



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Coordenação de Ciclos de Vida

Nota Técnica nº 28/SES/SUBRAS-SAPS-DGIC-CCV/2025

PROCESSO Nº 1320.01.0097467/2025-84

NOTA TÉCNICA CONJUNTA - SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS), SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE), SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SVS), COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL DE MINAS GERAIS (CEPMMIF-MG)

ASSUNTO: RECOMENDAÇÕES SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO PARA ATUAÇÃO DOS COMITÊS REGIONAIS, MUNICIPAIS E COMPARTILHADOS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL E VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS MATERNOS, INFANTIS E FETAIS E ATUALIZAÇÃO DO RELATÓRIO EXECUTIVO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS.

OBJETIVO

Alinhar e padronizar os fluxos e processos para estruturação e funcionamento dos Comitês Regionais, Municipais e Compartilhados de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e da Vigilância do Óbito.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CPMMIF) são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, de caráter técnico-científico, sigiloso e educativo, não coercitivo ou punitivo. Visam identificar os óbitos maternos, fetais e infantis e apontar medidas de intervenção para a redução desses eventos. É um excelente instrumento para avaliação das políticas públicas e das ações de assistência à saúde materna, infantil e fetal.

Os Comitês fundamentam suas atividades em dados produzidos pela Vigilância do Óbito, uma estratégia essencial para identificar fatores de evitabilidade. Essa abordagem contribui para qualificar as informações, embasando análises e orientando a formulação de medidas preventivas voltadas à redução de óbitos evitáveis nos serviços de saúde.

A Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG, conforme estabelecido em seu Regimento Interno, é composta por um grupo técnico que realiza análises dos óbitos maternos, fetais e infantis em reuniões, assegurando a confidencialidade e o sigilo das informações. As análises subsidiam os comitês na proposição de medidas e mobilização interinstitucional.

OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

A Vigilância de óbitos maternos, infantis e fetais **é uma ação integrada da equipe de vigilância epidemiológica, assistência à saúde e vigilância sanitária**, e deve seguir fluxos claros e pactuados, conforme regulamentações do Ministério da Saúde e deliberações estaduais. A seguir, detalham-se os passos necessários para garantir a completude e a qualidade da informação.

ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

1. PREENCHIMENTO DA DO E INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO PELA INSTITUIÇÃO DE OCORRÊNCIA

Quando ocorre um óbito materno, infantil ou fetal, a **Declaração de Óbito (DO)** — que é um documento médico e legal — deve ser emitida no estabelecimento de ocorrência. O médico é o responsável, tanto ética quanto juridicamente, pelo preenchimento e assinatura da DO, garantindo a exatidão das informações em todos os campos do documento seguindo as diretrizes da Resolução CFM nº 1.779/2005. Além de sua função legal, a Declaração de Óbito também tem grande importância para a **saúde pública**, pois os dados nela contidos ajudam na produção de **estatísticas de mortalidade** e na criação de **políticas públicas de saúde** voltadas à prevenção de mortes e à melhoria do cuidado materno e infantil. Para mais detalhes sobre o preenchimento da DO, consulte a Resolução CFM nº 1.779/2005 - Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito e o material

“A Declaração de Óbito: documento necessário e importante; Ministério da Saúde, 2022.” Disponível respectivamente em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779> e <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/preenchimento-da-declaracao-de-obito-manual-de-instrucao-para-preenchimento-versao-jan-2011/?wpdmdl=1013>.

- A instituição de ocorrência do óbito preenche e envia a 1ª via da DO à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
- A SMS notifica o óbito materno ou infantil no **prazo de 48 horas**, por meio da ficha de notificação individual padronizada de notificação compulsória. Esta deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net) - Resolução SES/MG N° 3999 de 31 de outubro de 2013.
- A DO precisa ser digitada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no município de ocorrência, no **prazo de até 30 dias da ocorrência do óbito** - Portaria n° 116, de 11 de fevereiro de 2009, Art 37.
- A instituição de ocorrência do óbito também preenche a Ficha M2 e o relatório de atendimento e encaminha à SMS no **prazo de 30 a 45 dias da ocorrência do óbito**.
- A SMS encaminha a ficha M2 e o relatório de atendimento (residência e outros municípios) à Unidade Regional de Saúde (URS) no **prazo de 30 a 45 dias**.
- A SMS deve criar um e-mail institucional exclusivo para a vigilância do óbito, com objetivo de receber e enviar documentos de investigação de óbito de forma segura e sigilosa, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei n° 13.709 de 14 de agosto de 2018).
- Mensagem sugerida para o rodapé de e-mails:

Esta mensagem pode conter dados pessoais e informações sigilosas. O uso, compartilhamento ou divulgação não autorizados são proibidos, conforme a Lei de Acesso à Informação (Lei n° 12.527/2011) e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei n° 13.709/2018).

OU

Esta mensagem contém informações confidenciais, protegidas pela Lei de Acesso à Informação (Lei n° 12.527/2011) e pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei n° 13.709/2018). Se você não for o destinatário, apague a mensagem e informe o remetente.

2. INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

- A Vigilância Epidemiológica do município de residência gerencia o processo de investigação do óbito. Essa etapa envolve a coleta de dados nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e domiciliar, realizada pelos serviços de saúde que prestaram assistência ao paciente. A investigação é conduzida por meio do preenchimento de fichas padronizadas pelo Ministério da Saúde, garantindo a uniformidade e a qualidade dos dados coletados.
- **Atenção nos casos em que o município de residência difere do município de ocorrência do óbito. O município de residência deve solicitar e articular junto ao município de ocorrência o envio da ficha de investigação/cópia DO.**
- O município de residência registra a investigação no módulo de investigação do SIM por meio da ficha síntese do óbito para conclusão da investigação, respeitando o **prazo máximo 120 dias** a partir da data da ocorrência. As fichas de investigação devem ser arquivadas pelo próprio município de residência.

3. OBSERVAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA DOMICILIAR

- Recomenda-se que a entrevista domiciliar seja realizada como última etapa da coleta de informações, com o objetivo de esclarecer aspectos relevantes sobre as circunstâncias do óbito.
- A coleta de dados no domicílio, quando realizada, deve ocorrer uma única vez e de forma objetiva, evitando abordagens repetitivas ou invasivas.
- O contato com a família deve ser conduzido com empatia e respeito, reforçando o caráter técnico da investigação e seu propósito de aperfeiçoamento da qualidade do cuidado. É importante evitar o uso dos termos “investigação” e “morte evitável”, pois podem ser interpretados como atribuição de culpa profissional.

- Caso a família recuse a realização da entrevista domiciliar, essa decisão deve ser respeitada e devidamente registrada na ficha de investigação ou em relatório específico.
- Em situações de grande repercussão na mídia ou em casos judicializados, a entrevista domiciliar não deve ser realizada, a fim de preservar o sigilo das informações e evitar interferências externas.

4. ELABORAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DO RELATÓRIO EXECUTIVO

A vigilância do óbito municipal, após receber a documentação necessária, preenche a ficha síntese (M5), constrói o Relatório Executivo (**Anexo 1**) e envia para o Comitê Municipal ou Compartilhado de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

ETAPAS DO ESTUDO DO ÓBITO

COMITÊ MUNICIPAL OU COMPARTILHADO DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL:

A Secretaria Executiva ou Grupo Técnico do Comitê Municipal ou Compartilhado de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal:

- Agenda e convida os participantes para a reunião.
- Discute a evitabilidade.
- Elabora recomendações com base nas fragilidades identificadas.
- Constrói, em conjunto com o município, o Plano de Ação para os fatores identificados (**Anexo 2**).
- Elabora o parecer de qualificação dos sistemas de informação.
- Redige a Ata do Comitê.
- Acompanha, com as áreas técnicas do município, a implementação das recomendações.
- Encaminha o Relatório Executivo, a Ata e o Plano de Ação, com considerações, à Vigilância do Óbito Municipal. Esta deve enviar a documentação dos óbitos maternos e infantis prioritários à Vigilância do Óbito Regional em até 7 dias após o encerramento da discussão e fechamento no SIM Web.
- Encaminha o parecer de qualificação dos sistemas de informação à Vigilância do Óbito Municipal, que o remete à instância regional

COMITÊ REGIONAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL (CRPMMIF):

- A Vigilância do Óbito Regional analisa a documentação enviada e, se necessário, solicita complementação à Vigilância do Óbito Municipal. Em seguida, convoca reunião técnica com a Secretaria Executiva ou Grupo Técnico do Comitê Regional, com ciência do Presidente do CRPMMIF, para discussão dos casos.
- A Secretaria Executiva ou Grupo Técnico do Comitê Regional discute o caso, analisa a causa básica, fragilidades, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à mulher e à criança. Define a evitabilidade e apresenta recomendações por meio de devolutiva, com base nas fragilidades identificadas.
- O Comitê Regional deve oficializar as recomendações ao gestor municipal de saúde para as providências cabíveis.
- Também é responsabilidade do Comitê Regional promover debates sobre a persistência da mortalidade no território, por meio de ações de educação continuada e materiais educativos.
- A Vigilância do Óbito Regional enviará, via Sistema Eletrônico de Informações (SEI), em um único arquivo PDF, o Relatório Executivo e a documentação à Vigilância do Óbito do Nível Central.

Após o recebimento da devolutiva pelo CEPMMIF:

- Quando o local de residência e ocorrência do óbito forem iguais, a Unidade Regional de Saúde (URS) encaminha diretamente ao município a solicitação de alteração da DO para aprovação e alteração da D.O. no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Quando os locais de residência e ocorrência forem distintos, a aprovação da alteração passa primeiramente, da URS para a residência aprovar, e assim seguir para alteração no local de ocorrência.
- Em relação à ficha-síntese, o município de residência realiza o preenchimento, correção ou complementação no SIM.

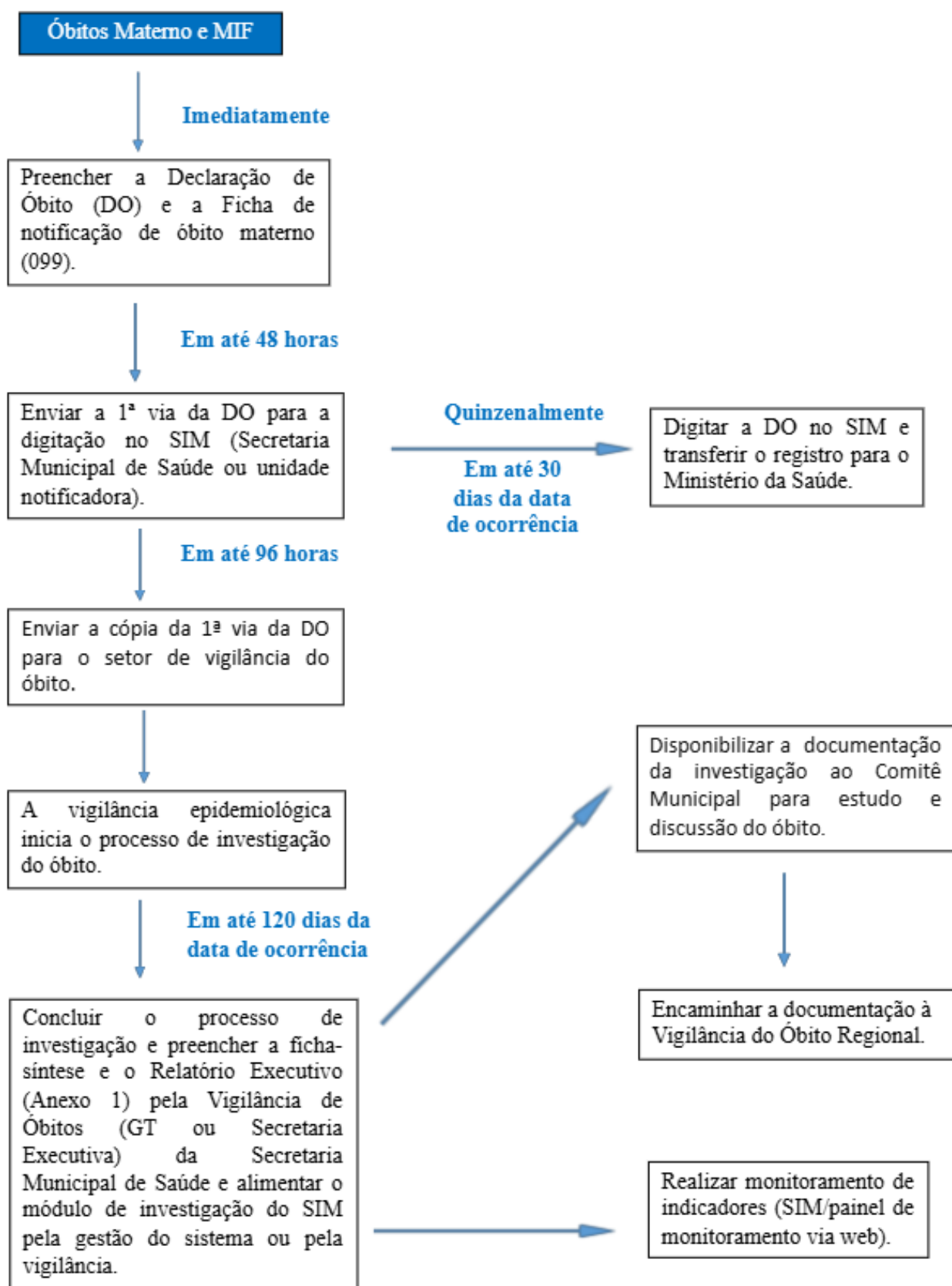
COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL (CEPMMIF):

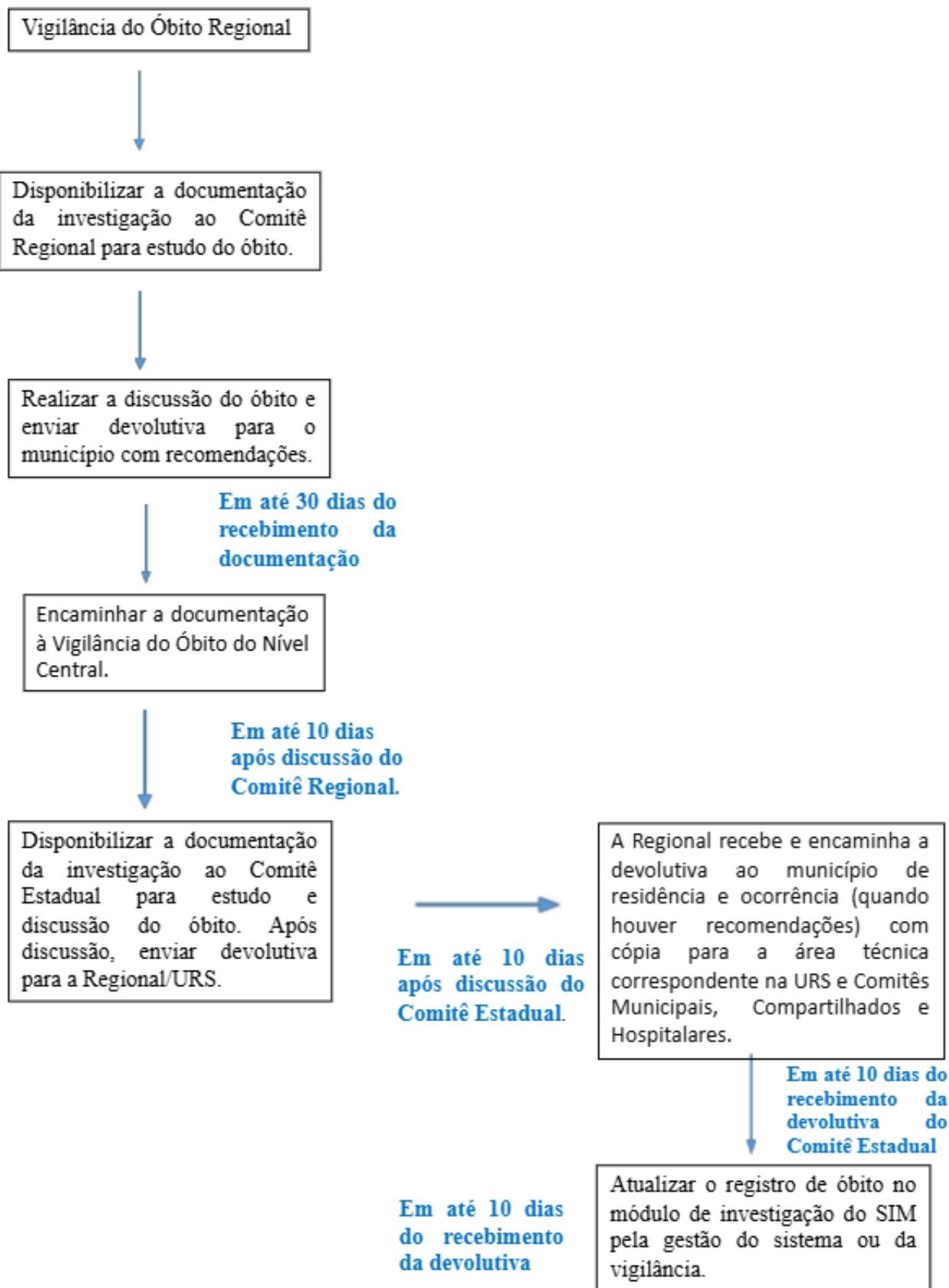
- A Vigilância do Óbito do Nível Central analisa a documentação enviada e, se necessário, solicita complementação à Vigilância do Óbito Regional. Em seguida, convoca reunião técnica com a Secretaria Executiva do Comitê Estadual, disponibilizando previamente os documentos para apreciação dos membros.
- O convite para a reunião técnica é estendido aos Comitês Regional e Municipal, bem como aos pontos de atenção envolvidos na assistência ao caso.
- A Secretaria Executiva do Comitê analisa o caso, identificando a causa básica, fragilidades, determinantes sociais e de saúde, além da qualidade da assistência prestada à mulher e à criança, determinando sua evitabilidade.
- Após a reunião, são emitidas duas devolutivas para a Regional/URS:
 - Uma elaborada pelo Comitê Estadual, com recomendações relacionadas à assistência e à organização da Rede de Atenção à Saúde;
 - Outra elaborada pela Coordenação de Vigilância do Óbito, com proposta de alteração da codificação.
- Com base no cenário de mortalidade do estado, o Comitê Estadual promove debates sobre a persistência dessas mortes, por meio de ações de educação continuada, produção de material educativo, proposição de políticas públicas e articulação com instituições estratégicas e parceiras.

FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

1. Preencher a Declaração de Óbito (DO) e a Ficha de notificação de óbito materno (O99) e/ou infantil (P96) = **IMEDIATAMENTE.**
2. Enviar a 1ª via da DO para a digitação no SIM (Secretaria Municipal de Saúde ou unidade notificadora) = **EM ATÉ 48 HORAS.**
3. Digitar a DO no SIM = **EM ATÉ 30 DIAS DA OCORRÊNCIA, QUINZENALMENTE.**
4. Enviar a cópia da 1ª via da DO para o setor de vigilância de óbito = **EM ATÉ 96 HORAS.**
5. A vigilância epidemiológica inicia o processo de investigação do óbito.
6. Concluir o processo de investigação e preencher a ficha-síntese e o Relatório Executivo (**Anexo 1**) pela Vigilância de Óbitos (GT ou Secretaria Executiva) da Secretaria Municipal de Saúde e alimentar o módulo de investigação do SIM pela gestão do sistema ou pela vigilância = **EM ATÉ 120 DIAS DA DATA DE OCORRÊNCIA.**
7. Disponibilizar a documentação da investigação ao Comitê Municipal para estudo e discussão do óbito.
8. Encaminhar a documentação à Vigilância do Óbito Regional.
9. Disponibilizar a documentação da investigação ao Comitê Regional para estudo do óbito.
10. Realizar a discussão do óbito e enviar devolutiva para o município com recomendações = **EM ATÉ 30 DIAS DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.**
11. Encaminhar a documentação à Vigilância do Óbito do Nível Central = **EM ATÉ 20 DIAS APÓS DISCUSSÃO DO COMITÊ REGIONAL.**
12. Disponibilizar a documentação da investigação à Secretaria Executiva do Comitê Estadual para estudo e discussão do óbito.
13. Enviar devolutiva para a Regional/ URS após discussão pela Secretaria Executiva do Comitê Estadual = **EM ATÉ 10 DIAS APÓS DISCUSSÃO DO COMITÊ ESTADUAL.**
14. A Regional recebe e encaminha a devolutiva ao município de residência e ocorrência (quando houver recomendações) com cópia para a área técnica correspondente na URS e Comitês Municipais, Compartilhados e Hospitalares = **EM ATÉ 10 DIAS DO RECEBIMENTO DA DEVOLUTIVA DO COMITÊ ESTADUAL.**
15. Atualizar o registro de óbito no módulo de investigação do SIM pela gestão do sistema ou da vigilância = **EM ATÉ 10 DIAS DO RECEBIMENTO DA DEVOLUTIVA.**
16. Realizar monitoramento de indicadores (SIM/painel de monitoramento via web).

PRAZOS E FLUXOS DA NOTIFICAÇÃO E DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL





MARCADORES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

Durante todas as etapas, os profissionais envolvidos devem observar e registrar os marcadores de interesse para a Vigilância Sanitária — como uso do partograma, solicitação de UTI, regulação via SUS-Fácil, identificação de profissional habilitado, entre outros — promovendo a articulação entre as diferentes vigilâncias.

Os marcadores estão descritos no **Anexo 3**.

RELATÓRIO EXECUTIVO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A presente revisão do modelo de Relatório Executivo foi elaborada com base no relatório-síntese recomendado pelo Ministério da Saúde (Anexo III, p. 48, do *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*).

Foram incorporados marcadores da Vigilância Sanitária que dialogam diretamente com a Vigilância do Óbito Materno, com o objetivo de aprofundar a análise crítica e fortalecer as recomendações, especialmente no que se refere à estrutura dos serviços, à organização da assistência e aos aspectos de segurança do cuidado às gestantes.

A nova estrutura proposta contribui para a integração entre as vigilâncias e amplia a visibilidade de fragilidades que extrapolam o cuidado clínico, abrangendo aspectos regulatórios, sanitários, logísticos e organizacionais.

Dessa forma, o Relatório Executivo atualizado visa subsidiar de forma mais qualificada a atuação dos Comitês e a proposição de ações efetivas para a prevenção de novos óbitos evitáveis.

INSTRUÇÕES DE USO DO NOVO MODELO DE RELATÓRIO:

- O novo modelo deve ser adotado por todos os municípios e Unidades Regionais de Saúde no encerramento da investigação dos óbitos maternos.
- É fundamental garantir o preenchimento completo e objetivo de todos os campos, com ênfase na linha do cuidado, causas do óbito, classificação da evitabilidade e marcadores da Vigilância Sanitária.
- As informações devem estar embasadas em dados de prontuário e nas investigações hospitalar, ambulatorial e domiciliar, respeitando os prazos definidos pelo Ministério da Saúde.
- As análises e recomendações devem refletir fielmente os achados da investigação, com propostas claras, viáveis e pactuadas com os gestores locais.
- O Relatório Executivo atualizado deve ser enviado à Vigilância do Óbito da Regional de Saúde, conforme os fluxos estabelecidos.
- O uso adequado deste modelo contribuirá para o fortalecimento da análise dos óbitos maternos evitáveis em Minas Gerais, o aprimoramento das respostas institucionais e a organização da rede de atenção à saúde, com foco na proteção da vida.
- Todos os Relatórios Executivos devem incluir cópias dos seguintes documentos anexos: cópias da DO e DNV, além das Fichas de Investigação utilizadas.

ANEXO 1 - MODELO DE RELATÓRIO EXECUTIVO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO COM INCLUSÃO DE MARCADORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Nº DO:

Data do óbito:

Tipo e momento do óbito:

Município residência:

Município ocorrência:

Macrorregião de saúde:

Microrregião de saúde:

URS (Unidade Regional de Saúde):

Data da conclusão da investigação:

CASO CLÍNICO

Iniciais do nome, idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, ocupação habitual.

Incluir história, em ordem cronológicas dos fatos/acontecimentos; exames laboratoriais; hipóteses diagnósticas e condutas.

Paridade (Nº de partos vaginais; Nº de partos cesáreos; Nº de abortamentos/perdas fetais):

Nº de consultas de pré-natal (PN):

Data e Idade Gestacional (meses ou semanas) da 1ª consulta de PN:

Data e Idade Gestacional (em semanas) da última consulta de PN

Tipo de estabelecimento (s) de saúde onde fez o PN:

☐ Atenção Primária à Saúde (APS)/ Unidade Básica de Saúde (UBS)

☐ Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)/ Pré-Natal de Alto Risco (PNAR)/ Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE)/ Média Complexidade

☐ Outro:

Data do parto:

Tipo de parto: ☐ Parto vaginal ☐ Cesariana ☐ Operatório: Fórceps/Vácuo-extrator ☐ Não sabe

Tipo de estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto: Idade Gestacional no momento do óbito (em semanas):

Momento do óbito:

☐ 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

INVESTIGAÇÃO AMBULATORIAL, HOSPITALAR E DOMICILIAR

Incluir dados de todos os pontos de cuidado da Rede de Assistência à Saúde (RAS):

APS (UBS); AAE (CEAE/MÉDIA COMPLEXIDADE-PNAR); AH; URGÊNCIA e EMERGÊNCIA (UPA).

Incluir dados relevantes da investigação domiciliar.

RESULTADO DA ANÁLISE DOS ÓBITOS

A investigação acrescentou e/ou corrigiu a informação?

☐ Não acrescentou nem corrigiu informação. ☐ Sim, permitiu o resgate de novas informações. ☐ Sim, permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente.

O caso foi encaminhado para o Comitê Prevenção de Mortalidade Materna? sim ☐ não ☐

O Comitê Prevenção de Mortalidade Materna elaborou devolutiva? sim ☐ não ☐

CAUSAS DA MORTE APRESENTADA

Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da D.O. original.

Descrição dos diagnósticos e CID

DO original	Construção da DO após discussão do caso
Parte I	
a	
b	
c	
d	
Parte II	

A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbito além das causas de óbito? sim ☐ não ☐

Caso afirmativo, quais campos e que alterações?

☐ Raça/Cor ☐ Escolaridade ☐ Ocupação ☐ Estado civil

Campo	
Estava:	Investigação alterou para:
Campo	

Estava:	Investigação alterou para:
Campo	
Estava:	Investigação alterou para:

CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO APRESENTADA

() MIF () Direto () Indireto () Tardio () Não obstétrico () Declarado () Não Declarado () Ignorado () Inconclusivo

EVITABILIDADE APRESENTADA

Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS do Brasil. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a16.pdf>

1	Causas de morte evitáveis
1.1	Reduzíveis pelas ações de imunoprevenção
1.2	Reduzíveis por ações de promoção à saúde, adequada prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas
1.3	Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis
1.4	Reduzíveis por adequada ação de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna
1.5	Reduzíveis por ações intersetoriais e de promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentais e violências)
2	Causas de morte mal definidas
3	Causas de morte não evitáveis

MARCADORES PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Hipótese diagnóstica registrada no prontuário (campo 12): sim () não ()

Profissional que fez/acompanhou o parto ou aborto (campo 27): sim () não ()

Foi utilizado partograma? (campo 37): sim () não ()

Houve prescrição de sangue ou derivado? (campo 45): sim () não ()

Houve necessidade de UTI? sim () não () Tempo que levou para ser internado. (campo 51):

INFORMAÇÕES OBTIDAS ATRAVÉS

Investigação hospitalar: sim () não ()

Investigação ambulatorial: sim () não ()

Investigação domiciliar: sim () não ()

E-SUs: sim () não ()

Cartão de gestante: sim () não ()

Laudo IML: sim () não ()

SINAN: sim () não ()

Relatório do SUSFÁCIL

Foi solicitado leito? sim () não () Tempo decorrido:

Distância:

Outras informações pertinentes:

ANÁLISE DO CASO

RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

- Planejamento familiar:
- Pré-natal:

- Assistência ao parto:
- Assistência na maternidade:
- Assistência no Centro de Saúde/UBS:
- Assistência na urgência/emergência:
- Assistência no hospital:
- Organização do sistema/serviço de saúde:
- Outras:

Elaborado por:

Data:

ANEXO 2 - SUGESTÃO DE FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO



CHECKLIST 5W2H						
5W2H é uma ferramenta de gestão e planejamento que ajuda a organizar ações, definir responsabilidades e estabelecer prazos de forma clara e objetiva.						
What? – O quê?	Why? – Por quê?	Who? – Quem?	Where? – Onde?	When? – Quando?	How? – Como?	How much? – Quanto?

ANEXO 3 - MARCADORES PARA SOLICITAÇÃO DE INSPEÇÃO INVESTIGATIVA PELA

CIDS ENVOLVIDOS:

ÓBITO MATERNO	ÓBITO INFANTIL
O10 - Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério. O42 - Ruptura prematura de membranas O44 - Placenta prévia O45 - Descolamento prematuro da placenta O46 - Hemorragia ante parto não classificada em outra parte 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 O72 - Hemorragia pós-parto O85 - Infecção puerperal O86 - Outras infecções puerperais	P21 - Asfixia ao nascer P22 - Desconforto respiratório do recém-nascido P36 - Septicemia bacteriana do recém-nascido

1. FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO – PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CAMPOS DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO	O QUE OBSERVAR	REGULAMENTAÇÃO
Campo 27: Profissional que fez/acompanhou o parto ou aborto. Incluir acompanhamento no puerpério	Presença de profissional médico ou enfermeiro obstetra habilitado/capacitado no quadro de recursos humanos.	RDC ANVISA Nº 920, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024 Dispõe sobre funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal Art. 15 - O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.
	Verificar falta de equipamentos, materiais, medicamentos e protocolos na assistência a gestante.	RDC ANVISA Nº 920, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024 Dispõe sobre funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal Art. 6 - O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada. Art. 23 - O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda.

Campo 37: Foi utilizado partograma (após 4 cm de dilatação)?	Existência de padronização da utilização do partograma (verificar alguns partogramas preenchidos em prontuários por amostragem). Poderá ser verificado em inspeção de rotina. OBS: se o partograma não foi utilizado no caso investigado, a ação de orientação deverá ser da área assistencial.	RDC ANVISA Nº 920, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024 Dispõe sobre funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal Art. 38 - Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve: V - realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma.
	Tempo decorrido entre solicitação e administração de derivados. Verificar se o sangue/derivado foi administrado de acordo com a requisição de transfusão (programada, rotina, urgência, emergência).	PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo 4 - Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos Art. 170 – As modalidades de transfusão são: I - programada para determinado dia e hora; II - de rotina a se realizar dentro das 24 (vinte e quatro) horas; III- de urgência a se realizar dentro das 3 (três) horas; o IV - de emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente. Parágrafo Único. As transfusões serão realizadas, preferencialmente, no período diurno.

Campo 45:

Houve prescrição de sangue ou derivado?

Verificar registros de eventos adversos relacionados à transfusão.

RDC Nº 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014

Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 196, DE 25 de novembro de 2022

Dispõe sobre diretrizes e procedimentos para a abordagem dos eventos adversos do ciclo do sangue, disciplinados pela RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue

Art. 146. Todo evento adverso do ciclo do sangue, da doação à transfusão, deve ser investigado, registrado e ter ações corretivas e preventivas executadas pelo serviço onde ocorreu.

§ 3º A notificação do evento adverso, quando necessária, deve ser feita, pelo serviço onde houve a ocorrência, ao sistema nacional de vigilância sanitária, de acordo com as legislações de Vigipós vigente ou diretrizes específicas do Sistema Nacional de Hemovigilância.

§ 1º do Art. 147. O serviço de saúde onde ocorreu a transfusão é o responsável pela investigação e notificação do evento adverso ocorrido em suas dependências.

Verificar condições de transporte externo de sangue e hemoderivados (terceirizado).

RDC Nº 504, DE 27 DE MAIO DE 2021

Dispõe sobre as Boas Práticas para o transporte de material biológico humano.

Art. 10. O material biológico humano a ser transportado deve ser acondicionado de forma a preservar a sua integridade e estabilidade, bem como a segurança do pessoal envolvido, durante o processo de transporte.

Art. 20. A rotulagem deve estar de acordo com o tipo, classificação de risco e requisitos de conservação do material biológico humano transportado.

Art. 28. O remetente é responsável pelo acondicionamento seguro do material a ser transportado de acordo com o seu tipo e classificação.

Art. 34. O veículo transportador deve contar com condições adequadas de higiene e limpeza, bem como dispor de mecanismo que assegure a integridade da embalagem terciária e do material biológico transportado.

Campo 51: Houve necessidade de UTI?	Inexistência de recursos humanos adequados conforme demanda. Tempo para atendimento após acionamento do transporte.	RDC ANVISA Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 (ALTERADOS ITENS PELA RDC Nº 26 DE 11 DE MAIO DE 2012) Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos. § 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal; § 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal); § 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI. Art. 14 Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais: I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal; II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno. III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno. IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade; VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno. Art. 15 Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.
---	---	--

	Condições do transporte sanitário (recursos humanos capacitados, falta de equipamentos, materiais e medicamentos).	RDC ANVISA Nº 920, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024 Dispõe sobre funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal Art. 40 – Inciso VI - garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Art. 42- O transporte da mulher ou do recém-nascido entre serviços de saúde deve atender ao estabelecido na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002 Art. 44 - O serviço de saúde deve ter disponível, para o transporte da mulher ou do recém-nascido, os seguintes equipamentos, materiais e medicamentos: I - maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos; II- incubadora para transporte de recém-nascidos; III- cilindro transportável de oxigênio. PORTARIA GM/MS Nº 2048, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002 Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Capítulo IV – Atendimento pré hospitalar móvel.
Infecção puerperal	Verificar o funcionamento da Central de Material Esterilizado (CME) e atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).	RDC ANVISA Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde. PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Expedir diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Prontuário do paciente	Verificar se os prontuários apresentam registros da assistência prestada contendo assinatura (por amostragem). Será verificado em inspeção de rotina.	RDC ANVISA Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011 Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde Art. 26 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário contenha registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente. Art. 27 O serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico. Art. 28 Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária quando necessário.
------------------------	---	--

2. FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL - PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CAMPOS DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO	O QUE OBSERVAR	REGULAMENTAÇÃO
Campo 15: Profissional que fez/acompanhou o parto ou aborto Campo 36: Quem assistiu a criança ao nascer?	Inexistência de recursos humanos adequados conforme demanda.	PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014 Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Art 1º § único - O atendimento ao recém- nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.
Campo 37: Procedimentos usados na assistência imediata ao RN	Verificar falta de equipamentos, materiais, medicamentos e protocolos na assistência ao RN.	RDC ANVISA Nº 920, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024 Dispõe sobre funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal Art. 15- O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.

Campo 28: Foi utilizado partograma (após 4 cm de dilatação)?	Existência de padronização da utilização do partograma (verificar alguns partograma). Poderá ser verificado em inspeção de rotina. OBS: se o partograma não foi utilizado no caso investigado, a ação é da área assistencial.	RDC ANVISA Nº 920, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024 Dispõe sobre funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal Art. 15- O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.
	Inexistência de recursos humanos adequados conforme demanda.	RDC ANVISA Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 (ALTERADOS ITENS PELA RDC 26 DE 11 DE MAIO DE 2012) Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva Art. 13 -Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos. § 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal; § 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos. § 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal; § 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal); § 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI. Art. 14- Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais: I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para

Campo 49:

Houve necessidade de UTI?

atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;

VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Art. 15- Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.

Tempo para atendimento após acionamento do transporte.
Condições do transporte sanitário (recursos humanos capacitados, falta de equipamentos, materiais e medicamentos).

RDC ANVISA Nº 920, DE 19 DE SETEMBRO DE 2024

Dispõe sobre funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal

Art. 40 – Inciso VI - garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

Art. 42- O transporte da mulher ou do recém-nascido entre serviços de saúde deve atender ao estabelecido na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002

Art. 44 - O serviço de saúde deve ter disponível, para o transporte da mulher ou do recém-nascido, os seguintes equipamentos, materiais e medicamentos:

I - maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos;

II- incubadora para transporte de recém-nascidos;

III- cilindro transportável de oxigênio.

PORTARIA GM/MS Nº 2048, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002

Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Capítulo IV – Atendimento pré-hospitalar móvel.

Septicemia bacteriana do recém nascido	Verificar o funcionamento da Central de Material Esterilizado (CME) e atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).	RDC ANVISA Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde. PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 Expedir diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. RDC ANVISA Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes: IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Art.7º Compete ao NSP: IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para: XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde
Prontuário do paciente	Verificar se os prontuários apresentam registros da assistência prestada contendo assinatura (por amostragem). Será verificado em inspeção de rotina.	RDC ANVISA Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011 Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde Art. 26 - O serviço de saúde deve garantir que o prontuário contenha registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente. Art. 27 - O serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico. Art. 28 - Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis aos mesmos ou aos seus representantes legais e à autoridade sanitária quando necessário.

Fluxo para Acionamento da VISA da Unidade Regional de Saúde

1. Meio de Comunicação: o acionamento deverá ser feito exclusivamente por meio eletrônico (e-mail).
2. Informações Obrigatórias no e-mail:
 - Marcador (identificação do tipo de ocorrência ou evento).
 - Nome do hospital envolvido.
 - Resumo breve do caso (descrição sucinta da situação que motivou o acionamento).
3. Destinatários:
 - Vigilância Sanitária da Unidade Regional de Saúde (endereço de e-mail específico da VISA regional).
 - Cópia obrigatória para: Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecções: segurancadopaciente@saude.mg.gov.br
4. Objetivo da Cópia:

- Permitir o monitoramento do caso.
- Garantir o retorno à Secretaria Executiva do CEPMMIF após a investigação do caso e adoção das medidas cabíveis pela VISA.

MATERIAIS DE INTERESSE

REFERÊNCIAS NORMATIVAS:

1. Portaria GM no 1119 de 5 de junho de 2008 - Regulamenta a Vigilância de óbitos maternos.
2. Portaria Nº 72, de 11 de janeiro de 2010 - Estabelece sobre a Vigilância do óbito infantil e fetal.
3. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.963 — Redefine a organização dos Comitês de Prevenção da Mortalidade.
2. Resolução SES Nº 8.378/2022 — Reorganiza os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Compartilhados.
3. Resolução Nº 3999/2013 — Dispõe sobre a vigilância do óbito infantil e materno em Minas Gerais.
4. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 5.130/2025 — Altera a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.963.
5. Nota Técnica Nº 2/SES/SUBVS-SVE-CVO/2024 — Sobre fornecimento de fichas de investigação epidemiológica e competências da vigilância do óbito.

GUIAS E MANUAIS TÉCNICOS:

1. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno — MS, 2009.
2. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna — SAS/MS, 2009.
3. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal — SVS/MS, 2009.
4. Publicação "A Declaração de Óbito: documento necessário e importante" — MS, 2009.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_3ed.pdf
5. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS.
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>



Documento assinado eletronicamente por **Aline Machado Caetano Costa**, **Coordenador(a)**, em 13/08/2025, às 14:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nadia Aparecida Campos Dutra**, **Coordenador(a)**, em 14/08/2025, às 09:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Filipe Curzio Laguardia**, **Superintendente**, em 14/08/2025, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline Lara Cavalcante Oliva**, **Superintendente**, em 14/08/2025, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Inessa Beraldo de Andrade Bonomi**, **Servidor (a) Público (a)**, em 18/08/2025, às 09:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lirica Salluz Mattos Pereira**, **Diretor (a)**, em 03/09/2025, às 13:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Helen de Almeida Silva Oliveira**, **Superintendente**, em 04/09/2025, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **120233336** e o código CRC **4CBAF163**.

Referência: Processo nº 1320.01.0097467/2025-84

SEI nº 120233336