

Ministério da Saúde

**Manual dos comitês
de prevenção
do óbito infantil e fetal**

2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

MANUAL DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 3.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação em Saúde
Coordenação geral de informações e Análise Epidemiológica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6.º andar, sala 625
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2866 / 315 2958 / 224 4561
Fax: (61) 315 2038
E-mail: crianca@saude.gov.br
Home pages: www.saude.gov.br/sas/dape/homedape.htm
<http://www.saude.gov.br/sas/dape/crianca/homecrianca.htm>

Coordenação: Sônia Lansky

Redação e organização: Sônia Lansky

Revisão técnica: Carla Lopes Porto Brasil / Deborah Carvalho Malta / Sônia Maria Salviano de Alencar Matos

Áreas que colaboraram na elaboração da publicação:

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Departamento de Atenção Básica
Secretaria de Vigilância em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz
Instituto Materno Infantil de Pernambuco
Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Secretaria Municipal de Saúde de Recife
Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
Secretaria Municipal de Saúde de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde de Pedras de Fogo
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde de Sobral
Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
Universidade Federal de Pelotas
Universidade Federal do Ceará
Universidade Federal de Minas Gerais
Universidade de São Paulo
Sociedade Brasileira de Pediatria

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0807-2

1. Mortalidade infantil. 2. Mortalidade fetal. 3. Prestação de cuidados de saúde. 4. Atestados de óbito. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WQ 225

Catalogação na fonte – Editora MS

S U M Á R I O

APRESENTAÇÃO	04
INTRODUÇÃO	05
MORTALIDADE INFANTIL E FETAL	06
Situação Atual	06
O papel dos serviços de saúde.....	06
Conceitos básicos	07
Outros conceitos importantes	10
COMITÊS DE MORTALIDADE INFANTIL	12
No Brasil e no mundo	12
Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal: proposta nacional	12
Conceito	12
Objetivos	12
Atribuições do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal	13
ESTRUTURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS COMITÊS	17
Estratégias para implantação dos Comitês	17
Organização dos Comitês.....	17
Composição dos Comitês.....	18
VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL	21
A declaração de óbito (DO).....	21
Preenchimento da DO	21
Fluxo da DO	24
Investigação dos óbitos	24
Identificação dos óbitos	25
Critérios para investigação dos óbitos.....	25
Levantamento de dados.....	26
Formulários para investigação do óbito infantil e fetal	26
Análise dos óbitos	27
Encaminhamentos e proposta de intervenção	28
Relatórios: divulgação das investigações realizadas	28
Avaliação da assistência	29
Correção dos dados vitais	30
Referências	30
ANEXOS	
I-Modelo de Regimento Interno.....	31
II-Declaração de Óbito	33
III-Modelo de Credencial para membro do Comitê	34
IV-Modelo de Carta para os Serviços de Saúde	35
V-Modelos de Fichas de Investigação e orientações gerais para preenchimento dos formulários de investigação	36

A P R E S E N T A Ç Ã O

O **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, lançado em março de 2004, é prioridade do Ministério da Saúde e compromisso do governo federal. O Manual dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal está sendo disponibilizado com uma das estratégias que compõe esta iniciativa, com o objetivo de estruturar a vigilância dos óbitos infantis em âmbito nacional. A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma ação estratégica para dar visibilidade ao problema, melhorar o registro dos óbitos e orientar as ações de intervenção para a sua prevenção. É ainda de fundamental importância para a mobilização e organização das ações prioritárias para a redução da mortalidade no país, conforme destaca a **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde**.

Este Manual, uma iniciativa da Área Técnica de Saúde da Criança em parceria com a Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, coloca-se como uma referência para a estruturação de Comitês no país (municipais, regionais e estaduais), fornece subsídios e orientações para o seu funcionamento e para a investigação dos óbitos, bem como disponibiliza modelos de formulários de investigação.

Acreditamos que é possível fazer mais pelas crianças e a gestão do cuidado da saúde tem um importante papel a cumprir neste cenário. É preciso uma ação orquestrada, contando com a participação e mobilização nacional dos profissionais de saúde, gestores e sociedade de forma geral, destinando um maior esforço para a redução da mortalidade infantil e fetal no país, *um movimento em defesa da vida*.

I N T R O D U Ç Ã O

A redução da mortalidade infantil no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Apesar do declínio que vem sendo observado nas taxas, a velocidade de queda está aquém do desejado, resultando em índices ainda muito elevados. Em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. É ainda notória a diferença existente entre as regiões do país, além das desigualdades intraurbanas, com uma concentração dos óbitos na população mais pobre.

O sub-registro de óbitos no país é outro problema grave a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A omissão do registro do óbito em cartório, pela dificuldade de acesso, existência de cemitérios irregulares ou falta de informação da população sobre a importância da declaração de óbito, compromete o real dimensionamento do problema e a identificação das ações adequadas de saúde para a diminuição dos índices. Outro problema diz respeito à baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, representada pelo grande contingente de causas mal definidas – imprecisões na declaração da "causa da morte" – e campos não preenchidos, dificultando a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e conseqüentemente dificultando as ações de intervenção.

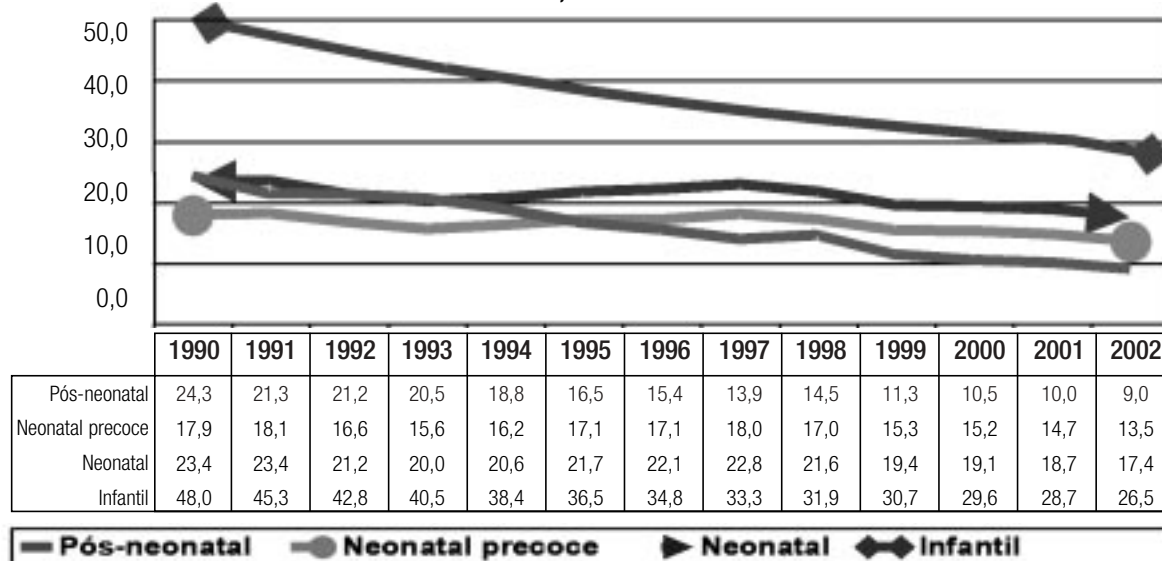
Merecem, portanto, atenção e esforço especial por parte dos gestores, as ações de mobilização das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, incorporação da avaliação da atenção prestada no cotidiano dos profissionais de saúde e dos serviços, para melhoria da assistência. A responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população da sua área de abrangência, e neste caso sobre a morte de uma criança, devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas e as possíveis estratégias e medidas de prevenção de novos óbitos evitáveis.

MORTALIDADE INFANTIL E FETAL

SITUAÇÃO ATUAL

A diminuição da mortalidade infantil observada no país - 85,6/1000 nascidos vivos em 1980 para 27,4/1.000 em 2002 (gráfico1) - decorreu principalmente da queda do componente pós-neonatal, como consequência de vários fatores: a implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, o aumento da cobertura do saneamento básico, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade, entre outros. É ainda importante considerar que, apesar da consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte.

**ESTIMATIVAS DE TAXAS DE MORTALIDADE NEONATAL, NEONATAL PRECOCE, PÓS-NEONATAL E INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS
Brasil, 1990-2002**



Fonte: MS-SVS/SIM/SINASC/IBGE

A mortalidade pós-neonatal persiste como um problema grave, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, já que a maioria absoluta das mortes é potencialmente evitável, associadas à desnutrição e doenças infecciosas (principalmente a diarreia e a pneumonia). A mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir dos anos 90, e, diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. Este componente adquire uma importância sem precedentes, pois as ações necessárias para o seu controle são ainda pouco sistematizadas e incipientes no âmbito nacional, demandando uma mobilização e priorização na agenda para todos os gestores da saúde. As afecções perinatais respondem atualmente por mais da metade das mortes infantis. Com o desenvolvimento do conhecimento e tecnologia em saúde neonatal, interferindo na viabilidade fetal, é ainda maior a necessidade de se adequar o acesso da população de gestantes e crianças aos recursos que reconhecidamente podem interferir na sua sobrevivência e qualidade de vida.

O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce (0-6 dias de vida), cerca de 40% no primeiro dia de vida, e um número significativo acontece ainda nas primeiras horas de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos

infantis e a assistência de saúde em maternidades. A mortalidade neonatal está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN). Já os óbitos que ocorrem no período pós-neonatal devem ser considerados como uma situação aberrante diante do desenvolvimento do conhecimento e recursos disponíveis em saúde, dado que são relacionados a causas infecciosas associadas à desnutrição, passíveis de prevenção praticamente na sua totalidade.

Por sua vez, a mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida e em grande parte são também considerados potencialmente evitáveis. No entanto, os óbitos fetais têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e portanto, tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução. Por esse motivo a mortalidade perinatal (óbitos fetais de crianças com peso ao nascer acima de 500 g e óbitos neonatais precoces) é reconhecida como o indicador mais apropriado para análise da assistência obstétrica e neonatal. Recomenda-se a sua incorporação na rotina dos serviços de saúde de modo a dar visibilidade ao problema, propiciando a identificação das ações de prevenção, que podem alcançar ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce. O pronto reconhecimento de risco, com a provisão do cuidado apropriado e resolutivo à gestante (no pré-natal e no parto), e à criança (na maternidade, na vigilância à saúde e assistência adequada à criança doente), são ações básicas com grande potencial para prover uma resposta mais positiva sobre a sobrevivência e qualidade de vida da criança.

CONCEITOS BÁSICOS

COEFICIENTES DE MORTALIDADE: as definições aqui apresentadas têm como referência a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (OMS, 1994).

Coefficiente ou Taxa de Mortalidade Infantil: Número de óbitos de crianças nascidas vivas no primeiro ano de vida, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico (município, estado, país), no ano considerado. Algumas considerações:

1- As taxas de mortalidade infantil podem ser classificadas como:

- altas: 50 por mil ou mais
- médias: 20-49 por mil
- baixas: menos de 20 por mil

Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico em cada local; atualmente, vários países e poucos municípios brasileiros apresentam valores abaixo de 10 por mil. De maneira geral, quando a taxa de mortalidade infantil é alta, o componente pós-neonatal é predominante e quando a taxa é baixa, o seu principal componente é a mortalidade neonatal, com predomínio da mortalidade neonatal precoce. Altas taxas de mortalidade infantil refletem baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, o que pode também acontecer em alguns segmentos sociais, mesmo onde as taxas da população geral são reduzidas.

2- A taxa de mortalidade infantil pode ser calculada pelo método direto com a utilização do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, ou pelo método indireto (IBGE: estimativas baseadas no Censo Demográfico e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD). O cálculo direto da taxa a partir de dados obtidos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde pode exigir correções do sub-registro de óbitos infantis e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

O cálculo indireto está sujeito a imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, que se baseiam em pressupostos de difícil verificação em condições reais, sendo maior a imprecisão no caso de pequenas populações. As estimativas estão calcadas em tendências históricas, podendo não refletir o padrão demográfico atual, que vem apontando uma redução importante da taxa de fecundidade.

Cálculo da taxa de mortalidade infantil (método direto):

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

Componentes da mortalidade infantil:

1- Mortalidade neonatal: número de óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos entre 0 a 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos), por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer durante as primeiras semanas de vida. Taxas elevadas estão em geral relacionadas a condições insatisfatórias em relação ao nível socioeconômico da população, à saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

1.1- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce: número de óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos até 6 dias completos de vida (6 dias, 23 horas e 59 minutos), por mil nascidos vivos, na população de um determinado espaço geográfico, no período considerado. Além do sub-registro de óbitos de modo geral, a mortalidade neonatal precoce pode estar subestimada pelo registro de óbitos declarados como natimortos, que de fato são óbitos de nascidos vivos ocorridos pouco após o parto. Essa é também uma das causas de sub-registro de nascidos vivos.

Cálculo da taxa de mortalidade neonatal precoce (método direto):

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias completos de vida}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

1.2- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia: número de óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos entre 7 e 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos), por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Cálculo do coeficiente de mortalidade neonatal tardia (método direto):

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias completos de vida}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

2- Mortalidade pós-neonatal: número de óbitos de crianças nascidas vivas de 28 a 364 dias de vida completos (364 dias, 23 horas e 59 minutos), por mil nascidos vivos, na população residente, em determinado espaço geográfico, no período considerado. Taxas elevadas de mortalidade pós-neonatal de maneira geral refletem baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, freqüentemente a mortalidade pós-neonatal é o componente mais elevado.

Cálculo do coeficiente de mortalidade pós-neonatal (método direto):

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

➤ **Coeficiente da mortalidade perinatal:** número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm), acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias completos), por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), da população residente, em determinado espaço geográfico, no período considerado. Esse indicador refere-se a óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto e é influenciado por fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada. Taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido e por este motivo é considerado um bom indicador da assistência obstétrica e neonatal, além das condições socioeconômicas. A sub-notificação de óbitos fetais é ainda muito importante e as informações sobre o peso ao nascer e a duração da gestação são freqüentemente omitidas na Declaração de Óbito, comprometendo as estimativas.

Cálculo do coeficiente de mortalidade perinatal (cálculo direto):

$$\frac{\text{Soma do número de óbitos fetais (peso } \geq 500\text{g ou } \geq 22 \text{ semanas de gestação)} \\ \text{e de óbitos de crianças de 0-6 dias completos de vida}}{\text{Número de nascimentos totais (nascidos vivos mais óbitos fetais peso } \geq 500\text{g} \\ \text{ou 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1.000$$

➤ **Coeficiente da mortalidade fetal:** número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm), por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado

Cálculo do coeficiente de mortalidade pós-neonatal (cálculo direto):

$$\frac{\text{Soma do número de óbitos fetais (peso } \geq 500\text{g ou } \geq 22 \text{ semanas de gestação)}}{\text{Número de nascimentos vivos}} \times 1.000$$

- **Nascido vivo:** nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente 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.

- **Óbito fetal ou nascido morto/natimorto:** é a morte do produto da gestação, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntárias.

- **Abortamento:** é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura

menor ou igual a 25cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido. Aborto é o produto da concepção expulso no abortamento.

OUTROS CONCEITOS IMPORTANTES

- **Morte hospitalar:** morte que ocorre a qualquer momento em unidade hospitalar, independente do tempo transcorrido entre a chegada do paciente e a sua morte. A morte que ocorre com menos de 4 horas após chegada no hospital aponta a situação de gravidade da criança e deve ser considerada na análise de evitabilidade. É ainda freqüente constar como morte hospitalar na Declaração de Óbito os casos em que a criança já chegou morta no hospital. Esta é uma questão importante para avaliação do acesso aos serviços de saúde e do reconhecimento de risco pela família.
- **Morte em outro serviço de saúde:** ocorre em qualquer estabelecimento de saúde, exceto hospital (UBS, ambulatório, consultório, serviço de urgência, serviço de referência/especialidade, etc.).
- **Morte no trajeto para o hospital ou serviço de saúde:** ocorre em qualquer tipo de veículo / transporte ou não, no trajeto para o serviço de saúde.
- **Morte em via pública:** ocorre em local público, no trajeto ou não para o serviço de saúde.
- **Morte domiciliar:** morte que ocorre dentro do domicílio.
- **Declaração de Nascido Vivo:** documento padrão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de nascimentos vivos, atender aos princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde.
- **Partograma:** representação gráfica da curva de dilatação cervical durante o trabalho de parto, para avaliação e acompanhamento do trabalho de parto; recomendado pela OMS e considerado importante instrumento para indicação das intervenções oportunas nas complicações no nascimento (OMS, 1994; MS, 2001).
- **Recém-nascido de baixo peso (RNBP):** RN com peso ao nascer menor que 2500 gramas.
- **Recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP):** RN com peso ao nascer menor que < 1500 gramas.
- **Recém-nascido de extremo baixo peso (RN EBP):** RN com peso ao nascer menor que 1000 gramas.
- **Recém-nascido a termo:** RN com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias.
- **Recém-nascido prematuro:** RN com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação, ou seja, até 36 semanas e seis dias.
- **Recém-nascido pós-termo:** RN com 42 semanas de idade gestacional ou mais.
- **RN AIG (recém-nascido adequado para a idade gestacional):** RN com peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino.
- **RN PIG (recém-nascido pequeno para a idade gestacional):** RN com peso ao nascer abaixo de percentil 10 para curva de crescimento intra-uterino.

- **RN GIG (recém-nascido grande para a idade gestacional):** RN com peso acima do percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino.

- **Idade gestacional calculada:** em geral avaliada pelo obstetra, considerando-se o tempo entre o primeiro dia do último período menstrual normal e o parto.

- **Idade gestacional estimada:** idade gestacional baseada no exame físico do recém-nascido.

- **Sufrimento fetal /asfixia ao nascer:** Apgar < 7 no primeiro e quinto minutos de vida.

- **Reanimação do recém-nascido:** considera-se quando realizado(s) procedimento(s) de ventilação/ uso de oxigênio com pressão positiva e/ou massagem cardíaca e/ou uso de drogas vasoativas.

NO BRASIL E NO MUNDO

As iniciativas para redução da mortalidade infantil no mundo apontam a estruturação de Comitês de Mortalidade Infantil como uma estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e para definição das políticas de saúde dirigidas à sua redução, principalmente no início do século XX. Na atualidade os Comitês fazem parte dos sistemas nacionais de grande parte dos países desenvolvidos. No Brasil diversas iniciativas locais (estaduais e municipais) foram realizadas, cada qual de acordo com sua realidade, interesse e condição de operacionalização. Esta proposta do Ministério da Saúde foi construída considerando experiências importantes de vigilância do óbito infantil no nível local (municipais e estaduais) e vem de encontro à necessidade de mobilização de todos os gestores e profissionais de saúde do país para a organização de um sistema de acompanhamento dos óbitos infantis e fetais com maior potencial de prevenção. Trata-se de uma proposta que pode servir de referência para os locais que ainda não operam a vigilância do óbito e ainda, apoiar as iniciativas já existentes.

COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL: PROPOSTA NACIONAL

A organização de Comitês de prevenção do óbito Infantil e fetal se coloca como uma estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para a redução das morte preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre a mortalidade. A portaria nº 1399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999 estabelece na seção III artigo 3º, inciso XIII, que a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é uma das atribuições do município, que deve garantir estrutura e equipes compatíveis para exercer tais atividades. Por vigilância epidemiológica entende-se "a observação e análise rotineira tanto da ocorrência e distribuição das doenças como dos fatores relacionados ao seu controle, para execução oportuna das ações". Portanto, esta ação deve ser executada pelas Secretarias Municipais de Saúde, articuladas com os Comitês Regionais ou Estaduais das Secretarias Estaduais de Saúde. Ressaltamos a importância da participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência direta, uma vez que os objetivos principais do trabalho não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também da qualidade e organização do cuidado de saúde.

CONCEITO

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais de caráter eminentemente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, cuja atribuição é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais. Constituem-se como importante instrumento de avaliação da assistência de saúde, para subsidiar as políticas públicas e ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e redução da mortalidade.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL: Elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis e fetais, identificar os fatores de risco e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade perinatal e infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar o diagnóstico local da mortalidade infantil, seus componentes, fatores de risco relacionados e distribuição na população no nível local (estadual / regional / municipal).
- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal) e o cálculo das taxas.
- Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade infantil e sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo.
- Identificar os óbitos infantis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento da assistência de saúde.
- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados.
- Identificar os problemas e circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção.
- Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança.
- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Cartão da Criança).
- Identificar e recomendar as estratégias e medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade infantil e perinatal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.

ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

INVESTIGAÇÃO

- Estimular a investigação dos óbitos pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência de saúde (PACS/PSF/UBS e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde).
- Estimular a constituição de Comitês Hospitalares, com estudo e análise dos óbitos ocorridos no estabelecimento pelas equipes dos hospitais e maternidades.

ANÁLISE DOS ÓBITOS

- Analisar os óbitos segundo a possibilidade de sua prevenção.
- Identificar os problemas relacionados com os óbitos:
 - assistência de saúde prestada à gestante e à criança
 - organização dos serviços de saúde
 - organização do sistema de saúde
 - condições sociais, da família e comunidade

- Promover a análise e discussão de casos com as equipes de saúde envolvidas e responsáveis pela população da área de abrangência do óbito: atenção básica, secundária, serviços de urgência e hospitais.
- Informar e encaminhar para os órgãos e instituições competentes as falhas na assistência de saúde e demais problemas observados.

QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

- Contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação da informação registrada na declaração de óbito e na declaração de nascido vivo.
- Contribuir para a melhoria dos registros de saúde, sensibilizando os profissionais para o preenchimento completo dos prontuários, fichas de atendimento, Cartão da Gestante, Cartão da Criança.

DEFINIÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO

- Elaborar propostas com medidas de prevenção e intervenção necessárias para prevenção de novas ocorrências e encaminhar para o poder público/órgãos competentes.

DIVULGAÇÃO / EDUCAÇÃO

- Divulgar e dar visibilidade ao problema, com a realização de ações educativas e sensibilizadoras, com a elaboração de relatórios, promoção de debates, seminários, boletins e outras iniciativas de socialização das informações.
- Divulgar relatórios para todas as instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes infantis e fetais.
- Promover a discussão sobre a persistência de níveis elevados de mortalidade infantil e fetal e as circunstâncias que envolvem os óbitos, realizando capacitações, treinamentos e reciclagens para educação continuada, com a produção de material educativo.

MOBILIZAÇÃO

- Promover a interlocução entre todas as instituições do poder público e da sociedade civil, de modo a congregar os esforços para a redução da mortalidade.
- Mobilizar o poder público, instituições e sociedade civil organizada para garantir a execução das medidas propostas.

ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ NACIONAL

- Acompanhar os Comitês estaduais, regionais e municipais.
- Assessorar os comitês estaduais, regionais e municipais.
- Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e perinatal.
- Divulgar sistematicamente os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatório/boletim periódico).

- Elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e perinatal.
- Promover seminários / oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional.

ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ ESTADUAL

- Promover a sensibilização e divulgação sobre a mortalidade infantil: realização de oficinas, seminários, etc.
- Incentivar e apoiar a formação de Comitês Regionais e Municipais.
- Acompanhar os Comitês Regionais e Municipais.
- Assessorar os Comitês Regionais e Municipais.
- Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos e as medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e perinatal no âmbito do Estado.
- Divulgar sistematicamente os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatório/ boletim periódico).
- Promover e estimular a qualificação das informações sobre mortalidade, com a ampliação da cobertura do sistema de informação e melhoria dos registros na DO e registros de atendimento.
- Consolidar os dados regionais/municipais para envio ao Comitê Nacional.
- Elaborar propostas para a construção de políticas estaduais dirigidas à redução da mortalidade infantil e perinatal no âmbito do Estado.
- Acompanhar a execução das medidas propostas.

ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ MUNICIPAL/REGIONAL

- Estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pela Secretaria Municipal de Saúde segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional / Ministério da Saúde e de acordo com a realidade e interesse local, assumida como uma responsabilidade institucional cotidiana.
- Promover e favorecer a articulação e integração entre os setores e profissionais da vigilância epidemiológica e da atenção à saúde na investigação dos óbitos, garantindo o enfoque adequado ao problema da mortalidade da infantil e fetal, que envolve a investigação e análise dos casos para o adequado planejamento e organização das intervenções de assistência de saúde de maneira a prevenir novas ocorrências.
- Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos e as medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e perinatal no âmbito municipal/regional.
- Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório/ boletim periódico).
- Promover e estimular a qualificação das informações sobre mortalidade, com a ampliação da cobertura do sistema de informação e melhoria dos registros na DO e registros de atendimento.

- Consolidar periodicamente os dados de investigação para envio ao Comitê Regional/Estadual.
- Elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução da mortalidade infantil e perinatal.
- Acompanhar a execução das medidas propostas.

ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ HOSPITALAR

- Investigar os óbitos infantis e fetais segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional / Estadual / Regional e de acordo com a realidade e interesse local, assumido com uma responsabilidade institucional cotidiana.
- Promover a integração com os Comitês Municipal / Regional, para a troca de informações e análise dos casos, de maneira a contribuir para o adequado funcionamento da investigação de óbitos no nível local.
- Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório / boletim periódico), para sensibilização dos profissionais.
- Promover e estimular a qualificação das informações sobre mortalidade, com a ampliação da cobertura do sistema de informação e melhoria dos registros na DO e registros de atendimento no âmbito de cada estabelecimento.
- Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos, para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade infantil e perinatal.

ESTRUTURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS COMITÊS

Para que se alcance efetivamente a congregação de esforços dos diversos atores envolvidos na problemática da mortalidade infantil e fetal, é interessante que os Comitês Municipais / Regionais estejam articulados ou vinculados aos Comitês Estaduais, para obter apoio técnico-administrativo e assessoria técnica, principalmente para a correção das estatísticas oficiais. É também importante este apoio com relação à definição das estratégias propostas e medidas de prevenção dos óbitos, para o acompanhamento de sua execução.

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS

A realização de seminários, oficinas ou encontros de sensibilização dos gestores, profissionais, instituições de saúde e entidades da sociedade civil pode ser uma estratégia interessante de sensibilização, como primeiro passo para a estruturação do Comitê. Eventos com participação ampliada (Secretaria de Estado da Saúde, Regional, capitais e municípios pólo), de acordo com a conformação da rede regionalizada de saúde, podem ser ainda mais efetivos, por envolverem todos os níveis de assistência hierarquizada e regionalizada que compõem a linha de cuidado da assistência à gestante e ao recém-nascido.

Nesta ocasião pode ser realizada a apresentação da situação da mortalidade infantil e fetal no nível local, para divulgação da importância e magnitude do problema para os gestores estaduais / municipais. Outras informações de interesse, como a organização dos serviços de saúde, especialmente a atenção obstétrica, neonatal e atenção à criança, desde a atenção primária, passando pelos demais níveis de complexidade (urgências, especialidades e atenção hospitalar) podem complementar a avaliação sobre a realidade local da assistência, para subsidiar o planejamento as ações de intervenção para redução da mortalidade. Experiências de outros Comitês já em funcionamento podem ser apresentadas para auxiliar na construção de novos Comitês. Uma alternativa pode ser a organização de reuniões iniciais para discussão sobre a composição do Comitê, contando com a participação dos interessados, e em seguida é realizada a convocação oficial. Nas reuniões seguintes deverão ser elaborados o regimento interno e o plano de trabalho ou plano de ação.

ORGANIZAÇÃO DOS COMITÊS

Recomenda-se a elaboração de portaria ou resolução para oficialização do Comitê e de seus participantes, deliberando inclusive sobre o acesso dos profissionais da Secretaria e/ou representantes dos Comitês aos prontuários, bem como sobre a necessidade de melhoria dos registros nas declarações de óbito e prontuários (como por exemplo o registro de peso ao nascer para o óbito fetal).

É importante ainda a elaboração de regimento interno (anexo I) para o funcionamento dos Comitês com:

- > definição das rotinas de trabalho (como a periodicidade das reuniões, representantes das instituições, eleição de coordenação/presidência);
- > definição das atribuições dos componentes;
- > definição dos profissionais que investigam o óbito: entrevista domiciliar, ambulatorial e hospitalar;
- > definição do prazo para conclusão as investigações;

- definição da metodologia de discussão e análise dos casos;
- definição da metodologia de análise de evitabilidade;
- definição sobre a divulgação do trabalho com o retorno da análise para os profissionais e instituições envolvidas;
- definição sobre a avaliação da assistência de saúde prestada;
- identificação dos problemas mais frequentes, da existência de recorrência/ reincidência dos problemas;
- definição sobre os encaminhamentos necessários quando observados problemas graves que demandam intervenção;
- definição da metodologia para correção das informações dos registros civis (SIM e SINASC, em articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ Estados/ regionais e municípios);
- definição sobre a elaboração das propostas de intervenção;
- definição das estratégias de interlocução com os gestores e elaboração dos planos municipais, regionais e estaduais de redução da mortalidade infantil e perinatal;
- definição dos recursos para o seu funcionamento;

COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS

A composição dos Comitês vai depender das características e interesses locais, em termos da organização da população e entidades existentes. É de fundamental importância a participação de representantes e instituições diretamente envolvidos na assistência de saúde da gestante e criança, além dos técnicos que lidam com as estatísticas vitais. De modo geral, podemos dizer que a participação conjunta destes setores tem obtido maior sucesso e efetividade na incorporação da avaliação na rotina do trabalho em saúde, e conseqüentemente o encaminhamento de propostas de melhoria da assistência.

Sugere-se como composição básica, os representantes das seguintes instituições:

COMITÊ NACIONAL

- Secretaria de Atenção à Saúde - MS
- Secretaria de Vigilância à Saúde - MS
- Conselho Nacional de Saúde
- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- Associação Brasileira de Enfermagem
- Conselho Federal de Medicina
- Conselho Federal de Enfermagem

- > Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
- > Sociedade Brasileira de Pediatria
- > Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica
- > Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- > Conselho Nacional de Direitos da Criança
- > Pastoral da Criança

COMITÊS ESTADUAL / REGIONAL / MUNICIPAL

- > Representantes da Secretaria de Saúde:
 - Área de Saúde da Criança e Adolescente
 - Área de Saúde da Mulher
 - Programa de Saúde da Família
 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
 - Vigilância Epidemiológica
 - Controle e Avaliação
- > Conselho de Saúde
- > Conselhos Regionais de Entidades Profissionais
- > Faculdades Medicina, de Enfermagem, de Saúde Pública
- > Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente
- > Sociedades científicas: obstetrícia, pediatria, enfermagem, outras
- > Entidades da sociedade civil organizada: Pastoral da Criança, Unicef, outras
- > Representantes dos hospitais locais

COMITÊS HOSPITALARES

É importante a organização de comitês hospitalares, de modo que a reflexão e análise crítica de cada óbito ocorrido no estabelecimento sejam motivo de discussão entre os profissionais, de maneira a identificar as medidas de correção necessárias para prevenção de óbitos evitáveis. Vale ressaltar que esta organização é requisito para funcionamento de maternidades que fazem parte do Programa de Gestação de Alto Risco e de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (Portarias MS/GM 3016, 3482 e 3477 de 1998 e Portarias GM/MS 569, 570, 571 e 572 de 2000).

Sugere-se a seguinte composição para os Comitês Hospitalares:

➤ Diretoria Clínica

➤ Profissionais das equipes:

- obstetrícia
- pediatria - neonatologia
- enfermagem
- demais interessados

A DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

É o documento padrão do Sistema de Informação sobre Mortalidade, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender aos princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde. A legislação vigente sobre eventos vitais (como o nascimento e o óbito) determina que "nenhum enterramento será feito sem certidão do Oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte" (Lei nº 6015, de 31 de dezembro de 1973, Artigo 77). A DO deve portanto ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimento de saúde, domicílios ou outros locais.

O médico é o responsável por todas as informações contidas na DO; não deve assinar uma DO em branco ou deixar DO previamente assinadas; deve verificar se todos os itens de identificação estão devida e corretamente preenchidos. Conforme os termos do Artigo 115 do Código de Ética Médica é vedado ao médico deixar de atestar óbito do paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver suspeita de morte violenta. Também a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1601/2000, diz que é vedado ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista ou médico substituto, ou em caso de necrópsia e verificação médico legal.

Nos casos de morte natural, quando o óbito ocorre sem assistência médica, a DO somente deve ser fornecida por médico do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)/ IML. Caso este serviço não esteja disponível no local, o atestado deve ser assinado pelos médicos do serviço público de saúde local e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade, que especificará, entretanto, "óbito sem assistência médica" (nesses casos o médico deverá sempre constatar pessoalmente o óbito). Não havendo médico na localidade, a declaração de óbito deverá ser emitida por um declarante e duas testemunhas, maiores e idôneas, podendo ser parentes do morto, que presenciaram ou se certificaram do óbito.

Nos casos de morte natural com assistência médica, a DO do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico que o assistiu, e na sua ausência, por médico substituto pertencente à instituição. Se o paciente estava em tratamento sob regime ambulatorial a DO deve ser fornecida pelo médico que prestava assistência ou pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO)/ IML.

Nos casos de morte violenta ou não natural, a DO deve obrigatoriamente ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML). Nas localidades sem IML, cabe à autoridade policial nomear duas pessoas idôneas, de preferência técnicos em peritagem, para esta ação. Em caso de morte súbita com causa desconhecida recomenda-se investigar as causas da morte por meio de estudo anatomo-patológico.

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

O modelo de DO adotado no Brasil desde 1999 é constituído por 9 blocos, com 62 variáveis (anexo II). A declaração de óbito deve ser preenchida pelo médico em três vias. O bloco VI da DO referente ao atestado médico do óbito, contém informações sobre as causas de morte, de grande importância epidemiológica. É baseado no "Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa da Morte", recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Deve ser preenchido de forma a permitir a correta identificação das causas de morte e da causa básica. As causas de morte são "todas as doenças, afecções

mórbidas ou lesões que ou produziram a morte, ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou violência que produziram quaisquer de tais lesões". A causa básica é "a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal". Conforme a recomendação internacional, essa deve ser escrita em último lugar na parte I, geralmente na linha "d". A causa básica dá origem a algumas complicações (causas consequenciais) que devem ser registradas nas linhas acima (c, b, a); a última causa consequencial, registrada na linha a, é chamada causa terminal ou imediata. A causa básica pode ser declarada nas linhas "c", "b" ou mesmo na "a", quando não houver causas em consequência da causa básica. É fundamental que o médico declare corretamente a causa básica, para que se tenha dados confiáveis e comparáveis sobre a mortalidade, de forma a permitir que se trace o perfil epidemiológico da população.

A seguir apresentamos alguns exemplos de preenchimento da Declaração de Óbito:

1º EXEMPLO: Criança deu entrada no Pronto-Socorro com história de três dias de diarreia, que se intensificou nas últimas doze horas. Estava desidratada, prostrada, reagindo pouco aos estímulos, com choro débil. Foi iniciada a reidratação, porém a criança faleceu quarenta e cinco minutos após a internação. O exame físico revelou, além dos sinais de desidratação, evidências de desnutrição.

Causas da morte na DO

Parte I

- a) Desidratação
- b) Diarreia
- c) Desnutrição

2º EXEMPLO: Ruptura prematura de membranas em gestação de 33 semanas, com desenvolvimento de infecção intra-uterina. A mãe entrou em trabalho de parto cinco dias após, tendo o feto falecido no período entre a ruptura de membranas e o trabalho de parto.

Causas da morte na DO

Parte I

- a) Infecção intra-uterina
- b) Ruptura prematura de membranas

3º EXEMPLO: Mulher com diabetes mellitus desenvolve toxemia severa na gravidez. Houve descolamento prematuro de placenta, foi realizada cesárea e o feto morreu durante este período.

Causas da morte na DO

Parte I

- a) Descolamento prematuro de membranas
- b) Toxemia materna

4º EXEMPLO: Criança de 8 meses, começou a apresentar diarreia e vômitos de intensidade moderada, o quadro se intensificou e foi internada. À internação estava desidratada, (II para III grau) e apresentava sinais de desnutrição moderada. No segundo dia de internação apresentou vômitos e aspiração, desenvolvendo quadro de broncopneumonia, comprovada por radiografia

de tórax. O quadro se agravou com febre e persistência da diarreia, falecendo no 4º dia após início da doença.

Causas da morte na DO

Atestado Original

Parte I

Parte I

- a) Broncopneumonia
- b) Desidratação
- c) Gastroenterite

- a) Desidratação
- b) -
- c) -

Parte II - Desnutrição moderada

Parte II -

Comentário: o médico não declarou a causa básica (gastroenterite) na parte I, e relatou apenas a desidratação (uma complicação da causa básica e pode ser consequência também de outras patologias), erro muito comum que deve ser evitado.

5º EXEMPLO: A gestação foi normal até próximo aos 8 meses, quando a mãe começou a apresentar hemorragia vaginal, mas não procurou assistência nas primeiras 24 horas. Quando levada ao hospital já estava em pré-choque, com diagnóstico de descolamento prematuro de placenta. A criança nasceu com Apgar 2 no primeiro e quinto minuto, falecendo 3 horas após o nascimento.

Causas da morte na DO

Atestado Original

Parte I

Parte I

- a) Anóxia
- b) Descolamento prematuro de placenta

- a) Desidratação
- b) -

Comentário: é muito freqüente nos casos de morte perinatal (nascidos mortos a partir da 22ª semana de gestação e mortes até o 6º dia completo de vida) o médico declarar somente anóxia ou hipóxia, sem declarar a causa básica que desencadeou a anóxia/ hipóxia. Em algumas situações é de fato difícil, definir a causa que levou a isto, porém o fator materno, fetal ou materno-fetal deve ser sempre registrado como causa básica, se for conhecido.

6º EXEMPLO: Criança de 10 meses de idade, história de 5 dias de febre moderada e um pouco de tosse e inapetência. Há dois dias febre alta e muita tosse. Ao exame físico apresentava sinais característicos de broncopneumonia, péssimo estado geral, 2º grau de desidratação, dispnéica, batimento de asas de nariz, temperatura de 39,5º C. Foi internada e a radiografia de tórax confirmou o diagnóstico de broncopneumonia. Faleceu duas horas após a internação.

Causa da morte na DO

Parte I

- a) Desidratação
- b) Pneumonia

Destacamos ainda a importância do correto preenchimento do Bloco V da DO, que contém informações sobre a mãe (idade, escolaridade, ocupação, número de filhos tidos, duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, morte em relação ao parto, peso do filho ao nascer e número da Declaração de Nascido Vivo), obrigatórias e fundamentais para o conhecimento adequado

sobre o óbito fetal e infantil. O retorno da informação aos profissionais responsáveis com relação às incorreções encontradas no preenchimento da DO pode ser uma importante estratégia de educação continuada e qualificação das informações sobre os óbitos.

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

As DO são impressas em três vias pelo Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo seu fornecimento gratuito a estabelecimentos de saúde, IML, SVO, Cartórios de Registro Civil e médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais e Municipais. No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimentos de saúde, a primeira via deve ser entregue preenchida diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. A segunda via deve ser entregue à família para obtenção da certidão de óbito junto ao Cartório do Registro Civil, que reterá o documento. A terceira via deve ser arquivada no prontuário. Nos casos de óbitos naturais sem assistência médica ou por causas acidentais ou violentas, esse fluxo deve ser seguido, também, pelo IML, pelo SVO e pelo cartório, quando for o caso.

Nos municípios onde há serviço de funerária oficial (central de óbitos), as três vias da DO preenchidas pelos médicos devem ser encaminhadas pela família a essa agência. A primeira e terceira vias serão utilizadas para liberação do corpo junto à Secretaria Municipal de Saúde, e a segunda, para o registro do óbito em cartório.

As DO são registradas no local em que ocorre o óbito, para emissão da certidão de óbito, o que permite identificar os óbitos por local de ocorrência ou de residência. Por este motivo, é importante definir entre os municípios a atribuição de investigação dos óbitos e envio de cópias da DO e ficha de investigação ao setor de vigilância epidemiológica ou ao Comitê de Prevenção do Óbito Infantil do lugar de residência da criança falecida, evitando-se a sub-notificação.

Os dados DO são digitados no Sistema de Informação sobre Mortalidade -SIM - pelas Secretarias Municipais de Saúde ou Secretarias Estaduais de Saúde, e enviados já consolidados para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) trimestralmente (Portaria MS/SVS No 20 de 03/10/2003).

INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS

OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação dos óbitos, análise e conclusão sobre cada caso devem ser realizadas preferencialmente pela equipe de Atenção Básica (ESF/UBS) responsável pela área de abrangência onde ocorreu o óbito, como parte integrante da sua atuação sobre a saúde da população. Desta maneira a investigação de óbitos pode ser efetivamente incorporada pelas equipes de assistência para avaliação dos possíveis problemas ocorridos e a identificação das mudanças necessárias para a prevenção de novas ocorrências, contribuindo ainda para a construção de um olhar avaliativo e de aperfeiçoamento no cotidiano do trabalho.

É importante que os profissionais que investigam os casos e/ou membros dos Comitês sejam oficialmente credenciados por autoridades da Secretaria de Saúde (Municipal ou Regional/Estadual) de forma a facilitar a investigação nos hospitais e demais serviços de saúde, principalmente aqueles que não fazem parte do quadro administrativo das Secretarias de Saúde e vão participar da investigação, de acordo com a necessidade e/ou definição local (anexo III). Todos os membros dos Comitês formalizados por portarias governamentais e credenciados por autoridades sanitárias passam a ser representativos da estrutura governamental estando, portanto, aptos a ter acesso aos prontuários médicos. No entanto, o Comitê pode definir que os membros que não sejam profissionais de saúde não venham a desempenhar a função de investigação em instituições de saúde.

É necessário ainda a identificação das pessoas que atuam na investigação dos casos com uma Carta de Apresentação (anexo IV) para facilitar o acesso nas instituições de saúde e na visita domiciliar.

Deve-se verificar nas regionais, municípios ou distritos de saúde, de acordo com a realidade local, se o fluxo das DO está organizado e se é ágil. Senão, é necessário formalizar este fluxo, além da tomada de medidas para assegurar a chegada das DO nas Secretarias Municipais o mais breve possível, de preferência, no máximo 30 dias após o óbito. É comum a família mudar de domicílio como consequência do óbito da criança, portanto a agilidade do fluxo da DO / informação sobre o óbito é muito importante, para viabilizar a visita domiciliar, que traz esclarecimentos fundamentais sobre as circunstâncias dos óbitos.

IDENTIFICAÇÃO DOS ÓBITOS

➤ Fontes de identificação/ captação do óbito infantil e fetal

Considerando-se as diferentes realidades no país e a necessidade de se ampliar a cobertura do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), é necessário levar em conta as diversas possibilidades de identificação dos óbitos, além da declaração de óbito. É ainda importante a promoção da integração entre estas diversas fontes, de maneira que a captação da informação por uma delas seja reconhecida e incorporada aos demais sistemas de informação disponíveis. Como exemplo, a identificação de um óbito pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), nos municípios com cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Programa de Saúde da Família (PSF) ou pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – deve desencadear a recuperação desta informação para alimentação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Outras situações devem ser consideradas para a identificação do óbito, além do fluxo habitual da DO, principalmente onde há elevada sub-notificação de óbitos, como:

- busca ativa da declaração de óbito (DO) pela vigilância epidemiológica ou outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde / Regional, em cartório, serviço funerário e cemitérios não oficiais,
- busca ativa do óbito por agente comunitário de saúde (ACS) / equipe de saúde da família (ESF);
- notificação do hospital;
- Sistema de Informação Hospitalar (AIH/SIH);
- fontes alternativas de informação, como igrejas, associação de moradores, informantes-chave, curandeiros e parteiras, entre outras.

CRITÉRIOS PARA INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS

Serão adotados critérios mínimos de referência para investigação no âmbito nacional, de modo a permitir o dimensionamento dos óbitos investigados no âmbito estadual e nacional, respeitando-se a realidade e as iniciativas locais de implantação dos Comitês de Investigação de Óbitos Infantis.

Critérios mínimos sugeridos para investigação:

- Residentes no município/regional:
 - pelo menos todos óbitos pós-neonatais (28 dias a 1 ano de vida)
 - óbitos neonatais (0-27 dias de vida) com peso ao nascer maior ou igual a 1500 g
 - óbitos fetais (natimortos) com peso ao nascer maior ou igual a 2500 g

Considerando-se o critério de investigação dos óbitos potencialmente evitáveis, serão excluídos os óbitos por malformação congênita grave/ complexa/ letal.

Aqueles municípios com capacidade de operacionalização de um maior número de investigações poderão estender estes critérios, assumindo por exemplo a investigação de óbitos fetais com peso ao nascer maior ou igual a 1500 gramas, todos os óbitos neonatais, óbitos de crianças com < de 5 anos, etc, como já acontece em alguns municípios do país.

LEVANTAMENTO DE DADOS

Com o objetivo de se conhecer o maior número possível de informações sobre a ocorrência do óbito infantil e fetal, deve ser realizado o levantamento de dados de todo o atendimento de saúde realizado para a gestante e a criança, de forma a reconstruir a história de vida e de morte da criança, para melhor entendimento dos problemas ocorridos e a possibilidade de prevenção de novos casos. A entrevista domiciliar é de fundamental importância, trazendo informações que não são registradas em prontuários, como dificuldades da família em reconhecer riscos à saúde, dificuldades de acesso aos serviços e ao tratamento indicado, por exemplo.

A investigação é composta de:

- 1- Entrevista domiciliar
- 2- Levantamento de dados dos serviços de saúde:
 - 2.1-Prontuários de unidades básicas de saúde (UBS), dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades;
 - 2.2-Prontuários hospitalares;
 - 2.3-Laudos de necropsia (anexo V).
- 3- Resumo e conclusão sobre o caso (análise de evitabilidade)
- 4- Identificação das medidas de prevenção /intervenção necessárias

A investigação pode ser iniciada por qualquer um dos procedimentos indicados. Se o peso de nascimento da criança não está disponível na DO, pode ser necessário o levantamento de dados da declaração de nascidos vivos (para crianças nascidas vivas) ou do prontuário hospitalar, para confirmação da inclusão nos critérios de investigação.

FORMULÁRIOS PARA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL (ANEXO V)

CONTEÚDO:

- > dados sobre a assistência pré-natal;
- > dados sobre a atenção ao parto e nascimento;
- > dados sobre acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura), sobre a vigilância à saúde da criança e assistência na atenção básica, (nas urgências e especialidades médicas), na doença que causou a morte;
- > dados sobre o atendimento da criança no hospital.

ORGANIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS:

- > entrevista domiciliar;
- > levantamento de dados ambulatoriais: pré-natal, atenção à criança na unidade básica de saúde, nos serviços de urgência e ambulatórios de especialidades;

- levantamento de dados de prontuários hospitalares (da maternidade / hospital pediátrico / unidade de cuidado intensivo);
- conclusão da investigação: análise de evitabilidade e identificação problemas e encaminhamentos para intervenção.

ANÁLISE DOS ÓBITOS

- Análise de evitabilidade do óbito e análise dos problemas observados

Após o término da investigação o Comitê deve promover reunião de todos os profissionais envolvidos na assistência da criança (atenção básica, urgência, atenção hospitalar) para análise ampla e detalhada de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito. O propósito do Comitê não é culpar pessoas ou serviços, mas prevenir a morte por causas similares no futuro, e por isto estas ocasiões podem ser muito produtivas no sentido de promover a correção imediata de irregularidades assistenciais que influenciaram o óbito, além de sensibilizar as pessoas diretamente envolvidas na assistência e no preenchimento dos registros de atendimento e estatísticas vitais para a qualificação dos mesmos.

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

O Comitê deve definir os critérios de evitabilidade que utilizarão para análise de cada óbito. Sugere-se que sejam tomados como referência os possíveis problemas ocorridos nos diversos momentos da assistência de saúde, de modo que propicie a avaliação de evitabilidade do óbito por ação oportuna e resolutiva do setor saúde e identificação das ações de saúde que podem influenciar positivamente os resultados e a prevenção e novas ocorrências. Devem ser levados em conta os seguintes fatores:

- Problemas no planejamento familiar e pré-natal (acesso e assistência);
- Problemas no parto (acesso e assistência);
- Problemas na assistência ao recém-nascido na maternidade;
- Problemas no atendimento ambulatorial à criança (acesso e assistência nas UBS/urgências/especialidades, seja no acompanhamento de saúde da criança ou na doença que causou a morte);
- Problemas no atendimento hospitalar (acesso e assistência);
- Problemas na organização do sistema de saúde: por exemplo, ausência de sistema de referência para gestante e RN de alto risco, falta de leitos de UTI neonatal, transporte, entre outros;
- Problemas na organização institucional do(s) serviço(s) de saúde: por exemplo, falta de medicamentos, propedêutica adequada não disponível, equipe incompleta, entre outros;
- Dificuldades sócio-familiares: dificuldades para reconhecimento de risco, para seguir as orientações realizadas, recusa de tratamento proposto, entre outras.

Algumas classificações de evitabilidade têm sido utilizadas para análise dos óbitos perinatais e infantis, como a classificação da SEADE e de Wigglesworth. No entanto, deve-se levar em conta que a classificação da SEADE não considera o peso ao nascer para análise de evitabilidade, o que traz limitações à sua utilização, dado que o peso ao nascer é um fator de risco de grande importância para a sobrevivência infantil. Isto significa dizer que o óbito de uma criança com baixo peso ao nascer (< 2500 g) deve ser considerado de maneira diferenciada em relação a uma criança com peso ao nascer acima de

2500g. Este diferencial é ainda mais importante para crianças com peso ao nascer <1000 gramas, quando a viabilidade fetal é bastante restrita. Sugere-se portanto, que ao utilizar esta classificação - e em toda análise de evitabilidade dos óbitos - seja realizado o cálculo da proporção de óbitos ocorridos segundo o peso ao nascer.

Análise de evitabilidade segundo proporção de óbitos nas faixas de peso ao nascer

- > 500-999 gramas

- > 1000 a 1499 gramas

- > 1500 a 1999 gramas

- > 2000 a 2499 gramas

- > 2500 a 2999 gramas

- > acima de 3000 gramas

Por sua vez, a classificação de Wigglesworth se restringe apenas aos óbitos perinatais, não contemplando os óbitos pós-neonatais.

Por estes motivos, a análise de evitabilidade do óbito com base nas possíveis falhas detectadas nos diversos momentos da assistência de saúde e nas dificuldades sócio-familiares tem o potencial de responder a um dos principais objetivos da investigação de óbitos, que é a identificação de ações que podem melhorar as respostas do setor saúde aos problemas encontrados.

ENCAMINHAMENTOS E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A principal tarefa do Comitê é identificar em cada caso investigado o que deve ser modificado para evitar novas mortes preveníveis e comunicar àqueles que podem interferir para a realização das mudanças necessárias. As recomendações e medidas necessárias para redução das mortes fetais e infantis deverão ser encaminhadas pelo Comitê às autoridades responsáveis (gestores de saúde, diretores de hospitais e de serviços de saúde) como parte do trabalho do Comitê. Devem ser apontadas as medidas de prevenção de novas ocorrências (óbitos fetais e infantis potencialmente evitáveis) e medidas de intervenção para reorganização da assistência de saúde.

Deve ser promovida a interlocução permanente dos Comitês com os gestores da saúde, para participação na elaboração dos Planos Anuais de Redução da Mortalidade Infantil e Perinatal e interferência de forma eficiente nas políticas dirigidas à necessidade da população.

RELATÓRIOS: DIVULGAÇÃO DAS INVESTIGAÇÕES REALIZADAS

Os Comitês Municipais deverão enviar relatórios periódicos para os Comitês Regional/ Estadual e estes para o Comitê Nacional, contendo a análise dos casos investigados e das medidas de prevenção formuladas para a redução da mortalidade infantil e perinatal na localidade. Relatórios semestrais ou anuais (conforme acordo local) deverão ser encaminhados para o Comitê Estadual, que anualmente enviará relatório consolidado das investigações realizados no Estado para o Comitê Nacional.

A maneira de organização destes relatórios pode ficar a cargo de cada Comitê. Sugerimos, no entanto, alguns indicadores como referência:

- Número total de nascidos vivos e de óbitos por município;
- Taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade perinatal por município;
- Percentual de óbitos investigados, segundo critérios adotados;
- Proporção de óbitos por período de ocorrência: fetais, neonatais (precoces e tardios e pós-neonatais);
- Proporção de óbitos segundo peso ao nascer;
- Proporção de óbitos segundo idade gestacional;
- Proporção de óbitos de crianças com asfixia ao nascer (Apgar < 7 no 5o minuto de vida);
- Proporção de óbitos e taxa de mortalidade segundo instituição de ocorrência;
- Proporção de óbitos por grupos de causa (CID, 10ª revisão);
- Proporção de óbitos considerados evitáveis;
- Proporção de óbitos segundo critério de evitabilidade: considerar os diversos momentos da assistência conforme listados anteriormente, as dificuldades sócio-familiares, problemas institucionais ou do sistema de saúde. Um caso pode ser enquadrado em mais de um destes itens;
- Principais fatores intervenientes para os óbitos considerados evitáveis;
- Recomendações/propostas e ações de saúde ou medidas de intervenção para redução da mortalidade infantil e perinatal potencialmente evitáveis;
- Número de reuniões do Comitê realizadas.

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

Os relatórios devem atingir as autoridades de saúde, para subsidiar as ações de redução da mortalidade, bem como entidades científicas, escolas médicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, sociedade civil organizada e sociedade de forma geral, de maneira a promover a mobilização de todos os atores nesta ação. Devem ser considerados os canais de divulgação, como publicações médicas e de saúde (revista, boletins, outros), publicações oficiais do Sistema de Saúde (por exemplo os boletins informativos da vigilância epidemiológica) e os meios de comunicação.

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O Comitê deve monitorar e acompanhar sistematicamente os indicadores de avaliação da assistência obstétrica, neonatal e de saúde da criança, tanto indicadores do processo assistencial quanto de resultados da atenção. Esta avaliação deve ser executada de forma cotidiana e institucionalizada pelas áreas técnicas das Secretarias de Saúde e gestores dos serviços de

saúde (da atenção básica, urgências e hospitais). Esta é uma ação que deve ser demandada pelos Comitês, uma vez que a qualificação da assistência obstétrica para a gestante, recém-nascido e criança é o principal instrumento do setor saúde para a redução da mortalidade infantil e perinatal.

CORREÇÃO DOS DADOS VITAIS

Após a investigação dos casos de óbito os Comitês Estaduais, Municipais ou Regionais ou o setor de vigilância epidemiológica podem registrar a real causa de óbito em folha anexa à DO e corrigir os dados do SIM, com o cuidado de não causar duplicidade de registro. Este procedimento é de fundamental importância, tanto para a correção da sub-notificação de óbitos, quanto para a qualificação das informações sobre os óbitos já previamente constantes no SIM, como a causa básica, real endereço de residência, peso ao nascer, entre outras.

REFERÊNCIAS

- 1- Pereira, M.G. Mortalidade. In: Epidemiologia: Teoria e Prática. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.
- 2- Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças, 1994.
- 3- Rede Interagencial de Informações para a saúde, 2004. Produtos RIPSAs-IDB - conceitos e aplicações. http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/ripsa/pdf/C_Mortalidade.pdf
- 4- Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.
- 5- Ministério da Saúde/FUNASA. Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, 2001
- 6- Ministério da Saúde/FUNASA. Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de óbito. Brasília, 2001
- 7- Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Brasília, 2002.
- 8- Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, 2004.
- 9- Laurenti, R. & Mello Jorge, M.H.P. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças- MS/USP/OPAS/OMS. NEPS/USP. O Atestado de Óbito. São Paulo, 2002.
- 10- SEADE-Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Mortalidade Infantil e desenvolvimento. Conjuntura demográfica, 1991; 14/15:49-50.
- 11- WIGGLESWORTH, J.S. Monitoring perinatal mortality- a pathophysiological approach. Lancet, 27:684-686, 1980

ANEXO I - MODELO DE REGIMENTO INTERNO

REGIMENTO INTERNO

Título I - Da Caracterização e dos objetivos

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

Art. 2º - O CPOIF é um comitê interinstitucional, com o objetivo de obter informações sobre mortes infantis e fetais ocorridas no Estado/Região/Município.

Título II - Das Finalidades

Art. 3º - São finalidades do CPOIF:

I – divulgar a necessidade de instalação dos Comitês regionais/municipais/ locais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

II – reunir dados levantados no nível regional/ local, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade infantil e perinatal e dos fatores associados.

III – elaborar relatório analítico semestral /anualmente.

IV – estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

Título III - Da Composição

Art.4º - Serão membros natos: relação de instituições governamentais participantes.

Art. 5º - Serão membros indicados: relação de instituições não governamentais e técnicas de reconhecida atuação no campo.

Art. 6º- Serão membros convidados:

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

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

Título IV - Do Funcionamento

Art. 8º - O CPOIF receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, através do departamento competente.

Para Comitês Estaduais: Art. 9º - O CPOIF estará representado no nível regional pelos Comitês Regionais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

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

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

Título V - Da Competência

Art. 12º - Ao presidente/ coordenador compete;

Art. 13º - Ao vice-presidente/ coordenador compete;

Art. 14º - Ao secretário executivo compete;

Art. 15º - Aos membros do Comitê compete;

Título VI - No Caso de Comitês Estaduais - Comitês Regionais

Art 16º - Os Comitês Regionais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CRPOIF), são comitês interinstitucionais, cujo objetivo é obter informações sobre óbitos infantis e fetais ocorridos no nível regional.

Art. 17º - O CRPOIF será constituído com as mesmas características do CEPOIF.

Art. 18º - A atuação do CRPOIF se dará conforme o seguinte fluxo.

Título VII - Das Disposições Gerais

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

Art. 20º - Este Regimento entrará em vigor após sua publicação.

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE ÓBITO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Declaração de Óbito Nº _____

I	Carteira	1. Causa	Código	2. Registro	3. Data		
		4. Município	5. UF	6. Cemitério			
II	Identificação	7. Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Ave <input type="checkbox"/> Não Ave	8. Óbito (Sexo) Mas	9. Centro SUS	10. Nacionalidade		
		11. Nome do falecido					
		12. Nome do pai	13. Nome da mãe				
III	Residência	14. Data de Nascimento	15. Idade Anos completos Meses de 1 ano Dias Horas Minutos Ignorado	16. Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	17. Raça/cor <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena		
		18. Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/Divorçado <input type="checkbox"/> Ignorado	19. Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. 12 e mais 6. Ignorado	20. Ocupação habitual e ramo de atividade (Se aposentado, indicar a ocupação habitual anterior)	Código		
		21. Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	Complemento	22. CEP	
		23. Bairro/Distrito	Código	24. Município de residência	Código	25. UF	
IV	Ocorrência	26. Local de ocorrência do óbito 1. Hospital 2. Outros estabelecimento 3. Domicílio 4. Via pública 5. Outros 6. Ignorado	27. Estabelecimento	Código			
		28. Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida etc.)	Número	Complemento	29. CEP		
		30. Bairro/Distrito	Código	31. Município de ocorrência	Código	32. UF	
V	Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
		33. Idade Anos	34. Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 5. 12 e mais 6. Ignorado	35. Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	Código		
		36. Número de filhos vivos (Inclua aqueles falecidos e nascidos mortos)	Nascidos vivos	Nascidos mortos			
		37. Duração da gestação (Em semanas) 1. Menos de 22 2. De 22 a 27 3. De 28 a 31 4. De 32 a 35 5. De 36 a 41 6. 42 e mais 7. Ignorado	38. Tipo da Gravidez 1. Única 2. Dupla 3. Tripla e mais 4. Ignorada	39. Tipo de parto 1. Vaginal 2. Cesáreo 3. Ignorado	40. Morto em relação ao parto 1. Antes 2. Durante 3. Depois 4. Ignorado	41. Peso ao nascer Quilos	42. Num. da Decl. de Nascidos Vivos
VI	Condições e causas do óbito	ÓBITOS EM MULHERES			43. A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado	44. A morte ocorreu durante o puerpério? 1. Sim, até 42 dias 2. Sim, de 43 dias a 1 ano 3. Não 4. Ignorado	45. Recibeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado
		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:			46. Exame complementar? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado	47. Cirurgia? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado	48. Necropsia? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado
		CAUSAS DA MORTE			PARTES I e II		
		PARTES I e II			CID		
		CAUSAS ANTECEDENTES			CID		
VII	Médico	49. Nome do médico	50. CRM	51. O médico que assina atendeu ao falecido? 1. Sim 2. Substituto 3. Não 4. SVD 5. Outros			
		52. Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	53. Data do atestado	54. Assinatura			
VIII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
		55. Tipo 1. Acidente 2. Suicídio 3. Homicídio 4. Outros 5. Ignorado	56. Acidente de trabalho 1. Sim 2. Não 3. Ignorado	57. Fonte da informação 1. Boletim de Ocorrência 2. Hospital 3. Família 4. Outros 5. Ignorado			
IX	Locust. e Médico	58. Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência					
		59. SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO					
		60. Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	Código				
		61. Declarante	62. Testemunhas A B				

ANEXO III - MODELO DE CREDENCIAL PARA MEMBRO DO COMITÊ

Ofício nº

Prezado(a) Senhor(a),

Temos a honra de confirmar a participação de Vossa Senhoria no Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, instalado neste Estado/ Região/Município.

Para facilitar o desempenho das vossas atribuições enviamos, anexo, sua Credencial .

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

Atenciosamente,

Presidente do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal
ou
Secretário de Saúde

<p>Logomarca</p> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal</p> <p>Nome:</p> <p>RG:</p> <p>Membro</p>
--

ANEXO IV - MODELO DE CARTA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ofício nº

Senhor Diretor/ Gerente de Unidade de Saúde

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

Para tanto é necessário que os membros desse Comitê tenham acesso aos profissionais que atenderam os pacientes e/ou os respectivos prontuários. Portanto, solicitamos que Vossa Senhoria nos apóie neste trabalho, facilitando todos os procedimentos necessários, participando dessa forma do processo que visa melhorar a atenção à saúde da criança no nosso município/ regional / Estado. Qualquer outra colaboração de Vossa Senhoria será bem recebida por este Comitê/ Secretaria.

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

Atenciosamente,

Secretário de Saúde/ Presidente do Comitê

ANEXO V - MODELOS DE FICHAS E ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS DE INVESTIGAÇÃO

São apresentados dois tipos de formulários de investigação, dadas as especificidades que envolvem os óbitos que ocorrem no período pós-neonatal e o óbito fetal e neonatal e, ainda, um formulário de laudo de necropsia.

- 1- Ficha de investigação do óbito fetal e neonatal
- 2- Ficha de investigação do óbito pós-neonatal
- 3- Ficha de coleta de dados de laudo de necropsia

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Utilizar o máximo de informações e registros disponíveis para o levantamento das circunstâncias que envolveram o óbito: Cartão da Gestante, Cartão da Criança, relatório de alta da maternidade, relatório de alta das internações hospitalares, fichas de encaminhamento, fichas de atendimentos, prontuários médicos e laudos de necropsia.
- A fala do entrevistado deve ser registrada da maneira mais fiel possível principalmente nas perguntas abertas.
- No levantamento de dados dos serviços de saúde devem ser transcritas as informações contidas nos prontuários e não a opinião do profissional que preenche a ficha de investigação; há espaço destinado às observações do profissional que investiga o óbito, ao final de cada parte do formulário. Assinalar a opção desejada nos espaços reservados (). A coluna à direita se destina à codificação para digitação.
- Algumas questões permitem mais de uma resposta, como por exemplo: a percepção sobre o início do trabalho de parto, as patologias da mãe, patologias do RN, procedimento realizados com a criança durante a internação, e todas devem ser registradas. Verificar na coluna à direita (para codificação), que há possibilidade de registros de mais de uma opção.
- É possível desmembrar os formulários de modo que sejam realizadas as entrevistas domiciliares e o levantamento de dados nos serviços de saúde simultaneamente, para agilizar a investigação, desde que seja feita a identificação cuidadosa de cada parte dos formulários.

1- FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO FETAL E NEONATAL

Deve ser utilizado para o óbito fetal e o óbito ocorrido no período neonatal, segundo critérios estabelecidos pelo Comitê. Contempla desde o pré-natal até a assistência da criança que recebeu alta da maternidade. Portanto, se a criança em estudo nasceu morta (óbito fetal) ou não teve alta da maternidade, não há necessidade de utilização da ficha completa e sim até a parte que contempla cada caso.

A ficha é composta pelas seguintes partes:

I- Identificação da criança.

II- Dados da notificação e da investigação do óbito.

III- Entrevista domiciliar: características /condições da mãe e família.

IV- Entrevista domiciliar: dados sobre a gestação, nascimento e acompanhamento da criança com perguntas sobre a assistência pré-natal, assistência ao parto, ao RN internado na maternidade, assistência ao RN após a alta da maternidade

(acompanhamento pelos serviços de saúde).

Atenção:

- Se óbito fetal a entrevista termina na questão IV-20 e deve ser retomada na questão V-6 para conclusão.
- Se a criança nasce viva e morre na maternidade (não tem alta da maternidade/hospital) a entrevista termina na questão IV - 29 e deve ser retomada na questão V-6 para conclusão.

V - Dados sobre a doença que causou a morte, para crianças que tiveram alta da maternidade/hospital de nascimento: dados sobre assistência ao RN na doença que causou a morte, na atenção básica/ ambulatorial/ urgências e na atenção hospitalar.

VI - Dados dos serviços de saúde: levantamento de prontuários / fichas de atendimento / Cartão da Gestante

VI.1- Assistência pré-natal.

VI.2- Assistência ao parto.

VI.2.1-Dados da assistência ao recém-nascido (nascido vivo) na maternidade.

Atenção:

- Se óbito fetal (questão 3); passar para questão 29.
- Se a criança não ficou internada, ou seja, teve alta da maternidade, responder a questão 13 e passar para questão 29.
 - VI.3- Dados sobre a criança e a assistência recebida na atenção básica e serviços de urgência, a partir de levantamento dos registros de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da Criança.
 - VI.4- Dados da assistência no hospital, durante a doença que causou a morte.

VII- Conclusões: resumo do caso e identificação de problemas nos diversos momentos da assistência (pré-natal, parto, atenção básica e ambulatorial, urgências, hospital, organização do sistema de saúde e do serviço de saúde) e dificuldades sócio-familiares. Avaliação de evitabilidade do óbito.

VIII- Recomendações: medidas de prevenção apontadas na atuação dos serviços de saúde e correção da Declaração de Óbito.

2- FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO PÓS-NEONATAL

I- Identificação da criança.

II- Dados da notificação e da investigação do óbito.

III- Entrevista domiciliar: características /condições da mãe e família.

IV-Entrevista domiciliar: dados sobre a gestação, nascimento e acompanhamento da criança com perguntas sobre a assistência pré-natal, assistência ao parto, ao RN internado na maternidade, assistência à criança após a alta da maternidade (acompanhamento pelos serviços de saúde).

V- Dados sobre a doença que causou a morte: dados sobre assistência ao RN na doença que causou a morte, na atenção básica/ ambulatorial/ urgências e na atenção hospitalar.

VI- Dados dos serviços de saúde: levantamento de prontuários / fichas de atendimento / Cartão da Criança.

VI.1- Assistência à criança na atenção básica de saúde e urgências, antes e durante a doença que causou a morte.

VI.2- Assistência hospitalar durante a doença que causou a morte.

VII- Conclusões: resumo do caso e identificação de problemas nos diversos momentos da assistência (pré-natal, parto, atenção básica e ambulatorial, urgências, hospital, organização do sistema de saúde e do serviço de saúde) e dificuldades sócio-

familiares. Avaliação de evitabilidade do óbito.

VIII- Recomendações: medidas de prevenção apontadas na atuação dos serviços de saúde e correção da Declaração de Óbito.

3- FICHA DE COLETA DE DADOS DE LAUDO DE NECROPSIA :

Transcrição da causa morte, do laudo e exames macro e microscópicos.

Ministério da Saúde
Ficha de Investigação de Óbito Fetal e Neonatal

I - Identificação da Criança

1. Nome da Criança:														
2. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino (1) <input type="checkbox"/> Feminino (2)	3. Peso ao nascer: gramas	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
4. Data de Nascimento: ____/____/____ (dia/mês/ano)	5. Data óbito: ____/____/____ (dia/mês/ano)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
6. Tipo do óbito: <input type="checkbox"/> Fetal (1) <input type="checkbox"/> Neonatal (2)		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
7. Local do óbito: <input type="checkbox"/> Domicílio (1) <input type="checkbox"/> Hospital/internação (2) <input type="checkbox"/> Unidade urgência/emergência/UBS (3) <input type="checkbox"/> Em trânsito para o serviço de saúde (4) <input type="checkbox"/> Outro (5), especificar: _____		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
8. Nome da Mãe:														
9. Endereço: (Rua/Av.)	10. Nº:													
11. Complemento/referência:	12. Bairro:													
13. Cartão SUS:	14. Equipe PACS/PSF:													
15. Unidade Básica de Saúde (UBS):	16. Distrito Sanitário/ Administrativo:													

II - Dados da notificação e da investigação do óbito

1. Fonte de notificação do óbito: <input type="checkbox"/> DO (1) <input type="checkbox"/> PACS/PSF (2) <input type="checkbox"/> Cartório (3) <input type="checkbox"/> SVO/IML (4) <input type="checkbox"/> Notificação Hospital (5) <input type="checkbox"/> AIH (6) <input type="checkbox"/> Funerária (7) <input type="checkbox"/> Cemitério (8) <input type="checkbox"/> Parteira (9) <input type="checkbox"/> Outro (10), especificar: _____		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
2. Número do caso:	3. Número da DO:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
4. Número da DNV:	5. Data da notificação: ____/____/____ (dia/mês/ano)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
6. Data do início da investigação: ____/____/____ (dia/mês/ano)	7. Data do término da investigação: ____/____/____ (dia/mês/ano)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td><td style="border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
8. Locais onde se realizou a investigação: <input type="checkbox"/> Domicílio (1) <input type="checkbox"/> UBS (2) <input type="checkbox"/> IML/SVO (3) <input type="checkbox"/> Outros ambulatórios/hospital (4) _____		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												
9. Responsáveis pela investigação (nome /categoria profissional): Nome: _____ Profissão: _____														
Nome: _____ Profissão: _____														
Nome: _____ Profissão: _____														

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

DNV - Declaração de Nascido Vivo

DO - Declaração de Óbito

IML - Instituto Médico Legal

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SVO - Serviço de Verificação de Óbito

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTI - Unidade de tratamento intensivo

IGN = Ignorado (99)

NA = não se aplica (88)

SR = sem registro (77)

Anexar cópia DO / DN / Cartão de pré-natal / Cartão Criança

Entrevista Domiciliar

III – Características da mãe e família

1. Informante: <input type="checkbox"/> Mãe (1) <input type="checkbox"/> Pai (2) <input type="checkbox"/> Outro (3) especificar: _____		_ _
2. Idade da mãe: _____ anos <input type="checkbox"/> IGN (99)	3. Escolaridade materna (último ano de aprovação): _____ Série _____ grau <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _ _ _
4. Tipo de Moradia: <input type="checkbox"/> Precária / uso de material improvisado (1) <input type="checkbox"/> Adequada (2)		_ _
5. Presença de ponto de água tratada e encanada dentro de casa: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)		_ _
6. Número de moradores no domicílio: _____ pessoas <input type="checkbox"/> IGN (99)	7. A mãe vive com o companheiro? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _
8. A mãe fumou regularmente (todos os dias) durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim(1) <input type="checkbox"/> Não(2) <input type="checkbox"/> IGN(99)	9. Número de filhos vivos: _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _
10. a) Número de filhos nascidos mortos: _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	b) Abortos (< 22 semanas de gestação): _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _
11. Óbito infantil (de menor de um ano) na família anteriormente: <input type="checkbox"/> Sim (1) quantos _____ <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)		_ _

IV - Dados sobre a gestação, nascimento e acompanhamento da criança (verificar também o Cartão de Pré-natal, relatório de alta da maternidade e Cartão da Criança, receitas, etc)

1. a) Você (mãe) fez pré-natal: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
b) Se não fez pré-natal, por quê?	
2. Iniciou pré-natal com quantos meses de gestação: _____ meses <input type="checkbox"/> NA (88) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
3. Número de consultas de pré-natal realizadas: _____ <input type="checkbox"/> NA (88) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
4. Cartão de pré-natal (completo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização completa para tétano) <input type="checkbox"/> Completo (1) <input type="checkbox"/> Incompleto (2) <input type="checkbox"/> Cartão não avaliado (3) <input type="checkbox"/> NA (88)	
5. Local(is) onde fez pré-natal (UBS/Hospital/outros), nome: <input type="checkbox"/> SUS (1) <input type="checkbox"/> Convênio (2) <input type="checkbox"/> Particular (3) _____ <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal (4)	
6. Doenças/ problemas (considerar problemas antes da gravidez e problemas durante esta gravidez, como acesso ao pré-natal, ao pré-natal de alto risco, acesso a exames, acesso ao resultado dos exames, acesso a medicamentos, outros):	
7. Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> NA (88) <input type="checkbox"/> IGN (99)	
8. a) Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal? <input type="checkbox"/> Muito bom (1) <input type="checkbox"/> Bom (2) <input type="checkbox"/> Mais ou menos (3) <input type="checkbox"/> Ruim (4) <input type="checkbox"/> Não sabe (9) <input type="checkbox"/> NA (88)	
b) Por quê? _____ _____	
9. Como percebeu o início do trabalho de parto/por que motivo procurou maternidade? <input type="checkbox"/> Bolsa estourou (1) <input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer (4) <input type="checkbox"/> Teve contrações (2) <input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê (5) <input type="checkbox"/> Teve sangramento (3) <input type="checkbox"/> Outro motivo, especificar (6) _____	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
_ _ _ _	
10. Tempo entre o início do trabalho de parto e a procura pela maternidade: _____ horas <input type="checkbox"/> IGN (99)	
11. Perdeu água? <input type="checkbox"/> Só na hora do parto (1) <input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto (2) <input type="checkbox"/> 12-24 h antes do parto (3) <input type="checkbox"/> + de 24h antes do parto (4)	
_ _	

12. a) Se perdeu água antes do parto, como estava o líquido? <input type="checkbox"/> Claro (1) <input type="checkbox"/> Escuro (2) <input type="checkbox"/> Com sangue (3) <input type="checkbox"/> NA (88) __ __ b) Tinha mal cheiro? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) __	
13. O parto ocorreu: <input type="checkbox"/> No domicílio (1) <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde (2) __ __ <input type="checkbox"/> No hospital, qual: (3) _____ <input type="checkbox"/> Outros (4) especificar: _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	
14. Se o parto não ocorreu em hospital, por quê? _____ _____	
15. a) O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital (3) __ b) Se não, por quê? _____ <input type="checkbox"/> NA (88)	
16. a) O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para atendimento? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> Não ocorreu em maternidade/hospital (3) __ b) Se não, por quê? _____	
17. Liste os serviços procurados para atendimento durante a gravidez, antes do parto e na hora do parto, e o motivo: _____	
18. Como foi transportada na hora do parto? <input type="checkbox"/> Táxi (1) <input type="checkbox"/> Carro da polícia (5) __ <input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU (2) <input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/não foi transportada (6) <input type="checkbox"/> Ônibus (3) <input type="checkbox"/> Outro (7), especificar: <input type="checkbox"/> Carro próprio/amigo/vizinho/parente (4) _____	
19. a) Como você (mãe) avalia o seu atendimento no hospital? <input type="checkbox"/> Muito bom (1) <input type="checkbox"/> Bom (2) <input type="checkbox"/> Mais ou menos (3) __ <input type="checkbox"/> Ruim (4) <input type="checkbox"/> Não sabe (5) <input type="checkbox"/> NA (88) b) Por quê? _____	
20. a) O bebê nasceu: <input type="checkbox"/> Vivo (1) <input type="checkbox"/> Morto (2) __ b) Se nasceu morto, a morte do bebê aconteceu: <input type="checkbox"/> Antes do trabalho de parto (1) <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) __ __	
Atenção: se a criança nasceu morta passar para a parte V, item 6	
21. O bebê chorou ao nascer? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) __ __	
22. a) O bebê teve algum problema no nascimento? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) __ b) Se sim, qual? _____	
23. a) Ficou internado? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) __ b) Se sim, por quanto tempo? _____ dias <input type="checkbox"/> IGN (99) __ __	
24. a) Foi indicado UTI? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) __ __ b) Se sim, motivo: _____	
c) Se sim, houve dificuldade em conseguir vaga? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> Não foi indicada UTI (3) <input type="checkbox"/> IGN (99) __	
25. Quanto tempo levou entre a indicação de UTI até ser internada na UTI? _____ horas <input type="checkbox"/> IGN (99) __ __	
26. a) Se transferido para outro hospital, registrar motivo: _____ _____ b) Nome do hospital: _____	
27. Como foi transportado para outro hospital? <input type="checkbox"/> Carro particular (1) <input type="checkbox"/> Táxi (2) <input type="checkbox"/> Ambulância (3) <input type="checkbox"/> SAMU (4) __ <input type="checkbox"/> Outros, especificar: (5) _____	
28. Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital? <input type="checkbox"/> Muito bom (1) <input type="checkbox"/> Bom (2) <input type="checkbox"/> Mais ou menos (3) <input type="checkbox"/> Ruim (4) <input type="checkbox"/> Não sabe (9) __	

29. Se nasceu em hospital, quando teve alta ? ____/____/____ (dia/mês/ano) <input type="checkbox"/> Não teve alta (1) <input type="checkbox"/> Não nasceu em hospital (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Atenção: se óbito antes da alta da maternidade, passar para a parte V, item 6	
30. a) O bebê mamou no peito? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Durante quanto tempo? _____ dias ou _____ meses	____ ____ ____ ____
31. Idade da criança quando iniciou uso de mamadeira de leite: _____ dias ou _____ meses	____ ____ ____ ____
32. a) Antes de adoecer a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Se sim, qual serviço? <input type="checkbox"/> UBS (1) <input type="checkbox"/> PACS/PSF (2) <input type="checkbox"/> Consultório convênio (3) <input type="checkbox"/> Consultório particular (4) Nome(s): _____ c) Quando foi o último atendimento/visita? mês/ano: _____ / _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
33. a) Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta, outros): <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Se sim, por quê? _____	____ ____ ____ ____
34. Dados do Cartão da Criança: a) Vacinação completa para a idade da criança: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Último peso registrado: _____ gramas Idade: _____ dias ou _____ meses	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
35. Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	____ ____
36. Se sim, quantas vezes: _____ 1ª vez: motivo _____ Data: / / Hospital: _____ 2ª vez: motivo _____ Data: / / Hospital: _____ 3ª vez: motivo _____ Data: / / Hospital: _____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

V - Dados sobre a doença que causou a morte da criança (óbito ocorrido após alta da maternidade)

1. Como você / a família percebeu que a criança estava doente?								
2. Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde? (em horas ou dias) _____ horas _____ dias							____ ____	____ ____
3. a) Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Se sim, o que foi feito? _____							____ ____	____ ____
4. Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte? Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o "Cartão da Criança", em ordem cronológica dos acontecimentos:								
Quadro sobre o atendimento da criança na doença que levou à morte								
Data	Serviço de Saúde	Tipo (1)	Localização do Serviço (Bairro/Município)	Atendido por (2)	Intervalo (entre atendimentos, em horas ou dias)	Diagnóstico	Resultado (3)	Problemas encontrados (4)
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								

(1) Tipo de serviço procurado: 1. PACS/ ESF 2. Unidade Básica de Saúde (UBS) 3. Urgência / Emergência 4. Maternidade (SUS) 5. Hospital (SUS) 6. Médico particular/convênio / Hospital particular/convênio 7. Outro (especificar): _____ 99. IGN	(3) Resultado do atendimento prestado: 1. Atendido sem permanência hospitalar 2. Internado 3. Não atendido 4. Outro (especificar) _____ 99. IGN
(2) Atendido por: 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Auxiliar / atendente de enfermagem 4. Agente Comunitário de Saúde (ACS) 5. Não foi atendido 6. Outro (especificar): _____ 99. IGN	(4) Problemas encontrados 1. Dificuldade de acesso aos serviços 2. Dificuldades de acesso a exames 3. Dificuldade de acesso a medicamentos Especificar: _____ 4. Qualidade do atendimento não satisfatório 5. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde 6. Dificuldade para acompanhar a criança no serviço 7. Outro (especificar) _____ 99. IGN
a) Observações sobre esta questão:	
5. Qual a sua opinião (mãe/entrevistado) sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu? Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc. 5.1.UBS/Consultório/ Serviço de urgência: <input type="checkbox"/> Ótimo (1) <input type="checkbox"/> Bom (2) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (4) <input type="checkbox"/> Não sabe (5) <input type="checkbox"/> NA (88)	_
5.2.Hospital (na doença que causou a morte) <input type="checkbox"/> Ótimo (1) <input type="checkbox"/> Bom (2) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (4) <input type="checkbox"/> Não sabe (5) <input type="checkbox"/> NA (88)	_
6. Na sua opinião, o que levou a criança ao óbito? (anotar o relato da mãe/entrevistado)	
7. Observações do entrevistador sobre a entrevista/família:	
8. Data da entrevista: ____/____/_____	
9. Assinatura do profissional responsável pelo preenchimento:	

VI – Dados dos serviços de saúde: levantamento de prontuários

VI.1 – Assistência pré-natal: registros da assistência em prontuário, ficha de atendimento e Cartão da Gestante	
1. Nome do serviço: _____ <input type="checkbox"/> UBS (1) <input type="checkbox"/> Consultório convênio (2) <input type="checkbox"/> Consultório particular (3) <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal (4)	_
2. Idade gestacional na primeira consulta: _____ semanas _____ meses	_ _ _ _
3. Número de consultas pré-natal: _____	_
4. Patologias/fatores de risco durante a gravidez: <input type="checkbox"/> Anemia (1) <input type="checkbox"/> HIV/AIDS (11) <input type="checkbox"/> Cardiopatias (2) <input type="checkbox"/> Infecção urinária (12) <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino retardado (CIUR) (3) <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh (13) <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional (4) <input type="checkbox"/> Rubéola (14) <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST) (5) <input type="checkbox"/> Sífilis (15) <input type="checkbox"/> Gestação múltipla (6) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose (16) <input type="checkbox"/> Gestação prolongada (7) <input type="checkbox"/> Outras, especificar: (17) _____ <input type="checkbox"/> Hemorragias (8) <input type="checkbox"/> Hepatite (9) <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências (88) _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) (10)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Quadro da Assistência Pré-Natal							
Data	Idade gestacional (IG)	Peso	Pressão Arterial (PA)	Batimento Córdio Fetal (BCF)	Útero Fita (UF)	Exames complementares	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
5. Esquema completo de vacinação contra o tétano: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)							
6. Observações: _____ _____ _____							
7. Data: ____/____/____							
8. Assinatura do profissional responsável pelo preenchimento:							

VI.2 – Dados sobre a assistência ao parto (parto hospitalar): registros do prontuário do hospital/maternidade

1. Nome da maternidade: <input type="checkbox"/> SUS (1) <input type="checkbox"/> Consultório convênio (2) <input type="checkbox"/> Consultório particular (3)		
2. Data da internação: ____/____/____ <input type="checkbox"/> SR (77)		
3. Hora da internação: _____ : _____ <input type="checkbox"/> SR (77)		
4. Idade gestacional cronológica: ____ semanas ou ____ meses <input type="checkbox"/> IGN (99) <input type="checkbox"/> SR (77)		
5. Gestações anteriores (número): a) Abortos (<22 semanas) _____ b) Partos anteriores _____ c) Filhos nascidos vivos _____ d) Filhos nascidos mortos _____ e) Data do último parto ____/____/____ <input type="checkbox"/> SR (77)		
6. Gestação atual – Complicações/intercorrências da gestação: <input type="checkbox"/> Anemia (1) <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) (11) <input type="checkbox"/> Cardiopatias (2) <input type="checkbox"/> Infecção urinária (12) <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino retardado (CIUR)(3) <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh (13) <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional (4) <input type="checkbox"/> Rubéola (14) <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST) (5) <input type="checkbox"/> Sífilis (15) <input type="checkbox"/> Gestação múltipla (6) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose (16) <input type="checkbox"/> Gestação prolongada (7) <input type="checkbox"/> Outras, especificar: (17) _____ <input type="checkbox"/> Hemorragias (8) <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências (88) <input type="checkbox"/> Hepatite (9) _____ <input type="checkbox"/> HIV/AIDS (10) _____		
7. Motivo da internação: <input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo) (1) <input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros) (5) <input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro (2) <input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto (6) <input type="checkbox"/> Período expulsivo (encaminhada direto para a sala de parto) (3) <input type="checkbox"/> Cesárea (4) <input type="checkbox"/> Outro (7), especificar: _____		
8. Registros à admissão da gestante na maternidade: a) Pressão arterial: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) b) Dinâmica uterina: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) c) Dilatação do colo: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) d) Batimentos córdio-fetais: <input type="checkbox"/> Positivo (1) <input type="checkbox"/> Negativo (2) <input type="checkbox"/> SR (77) e) Apresentação: <input type="checkbox"/> Cefálica (1) <input type="checkbox"/> Pélvica (2) <input type="checkbox"/> Anômala (3) <input type="checkbox"/> SR (77) f) Membrana amniótica: <input type="checkbox"/> Íntegra (1) <input type="checkbox"/> Rota (2) <input type="checkbox"/> SR (77)		

VI.2.1 - Dados do recém-nascido: registros do prontuário do hospital/maternidade			
1. Peso ao nascer: _____ gramas	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _	
2. Condição de nascimento:		_ _	
<input type="checkbox"/> Nascido vivo (1)			
<input type="checkbox"/> Nascido morto, feto macerado (3)			
<input type="checkbox"/> Nascido morto, óbito antes do trabalho parto, feto não macerado (2)			
<input type="checkbox"/> Nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento (4)	<input type="checkbox"/> SR (77)		
3. Se nascido morto, listar:			
a) Principais problemas do feto/recém-nascido: _____			
b) Principais problemas maternos afetando o feto/recém-nascido: _____			
Atenção! Se a criança nasceu morta, passar para questão 29			
Prosseguir se nascido vivo ou reanimado			
4. Quem assistiu a criança na sala de parto?		_ _	
<input type="checkbox"/> Pediatra (1)	<input type="checkbox"/> Enfermeira (2)	<input type="checkbox"/> Obstetra (3)	<input type="checkbox"/> Residente (4)
<input type="checkbox"/> Estudante (5)	<input type="checkbox"/> Outros (7) especificar: _____		<input type="checkbox"/> SR (77)
5. Procedimentos usados na assistência imediata ao RN			
<input type="checkbox"/> Medicamento venoso (1)	<input type="checkbox"/> Oxigênio com máscara e ambú (5)	_	
<input type="checkbox"/> Aspiração das vias aéreas (2)	<input type="checkbox"/> Entubação (6)	_	
<input type="checkbox"/> Passagem de sonda nasogástrica (3)	<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical (7)	_	
<input type="checkbox"/> Oxigênio - máscara (4)		_	
6. APGAR: a) 1º minuto: _____ <input type="checkbox"/> SR (77)	b) 5º minuto: _____ <input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _	
7. Idade gestacional estimada pelo pediatra: _____ semanas	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _	
8. Classificação do RN:		_	
<input type="checkbox"/> Adequado para idade gestacional (AIG) (1)	<input type="checkbox"/> Pequeno para Idade Gestacional (PIG) (2)		
<input type="checkbox"/> Grande para Idade Gestacional (GIG) (3)	<input type="checkbox"/> SR (77)		
9. Se a mãe teve o VDRL positivo, o bebê foi tratado?		_ _	
<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)	<input type="checkbox"/> NA (88)	<input type="checkbox"/> SR (77)
10. a) Se mãe Rh negativo e bebê Rh positivo, a mãe tomou imunoglobina?		_ _	
<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)	<input type="checkbox"/> NA (88)	<input type="checkbox"/> SR (77)
b) Se não, por quê? _____			
11. O bebê apresentou algum problema?			
<input type="checkbox"/> Asfixia/Sofrimento fetal agudo (1)	<input type="checkbox"/> RN suspeita infecção (11)	_ _	
<input type="checkbox"/> Baixo peso (<2500 g) (2)	<input type="checkbox"/> Sífilis (12)	_ _	
<input type="checkbox"/> Distúrbio metabólico (3)	<input type="checkbox"/> Síndrome de aspiração meconial (13)	_ _	
<input type="checkbox"/> Doença da membrana hialina (4)	<input type="checkbox"/> Taquipnéia transitória do RN (14)	_ _	
<input type="checkbox"/> Doença hemolítica (5)	<input type="checkbox"/> Tocotraumatismo (15)	_ _	
<input type="checkbox"/> Icterícia (6)	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose (16)	_ _	
<input type="checkbox"/> Infecção confirmada (7)	<input type="checkbox"/> Não teve problemas (17)	_ _	
<input type="checkbox"/> Mal formação congênita (8)	<input type="checkbox"/> Outras (18), especificar: _____	_ _	
<input type="checkbox"/> Prematuridade (9)		_ _	
<input type="checkbox"/> RN de mãe diabética (10)	<input type="checkbox"/> SR (99)	_ _	
12. a) O bebê ficou internado?		_ _	
<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2) NA (88)	<input type="checkbox"/> SR (77)	
b) Se sim, por quê? _____			
13. Se não, data da alta: ____/____/____ (dia/mês/ano)	<input type="checkbox"/> NA (88)	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _ _ _
Atenção: Se a criança teve alta passar para questão 29			

14. Registro de evolução diária por médico	<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)	__ _
15. O recém-nascido permaneceu em:			__ _
<input type="checkbox"/> Alojamento conjunto (1)	<input type="checkbox"/> Berçário comum (2)	<input type="checkbox"/> UTI / CTI (3)	
<input type="checkbox"/> Berçário cuidados intermediários (BCI) (4)	<input type="checkbox"/> Transferido (5)	<input type="checkbox"/> SR (77)	
16. a) Foi indicado UTI?	b) Se sim, motivo: _____		__ _
<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)	<input type="checkbox"/> IGN (99)	__ _
		_____ <input type="checkbox"/> SR (77)	
17. Se sim, houve dificuldade em conseguir vaga?			__ _
<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)	<input type="checkbox"/> Não foi indicada UTI (3)	<input type="checkbox"/> SR (77)
18. Após indicação, quanto tempo levou para ser internada na UTI?			__ _
_____ (horas)			<input type="checkbox"/> SR (77)
19. Diagnóstico do RN (listar todos os problemas do RN/ou maternos afetando o RN):			__ _
			<input type="checkbox"/> SR (77)
20. Procedimentos realizados:			
<input type="checkbox"/> Incubadora (1)	<input type="checkbox"/> Surfactante (11)		__ _
<input type="checkbox"/> Berço aquecido (2)	<input type="checkbox"/> Hemotransusão (12)		__ _
<input type="checkbox"/> Canguru (3)	<input type="checkbox"/> Exsanguineotransusão (13)		__ _
<input type="checkbox"/> Fototerapia (4)	<input type="checkbox"/> Entubação (14)		__ _
<input type="checkbox"/> Medicação venosa (5)	<input type="checkbox"/> O2 inalatório (15)		__ _
<input type="checkbox"/> Punção venosa central (6)	<input type="checkbox"/> O2 em capacete (16)		__ _
<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical (7)	<input type="checkbox"/> CPAP (17)		__ _
<input type="checkbox"/> Nutrição parenteral (8)	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (18)		__ _
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa (9)	<input type="checkbox"/> Outros (19), especificar: _____		__ _
<input type="checkbox"/> Antibioticoterapia (10)	<input type="checkbox"/> SR (77)		__ _
21. Propedêutica realizada:			
<input type="checkbox"/> Raio X de tórax (1)	<input type="checkbox"/> Cultura de urina (6)		__ _
<input type="checkbox"/> Hemograma/hematócrito (2)	<input type="checkbox"/> Exame do líquido (7)		__ _
<input type="checkbox"/> Íons (3)	<input type="checkbox"/> Outras (8), especificar: _____		__ _
<input type="checkbox"/> Gases arteriais (4)			__ _
<input type="checkbox"/> Cultura de sangue (5)	<input type="checkbox"/> SR (77)		__ _
22. O recém-nascido foi transferido para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)	<input type="checkbox"/> SR (77)
a) Se sim, qual: _____	Data: ____/____/____		__ _
			__ _
23. a) Teve alta?	<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)	<input type="checkbox"/> SR (77)
b) Se sim, data: ____/____/____ (dia/mês/ano)			<input type="checkbox"/> SR (77)
			__ _
24. a) Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?			__ _
<input type="checkbox"/> Sim (1)	<input type="checkbox"/> Não (2)		
b) Se sim, especificar: _____	<input type="checkbox"/> SR (77)		__ _
25. Setor de ocorrência do óbito:			__ _
<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico (1)	<input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto (5)		__ _
<input type="checkbox"/> Berçário comum (2)	<input type="checkbox"/> Berçário cuidado intermediário (6)		__ _
<input type="checkbox"/> UTI / CTI (3)	<input type="checkbox"/> Enfermaria Pediátrica (7)		
<input type="checkbox"/> Outro (4)	<input type="checkbox"/> SR (77)		
26. Data do óbito: ____/____/____ (dia/mês/ano)			__ _
27. Hora do óbito, se este ocorreu nas primeiras 24h após o parto: ____:____ (horas)	<input type="checkbox"/> SR (77)		__ _
28. Causas do óbito:			

29. Observações gerais:

30. Data: ____/____/____

31. Assinatura do profissional responsável pelo preenchimento:

VI.3 - Dados dos serviços de saúde UBS/consultório/serviço e urgência: levantamento dos registros da assistência da criança em prontuário ou fichas de atendimento/Cartão da Criança

1. Nome do serviço: _____

UBS/SUS (1) Consultório convênio (2) Consultório particular (3)

Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito

Data	Local do atendimento	Idade	Peso da criança	Profissional (Enfermeiro, médico, auxiliar enfermagem, outros)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta

2. a) Existe informação no prontuário sobre aleitamento materno (AM)?

Sim (1) Não (2) NA (88)

Se sim,

b) AM exclusivo (apenas leite materno): Sim (1) Não (2)

c) Duração do AM exclusivo: _____ dias ou _____ meses

d) Duração do AM total: _____ dias ou _____ meses

3. a) Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência? Sim (1) Não (2) SR (77)

b) Se sim, especificar motivo: _____

4. a) Vacinação está completa para a idade? Sim (1) Não (2) SR (77)

b) Se não, especificar as vacinas em atraso: _____

5. a) A criança estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (desnutrição, asma, outros?)

Sim (1) Não (2) SR (77)

b) Se sim, especificar qual: _____

6. Observações gerais:

7. Data: ____/____/____

8. Assinatura do profissional responsável pelo preenchimento:

VI.4 - Dados do hospital: levantamento dos registros de prontuário/ficha de atendimento da criança no hospital durante a doença que causou a morte

1. a) Data da internação: ____/____/____	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _ _ _ _ _		
b) Hora da internação: ____:____	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _ _		
2. Peso da criança na internação: _____ gramas	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _ _		
3. a) A criança foi transferida de outro serviço de saúde/hospital? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2)	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _		
b) Se sim, nome do serviço: _____ município: _____		_ _		
c) Se sim, por quanto tempo ficou internada no outro serviço? ____ dias ou ____ meses		_ _ _		
4. Estado geral no momento da hospitalização: <input type="checkbox"/> Grave (2) <input type="checkbox"/> Moderado/regular (3) <input type="checkbox"/> Bom (4)	<input type="checkbox"/> Em parada cardio-respiratória (1) <input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _		
5. Sinais vitais à admissão: a) Pulso: _____ Bpm	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _		
b) FR: _____ irpm	<input type="checkbox"/> SR (77)			
c) TA: _____ °C	<input type="checkbox"/> SR (77)			
d) FC: _____ bpm	<input type="checkbox"/> SR (77)			
6. Estado nutricional à admissão: <input type="checkbox"/> Desnutrida (1) <input type="checkbox"/> Eutrófica (2)	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _		
7. Estado de hidratação à admissão: <input type="checkbox"/> Desidratada (1) <input type="checkbox"/> Hidratada (2)	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _		
8. Diagnósticos à admissão:				
9. Evolução do quadro clínico				
Data	Exame clínico e evolução	Exames complementares	Diagnóstico	Conduta
10. a) Data do óbito: ____/____/____	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _ _ _ _ _		
b) Hora do óbito se ocorrido nas primeiras 24 horas após internação: ____:____	<input type="checkbox"/> SR (77)	_ _ _ _ _		
11. Observações gerais:				
12. Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2)			<input type="checkbox"/> SR (77)	
a) Se sim, especificar: _____			_ _ _	
			<input type="checkbox"/> IGN (99)	
13. Data da entrevista: ____/____/____				
14. Assinatura do profissional responsável pelo preenchimento:				

VIII – Recomendações do Comitê: medidas de prevenção

1. Pré-natal: a) Acesso:	
b) Assistência:	
2. Maternidade: a) Acesso:	
b) Assistência:	
3. UBS/consultório/serviço de urgência/ outros ambulatorios:	
a) Acesso:	
b) Assistência:	
4. Hospital: a) Acesso:	
b) Assistência:	
5. Correção da Declaração de Óbito:	
a) Causa Básica na DO original: Parte I: a)	a) Causa Básica do óbito após investigação: Parte I: a)
b)	b)
c)	c)
d)	d)
Parte II:	Parte II:
b) Demais blocos/observações:	b) Demais blocos/observações:
6. Data: ____/____/____	
7. Assinatura do(s) profissional(is) responsável (is) pelo preenchimento:	

Ministério da Saúde
Ficha de Investigação de Óbito Pós-Neonatal

I- Identificação da Criança

1. Nome da Criança:		
2. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino (1) <input type="checkbox"/> Feminino (2)		__ __
3. Peso ao nascer: _____ gramas		__ __ __ __
4. Data Nascimento: ____/____/____ (dia/mês/ano)		__ __ __ __ __ __
5. Data óbito: ____/____/____ (dia/mês/ano)		__ __ __ __ __ __
6. Local do óbito: <input type="checkbox"/> Domicílio (1) <input type="checkbox"/> Hospital/internação (2) <input type="checkbox"/> Unidade urgência/emergência/UBS (3) <input type="checkbox"/> Em trânsito para o serviço de saúde (4) <input type="checkbox"/> Outro (5), especificar: _____		__
7. Nome da Mãe:		
8. Endereço: (Rua/Av.)		9.Nº:
10. Complemento/referência:	11. Bairro:	
12. Cartão SUS:	13. Equipe PACS/PSF:	
14. Unidade Básica de Saúde (UBS):	15. Distrito Sanitário/ Administrativo:	

II- Dados da notificação e da investigação do óbito

1. Fonte de notificação do óbito: <input type="checkbox"/> DO (1) <input type="checkbox"/> PACS/PSF (2) <input type="checkbox"/> Cartório (3) <input type="checkbox"/> SVO/IML (4) <input type="checkbox"/> Notificação Hospital (5) <input type="checkbox"/> AIH (6) <input type="checkbox"/> Funerária (7) <input type="checkbox"/> Cemitério (8) <input type="checkbox"/> Parteira (9) <input type="checkbox"/> Outro (10), especificar: _____		__ __
2. Número do caso:		__ __ __ __ __ __
3. Número da DO:		__ __ __ __ __ __
4. Número da DNV:		__ __ __ __ __ __
5. Data da notificação: ____/____/____ (dia/mês/ano)		__ __ __ __ __ __
6. Data do início da investigação: ____/____/____ (dia/mês/ano)		__ __ __ __ __ __
7. Data do término da investigação: ____/____/____ (dia/mês/ano)		__ __ __ __ __ __
8. Locais onde se realizou a investigação: <input type="checkbox"/> Domicílio (1) <input type="checkbox"/> UBS (2) <input type="checkbox"/> IML/SVO (3) <input type="checkbox"/> Outros ambulatórios/hospital (4)		__
9. Responsáveis pela investigação (nome /categoria profissional):		
Nome:	Profissão:	
Nome:	Profissão:	
Nome:	Profissão:	

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
CPAP - Continuous Positive Airway Pressure
DNV - Declaração de Nascido Vivo
DO - Declaração de Óbito
IML - Instituto Médico Legal
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SVO - Serviço de Verificação de Óbito
UBS - Unidade Básica de Saúde
UTI - Unidade de tratamento intensivo

IGN = Ignorado (99)

NA = não se aplica (88)

SR = sem registro (77)

Anexar cópia DO / DN / Cartão de pré-natal / Cartão Criança

Entrevista Domiciliar

III - Características da mãe e família

1. Informante: <input type="checkbox"/> Mãe (1) <input type="checkbox"/> Pai (2) <input type="checkbox"/> Outro (3) especificar: _____	_ _
2. Idade da mãe: _____ anos <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
3. Escolaridade da mãe (último ano de aprovação): _____ série _____ grau <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _
4. Tipo de Moradia: <input type="checkbox"/> Precária /uso de material improvisado (1) <input type="checkbox"/> Adequada (2)	_ _
5. Presença de ponto de água tratada e encanada dentro de casa: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
6. Destino dos esgotos: <input type="checkbox"/> Rede geral de esgoto/fossa séptica (1) <input type="checkbox"/> Fossa rudimentar (2) <input type="checkbox"/> Córrego próximo/rua/quintal (3) <input type="checkbox"/> Outro (especificar): (4) _____	_ _
7. Número de moradores no domicílio: <input type="checkbox"/> Pessoas <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
8. Na casa utiliza para cozinhar: <input type="checkbox"/> Gás (1) <input type="checkbox"/> Lenha (dentro de casa) (2) <input type="checkbox"/> Outro (3), especificar: _____	_ _
9. Algum morador fuma no interior da casa? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
10. A mãe vive com o companheiro? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
11. Número de filhos vivos: _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
12. a) Número de filhos nascidos mortos: _____ <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Abortos (< 22 semanas de gestação): _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _
13. Óbito infantil (de menor de um ano) na família anteriormente: <input type="checkbox"/> Sim (1) quantos: _____ <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
14. Quem cuidava da criança a maior parte do tempo: indicar parentesco/relação com a criança <input type="checkbox"/> Mãe (1) <input type="checkbox"/> Pai (2) <input type="checkbox"/> Parente adulto (3) <input type="checkbox"/> Outra criança (4) <input type="checkbox"/> Outros (especificar): (5) _____	_ _

IV - Dados sobre a gestação, nascimento e acompanhamento da criança (verificar também o Cartão de Pré-natal, relatório de alta da maternidade e Cartão da Criança/receitas, etc.)

1. a) Você (mãe) fez pré-natal: <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Se não fez pré-natal, por quê? <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _
2. O parto ocorreu: <input type="checkbox"/> No domicílio (1) <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde (2) <input type="checkbox"/> No hospital, qual: (3) _____ <input type="checkbox"/> Outros (4) especificar: _____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
3. O bebê chorou ao nascer? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
4. a) O bebê teve algum problema no nascimento? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Se sim, qual? _____	_ _
5. a) Ficou internado quando nasceu? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99) b) Se sim, por quanto tempo? _____ dias <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _

6. a) O bebê mamou no peito? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
b) Se sim, quanto tempo? _____ dias ou _____ meses	_ _
7. Idade da criança quando iniciou uso de mamadeira de leite: _____ dias ou _____ meses <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
Dados do acompanhamento da criança no serviço de saúde	
8. a) Antes de adoecer a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
b) Qual serviço? <input type="checkbox"/> UBS(1) <input type="checkbox"/> PACS/PSF(2) <input type="checkbox"/> Consultório convênio(3) <input type="checkbox"/> Consultório particular(4) Nome(s): _____	_
c) Quando foi a última atendido/visitado fetal/neonatal	_ _ _ _
Mês/ano: ____ / ____ <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
9. a) Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta, outros): <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
b) Se sim, por quê?	_ _
10. Dados do Cartão da Criança:	_ _
a) Vacinação completa para a idade da criança: <input type="checkbox"/> Sim(1) <input type="checkbox"/> Não(2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _ _ _
b) Último peso registrado: _____ gramas _____ idade (meses)	_ _
11. Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte a criança foi internada	_ _
por algum motivo? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)	_ _
12. Se sim, quantas vezes: 1a vez: motivo _____ Data: ____/____/____ Hospital: _____ 2a vez: motivo _____ Data: ____/____/____ Hospital: _____ 3a vez: motivo _____ Data: ____/____/____ Hospital: _____	_

V - Dados sobre a doença que causou a morte da criança

1. Como você/a família percebeu que a criança estava doente? _____								
2. Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde? (em horas ou dias) _____ horas _____ dias								
3. a) Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2) <input type="checkbox"/> IGN (99)							_ _	
b) Se sim, o que foi feito? _____								
4. Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte? Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o "Cartão da Criança", em ordem cronológica dos acontecimentos:								
Quadro sobre o atendimento da criança na doença que levou à morte								
Data	Serviço de Saúde	Tipo (1)	Localização do Serviço (Bairro/Município)	Atendido por (2)	Intervalo (entre atendimentos, em horas ou dias)	Diagnóstico	Resultado (3)	Problemas encontrados (4)
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								

<p>(1) Tipo de serviço procurado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PACS/ ESF 2. Unidade Básica de Saúde (UBS) 3. Urgência / Emergência 4. Maternidade (SUS) 5. Hospital (SUS) 6. Médico particular/convênio / Hospital particular/convênio 7. Outro(especificar): _____ 99. IGN <p>(2) Atendido por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Auxiliar / atendente de enfermagem 4. Agente Comunitário de Saúde (ACS) 5. Não foi atendido 6. Outro (especificar): _____ 99. IGN 	<p>(3) Resultado do atendimento prestado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atendido sem permanência hospitalar 2. Internado 3. Não atendido 4. Outro (especificar) _____ 99. IGN <p>(4) Problemas encontrados</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade de acesso aos serviços 2. Dificuldades de acesso a exames 3. Dificuldade de acesso a medicamentos Especificar: _____ 4. Qualidade do atendimento não satisfatório 5. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde 6. Dificuldade para acompanhar a criança no serviço 7. Outro (especificar) _____ 99. IGN
<p>a) Observações sobre esta questão: _____</p>	
<p>5. Qual a sua opinião (mãe/entrevistado) sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu? Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.</p> <p>5.1.UBS/Consultório/ Serviço de urgência:</p> <p><input type="checkbox"/> Ótimo (1) <input type="checkbox"/> Bom (2) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (4) <input type="checkbox"/> Não sabe (5) <input type="checkbox"/> NA (88)</p> <p>5.2.Hospital (na doença que causou a morte)</p> <p><input type="checkbox"/> Ótimo (1) <input type="checkbox"/> Bom (2) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (4) <input type="checkbox"/> Não sabe (5) <input type="checkbox"/> NA (88)</p>	<p> _ _ _ </p> <p> _ _ _ </p>
<p>6. O óbito ocorreu:</p> <p><input type="checkbox"/> No domicílio (1)</p> <p><input type="checkbox"/> No serviço de saúde (exceto hospital)(2)</p> <p><input type="checkbox"/> No hospital, com mais de 4 horas de assistência (3)</p> <p><input type="checkbox"/> No hospital, com menos de 4 horas de assistência (4)</p> <p><input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde(5)</p> <p><input type="checkbox"/> Via pública (6)</p> <p>7. Na sua opinião, o que levou a criança ao óbito? (anotar o relato da mãe/entrevistado)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> IGN (99)</p>	<p> _ _ _ </p> <p> _ </p>
<p>8. Observações do entrevistador sobre a entrevista/família:</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>9. Data da entrevista: ____/____/____</p>	
<p>10. Assinatura do profissional (responsável pelo preenchimento):</p>	

VI.1 - Dados dos serviços de saúde UBS/consultório/serviço e urgência: levantamento do registros da assistência da criança no prontuário ou fichas de atendimento/cartão da criança

Nome do serviço: _____

UBS (1) Consultório convênio (2) Consultório particular (3)

|_|

Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito

Data	Local do atendimento	Idade	Peso da criança	Profissional (Enfermeiro, médico, auxiliar enfermagem, outros)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta

2. a) Existe informação no prontuário sobre aleitamento materno (AM)?
 Sim (1) Não (2) NA (88)

|_|_|

Se sim,

b) AM exclusivo (apenas leite materno): Sim (1) Não (2)

|_|

c) Duração do AM exclusivo: _____ dias ou _____ meses

|_|_|

d) Duração do AM total: _____ dias ou _____ meses

3. a) Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/ especializados ou de urgência? Sim (1) Não (2) SR (77)

|_|_|

b) Se sim, especificar motivo: _____

4. a) Vacinação está completa para a idade? Sim (1) Não (2) SR (77)

|_|_|_|

b) Se não, especificar as vacinas em atraso: _____

5. a) A criança estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (desnutrição, asma, outros?)
 Sim (1) Não (2) SR (77)

|_|_|_|

b) Se sim, especificar qual:

6. Observações gerais:

7. Data: ____/____/____

8. Assinatura do profissional (responsável pelo preenchimento):

VI.2 - Dados do Hospital: levantamento dos registros do prontuário/ficha de atendimento da criança na doença que causou a morte

1. a) Data da internação: ____/____/____		<input type="checkbox"/> SR (77)		
b) Hora da internação: ____:____		<input type="checkbox"/> SR (77)		
2. Peso da criança na internação: _____ gramas		<input type="checkbox"/> SR (77)		
3. a) A criança foi transferida de outro serviço de saúde/hospital? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2)		<input type="checkbox"/> NA (88)		
b) Se sim, nome do serviço: _____ município: _____				
c) Se sim, por quanto tempo ficou internada no outro serviço? ____ dias ou ____ meses				
4. Estado geral no momento da hospitalização: <input type="checkbox"/> Em parada cardio-respiratória (1) <input type="checkbox"/> Moderado/regular (3) <input type="checkbox"/> Grave (2) <input type="checkbox"/> Bom (4)		<input type="checkbox"/> SR (77)		
5. Sinais vitais à admissão:				
a) Pulso: _____ bpm	<input type="checkbox"/> SR (77)	b) FR: _____ irpm	<input type="checkbox"/> SR (77)	
c) TA: _____ °C	<input type="checkbox"/> SR (77)	d) FC: _____ bpm	<input type="checkbox"/> SR (77)	
6. Estado nutricional à admissão: <input type="checkbox"/> Desnutrida (1) <input type="checkbox"/> Eutrófica (2)		<input type="checkbox"/> SR (77)		
7. Estado de hidratação à admissão: <input type="checkbox"/> Desidratada (1) <input type="checkbox"/> Hidratada (2)		<input type="checkbox"/> SR (77)		
8. Diagnósticos à admissão:				
9. Evolução do quadro clínico				
Data	Exame clínico e evolução	Exames complementares	Diagnóstico	Conduta
10. Hora do óbito, se este ocorreu nas primeiras 24h após a admissão: ____:____ (horas)		<input type="checkbox"/> SR (77)		
11. Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (2)				
a) Se sim, especificar: _____				
		<input type="checkbox"/> IGN (99)		
12. Observações gerais:				
13. Data da entrevista: ____ / ____ / ____				
14. Assinatura do profissional (responsável pelo preenchimento):				

VII – Conclusões

1. Resumo do caso:
2. Identificação de problemas:
2.1. No acesso ao pré-natal:
2.2. Na assistência pré-natal:
2.3. No acesso à assistência ao parto:
2.4. Na assistência hospitalar ao parto:
2.5. Na assistência ao recém-nascido na maternidade/UTI:
2.6. No acompanhamento de saúde da criança pela atenção básica (acesso, resolubilidade, calendário de consultas, programas especiais, risco detectado)
2.7. Na assistência dada pelas unidades de atenção básica à criança doente (acesso, resolubilidade, risco detectado)
2.8. Na atenção à criança doente pelo serviço de urgência (acesso, resolubilidade, risco detectado)
2.9. Na atenção hospitalar à criança doente (acesso, resolubilidade, risco detectado)
2.10. Na organização do sistema de saúde:
2.11. Na organização do serviço de saúde:
2.12. Dificuldades sócio-familiares:
2.13. A equipe avalia que este óbito poderia ter sido evitado? Por que?
3. Data: ____/____/____
4. Assinatura dos profissionais

VIII – Recomendações do Comitê: medidas de prevenção

1. Pré-natal: a) Acesso: _____ b) Assistência: _____	
2. Maternidade: a) Acesso: _____ b) Assistência: _____	
3. UBS/consultório/serviço de urgência/ outros ambulatórios: a) Acesso: _____ b) Assistência: _____	
4. Hospital: a) Acesso: _____ b) Assistência: _____	
5. Correção da Declaração de Óbito:	
a) Causa Básica na DO original:	a) Causa Básica do óbito após investigação:
Parte I: a)	Parte I: a)
b)	b)
c)	c)
d)	d)
Parte II:	Parte II:
b) Demais blocos/observações: _____	b) Demais blocos/observações: _____
6. Data: ____/____/____	
7. Assinatura do(s) profissional(is) responsável (is) pelo preenchimento:	

Ministério da Saúde
Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia

Laudo de necropsia (transcrever dados)

1. Número laudo/ identificação / nome:
2. Data do óbito:
3. Causa morte:
4. Descrição do laudo (ou de informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento/relatório do médico ou serviço de saúde)
5. Exame macroscópico: (transcrever os principais achados)
6. Exame microscópico e/ou toxicológico: (transcrever os principais achados)
7. Data: ____/____/____
8. Assinatura do profissional responsável pelo preenchimento

ISBN 85-334-0807-2



Ministério
da Saúde

