do falecido.

Nos casos de óbitos naturais ocorridos fora dos estabelecimentos de saúde, com assistência médica, a DO será preenchida pelo médico responsável, que deverá dar a seguinte destinação:

- 1ª e 3ª vias: Secretaria Municipal de Saúde;
- 2ª via: Representante ou responsável da família do falecido para obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório de Registro Civil.

Na ocorrência de óbitos naturais sem assistência médica, a DO deverá ser preenchida pelo médico do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou outro médico da localidade, tendo as suas vias a mesma destinação do caso acima relatado.

Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório de Registro Civil solicitando o preenchimento das três vias, que terão a seguinte destinação:

- 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo processamento dos dados;
- 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao responsável pelo falecido.

Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, o médico do IML ou perito designado para tal, onde não houver IML, deverá preencher as três vias da DO, que terão a seguinte destinação:

- 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- 2ª via: Representante ou responsável da família do falecido para obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório de Registro Civil;
- 3ª via: IML.

As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios necessários e disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se de suas equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Quando chegam às Secretarias Municipais de Saúde, as DO devem ser processadas e seus dados encaminhados às Secretarias Estaduais, responsáveis pela consolidação estadual do SIM. As Secretarias Estaduais de Saúde enviam os dados consolidados, a cada três meses, para o Departamento de Análise da Situação de Saúde (DAS's).

É importante lembrar que as DO são registradas no local onde o óbito ocorreu, permitindo a sua classificação por local de ocorrência e de residência. Assim, quando o óbito ocorrer fora do município de residência, é recomendável que a cópia da DO e a da ficha de investigação sejam encaminhadas ao comitê do local de moradia do falecido.

Nº do Caso\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(ano) (número)

## Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

### Formulário A ENTREVISTA DOMICILIAR

Data Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome(s) do(s) entrevistador(es): \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Entrevista consentida:  Sim  Não

#### **Parte I - Identificação da Criança**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Idade (horas / dias / meses): \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nº Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Nº da Família: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde de Referência: \_\_\_\_\_

Nº DN: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº DO: \_\_\_\_\_ Data Óbito: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **Fonte de Notificação do Óbito:**

DO.....01	C e m i t é r i o . .....06	<input type="checkbox"/>
SVO/IML.....02	Cartório.....07	
Funerária.....03	A I H . . . . .08	
Notificação Hospital.....04	Pa r t e i r a .....09	
PAC's / P S F . . . . . 0 5	Outros.....10	

**Tipo de óbito:**

- 1) Fetal      2) Infantil Neonatal      3) Infantil Pós-neonatal

\* O número do caso deve ser o mesmo em todos os formulários e deve ser preenchido pelo nível municipal.

**Parte II - Dados da mãe e família**

**1 - Informante**

- 1) Mãe -----01
- 2) Pai -----02
- 3) Vizinho / amigo ----- 03
- 4) Parente (especificar): ----- 04
- 5) Outro (especificar): ----- 77

**2 - Idade da mãe: \_\_\_\_\_ anos**

Ignorada ..... 99

**3 - Anos de estudo da mãe**

- Nenhum/não sabe ler .... 0 1
- N e n h u m / s a b e l e r .... 0 2
- 1 – 3.....03
- 4 – 7.....04
- 8 – 11.....05
- 12 e mais ..... 0 6
- I g n o r a d o ..... 9 9

**4 - Passado reprodutivo: (o que aconteceu antes dessa gestação)**

Número de gestações \_\_\_\_\_ Número de abortos \_\_\_\_\_  
 Nascidos vivos, que vivem \_\_\_\_\_  
 Nascidos vivos, que morreram \_\_\_\_\_  
 Nascidos mortos \_\_\_\_\_

**5 - Tipo de Moradia**

- Com telhado, paredes, pisos e acabamento adequados\*, em bom estado de conservação.....01
- Com telhado, paredes, pisos e acabamento adequados\*, em mau estado de conservação.....02
- Precária (paredes sem reboco, partes esburacadas, piso de terra batida ou contrapiso).....03
- Muito precária (piso de terra batida, telhado de capim, lona, plástico, improvisado).....04

\* Adequado:

Piso: tijolo / cimento ou cerâmica / madeira / pedra

Telhado: laje / telha

Paredes: alvenaria (não madeirite, madeira, lona, plástico)

### 6 - Existência de água tratada e encanada dentro da casa

Sim ..... 01  
Não ..... 02  
Ignorado ..... 99

### 7 - Destino dos esgotos

Rede geral de esgoto .....01  
Fossa rudimentar ..... 02  
Fossa séptica.....03  
Córrego próximo ..... 04  
Na rua ou quintal .....05  
Outro (especificar): \_\_\_\_\_ 77

### 8 - Quem cuidava da criança (indicar parentesco/relação com a criança)

Mãe ..... 01  
Pai ..... 02  
Parente adulto .....03  
Outra criança .....04  
Vizinho / amigo ..... 05  
Creche ..... 06

### 9 - A mãe vive com o pai/companheiro?

Sim ..... 01  
Não ..... 02

### 10 - Algum morador da residência é fumante?

Sim .....01  
Não ..... 02  
Ignorado ..... 99

### **Parte III - Dados sobre a gestação e o nascimento da criança**

(verificar cartão de pré-natal e relatório de alta do RN, além do relato da mãe)

#### **11 - Você (mãe) fez pré-natal?**

Sim..... 0 1  
Não..... 0 2  
Ignorado..... 9 9

#### **12 - Número de consultas**

0..... 0 1  
1 – 3..... 0 2  
4 – 6..... 0 3  
Mais de 6..... 0 4  
Ignorado..... 9 9

#### **13 - Mês do início do pré-natal**

Primeiro trimestre..... 0 1  
Segundo trimestre..... 0 2  
Terceiro trimestre..... 0 3  
Não fez pré-natal..... 0 4

#### **14 - Se não fez pré-natal, por quê?**

---

---

---

#### **15 - Avaliação do cartão de pré-natal**

Completo (considerar completo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais,  
imunização completa para tétano) ..... 0 1  
Incompleto..... 0 2  
Cartão não avaliado..... 0 3

#### **16 - Local(is) onde fez pré-natal**

UBS / P S F..... 0 1  
Ambulatório de referência..... 0 2  
NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não).... 8 8  
Ignorado..... 9 9  
Outro (especificar): ..... 7 7

**17 - Como você (mãe) avalia a assistência prestada no pré-natal ?**

- B o m ..... 01
- Ru i m. .... 02
- NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não)....88
- I g n o r a d o. .... 99

**18 - Por quê ?**

---

---

---

**Como a mãe foi transportada na hora do parto?**

---

---

---

**Foi atendida na primeira maternidade que passou?**

---

---

---

**19-Local de ocorrência do parto**

- Maternidade/Hospital de referência.....01
- Outro Serviço de Saúde.....02
- D o m i c í l i o. .... 03
- No trajeto para o serviço de saúde.....04
- Outro local (especificar): .....99

**20 - Durante o pré-natal, foi indicado pelo Centro de Saúde a maternidade de referência para o parto?**

- Sim .....01
- N ã o. .... 02
- NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não)....88
- I g n o r a d o. .... 99

**21 - Você (mãe) foi examinada na maternidade/hospital antes de ir para a sala de parto?**

- Sim .....01
- Não .....02

NA (marcar NA se o local de nascimento foi diferente de 1 na questão 19) .....88  
I g n o r a d o .....99

**22 - Como foi o seu atendimento na maternidade ?**

Bom .....01   
Ruim.....02  
NA (marcar NA se o local de nascimento foi diferente de 1 na questão 19) .....88  
I g n o r a d o.....99

**23 - Tipo de Parto:**

Vaginal ..... 01   
C e s á r e o ..... 02  
Fórcipe .....03  
Outro (especificar): .....77

**24 - Quem fez o parto?**

M é d i c o ( a ) ..... 01   
E n f e r m e i r o ( a ) ..... 02  
P a r t e i r a .....03  
I g n o r a d o ..... 99  
Outro (especificar): .....77

**Parte IV - Dados do Feto / RN**

**25 - O bebê nasceu:**

Vivo.....01   
M o r t o ..... 02

**26 - Peso ao Nascer:**   |\_|\_|\_|\_| (g)

**27 – Estatura:**       |\_|\_| (cm)

**28 - Prematuro:**

- Sim ..... 01
- Não ..... 02
- Ignorado ..... 99

**29 - Foi atendido por pediatra na sala de parto?**

- Sim ..... 01
- Não ..... 02
- NA (marcar NA se o local de nascimento foi diferente de 1 na questão 19).....88
- Ignorado ..... 99

**ATENÇÃO: Se a criança nasceu morta, ir para a questão 41 e finalizar a entrevista domiciliar.**

**30 - O bebê chorou ao nascer?**

- Sim ..... 01
- Não ..... 02
- Ignorado ..... 99

Observações da mãe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**31 - Após o nascimento para onde foi o bebê?**

- Quarto junto com a mãe.....01
- Berçário ..... 02
- Unidade Tratamento Intensivo/Unidade Tratamento Intermediário.....03
- Transferido para outro hospital.....04
- Outro (especificar): \_\_\_\_\_.....77

Foi indicado CTI? \_\_\_\_\_

**Quanto tempo demorou para conseguir vaga?**

- 1 dia.....01
- 1 dia após a indicação.....02
- 2 dias após a indicação.....03
- 3 ou mais dias.....04
- Não conseguiu.....05

**32 - O bebê mamou ao peito?**

Sim..... 01  
Não..... 02  
Ignorado..... 99

**33 - Por quanto tempo?**

---

---

**34 - A criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde regularmente?**

Sim..... 01  
Não..... 02  
Ignorado..... 99

**35 - O cartão de vacinas estava em dia?**

Sim..... 01  
Não..... 02  
Ignorado..... 99

**36 - Após a saída da maternidade e antes de adoecer dessa última vez, a criança foi internada por algum motivo?**

Sim..... 01  
Não..... 02  
Ignorado..... 99

**37 - Em caso afirmativo, quantas vezes?**

---

**Parte V - Dados sobre a doença que causou a morte da criança (dados para óbito ocorrido após alta do RN da maternidade e óbitos pós-neonatal)**

**38 - Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento (horas / dias)?**

\_\_\_\_\_

**39 - Houve dificuldade para conseguir atendimento?**

S i m . . . . . 01  
N ã o . . . . . 02  
I g n o r a d o . . . . . 99

**40 - Quais os serviços procurados por ocasião da doença da criança?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preencher **Anexo 1**, utilizando o relato da mãe e o “cartão da criança”, em ordem cronológica dos acontecimentos.

**41 - Na sua opinião, o que levou a criança ao óbito (anotar o relato da mãe)?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data da investigação:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## Quadro 1 - Serviços de Saúde Procurados

Data	Nome do Serviço Procurado	Tipo (1)	Localização do Serviço (Bairro/Município)	Atendido por (2)	Intervalo (especificar em horas ou dias)	Aquisição de Medicamentos (3)	Diagnóstico	Resultado (4)

(1) Tipo de Serviços Procurados

1. Equipe do PSF
2. Centro / Posto de Saúde
3. Urgência / Emergência
4. Maternidade (SUS)
5. Hospital (SUS)
6. Médico particular / Hospital particular
7. Outro (especificar): \_\_\_\_\_
9. Ignorado

(3) Aquisição de medicamentos

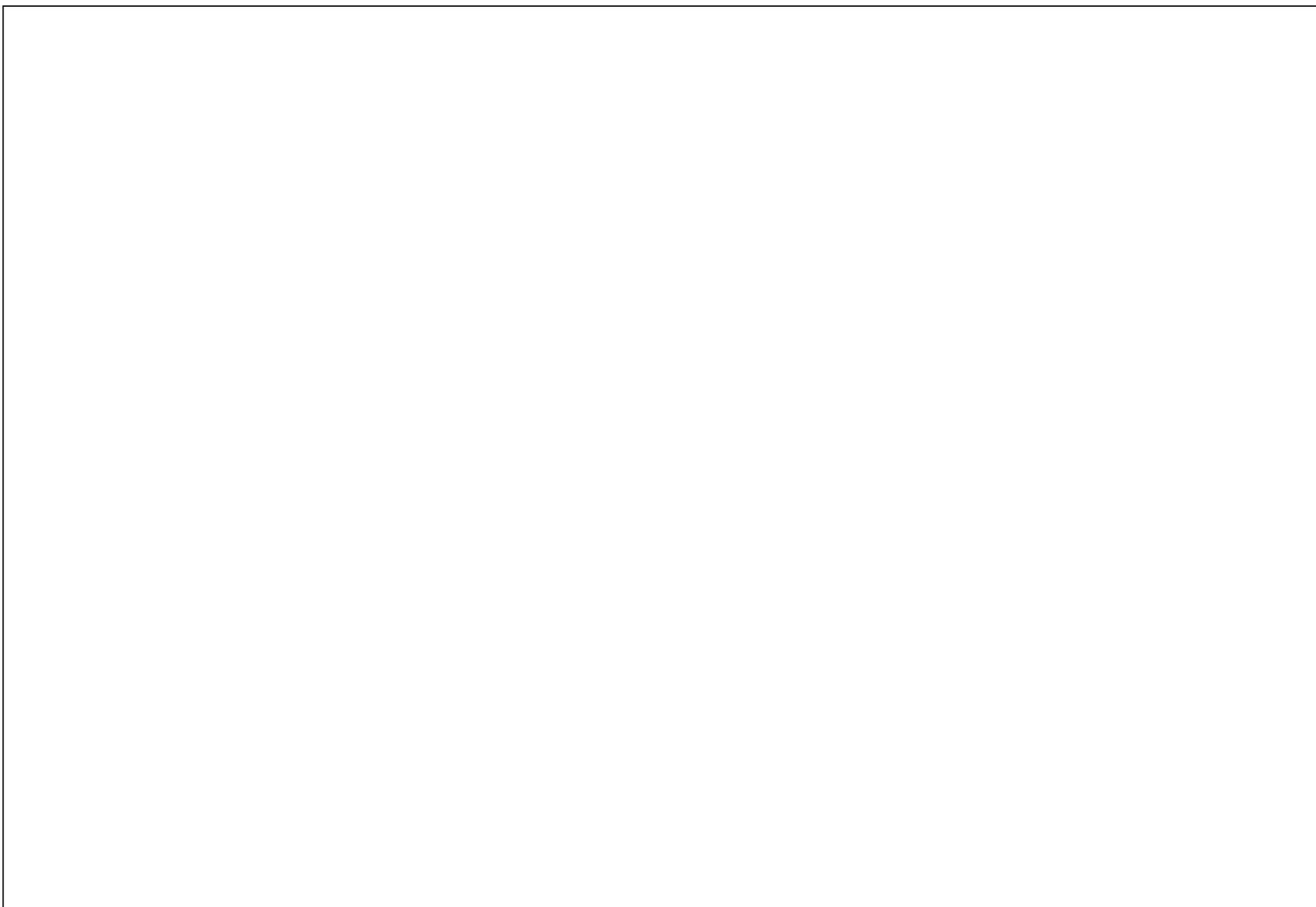
1. Comprou todos os remédios na farmácia
2. Recebeu todos os remédios gratuitamente
3. Recebeu ou comprou parcialmente os remédios
4. Não pôde comprar nenhum remédio
5. Medicado só no S.S
6. Não receitado
7. Internado
9. Ignorado

(2) Atendido por

1. Médico
2. Enfermeiro
3. Parteira hospitalar
4. Auxiliar / atendente de enfermagem
5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)
6. Ninguém (não foi atendido)
7. Outro \_\_\_\_\_

(4) Resultado do atendimento prestado

1. Atendido / medicado sem permanência hospitalar
2. Internado
3. Só encaminhado / transferido
4. Não atendido
5. Outro (especificar) \_\_\_\_\_
9. Ignorado



Nº do Caso\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(ano) (número)

## Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

### Formulário B DADOS DO CENTRO DE SAÚDE / HOSPITAL

Informações do prontuário de pré-natal e do prontuário ambulatorial da criança

Data Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome(s) do(s) entrevistador(es): \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

#### **Parte I - Identificação da Criança**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Centros de Saúde de Referência: \_\_\_\_\_

#### **Tipo de óbito:**

Fetal ..... 01  
Infantil Neonatal ..... 02  
Infantil Pós-neonatal ..... 03

#### **Parte II - Assistência pré-natal**

##### **1 - Idade Gestacional na primeira consulta:**

|\_\_|\_\_| semanas

99) Ignorado

**2 - Número de consultas pré-natal:**

|\_|\_|

99) Ignorado

**3 – Problemas durante a gravidez:**

Gravidez múltipla .....01  
Hipertensão arterial .....02  
Pré - eclâmpsia / eclâmpsia (DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez ) . . . . .03  
D i a b e t e s . . . . . 04  
Infecção do trato urinário.....05  
O u t r a s i n f e c ç õ e s . . . . . 06  
H e m o r r a g i a s . . . . . 07  
Desnutrição materna.....08  
Alcoolismo/uso de drogas.....09  
Outra doença (especificar):.....77

**4 – Preencher o Quadro 2 - Assistência à mãe no Pré-natal, em anexo, copiando dados do prontuário do pré-natal, detalhando por data de consulta.**

**5 – Preencher o Quadro 3 – referente ao acompanhamento da avaliação no ambulatório geral**

**6 - A criança estava sendo acompanhada em serviços ambulatoriais de referência?**

S i m . . . . . 01  
N ã o . . . . . 02  
Ignorado (sem registro) . . . . . 99

**7 - A vacinação estava completa para a idade?**

S i m . . . . . 01  
N ã o . . . . . 02

**8 - Se desnutrido, foi seguido o fluxo assistencial e protocolos clínicos do estado de Minas Gerais implantados?**

S i m . . . . . 01  
N ã o . . . . . 02  
NA (responder NA se a criança não for desnutrida).....03

**Data da investigação:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_



**Quadro 3 – Dados dos serviços de saúde para o óbito neonatal após alta da maternidade e pós-neonatal**

Nome do Serviço de Saúde:

Registros da assistência da criança no Centro de Saúde/Consultório

Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito,  
na ordem cronológica da data

Data	Idade	Profissional (enfermeiro, médico, auxiliar enfermagem, outros)	Diagnóstico/ exames complementares	Queixa	Conduta

Observações:

---

---

---

---

---

Nº do Caso\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(ano) (número)

Nº DO \_\_\_\_\_

**Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil**

**Formulário C**  
**DADOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DA**  
**GESTANTE E CRIANÇA**

Data Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome(s) do(s) entrevistador(es): \_\_\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_

**Parte I - Identificação da Criança**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

**Tipo de óbito:**

Fetal ..... 01  
Infantil Neonatal.....02  
Infantil Pós-neonatal.....03

\* O número do caso deve ser o mesmo em todos os formulários e deve ser preenchido pelo município.

## **Parte II - Dados sobre a assistência ao parto para óbito fetal e neonatal**

### **1 - Admissão na maternidade**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

### **2 - Motivo da internação**

Amnionrexeprematura . . . . .	01
Trabalho de parto (exceto período expulsivo).....	02
Inibição de trabalho de parto prematuro.....	03
Período expulsivo (encaminhada direto para a sala de parto) .....	04
C e s á r e a ; Indicação _____.....	05
Indução do parto.....	06
Tratamento clínico.....	07
Ignorado (Semregistro. . . . .	99

### **3 - Nome do hospital onde ocorreu o parto:**

---

### **4 – Município onde ocorreu o parto:**

---

### **5 - Número de Consultas pré-natal:**

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

### **6 - Problemas durante a gravidez:**

Gravidez múltipla . . . . .	01
Hipertensão arterial . . . . .	02
Pré - eclâmpsia / eclâmpsia (DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez).....	03
Diabetes . . . . .	04
Infecção do trato urinário.....	05
Outras infecções . . . . .	06
Hemorragias . . . . .	07
Desnutrição materna . . . . .	08
Alcoolismo/uso de drogas.....	09
Outra doença (especificar): .....	77

**7 - Registro hospitalar à admissão da gestante:**

Pressão arterial:	Sim.....01	Não.....02	<input type="checkbox"/>
Medida do fundo uterino:	Sim.....01	Não.....02	<input type="checkbox"/>
Batimentos cardíofetais:	Sim.....01	Não.....02	<input type="checkbox"/>
Dinâmica uterina:	Sim.....01	Não.....02	<input type="checkbox"/>
Dilatação:	Sim.....01	Não.....02	<input type="checkbox"/>

**8 - Foi utilizado partograma?**

Sim ..... 01

Não..... 02

**9 - Número de avaliações maternas (ver registro no partograma ou na ficha de evolução do trabalho de parto).**

|\_|\_|\_|

Não se aplica .....88

Sem registro .....99

**10 - Número de avaliações fetais (ver registro no partograma ou na ficha de evolução do trabalho de parto).**

|\_|\_|\_|

Não se aplica..... 88

Sem registro. . . . . 99

**11 - Maior intervalo sem avaliação (horas, minutos):**

|\_|\_|\_|

**12 - Parto:**

Vaginal ..... 01

Cesáreo.....02

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min



**19 - Condições de nascimento do recém-nascido:**

Nascido vivo . . . . . 01  
Nascido morto, com óbito antes do parto.....02  
Nascido morto, com óbito intraparto.....03  
Nascido morto, feto macerado.....04  
Sem registro . . . . . 99

**Atenção: Se a criança nasceu morta, ir para questão 42 e finalizar o preenchimento deste formulário.**

**20 - Assistência ao recém-nascido por pediatra:**

Sim . . . . . 01  
N ã o. . . . . 02  
Ignorado (sem registro) . . . . . 99

**21 - Reanimação do recém-nascido:**

Sim. . . . . 01  
Não. . . . . 02  
Ignorado. . . . . 99

**22 - APGAR :**

1° minuto : |\_\_|\_\_|  
5° minuto: |\_\_|\_\_|

**23 - Registro de evolução diária por pediatra:**

Sim . . . . . 01  
Não. . . . . 02

**24 - O recém-nascido permaneceu em:**

Alojamento conjunto.....01  
B e r ç á r i o. . . . . 02  
Berçário de risco ou unidade neonatal.....03  
U T I / C T I . . . . . 04  
I g n o r a d o (sem registro) . . . . . 99

**25 - Ficou retido? RN ficou no hospital além do tempo habitual?**  
se parto normal + 24 horas(retido)  
se cesária + 48 horas(retido) SBP  
Ideal qualquer parto 48 horas

Sim ..... 01  
Não. .... 02

**26 - Especificar porque permaneceu no hospital além do tempo habitual:**

---

---

---

**27 - O recém-nascido veio transferido de outro Hospital:**

Sim (Especificar o nome: \_\_\_\_\_).....01  
N ã o. .... 02  
Sem registro. . . . . 99

**28 - Foi indicado CTI?**

S i m .....01  
N ã o. ....02  
Sem registro.. . . . . 99

**29 - Se foi, qual indicação?**

---

---

---

**30 - Houve dificuldade para conseguir vaga?**

S i m .....01  
N ã o. .... 02  
Sem registro. . . . . 99

**31 - Quanto tempo levou para ser transferido?**

- Imediatamente..... 01
- 1 dia.....02
- 2 dias.....03
- 3 ou mais dias.....04
- Sem registro.....77
- Não se aplica.....88
- Ignorado..... 99

**32 - Setor de ocorrência do óbito:**

- Centro Obstétrico.....01
- Alojamento conjunto.....02
- Berçário..... 03
- Bercário de risco.....04
- UTI / CTI..... 05
- Enfermaria Pediátrica.....06
- Outro (especificar): .....07

**33 – Data do Óbito:**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora (se este ocorreu nas primeiras 24h após a admissão): \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

**34 – Causas do óbito (listadas no prontuário):**

---

---

---

---

**Parte III – Dados sobre a hospitalização para o óbito RN após a alta da maternidade e para o óbito pós-neonatal**

**35 - Estado geral no momento da hospitalização:**

Data da internação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sem registro.....99

**36 - Estado geral no momento da hospitalização:**

- Em parada cardiorespiratória.....01
- Grave (com sinais de instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória)....02
- Sem sinais de instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória .....03
- Sem registro.. . . . . 99

**37 - Sinais vitais à admissão:**

Pulso: \_\_\_\_\_

FR: |\_\_|\_\_|\_\_| irpm

TA: \_\_\_\_\_ °C

FC: |\_\_|\_\_|\_\_| bpm

**38 - Estado nutricional à admissão:**

Peso: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| g

**39 - Existe relato de hospitalização prévia?**

Sim (Especificar o local: \_\_\_\_\_).....01

N ã o. .... 02

**40 – Preencher o quadro 4, de acordo com os dados do prontuário hospitalar.**

**41 - Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?**

Sim (Especificar o local: \_\_\_\_\_).....01

N ã o. .... 02

**42 – Data do Óbito**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**43 - Causa(s) do óbito (de acordo com prontuário hospitalar):**

---

---

---

Data da investigação : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



Nº do Caso\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(ano) (número)

## Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

### Formulário D CONCLUSÕES

Anexar fotocópia da DO e, para RN, cópia da DN

#### Identificação da Criança

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Idade (horas / dias / meses): \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nº Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Nº da Família: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde de Referência: \_\_\_\_\_

Nº DO: \_\_\_\_\_ Data Óbito: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº DN: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **Parte II – Dados sobre a assistência ao parto para óbito fetal e neonatal**

Data envio DO para investigação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data finalização da investigação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* O número do caso deve ser o mesmo em todos os formulários a serem preenchidos



**Especificar evidências ou indícios de problemas / falhas no atendimento nos seguintes momentos;**

**1 - Acesso e assistência no pré-natal:**

---

---

---

---

---

---

**2 – Acesso e assistência na maternidade:**

---

---

---

---

---

---

**3 - Assistência no(s) Centro(s) de Saúde:**

Atenção Básica (acesso, resolubilidade, calendário de consultas, imunização, programas especiais, Risco detectado)

---

---

---

---

---

---

Assistência no serviço ambulatorial de referência

---

---

---

---

---

Assistência nos serviços de urgência (acesso, resolubilidade)

---

---

---

---

**4 - Assistência no Hospital(is) (onde internou a criança):**

---

---

---

---

---

---

**5 - Na organização do sistema de saúde (fluxo):**

---

---

---

---

**6 - Dificuldades da família no cuidado com a criança:**

---

---

---

---

---

---

---

**A equipe avalia que este óbito poderia ter sido evitado ? Por quê ?**

---

---

---

---

---

---

---

**O óbito pode ser considerado:**

- Evitável.....01
- Não Evitável.....02
- Mal definido.....03

**Critério de evitabilidade utilizado para análise (anexo 1 e 2)**

- Wigglesworth . . . . . 01
- F. Seade.....02
- Ambos. . . . . 03

**Fatores de evitabilidade (comunidade, família, profissional, institucional, socioeconômico, sistema de saúde):**

---

---

---

---

### Classificação de evitabilidade

---

---

---

---

### Causas da morte antes da investigação e após a investigação

<b>Causas</b>	<b>ANTES da investigação</b>	<b>CID</b>	<b>APÓS a investigação</b>	<b>CID</b>
Linha a				
Linha b				
Linha c				
Linha d				
Parte II				
<b>Causa básica</b>				

Recomendações e encaminhamento para intervenções:

---

---

---

Data da investigação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Classificação dos óbitos segundo critérios de evitabilidade

Além dos diagnósticos das doenças e problemas relacionados à saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão, serão utilizadas as classificações de óbitos segundo critérios de evitabilidade. As correlações entre eventos perinatais e processo assistencial segundo Wigglesworth modificada (1989) estão apresentadas no anexo 1.

Vários critérios de evitabilidade dos óbitos fetais e infantis tem sido propostos. Utilizaremos o critério de Wigglesworth para mortes perinatais e o da Fundação SEADE para os óbitos perinatais e infantis. (Anexos 1 e 2)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACCIOLY, M.C. Determinantes da mortalidade neonatal em Belo Horizonte (1993): subsídios para o planejamento da atenção materno-infantil. 1997. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
2. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comitê de Prevenção do Óbito Perinatal e Infantil. Formulário de investigação de óbito perinatal e infantil. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, [s.d.]. Formulários mimeografados.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade – Minas Gerais. Cad. Inf. Saúde, Brasília. Disponível em: <<http://portalweb02.saude.gov.br>>. Acesso em: 04 jun. 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 75p.
5. BRASIL. Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 04 set. 2000.
6. CARVALHO, M.L.; SILVER, L.D. Confiabilidade da declaração da causa básica de óbitos neonatais: implicações para o estudo da mortalidade prevenível. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.29, n.5, p.342-348, 1995.
7. CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Escola de Saúde Pública. Monitorização dos óbitos perinatais nas maternidades públicas e conveniadas com o SUS/Ceará. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 1997. Não paginado.
8. COSTA, J.O. Níveis de complexidade e de segurança em potencial das Unidades Perinatais de hospitais-maternidades: proposta de um modelo de avaliação. 1998. 136f. Dissertação (Mestrado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
9. FRANÇA, E.B. Estudo de determinantes da mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição na Região Metropolitana de Belo Horizonte em 1991-1992. 1995. 266f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
10. FRIAS, P.G.; LIRA, P.I.C.; VIDAL, S.A.; VANDERLEI, L.C.M. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde: estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. J. Pediatr., Rio de Janeiro, v.78, n.6, p.509-516, 2002.
11. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Assistência perinatal e neonatal no Brasil: um desafio para os serviços de saúde. Radis, Rio de Janeiro, Tema 17, fev. 1999. Disponível em: <<http://www.ensp/fiocruz/publicacoes/>>. Acesso em 20 mar. 2003.
12. GOINIA. Secretaria Municipal de Saúde. Monitoramento de óbitos neonatais ocorridos no município de Goiânia – Goiás, 1999/2000. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2000. 60p.
13. INSTITUTO MATERNO-INFANTIL DE PERNAMBUCO - IMIP. Núcleo de Epidemiologia. Investigação de óbitos infantis domiciliares. Recife: IMIP, 2000. Não paginado.

14. INSTITUTO MATERNO-INFANTIL DE PERNAMBUCO - IMIP. Núcleo de Epidemiologia. Investigação hospitalar de óbitos infantis. Recife: IMIP, [s.d.]. 7p. Mimeografado.
15. JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D.; SOBOLL, M.L.M.S.; ALMEIDA, M.F.; LATORRE, M.R.D.O. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.27, n.6, p.1-46.
16. KEELING, J.W.; MacGILLIVRAY, I.; GOLDING, J.; WIGGLESWORTH, J.; BERRY, J.; DUNN, P.M. Classification of perinatal death. Arch. Dis. Child., London, v.64, p.1345-1351, 1989.
17. LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.36, n.6, p.759-772, dez. 2002.
18. LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M. O atestado de óbito. 4.ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002. 87p.
19. MARANHÃO, A.G.K.; JOAQUIM, M.M.C.; SIU, C. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 44p.
20. MENDONÇA, E.F.; GOULART, E.M.A.; MACHADO, J.A.D. Confiabilidade da declaração de causa básica de mortes infantis em região metropolitana do sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.28, n.5, p.385-391, 1994.
21. OLIVEIRA, H. Complexidade da mortalidade infantil: as histórias que os números não contam. 2001. 150f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Regras e disposições para a codificação de mortalidade e morbidade. In: \_\_\_\_\_. CID – 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 3.ed., 10.rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996. v.2, cap.4, p.31-130.
23. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Informação em Saúde. [Formulários para coleta de dados]. [s.n.t.].
24. RAUSCH, M.C.P.; REGO, M.A.S. Análise da mortalidade infantil no Estado de Minas Gerais: versão preliminar. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004. 64p.
25. RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Executiva de Epidemiologia. Vigilância de óbitos em menores de 1 ano. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. Não paginado.
26. REGO, M.A.S.; Diagnóstico perinatal do Hospital das Clínicas da UFMG, em 1991, utilizando o Sistema Informático Perinatal. 1994. 130f. Dissertação (Mestrado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
27. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Estudo de morbimortalidade e da atenção peri e neonatal no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, [s.d.]. Não paginado.
28. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Grupo de Avaliação Técnica de Saúde – GATS. Centro Técnico de Saúde da Criança. Comitês de mortalidade infantil: um manual prático. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000. 38p.
29. SEADE – FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS.

Mortalidade infantil e desenvolvimento. *Conj. Demogr.*, São Paulo, n.14/15, p.49-50, 1991.

30. SOARES, V.M.N. Comitês de prevenção da mortalidade materna no Paraná. *Saúde no Paraná*. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/Boletim\\_Epidemiologico/Primavera\\_2001...](http://www.saude.pr.gov.br/Boletim_Epidemiologico/Primavera_2001...)>. Acesso em: 04 jun. 2003.

31. SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C.; ANDRADE, C.L.T.; SOUZA Jr., P.R.B. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1725-1736, nov./dez. 2002.

32. VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.4, n.1, p.3-69, abr. 2001.

33. VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med. J./Rev. Paul. Med.*, São Paulo, v.119, n.1, p.33-42, 2001.

34. VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; HALPERN, R. et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.30, n.1, p.34-45, fev. 1996.

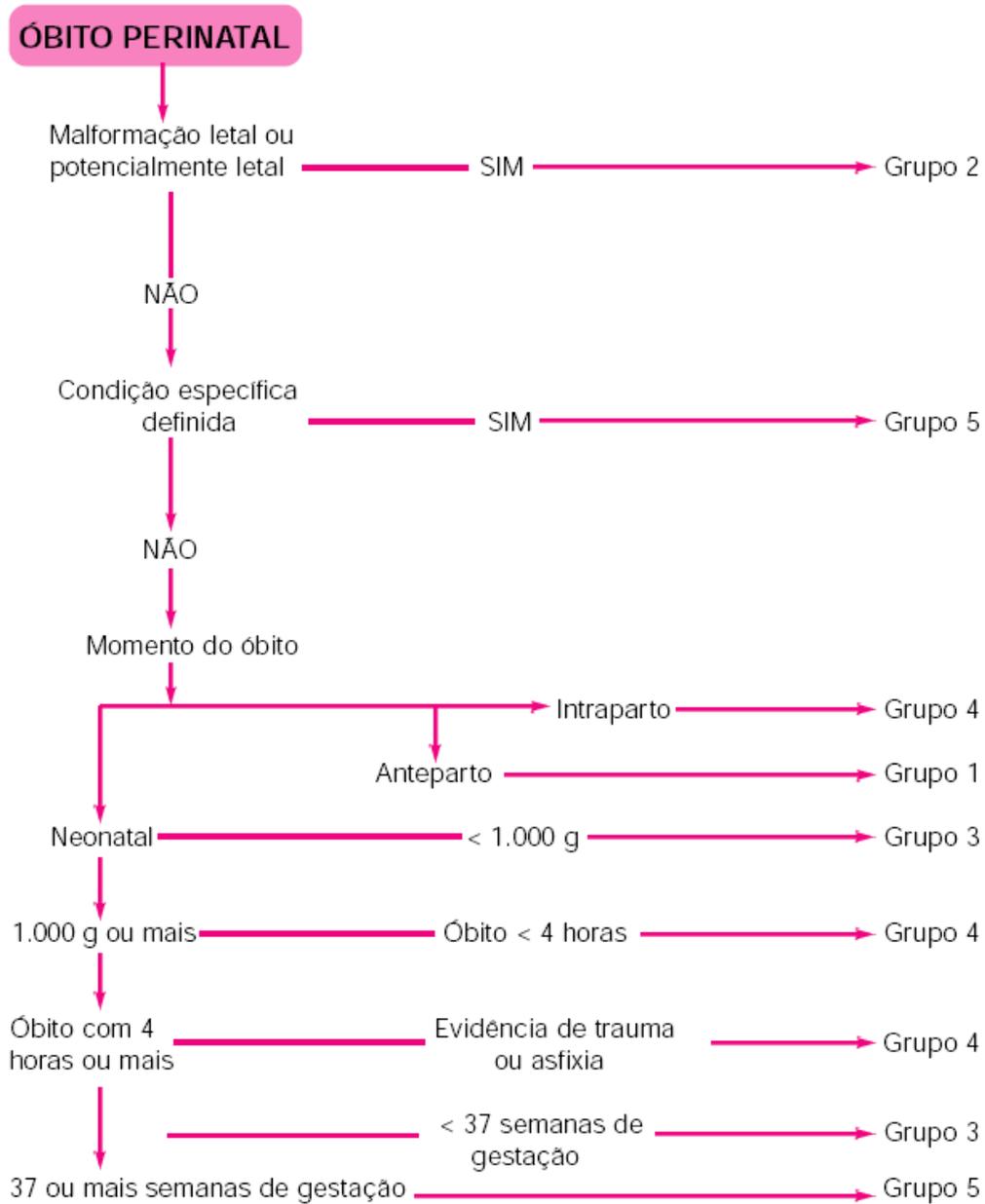
35. VIDAL, S.A.; FRIAS, P.G.; BARRETO, F.M.P.; VANDERLEI, L.C.M.; FELISBERTO, E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.3, n.3, p.281-289, jul./set. 2003.

36. WIGGLESWORTH, J.S. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. *Lancet*, London, v.27, p.684-686, 1980.

# **ANEXO 1**

## **CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS SEGUNDO WIGGLESWORTH MODIFICADA, 1989**

## CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS SEGUNDO WIGGLESWORTH MODIFICADA, 1989



## CLASSIFICAÇÃO DE ÓBITOS PERINATAIS SEGUNDO WIGGLESWORTH MODIFICADA (KEELING *et al*, 1989)

### Grupo 1 – ÓBITO ANTES DO TRABALHO DE PARTO

- 1a – Não relacionado com hemorragia maciça feto-placentária.
- 1b – Relacionado com hemorragia maciça feto-placentária. (PP, DPP)

### Grupo 2 – MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS (NATIMORTO OU NEOMORTO)

- 2a - Malformações associadas a alterações funcionais (hipoplasia pulmonar decorrente de oligoâmnio, hidropsia associada a malformações).
- 2b - Complexo de malformações menores, com morte anteparto.

### Grupo 3 – CONDIÇÕES ASSOCIADAS COM PREMATURIDADE OU IMATURIDADE

- 3a - RN com PN < 1.000 g, independente do momento do óbito.
- RN prematuros com PN ≥ 1.000 g que faleceram com mais de 4 horas de vida.

### Grupo 4 – ÓBITO INTRAPARTO, ÓBITO PÓS PARTO DE RN PESANDO MAIS DE 1.000 g OU COM ÓBITO NAS PRIMEIRAS 4 HORAS, EVIDÊNCIA DE TRAUMA DE PARTO OU ASFIXIA

- 4a - Não relacionados com hemorragia maciça feto-placentária.
- 4b - Relacionados com hemorragia maciça feto-placentária.
- 4c - Mortes intraparto sem malformações ou condições específicas.
- 4d - Natimortos sem maceração na ausência de outras informações.
- 4e - RNs prematuros com PN ≥ 1.000g que faleceram antes de 4 horas de vida.
- 4f - RN falecido durante intervenção, tipo operação cesárea, na ausência de trabalho de parto.
- 4g - Qualquer RN sobrevivendo mais de 4 horas com evidência de trauma craniano ou asfixia.

### Grupo 5 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DEFINIDAS E OUTRAS CONDIÇÕES

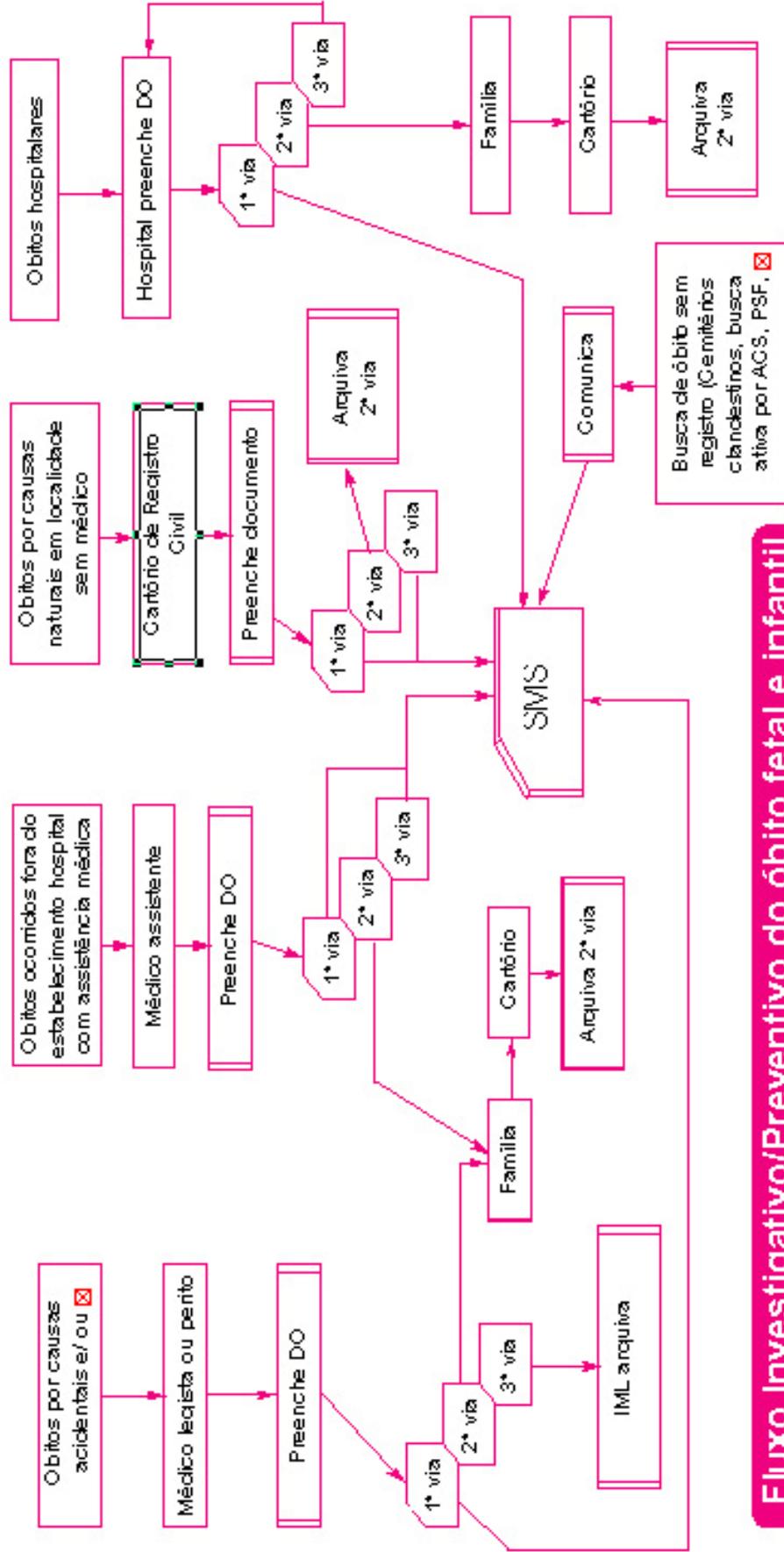
- 5a - Incluir causas inexplicadas em RN termo.
- 5b - Condições associadas à prematuridade, ocorrendo em RN termo, como síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intracraniana, enterite necrotizante.
- 5c - Infecções específicas do período neonatal (citomegalovírus, herpes, rubéola).

## CORRELAÇÕES ENTRE EVENTOS PERINATAIS/FALHAS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL. WIGGLESWORTH, 1980

EVENTOS PERINATAIS	FALHAS NA ASSISTÊNCIA PERINATAL
Altas taxas de natimortos anteparto	Falhas na atenção pré-natal e/ou condições maternas adversas
Altas taxas de óbitos por malformações congênicas	Questionamento sobre as facilidades existentes para o rastreamento destas alterações durante a gravidez (pré-natal) ou sobre os procedimentos para diagnóstico precoce de lesões potencialmente tratáveis
Alta frequência de óbito por asfixia intraparto	Manejo obstétrico
Óbitos neonatais por asfixia	Indicam a necessidade de avaliação dos serviços obstétricos (monitoração intraparto) e do atendimento aos RN em sala de parto (ressuscitação)
Óbitos por imaturidade em RN com peso superior a 1.500 g	Sugerem falhas no manejo obstétrico, nas manobras de ressuscitação em sala de parto e/ou deficiência no atendimento aos RNs em berçário
Distribuição de pesos dos RN falecidos	Oferecem um elemento adicional na avaliação da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil

# 3 FLUXOS

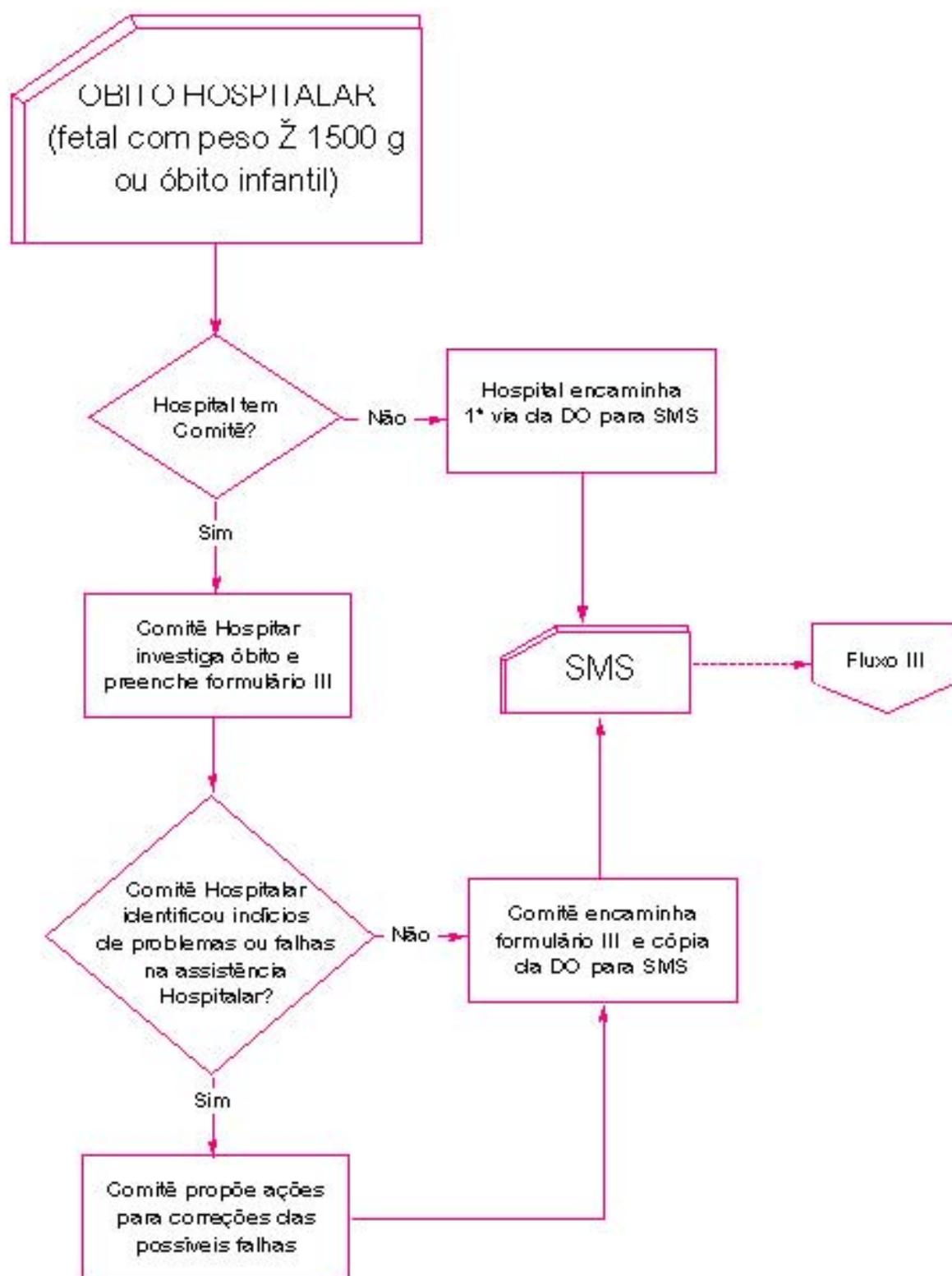
## FLUXO DA DO



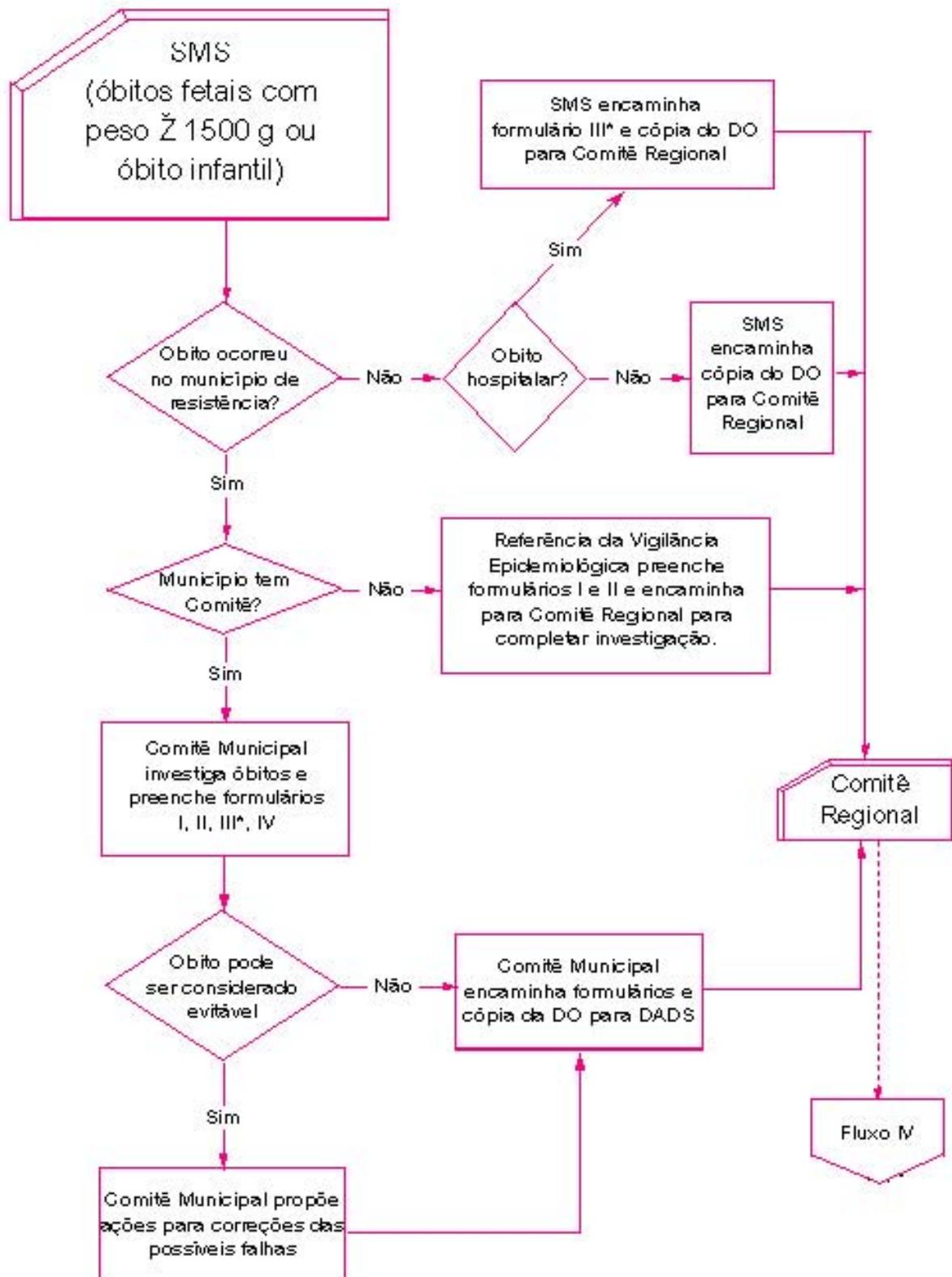
## Fluxo Investigativo/Preventivo do óbito fetal e infantil



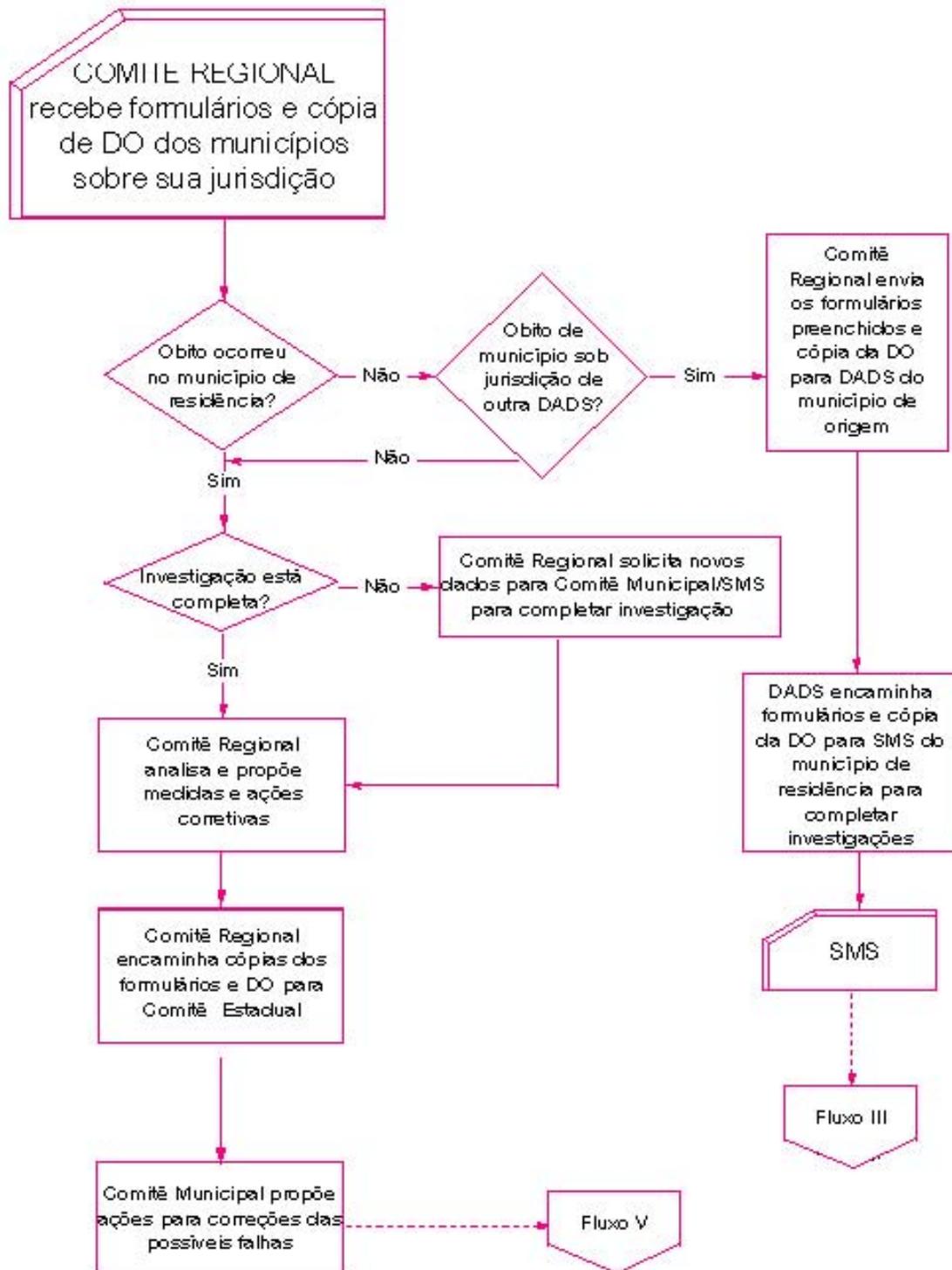
## Fluxo Investigativo/Preventivo Hospitalar Óbito Fetal e Infantil



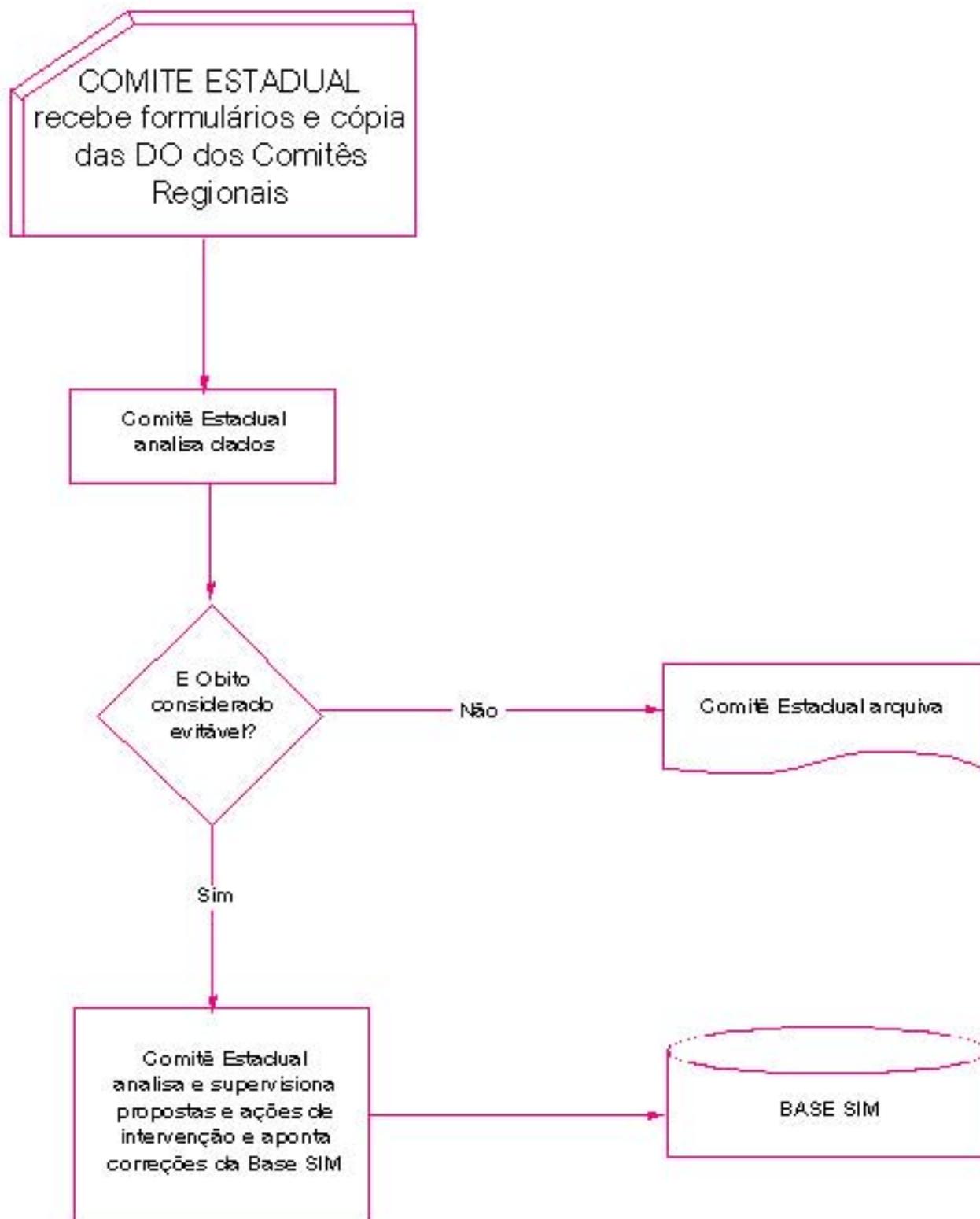
## Fluxo Investigativo/Preventivo Municipal - III Óbito Fetal e Infantil



## Fluxo Investigativo/Preventivo Municipal - IV Óbito Fetal e Infantil



## Fluxo Investigativo/Preventivo Municipal - IV Óbito Fetal e Infantil



#### 4. REsolução do comitê

##### Resolução do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil

Dispõe sobre a criação dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil e dá outras providências.

O Secretário de Estado de Saúde e Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais SUS/MG no uso de suas atribuições e considerando:

- a dificuldade de conhecer os reais índices de Mortalidade infantil e fetal no Estado de Minas Gerais;
- a necessidade de caracterizar os aspectos ligados à assistência perinatal e do acompanhamento da criança no primeiro ano de vida, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices de Mortalidade Infantil;
- a premência de pesquisar as principais causas de Mortalidade Infantil;
- a necessidade de assessorar as instituições responsáveis pelos serviços de assistência e de acompanhamento ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e à criança até um ano de vida.

Resolve:

##### Capítulo I Dos comitês

Art 1º - Criar os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil, cuja atuação preserva o caráter ético, técnico, educativo e consultivo.

Art. 2º - O Comitê Estadual de que trata esta Resolução, sediado no município de Belo Horizonte, fica diretamente vinculado à Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Superintendência de Atenção à Saúde, da Subsecretaria de Políticas e Ações da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 3º - Os Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Infantil serão sediados nas respectivas DADS/Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde que representam; os Comitês Municipais de Prevenção da Mortalidade Infantil serão sediados nas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios que representam; os Comitês Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Infantil serão sediados nas respectivas Unidades que representam, estando todos vinculados tecnicamente ao Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil.

##### Capítulo II Da composição

Art. 4º - O Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil é composto por 22 (vinte e dois) membros, indicados pelos seguintes Órgãos do Poder Público e Entidades Civis:

I. 08 (oito) representantes da Secretaria de Estado de Saúde sendo: 05 (cinco) da Superintendência de Atenção à Saúde; 03 (três) da Coordenadoria de Assistência à Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, 01 (um) representante da Diretoria de Normalização, 02 (dois) representantes da Superintendência de Epidemiologia e 01 (um) da Superintendência de Regulação.

II. 01 (um) representante da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais;

III. 03 (três) representantes da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo 2 (dois) da Faculdade de Medicina e 1 (um) da Faculdade de Enfermagem;

IV. 01 (um) representante do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente;

V. 01 (um) representante do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher;

VI. 01 (um) representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais;

VII. 01 (um) representante do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais;

VIII. 01 (um) representante da Associação dos Hospitais Públicos de Minas Gerais;

IX. 01 (um) representante do Hospitais Públicos em Minas Gerais;

X. 01 (um) representante da Sociedade Mineira de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais;

XI. 01 (um) representante da Sociedade Mineira de Pediatria;

XII. 01 (um) representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais;

XIII. 02 (dois) representantes de Organizações Não Governamentais atuantes na área de saúde da criança;

XIV. 01 (um) representante do Conselho Estadual de Saúde;

XV. 01 (um) representante do Comitê Estadual de Defesa da Vida;

XVI. 01 (um) representante da Secretaria Estadual de Defesa Social.

Art. 5º - Os Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Infantil serão compostos por Equipe Mínima de:

I. 01 (um) representante técnico do serviço da Epidemiologia da DADS;

II. 01 (um) médico pediatra;

III. 01 (um) enfermeiro;

IV. 01 (um) representante Técnico da Atenção Básica da DADS e/ou do Programa de Saúde da Família;

V. 01 (um) representante da Comissão Intergestores Bipartite Regional.

Art. 6º - Os Comitês Municipais de Prevenção de Mortalidade Infantil serão compostos por Equipe Mínima de:

I. 01 (um) profissional médico responsável pela assistência à criança;

II. 01 (um) representante técnico da área de Epidemiologia;

III. 01 (um) representante técnico da Atenção Básica e/ou do Programa de Saúde da Família;

IV. 01 (um) representante do Conselho Municipal da Saúde;

V. 02 (dois) representantes de Movimentos Sociais com atividades afins.

Art. 7º - Os Comitês Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Infantil serão compostos por Equipe Mínima de:

- I. 01 (um) médico responsável pela assistência à criança;
- II. 01 (um) médico responsável pela assistência ao parto;
- III. 01 (uma) enfermeira;
- IV. 01 (um) funcionário administrativo.

### Capítulo III

#### Das competências

Art. 8º - Ao Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil compete:

- I. Expedir normas com vistas a uniformizar a situação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil;
- II. Realizar diagnóstico da situação da mortalidade infantil e fetal no Estado de Minas Gerais, a partir dos elementos fornecidos pelos Comitês Regionais, Municipais e Hospitalares;
- III. Acompanhar e analisar as condições de assistência à saúde da criança, e sua atuação como fatores de risco da mortalidade infantil e fetal;
- IV. Disponibilizar os resultados do trabalho desenvolvido para todas as Instituições e Órgãos competentes, que possam intervir na redução das mortes infantis e fetais evitáveis;
- V. Encaminhar à Secretaria de Estado de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e a CIB Estadual, relatório anual da situação da mortalidade infantil e fetal no Estado de Minas;
- VI. Assessorar as Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde, os Municípios e Hospitais na promoção de debates sobre a mortalidade infantil e fetal e realização de ações de prevenção e promoção da saúde, educação continuada e produção de material educativo;
- VII. Promover interlocução entre setores pertencentes ao Poder Público, Sociedade Civil Organizada e Instituições formadoras de recursos humanos, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas;
- VIII. Providenciar a incorporação de óbitos infantis e fetais não registrados com peso ao nascer > 500g ao banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Art. 9º - Aos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Infantil compete:

- I. Realizar diagnóstico da situação da mortalidade infantil e fetal na sua Jurisdição, a partir dos elementos fornecidos pelos Comitês Municipais e/ou Hospitalares;
- II. Acompanhar e analisar as condições de assistência à saúde da criança e sua atuação como fatores de risco da mortalidade infantil e fetal;
- III. Disponibilizar os resultados do trabalho desenvolvido para todas as Instituições e Órgãos competentes que possam intervir na redução dos óbitos infantis e fetais;
- IV. Enviar periodicamente os dados ao Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil.

Art. 10º - Aos Comitês Municipais de Prevenção de Mortalidade Infantil compete:

- I. Realizar busca ativa de óbitos infantis e óbitos fetais com peso ao nascer > 500g regularmente;
- II. Investigar os óbitos infantis e fetais com peso ao nascer maior ou igual a 1500g;
- III. Concluir investigação e definir propostas de intervenção para preservação de óbitos considerados evitáveis, com periodicidade trimestral;
- IV. Enviar sistematicamente os resultados obtidos ao Comitê Regional de Prevenção de Mortalidade Infantil;
- V. Disponibilizar as informações obtidas aos órgãos competentes.

Art. 11 - Aos Comitês Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Infantil Compete:

- I. Notificar ao Comitê Municipal a ocorrência de todos os óbitos infantis independente do peso ao nascer e óbitos fetais maior ou igual a 500g;
- II. Investigar os óbitos infantis e óbitos fetais com peso ao nascer maior ou igual a 1500g;
- III. Enviar os documentos da investigação, e os seus resultados ao Comitê Municipal;
- IV. Implementar medidas para evitar a mortalidade infantil e fetal;
- V. Disponibilizar os resultados obtidos dos trabalhos desenvolvidos, para todas as Instituições e Órgãos competentes, que possam intervir na redução de morte infantil;
- VI. Verificar e zelar pelo correto preenchimento dos Prontuários, e Documentos de Óbito no estabelecimento.

#### Capítulo IV

##### Das disposições gerais

Art. 12 - Cada comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil, elegerá o Presidente e o Vice Presidente, através de voto secreto, na primeira reunião dos novos mandatários, para o mandato de 04 (quatro) anos.

Art. 13 - Os membros de todos os Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil, de que trata esta Resolução, exercerão seus mandatos pelo período de 04 (quatro) anos, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

Art. 14 - Todos os Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil, dispostos nesta Resolução, terão seu funcionamento e estruturação baseados nas normas gerais expedidas pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil, localizado na Sede desta Secretaria.

Art. 15 - Ficará a critério de cada Comitê a duração e a periodicidade das reuniões ordinárias, bem como a realização das reuniões extraordinárias, observadas as normas gerais expedidas pelo comitê.

Art. 16 - O membro que faltar a 03 (três) reuniões consecutivas, ou a 05 (cinco) reuniões alternativas, em cada ano, sem justificativa, será substituído, mediante indicação da respectiva instituição ou Órgão Público que representa.

Art. 17 - Serão membros convidados as instituições afins e os profissionais com notório saber com atuação reconhecida no campo da vigilância e da prevenção da Mortalidade Infantil, após aprovação consensual dos membros do Comitê.

Art. 18 - Os membros convidados terão direito à voz, porém não ao voto.

Art. 19 - É de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde garantir a infraestrutura necessária ao pleno funcionamento dos Comitês Estadual e Regionais, e disponibilizar recursos financeiros a todos os Comitês, mediante instrumento hábil, quando for o caso.

Art. 20 - Os Municípios e Hospitais/Maternidades que se comprometem a criar os Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil, em sua circunscrição, deverão garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento dos Comitês Municipais e Hospitalares, respectivamente, disponibilizando recursos financeiros quando for o caso.

Art. 21 - O repasse de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, destinado à Assistência Obstétrica e Infantil, ficará vinculado à implantação e funcionamento dos Comitês Municipais e/ou Hospitalares.

Art. 22 - Caberá ao Comitê Estadual emitir parecer referente ao funcionamento dos Comitês Municipais e Regionais, para subsidiar o Sr. Secretário de Estado de Saúde na liberação dos recursos supracitados.

Art. 23 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas todas as disposições em contrário.

Belo Horizonte, 26 de outubro de 2003.

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva  
Secretário de Estado de Saúde e  
Gestor do SUS/MG

5. modelos de regimento interno  
Comitê Regional do Óbito Fetal e Infantil de ...  
( CPOFI – MG )

Regimento Interno para Comitê Regional

## TÍTULO I – DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS

Art. 1º - A Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de \_\_\_\_\_ institui o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal e Infantil (CPOFI – iniciais das DADS), de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno, preservando o caráter ético, técnico, educativo e consultivo, consoante com o que dispõe a Resolução SES nº 0590 de 26 de outubro de 2004.

Art. 2º - O CPOFI é um comitê interinstitucional, com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes infantis ocorridas na sua jurisdição.

## TÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 3º - São finalidades do CPOFI Regional:

I - Divulgar a importância do funcionamento dos Comitês Municipais e de Comitês Hospitalares de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil;

II - Reunir dados em nível Regional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade infantil e fetal e dos fatores que as provocam;

III - Elaborar relatório analítico de acordo com cronograma proposto;

IV - Estimular as autoridades competentes a atuarem sobre o problema, tomando as devidas medidas.

## TÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - O Comitê Regional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal é composto por membros natos das seguintes instituições: (citar as instituições governamentais que compõem o Comitê).

Art. 5º - Serão membros indicados: (citar as instituições não governamentais e técnicos de reconhecida atuação).

Art. 6º - Serão membros convidados: (citar os mesmos).

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

Art. 7º - A presidência e a vice-presidência do Comitê Regional serão ocupadas por um membro eleito entre seus pares com mandato de dois/três/quatro anos.

## TÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º - O CPOFI Regional receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual e deve estabelecer parceria com os departamentos competentes, para viabilizar seu satisfatório funcionamento.

Art. 9º - O CPOFI Regional reunir-se-á ordinariamente (definir) e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do(a) presidente.

#### TÍTULO V – DA ESTRUTURA

Art. 10º - O CPOFI Regional estará subordinado ao Comitê Estadual de Prevenção de Óbito Fetal e Infantil (CEPOFI) e será seu representante legal junto aos municípios de sua jurisdição.

Art. 11º - O CPOFI Regional será constituído com as mesmas características do CEPOFI e em conformidade com a Resolução Nº 590 de 26 de outubro de 2004, salvo situação especial aprovada pelo(a) presidente do Comitê Estadual.

#### TÍTULO VI – DA COMPETÊNCIA

Art. 12º - Ao CPOFI Regional compete:

I - Realizar sistematicamente levantamento dos óbitos infantis e fetais ocorridos na sua jurisdição;

II - Investigar os óbitos fetais e infantis ocorridos nos municípios de sua jurisdição que não possuam Comitê Municipal;

III - Encaminhar sistematicamente ao CEPOFI os mapas de levantamento dos óbitos fetais e infantis e as conclusões das investigações desses óbitos;

IV - Retro-alimentar sistematicamente as Secretarias Municipais de Saúde de sua jurisdição.

#### TÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos conjuntamente pelos Comitês Estadual e Regional.

Art. 14º - Este regimento entra em vigor a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, após a sua publicação.

Comitê Municipal do Óbito Fetal e Infantil de ...  
( CPOFI – MG )

Regimento Interno para Comitê Municipal

## TÍTULO I – DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS

Art. 1º - A Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_, institui o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal e Infantil (CPOFI – iniciais dos municípios), de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno, preservando o caráter ético, técnico, educativo e consultivo, consoante com o que dispõe a Resolução SES nº 0590 de 26 de outubro de 2004.

Art. 2º - O CPOFI é um comitê interinstitucional, com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes infantis ocorridas na sua jurisdição.

## TÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 3º - São finalidades do CPOFI Municipal:

I - Divulgar a importância do funcionamento do Comitê Municipal e de Comitês Hospitalares de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil;

II - Reunir dados em nível Municipal, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade infantil e fetal e dos fatores que as provocam;

III - Elaborar relatório analítico de acordo com cronograma proposto;

IV - Estimular as autoridades competentes a atuarem sobre o problema, tomando as devidas medidas.

## TÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - O Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal é composto por \_\_\_\_\_ membros natos das seguintes instituições: (citar as instituições governamentais que compõem o Comitê).

Art. 5º - Serão membros indicados: (citar as instituições não governamentais e técnicos de reconhecida atuação).

Art. 6º - Serão membros convidados: (citar os mesmos).

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

Art. 7º - A presidência e a vice-presidência do Comitê Municipal serão ocupadas por um membro eleito entre seus pares com mandato de dois/três/quatro anos.

## TÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º - O CPOFI Municipal receberá apoio administrativo da Secretaria Municipal e

deve estabelecer parceria com os departamentos competentes, para viabilizar seu satisfatório funcionamento.

Art. 9º - O CPOFI Municipal reunir-se-á ordinariamente (definir) e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do (a) presidente.

#### TÍTULO V – DA ESTRUTURA

Art. 10º - O CPOFI Municipal estará subordinado ao Comitê Estadual e Comitê Regional de Prevenção de Óbito Fetal e Infantil e será seu representante legal junto ao município de sua jurisdição.

Art. 11º - O CPOFI Municipal será constituído com as mesmas características do CEPOFI e em conformidade com a Resolução Nº 590 de 26 de outubro de 2004, salvo situação especial aprovada pelo(a) presidente do Comitê Estadual.

#### TÍTULO VI – DA COMPETÊNCIA

Art. 12º - Ao CPOFI Municipal compete:

I - Realizar sistematicamente levantamento dos óbitos infantis e fetais ocorridos na sua jurisdição;

II - Investigar os óbitos fetais e infantis ocorridos no município;

III - Encaminhar sistematicamente ao CPOFI Regional os mapas de levantamento dos óbitos fetais e infantis e as conclusões das investigações desses óbitos, divulgando para a Secretaria de Saúde de seu município.

#### TÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos conjuntamente pelos Comitês Estadual e Regional.

Art. 14º - Este regimento entra em vigor a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, após a sua publicação.