ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SRAS/DATE - CASMC Coordenação de Atenção a Saúde das Mulheres e das Crianças

Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018

PROCESSO Nº 1320.01.0003930/2018-15

1. ASSUNTO

Esclarecimento sobre demandas extrajudiciais em relação ao fornecimento de informações sigilosas, bem como as competências dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal..

2. REFERÊNCIAS

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Rev. Epidemiol. Serv. Saúde, 2007)

- a Portaria Nº 1119/GM/MS, de 05 de junho de 2008 que regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos.

- o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna – SAS/MS, 2009, que refere sobre a estratégia de criação e fortalecimento dos comitês de morte materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar.

- o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal SVS/MS, 2009, que se refere a estruturação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal (municipais, regionais e estaduais), fornece subsídios e orientações para o seu funcionamento e para a vigilância dos óbitos.

- a Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Rev. Epidemiol. Serv. Saúde, 2010).

- a Portaria Nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (pública e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

- a Resolução SES/MG Nº 3999 de 31 de outubro de 2013, que dispõe sobre a vigilância do óbito infantil e óbito materno em Minas Gerais.

- a Resolução SES/MG Nº 5.016, de 18 de novembro de 2015, que estabelece a composição do

Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF), o qual prevê, inclusive, a representatividade de entidades e órgãos, tais quais o Ministério Público de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem e Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher.

- a Portaria n° 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define o óbito materno e infantil como agravo de notificação compulsória presente na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

- o Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais – CEPMMIF/MG, aprovado em 07 de abril de 2016, que define e regula o funcionamento do CEPMMIF/MG; e

- que o CEPMMIF tem sido em diversas ocasiões demandado por diversas instâncias a enviar informações a respeito dos casos de óbitos ocorridos no estado para fins judiciais.

3. ANÁLISE

Esse documento tem como objetivo esclarecer as particularidades das ações e funções do CEPMMIF, a saber:

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, conforme previsto nos Manuais do Ministério da Saúde (Manual dos Comitês de Mortalidade Materna – SAS/MS, 2009 e Manual de Orientações para Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil, 2004) e na Resolução Estadual (Resolução SES/MG Nº 5.016, de 18 de novembro de 2015), são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar os óbitos maternos, infantis e fetais a fim de apontar medidas de intervenção para a sua redução e qualificação da assistência na região de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher e da criança. Os Comitês não têm em sua análise característica de julgamento individual e/ou institucional da assistência, mas sim, traçar o perfil da mortalidade e seus fatores predisponentes, promover uma atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas.

O processo de investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais é atribuição da equipe de vigilância epidemiológica prevista nas Portarias Ministeriais Nº 1119/GM/MS de 05 de junho de 2008 e Nº 72/GM/MS de 11 de janeiro de 2010, que definem prazo de 120 dias para o encerramento da investigação. O processo de investigação é desencadeado pela Declaração de Óbito (DO). Posteriormente, é realizada a coleta de dados sobre o óbito subsidiado pelas fichas de investigação de óbito padronizadas pelo Ministério da Saúde. Essas fichas são utilizadas para coleta de dados em prontuários, ambulatoriais e hospitalares, e na entrevista com a família. O processo tem a finalidade de identificar fatores de risco como estratégia que possa contribuir para a adoção de medidas de prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Portanto, não se trata de um processo que tenha como foco apenas os eventos diretamente relacionados à ocorrência do óbito, mas sim, organizar todas as informações referentes ao indivíduo que faleceu (mulher, criança, feto), incluindo características socioeconômicas, escolaridade, acesso e qualidade de acesso ao sistema de saúde em todos os níveis, com atenção especial à atenção ao ciclo gravídico-puerperal e infância. Os Comitês utilizam os dados obtidos nesse processo realizado pela epidemiologia, que é consolidado e sintetizado constituindo um Relatório Executivo, que subsidia a análise das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, segundo a possibilidade de sua prevenção.

Para que as análises dos casos de óbitos materno, infantil e fetais possam ser realizadas por todos os níveis dos Comitês, todas as informações precisam estar finalizadas, garantindo assim que os Comitês possam cumprir efetivamente suas finalidades como explicitadas na Resolução Estadual: I - analisar os óbitos maternos, infantis e fetais com o objetivo de identificação de fatores de evitabilidade; II - avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e a criança para

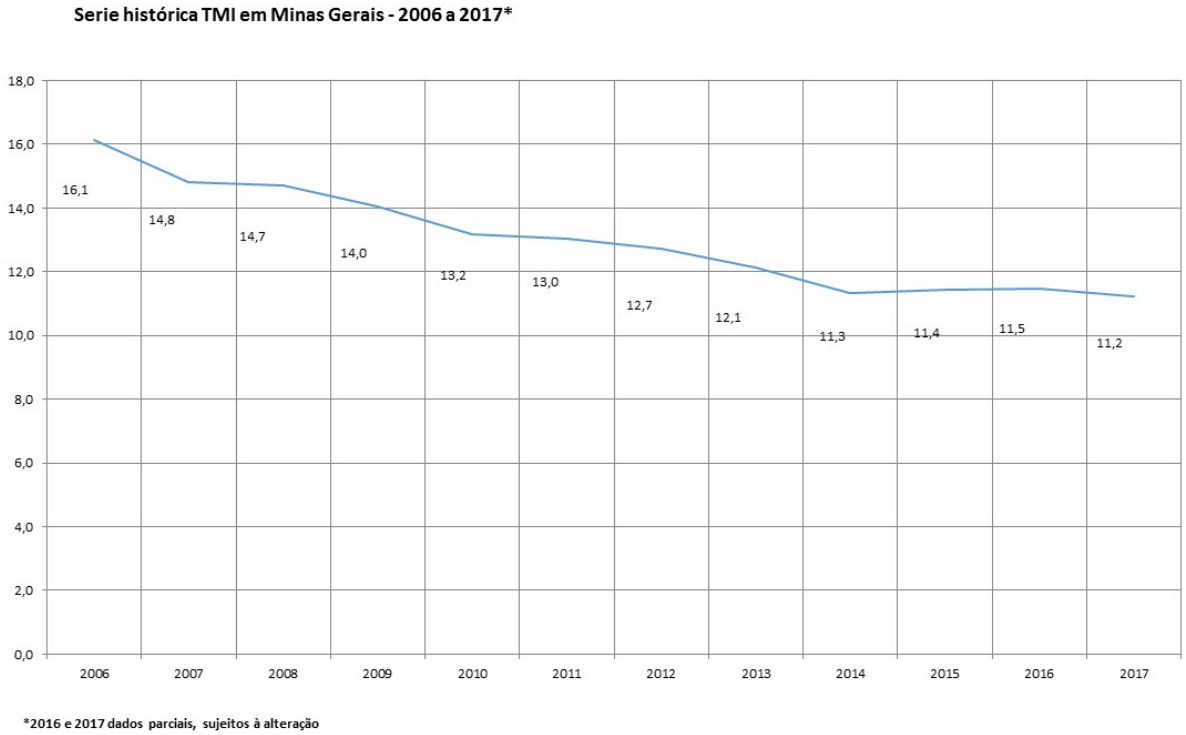
subsidiar as políticas públicas; e III - elaborar propostas de medidas de intervenção para redução destes óbitos.

O método de análise de evitabilidade de óbito realizado nos Comitês não se refere ao julgamento da assistência no evento imediatamente associado à morte do indivíduo, mas a avaliação de todo o percurso de vida daquele (a) cidadão (ã), com ênfase nos fatores associados à comunidade, à família, à mulher/criança, à sociedade, às instituições e aos profissionais. Para resguardar o sigilo das informações, os membros do comitê assinam o termo de confidencialidade e sigilo.

Destacam-se como funções desses Comitês:

Informação

- Participação na correção e na qualificação das estatísticas oficiais, fortalecendo os sistemas de informações;
- Assegurar a comparabilidade dos dados de mortalidade materna e infantil em todos os níveis, possibilitando a análise de tendências da mortalidade e a identificação dos subgrupos mais vulneráveis.
- Divulgação de relatórios para todas as instituições e os órgãos competentes que possam intervir na redução da mortalidade, conhecendo a situação e identificando fatores determinantes para sua redução.
- Divulgação de informações, históricos, instrumentos legais, de apoio e material utilizado em treinamentos e eventos na página da SES-MG no link http://www.saude.mg.gov.br/servidor/comites-estadual-regionais-municipais-e-hospitalares-de-prevencao-de-mortalidade-materna-infantil-e-fetal.
- Divulgação sobre a situação da mortalidade materna, infantil e fetal no estado. Abaixo as séries históricas de Razão de Morte Materna (RMM) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em Minas Gerais:



Educação

- Promoção da discussão de casos clínicos nos comitês hospitalares;
- Promoção do debate sobre a persistência dos níveis de mortalidade materna, infantil e fetal a partir de evidências epidemiológicas;
- Promoção do debate sobre a problemática da mortalidade materna, fetal e infantil através da realização de eventos de prevenção, de programas de reciclagem e de educação continuada e da produção de material educativo;
- Conscientização dos formuladores de políticas públicas, das instituições de assistência, das equipes de saúde e da comunidade sobre a gravidade dos óbitos maternos/infantis, seus efeitos sociais, de saúde e as formas de evitá-los.

Definição de Medidas Preventivas

- Elaboração de propostas de medidas de intervenção para a redução do óbito materno, fetal e infantil a partir do estudo de todos os casos.

Mobilização

- Promoção da interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.
- Qualificação do conhecimento, quantitativa e qualitativamente, sobre os níveis da morte materna e infantil, suas causas e fatores de risco associados.
- Realização de eventos. Em 1° de junho de 2017 a SES- MG e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) com apoio do CEPMMIF promoveram o 1° Simpósio colaborativo: Morte Materna e Responsabilidade Social. Em decorrência do Dia Internacional de Luta Pela Saúde da Mulher e o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna (28 de maio), o evento teve como objetivo a abordagem sistêmica do contexto da

mulher na sociedade e da representação social do óbito materno, bem como as estratégias institucionais para redução da mortalidade materna. O evento também teve o intuito de reforçar o compromisso da SES-MG e da FHEMIG com as ações para redução da mortalidade materna no estado.

4. CONCLUSÃO

Dessa forma, conclui-se que os relatórios dos Comitês são importantes ferramentas para a gestão no planejamento da saúde de um território e não devem ser utilizados para outros fins que não os explicitados nas legislações pertinentes à sua existência.

Atenciosamente,

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Comitê Estadual de Prevenção
da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Homero Cláudio Rocha Souza Filho
Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Regina Amelia Lopes Pessoa Aguiar**, **Servidor(a) Público(a)**, em 04/04/2018, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Homero Claudio Rocha Souza Filho**, **Subsecretário(a)**, em 11/04/2018, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Fabiano do Carmo Said**, **Subsecretário(a)**, em 12/04/2018, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0458639** e o código CRC **F4402213**.

Referência: Processo nº 1320.01.0003930/2018-15 SEI nº 0458639

ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SRAS/DATE - CASMC Coordenação de Atenção a Saúde das Mulheres e das Crianças

Memorando.SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC.nº 61/2018

Belo Horizonte, 04 de abril de 2018.

Para:

Homero Cláudio Rocha Souza Filho

Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

Assunto: NOTA TÉCNICA CONJUNTA SUBPAS/SUBVPS
Referência: Processo nº 1320.01.0003930/2018-15

Prezados Subsecretários,

Considerando que o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF) tem sido em diversas ocasiões demandado por algumas instâncias a enviar informações a respeito dos casos de óbitos ocorridos no estado para fins judiciais foi elaborada a **Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018** (anexa) com esclarecimentos sobre demandas extrajudiciais em relação ao fornecimento de informações sigilosas, bem como as competências dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

Encaminhamos Nota Técnica para a sua avaliação e assinatura. Solicitamos também o envio do documento para a chefia de gabinete que fará a disponibilização da nota.

Atenciosamente,

Ane Karine Alkmim de Sousa

Coordenadoria de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças

Karla Adriana Caldeira

Coordenadora de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças

Cientes:

Ana Paula Mendes Carvalho

Diretoria de Redes Assistenciais

Lara Farah Valadares

Superintendente de Redes de Atenção a Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Ane Karine Alkmim de Sousa**, **Servidor(a) Público(a)**, em 04/04/2018, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Mendes Carvalho**, **Diretor(a)**, em 04/04/2018, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Karla Adriana Caldeira**, **Servidor(a) Público(a)**, em 04/04/2018, às 17:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Lara Farah Valadares**, **Superintendente**, em 10/04/2018, às 18:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0504271** e o código CRC **A24D7584**.

Referência: Processo nº 1320.01.0003930/2018-15 SEI nº 0504271

E-mail - 0546662

Data de Envio:
11/04/2018 12:14:01

De:
SES/Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e das Crianças <mulher.coordenacao@saude.mg.gov.br>

Para:
regina.alpha@gmail.com

Assunto:
Nota Técnica Conjunta SUBPAS/SUBVPS Nº 01-2018

Mensagem:
Dra. Regina, Bom dia,

Segue em anexo a Nota técnica, conforme solicitado.

Att,

Ana Martins

Anexos:
Nota_Tecnica_0458639.html

E-mail - 0547165

Data de Envio:
11/04/2018 12:58:31

De:
SES/Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e das Crianças <mulher.coordenacao@saude.mg.gov.br>

Para:
regina.alpa@gmail.com
karine.anek@gmail.com
Regina Amelia Lopes Pessoa Aguiar <regina.aguiar@saude.mg.gov.br>
Ane Karine Alkmim de Sousa <ane.sousa@saude.mg.gov.br>

Assunto:
Nota Técnica Conjunta SUBPAS/SUBVPS Nº 01-2018

Mensagem:

Dra. Regina e Ane Karine, boa tarde,

Segue em anexo a Nota técnica, conforme solicitado.

Att,
Ana Martins

Anexos:
Nota_Tecnica_0458639.html
Memorando_0504271.html

E-mail - 0555288

Data de Envio:
12/04/2018 11:52:12

De:
SES/Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e das Crianças <mulher.coordenacao@saude.mg.gov.br>

Para:
regina.alpa@gmail.com

Assunto:
nota técnica assinada

Mensagem:
Oi Dra Regina, encaminho a nota técnica já assinada por todos. Liguei na assessoria jurídica para orientações de como encaminhar, porém não me atenderam, vou ligar depois do almoço.
Fiz uma busca ativa para entender a demora, depois eu te explico.

Atenciosamente.

Ane Karine

Anexos:
Nota_Tecnica_0458639.html

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher– Rede Cegonha

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL DE MINAS GERAIS – CEPMMIF/MG

INTRODUÇÃO:

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional cuja atuação preserva o caráter confidencial, não coercitivo ou punitivo, ético, técnico, educativo e consultivo e tem por finalidade: analisar os óbitos maternos, infantis e fetais com o objetivo de identificação de fatores de evitabilidade; avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e a criança para subsidiar as políticas públicas; e elaborar propostas de medidas de intervenção para redução destes óbitos.

Os Comitês são instrumentos fundamentais para a qualificação da assistência integral prestada à mulher, à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido e à criança, e permitem um maior grau de aderência social, aumento da transparência administrativa e da eficácia da gestão pública, consolidando os espaços de diálogo e controle social.

Salienta-se que os comitês são organismos permanentes de atuação, independente das políticas públicas de governo vigentes, salvo por deliberação e resolução contrárias.

Neste contexto, o Comitê Estadual instituído em 18 de novembro de 2015 pela Resolução SES/MG Nº 5.016 e pela Deliberação CIB- SUS/MG Nº 2.226 tem seu funcionamento definido e regulado por este Regimento Interno e, por demais dispositivos legais que lhe forem aplicáveis.

Os Comitês Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares poderão seguir este regimento como modelo, adequando-o às especificidades loco-regionais.

TÍTULO I
DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 1º - Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal no âmbito estadual estão organizados em formato único – Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com o propósito de racionalizar sua atuação e otimizar seus processos de trabalho.

Art. 2º - O Comitê Estadual está vinculado à Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher-Rede Cegonha, da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Parágrafo primeiro - A Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher-Rede Cegonha (Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde- SUBPAS) e a Diretoria de Análise de Situação de Saúde (Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde- SUBVPS) responderão pelo apoio técnico, administrativo e financeiro do Comitê Estadual.

Parágrafo segundo - Entende-se por apoio técnico e administrativo a oferta de uma estrutura física e de recursos humanos capazes de darem suporte técnico- operacional para a organização e funcionamento do Comitê, bem como dos processos demandados. E, como apoio financeiro, a inclusão nas dotações orçamentárias das respectivas áreas, valores de diárias para viagens, de confecção de material educativo/instrutivo para a realização de reuniões técnicas, capacitações, seminários e outros eventos que contribuam para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

Art. 3º- Incorpora-se à estrutura do Comitê Estadual uma Secretaria Executiva, como grupo interno eminentemente técnico que analisará os óbitos maternos, fetais e infantis em reuniões, doravante denominadas Reuniões Técnicas da Secretaria Executiva. Este grupo de análise preservará a confidencialidade dos dados e o sigilo das informações e, subsidiará às reuniões do Comitê Estadual de relatórios técnicos para que este exerça suas funções propositivas e mobilizadoras.

Parágrafo único: A Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher- Rede Cegonha (área técnica da assistência à saúde da mulher) e a Diretoria de Análise da Situação de Saúde (área técnica da vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, fetais e infantis) se responsabilizarão, respectivamente, pelo arquivamento e conservação das documentações expedidas e recebidas pelo Comitê e pela Secretaria Executiva.

Art. 4º- Os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares estão dispostos horizontalmente, formando uma rede de cooperação técnica-científica em prol da redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

Parágrafo único – os comitês deverão respeitar o Plano Diretor de Regionalização- da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais– PDR-SES/MG para sua organização.

TÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º- O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é composto por membros natos, indicados e convidados.

Parágrafo primeiro: É fundamental que todos os membros estejam vinculados, direta ou indiretamente, aos cuidados da mulher e da criança e que tenham competência técnica para cumprir e/ou dar encaminhamentos na sua área de atuação.

Parágrafo segundo: É importante para a integralidade do comitê, que cada representação se dê por um titular e um suplente.

Art. 6º- São membros natos os diretores e coordenadores das seguintes áreas da Secretaria de Estado de Saúde:

I - Subsecretaria de Políticas e Atenção à Saúde – SUBPAS:

a) Superintendência de Redes de Atenção a Saúde:

1. Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher – Rede Cegonha; e

2. Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar.

b) Superintendência de Atenção Primária à Saúde:

1. Diretoria de Políticas de Atenção Primária.

II - Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SUBVPS:

a) Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador:

1. Diretoria de Análise de Situação de Saúde.

b) Superintendência de Vigilância Sanitária:

1. Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde.

III - Subsecretaria de Regulação em Saúde – SUBREG:

a) Superintendência de Programação Assistencial:

1. Diretoria de Regulação Assistencial.

Parágrafo único. Os membros natos constituirão a Secretaria Executiva do Comitê Estadual.

Parágrafo único- Os membros natos compõem a Secretaria Executiva do Comitê Estadual.

Art. 7º- Os membros indicados são os representantes do:

I- Conselho Regional de Medicina;
II- Conselho Regional de Enfermagem;
III- Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia;
IV- Sociedade Mineira de Pediatria;
V- Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras - Seccional Minas Gerais (ABENFO);
VI- Escola/Faculdade de Medicina;
VII- Escola/Faculdade de Enfermagem;
VIII- Representação dos Hospitais Públicos do Estado de MG;
IX- Representação dos Hospitais Privados do Estado de MG;
X - Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (FEDERASANTAS);
XI- Representação dos Hospitais Universitários ou de Ensino;
XII- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte;
XIII- Conselho Estadual de Saúde;

XIV- Conselho Estadual da Mulher;

XV- Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher;

XVI- Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da criança;

XVII- Ministério Público de Minas Gerais;

XVIII- Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Estado de Minas Gerais;

XIX- Conselho de Secretários Municipais de Saúde- COSEMS.

Parágrafo primeiro- As seguintes representações: Escola/Faculdade de Medicina, da Escola/Faculdade de Enfermagem, dos Hospitais Públicos do Estado de Minas Gerais, dos Hospitais Privados do Estado de Minas Gerais; das Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher e, das Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da criança ocorrerão a partir da manifestação de interesse de participação destas entidades, através de ofício dirigido à Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher- Rede Cegonha - Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde;

Parágrafo segundo- Os ofícios recebidos serão pré-avaliados e pré-selecionados quanto ao propósito e oportunidade e, serão encaminhados ao Secretário de Estado de Saúde que homologará, oportunamente, as indicações.

Parágrafo terceiro - A inexistência de representações de qualquer uma dessas entidades não impede a organização e os processos de trabalho do comitê.

Art.8º- Os membros convidados são àqueles que o Comitê Estadual ou a Secretaria Executiva julgar necessário para o desenvolvimento e colaboração dos trabalhos.

Parágrafo único- Os membros convidados terão direito à voz, mas não ao voto.

Art. 9º- Fica a critério do Secretário de Estado de Saúde inserir novas formas de participação social, por meio das redes sociais e dos mecanismos digitais de participação via internet.

Art.10º- Os membros natos e indicados do Comitê elegerão por ocasião da

inauguração dos trabalhos e, por meio de votação fechada, um presidente e vice-presidente dentre àqueles que manifestarem interesse, para um mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único- Quaisquer alterações na composição original do dispositivo legal do comitê ensejarão nova eleição para um mandato de dois anos, cabendo a recondução.

TÍTULO IV

DAS FINALIDADES DO COMITÊ

Art. 11º - São objetivos do Comitê Estadual:

I. Estabelecer uma rede estadual de vigilância de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos infantis por meio da organização e monitoramento dos Comitês Regionais e Municipais;

II. Propor normas de funcionamento dos comitês regionais, municipais em sintonia com o nível federal, a fim de garantir qualidade, confiabilidade e comparabilidade das informações obtidas no âmbito do Estado de Minas Gerais.

III. Colaborar com a SUBVPS para a para a qualificação dos registros de óbitos e nascidos vivos, dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade – SIM, e sobre Nascido Vivo – SINASC, respectivamente; e fluxos das informações para as instâncias parceiras;

IV. Realizar monitoramento permanente dos casos de morte materna, fetal e infantil no Estado de Minas Gerais, enfocando os múltiplos aspectos de seus determinantes;

V. Construir relatórios, considerando todas as contribuições dos Comitês Regionais e Municipais, que possam constituir subsídios para aperfeiçoamento das políticas de redução da mortalidade materna e infantil;

VI. Propor medidas e recomendações, após as análises das investigações dos óbitos maternos, infantis e fetais, para secretários e gestores de saúde de

qualquer ente federativo ou unidades de saúde;

VII. Propor normas e ações articuladas com o Comitê Estadual de Segurança do Paciente, participando das atividades deste comitê no que tange à segurança dos cuidados obstétricos, puerperais e infantis;

VIII. Acompanhar as ações da Secretaria de Estado da Saúde nos processos de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas com a saúde da mulher e da criança;

IX. Acompanhar, analisar e avaliar, no âmbito estadual, as políticas e os programas vigentes de assistência à saúde da mulher e da criança até os dois primeiros anos de vida segundo as causas de óbitos evitáveis materno, infantil e fetal; e

X. Mobilizar os diversos setores da sociedade envolvidos com a saúde da mulher e criança para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

TÍTULO V
DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS

Art. 12º- Compete à Presidência do Comitê Estadual:

I. Presidir e coordenar as reuniões ordinárias;
II. Coordenar o planejamento da agenda do CEPMMIF/MG;
III. Convocar as reuniões extraordinárias;
IV. Estabelecer contatos oficiais com autoridades quando necessário;
V. Convidar representantes de outros órgãos e/ou entidades que contribuam na execução de atividade específica;
VI. Promover o encaminhamento das propostas sugeridas pelo Comitê, aos Órgãos e/ou instituições afins;
VII. Homologar, assinar e encaminhar os processos, documentos, correspondências, analisados pelo Comitê;

VIII. Representar o CEPMMIF/MG em eventos oficiais quando convidado (a).

IX. Dirimir os casos omissos, ou seja, não tratados neste regimento.

Art.13º- Compete à Vice-presidência do Comitê Estadual:

I. Substituir o (a) Presidente quando necessário;

II. Assessorar o (a) Presidente.

Art. 14º- Compete aos membros natos e indicados:

I. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Analisar e avaliar os relatórios recebidos dos Comitês Regionais, da Diretoria de Análise de Situação de Saúde, ou demandados das áreas técnicas da SES sobre mortalidade materna, infantil e fetal;

III. Propor recomendações ou medidas de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal;

IV. Participar de treinamentos/capacitação relativos à mortalidade quando requisitados.

TÍTULO VI
DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art.15º- Compete à Secretaria Executiva do Comitê Estadual:

I. Estabelecer semanalmente uma agenda de reuniões técnicas que analisarão os casos de óbitos maternos, infantis e fetais demandados pelos Comitês Regionais de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal à Diretoria de Análise de Situação de Saúde - DASS de acordo com os critérios pré-definidos por esta diretoria.

II. Emitir recomendações, pareceres técnicos ou informes aos Comitês Regionais, Municipais e Hospitalares de acordo com as políticas públicas

de saúde vigentes;

III. Subsidiar o Comitê Estadual para a tomada de decisão;

TÍTULO VI
DAS REUNIÕES

Art.16º- O CEPMMIF/MG reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada mês, e extraordinariamente, quantas vezes forem necessárias por convocação do seu Presidente.

Parágrafo único- A reunião ordinária acontecerá sempre na primeira quinta-feira do mês, salvo quando coincidir com algum feriado, ou eventos que exigem a participação dos seus membros, como as Câmaras Técnicas e Reuniões de CIB-SUS/MG. O Comitê acordará e fechará uma agenda anual destas reuniões.

Art. 17º - As reuniões deverão ser presididas pela presidência ou pela vice-presidência do CEPMMIF;

Art.18º - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão públicas e instaladas, em primeira convocação, com a presença da maioria simples dos seus membros (natos, indicados e convidados) com direito a voto;

Art. 19º- As decisões ou recomendações serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de desempate.

Art. 20º As frequências dos membros natos e indicados serão feitas pela lista de presença a cada reunião;

Art. 21º- Cada membro nato ou indicado poderá faltar, sem justificativa, no máximo a 02 (duas) reuniões consecutivas ou 06 (seis) alternadas num período de 1 ano, sob pena de comunicação oficial à entidade ou órgão representado pela presidência do comitê;

Parágrafo único- A entidade ou órgão representado deverá indicar ou não, novos membros (titular e suplente) até a próxima reunião;

Art.22º- O membro suplente poderá participar de todas as reuniões e atividades do comitê, com direito a voz na presença do titular e, voz e voto na ausência deste.

Art. 23º- As convocações para as reuniões serão feitas por e-mail com antecedência de no mínimo 05 (cinco) dias corridos, uma vez que a agenda definida;

Art.24º- As pautas das reuniões serão encaminhadas com antecedência de no mínimo 24 (vinte quatro) horas antes das datas das reuniões;

Art.25º- O comitê ficará aberto a participação de pessoas ou entidades desde que o assunto proposto venha ao encontro de seus objetivos, mediante agendamento prévio e autorização do presidente;

Art.26º- As propostas e recomendações emanadas dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais que envolvam macropolíticas de saúde ou macroprocessos de trabalho que fundamentalmente possam impactar a redução da mortalidade materna, infantil e fetal poderão ser apresentadas em CIB-SUS/MG, CIR ou CIRA quando se tratarem respectivamente de Estado, Região de Saúde ou Região de Saúde Ampliada.

TÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27º- Todo membro titular e suplente deverão manter atualizado o seu cadastro junto ao CEPMMIF (nome completo, e-mail, telefone celular, endereço e telefone da instituição/órgão representado). Qualquer alteração deve ser, imediatamente, comunicada ao e-mail do comitê : cepmmif@saude.mg.gov.br

Art. 28º- As entidades e órgãos que compõem o Comitê poderão substituir seus membros indicados, mediante ofício dirigido à Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher- Rede Cegonha e, por e-mail.

Art.29º- Todos os membros, natos e indicados, deverão assinar um termo de compromisso em que se comprometem a manter sigilo e confidencialidade dos dados obtidos nas investigações dos óbitos;

Art. 30º - Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos oportunamente pelo Comitê Estadual.

Art. 31º - Este Regimento entrará em vigor após sua aprovação pelo Comitê Estadual por maioria simples em reunião ordinária pautada para este fim.

Regimento aprovado na Reunião Ordinária do CEPMMIF-MG de 07 de abril de 2016.

RESOLUÇÃO SES/MG Nº 5.016, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2015.

Restabelece a organização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, o § 1º da Constituição do Estado de Minas Gerais, o inciso IV do art. 222 da Lei Delegada Estadual nº 180, de 20 de janeiro de 2011e, considerando:

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.226, de 18 de novembro de 2015, que dispõe sobre o restabelecimento da organização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais,

Resolução (0587923) SEI 1320.01.0003930/2018-15 / pg. 22

Compartilhados e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências.

RESOLVE:

Art. 1º Restabelecer a organização, estruturação, composição e competências dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal Estadual, Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares, de forma equânime e racional, reconhecendo as heterogeneidades demográfica e epidemiológica dos indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal.

CAPITULO I

Da Estratégia

Art. 2º Os Comitês de Prevenção são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional cuja atuação preserva o caráter confidencial, não coercitivo ou punitivo, ético, técnico, educativo e consultivo e tem por finalidade:

I - analisar os óbitos maternos, infantis e fetais com o objetivo de identificação de fatores de evitabilidade;

II - avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e a criança para subsidiar as políticas públicas; e

III - elaborar propostas de medidas de intervenção para redução destes óbitos.

Art. 3º Os Comitês são instrumentos fundamentais para a qualificação da assistência integral prestada à mulher, à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido e à criança.

Capítulo II

Da Estruturação dos Comitês

Art. 4º Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal se organizarão nos níveis estadual, regional, municipal e hospitalar.

§1° O formato de unificação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal deve ser preservado com o propósito de racionalizar sua retomada de atuação e otimizar seus processos de trabalho.

§2° No nível regional e municipal, os comitês que já se estruturam em separado podem fazer a opção de permanecerem neste formato ou migrarem para o formato unificado.

Art. 5º O Comitê Estadual está vinculado à Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher – Rede Cegonha, da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Parágrafo único. A Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher – Rede Cegonha (Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde- SUBPAS) e a Diretoria de Análise de Situação de Saúde (Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SUBVPS) responderão pelo apoio técnico, administrativo e financeiro do Comitê Estadual.

Art. 6º As Unidades Regionais de Saúde (URS) e os municípios se organizarão para constituir os Comitês Regionais e os Comitês Municipais ou Comitês Compartilhados, respectivamente, podendo estes estarem vinculados à área técnica assistencial da saúde da mulher e da criança ou à Vigilância em Saúde, de acordo com as particularidades de cada um.

§1º Entende-se como Comitê Compartilhado de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal, o agrupamento de municípios de uma mesma região de saúde em um único comitê.

§2º O Comitê Compartilhado definirá qual será o município que o sediará em comum acordo com os demais municípios.

§3º O município sede deverá disponibilizar o espaço físico e apoio técnico e administrativo para que as reuniões aconteçam.

§4º Uma mesma Região de Saúde poderá constituir mais de um Comitê Compartilhado.

§5° É imprescindível que todas as URS e municípios estruturem seus Comitês, informando ao Comitê Estadual e Regional, respectivamente, sua formatação e composição.

Art. 7º Os Comitês Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal terão sede nas unidades hospitalares que realizam atendimentos às gestantes e às crianças.

Parágrafo único. Os Comitês de que trata o *caput* deverão ser distintos das Comissões Intra - Hospitalares de Investigação de Óbitos ou Núcleos de Vigilância de Óbitos Intra - Hospitalares ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e deverão, sempre que requisitados, reportar-se aos Comitês de Prevenção de Mortalidade Municipais, Regionais e Estadual.

Art. 8º O Comitê Estadual constituirá uma Secretaria Executiva como órgão permanente que terá sua composição, finalidades e atribuições definidas em Regimento Interno deste Comitê.

Parágrafo único. Os Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal poderão constituir uma Secretaria Executiva, nos mesmos moldes do Comitê Estadual.

Art. 9º Os Comitês Estadual, Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares formarão uma rede poliárquica de cooperação técnica para coleta, consolidação e revisão das informações e elaboração de recomendações, preservada a autonomia para suas organizações.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL

Art. 10. O Comitê Estadual será representado por membros natos, indicados e convidados, conforme disposição de seu Regimento Interno.

§1º É fundamental que estas representações sejam exercidas por indivíduos vinculados, direta ou indiretamente, aos cuidados da mulher e da criança e que tenham competência técnica para cumprir e dar encaminhamentos na sua área de atuação.

§2º Cada representação, exceto referente aos membros convidados, se dará por 1 (um) titular e seu respectivo suplente.

Art. 11. São membros natos os diretores e coordenadores das seguintes áreas da Secretaria de Estado de Saúde:

I - Subsecretaria de Políticas e Atenção à Saúde – SUBPAS:

a) Superintendência de Redes de Atenção a Saúde:

1. Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher – Rede Cegonha; e

2. Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar.

b) Superintendência de Atenção Primária à Saúde:

1. Diretoria de Políticas de Atenção Primária.

II - Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SUBVPS:

a) Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador:

1. Diretoria de Análise de Situação de Saúde.

b) Superintendência de Vigilância Sanitária:

1. Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde.

III - Subsecretaria de Regulação em Saúde – SUBREG:

a) Superintendência de Programação Assistencial:

1. Diretoria de Regulação Assistencial.

Parágrafo único. Os membros natos constituirão a Secretaria Executiva do Comitê Estadual.

Art. 12. São membros indicados os representantes das seguintes entidades e órgãos:

I - Conselho Regional de Medicina;

II - Conselho Regional de Enfermagem;

III - Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia;

IV - Sociedade Mineira de Pediatria;

V - Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras - Seccional Minas Gerais (ABENFO);

VI - Escola/Faculdade de Medicina;

VII - Escola/Faculdade de Enfermagem;

VIII - Representação dos Hospitais Públicos do Estado de MG;

IX - Representação dos Hospitais Privados do Estado de MG;

X - Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (FEDERASANTAS);

XI - Representação dos Hospitais Universitários ou de Ensino;

XII - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte;

XIII - Conselho Estadual de Saúde;

XIV - Conselho Estadual da Mulher;

XV - Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher;

XVI - Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da criança;

XVII - Ministério Público de Minas Gerais;

XVIII - Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Estado de Minas Gerais; e

XIX - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais-COSEMS/MG.

Parágrafo único. As indicações das representações serão homologadas pelo Secretário de Estado de Saúde.

Art. 13. São membros convidados aqueles que o Comitê Estadual julgar necessários para o desenvolvimento e colaboração dos trabalhos.

Parágrafo único. Os membros convidados terão direito à voz, mas não ao voto.

Art. 14. Fica a critério do Secretário de Estado de Saúde inserir novas formas de participação social, por meio das redes sociais e dos mecanismos digitais de participação via internet.

DA COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS REGIONAIS

Art. 15. Os Comitês Regionais de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal deverão, preferencialmente, ser representados por 1 (um) titular e respectivo suplente das seguintes áreas:

I - área técnica da saúde da mulher;

II - área técnica da saúde da criança;

III - área técnica da Atenção Primária à Saúde;

IV - área técnica da Vigilância Epidemiológica;

V - área técnica da Vigilância Sanitária;

VI - representante de cada Comitê Municipal da (s) Região(ões) de Saúde;

VII - representação dos Hospitais Locais (públicos e privados);

VIII - representação da Atenção Secundária do município pólo;

IX - profissionais da área de obstetrícia e de pediatria, médico e enfermeiro, da área de abrangência da Unidade Regional de Saúde (URS);

X - Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher; e

XI - Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da criança.

Parágrafo único. Na ausência dos profissionais dispostos no IX poderá ser solicitado aos municípios sua concessão solidária.

DA COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS MUNICIPAIS

Art. 16. Os Comitês Municipais de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal deverão, preferencialmente, ser representados por 1 (um) titular e respectivo suplente das seguintes áreas:

I - área técnica da mulher e da criança da Atenção Primária à Saúde;

II - área técnica da Vigilância Epidemiológica;

III - área técnica da Vigilância Sanitária;

IV - representação dos Hospitais Locais (públicos e privados);

V - profissionais da área de obstetrícia e de pediatria, médico e enfermeiro;

VI - Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher; e

VII - Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da criança.

Parágrafo único. Os Comitês Compartilhados serão compostos, preferencialmente, da mesma forma que os Comitês Municipais.

Art. 17. Os Comitês Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal serão representados por diretoria clínica, profissionais das equipes de obstetrícia, pediatria, neonatologia, enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e outros, conforme a realidade local.

CAPÍTULO IV
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 18. Ao Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal compete:

I - estabelecer uma rede estadual de análise de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos infantis, por meio de organização e monitoramento dos Comitês Regionais e Municipais;

II - propor normas de funcionamento dos comitês regionais e municipais em sintonia com o nível federal, com o objetivo de garantir qualidade, confiabilidade e comparabilidade das informações obtidas no âmbito do estado de Minas Gerais;

III - colaborar com a Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde SUBVPS para a qualificação dos registros de óbitos e nascidos vivos, dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade – SIM, e sobre Nascido Vivo – SINASC, respectivamente; e fluxos das informações para as instâncias parceiras;

IV - realizar monitoramento permanente dos casos de morte materna, fetal e infantil no Estado de Minas Gerais, enfocando os múltiplos aspectos de seus determinantes;

V - construir relatórios, considerando todas as contribuições dos Comitês Regionais e Municipais que possam constituir subsídios para aperfeiçoamento das políticas de redução da mortalidade materna e infantil;

VI - propor medidas e recomendações, após as análises das investigações dos óbitos maternos, infantis e fetais, para secretários e gestores de saúde de qualquer ente federativo ou unidades de saúde;

VII - propor normas e ações articuladas com o Comitê Estadual de Segurança do Paciente, participando das atividades deste comitê no que tange à segurança dos cuidados obstétricos, puerperais e infantis;

VIII - acompanhar as ações da Secretaria de Estado da Saúde nos processos de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas com a saúde da mulher e da criança;

IX – acompanhar, analisar e avaliar, no âmbito estadual, as políticas e os programas vigentes de assistência à saúde da mulher e da criança até os dois primeiros anos de vida segundo as causas de óbitos evitáveis materno, infantil e fetal; e

X - mobilizar os diversos setores da sociedade envolvidos com a saúde da mulher e criança para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

Art. 19. Aos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal compete:

I - colaborar na organização e monitorar o funcionamento dos comitês municipais visando ao fortalecimento da rede estadual de análise de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos infantis;

II - capacitar e assessorar os Comitês Municipais promovendo a

descentralização das análises das investigações dos óbitos maternos, infantis e fetais, de acordo com a demanda;

III – qualificar as informações obtidas pela investigação do óbito e analisá-las segundo os critérios de evitabilidade vigentes;

IV - elaborar relatórios consolidados das análises dos óbitos investigados de todos os municípios de sua abrangência;

V - propor medidas e recomendações para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal, após as análises das investigações dos óbitos maternos, infantis e fetais, para secretários e gestores de saúde dos municípios adscritos;

VI - colaborar na implementação das normas e ações de segurança do paciente no que tange aos cuidados obstétricos, puerperais e infantis;

VII - acompanhar, analisar e avaliar, no âmbito regional, as políticas e os programas de assistência à saúde da mulher e da criança até os dois primeiros anos de vida;

VIII - enviar sistematicamente as análises e as conclusões das Fichas de Investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais de sua URS para o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; e

IX - mobilizar os diversos setores da sociedade envolvidos com a saúde da mulher e criança para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

Art. 20. Aos Comitês Municipais de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal compete:

I - colaborar na organização e monitorar o funcionamento dos comitês Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;

II - analisar as fichas de investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais com a finalidade de classificar os óbitos e identificar a evitabilidade de acordo com os critérios vigentes;

III - realizar diagnóstico da situação da mortalidade materna, infantil e fetal com base nos dados epidemiológicos locais e, propor medidas para promoção e qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança;

IV - acompanhar a implementação das medidas e recomendações propostas;

V - colaborar e acompanhar a implementação das normas e ações de segurança do paciente no que tange aos cuidados obstétricos, puerperais e infantis;

VII - enviar sistematicamente as análises e as conclusões das Fichas de

Investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais para o Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de sua URS; e

VIII - mobilizar os diversos setores da sociedade envolvidos com a saúde da mulher e criança para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

Art. 21. Aos Comitês Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal compete:

I - notificar o Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal a ocorrência de todos os óbitos maternos, pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias), neonatais (0 a 27 dias de vida), e fetais (peso ao nascer maior ou igual a 500g);

II - enviar as fichas da investigação e o relatório de análise para o Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, de acordo com os prazos estabelecidos;

III - verificar e zelar pelo correto preenchimento dos Prontuários e dos documentos de Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DNV) ocorridos no estabelecimento;

IV - implementar e acompanhar medidas propostas pelos Comitês que visem evitar a mortalidade materna, infantil e fetal no estabelecimento;

V - definir a evitabilidade do óbito materno, infantil e fetal identificando os fatores determinantes no âmbito hospitalar;

VI - avaliar a qualidade da assistência prestada à mulher e à criança na instituição;

VII - implementar e acompanhar as ações de segurança do paciente referentes aos cuidados obstétrico, puerperal, e infantis; e

VIII - realizar discussões clinicas, com todos os profissionais, sobre os eventos ocorridos durante a interface clínica de todos os óbitos.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Os Comitês devem ser constituídos e organizados de forma a se manterem autônomos e independentes, respeitando as orientações expedidas pelo Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

Resolução (0587923) SEI 1320.01.0003930/2018-15 / pg. 31

Art. 23. Os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Compartilhados deverão elaborar seu Regimento Interno, a partir do escopo desta Resolução, onde devem ser definidos objetivos, finalidades, estrutura e funcionamento.

§1º O Comitê Estadual tem o prazo de sessenta (60) dias, a partir da publicação desta Resolução, para aprovar seu Regimento Interno.

§2° Os Comitês Regionais, Municipais e Compartilhados terão o prazo de seis (06) meses para serem constituídos e elaborarem seus Regimentos Internos a partir da aprovação e divulgação do Regimento Interno do Comitê Estadual.

Art. 24. Os membros dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal exercerão seus mandatos pelo período de 2 (dois) anos, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante papel social pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos, podendo ser reconduzidos, desde que não haja novos candidatos.

Art. 25. A inexistência de representações de quaisquer uma das entidades arroladas no art. 12 não impede a organização e o processo de trabalho do Comitê.

Art. 26. Fica revogada a Resolução SES/MG nº 4.031, de 19 de novembro de 2013, que trata da reorganização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna e os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Infantil.

Art. 27. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação

Belo Horizonte, 18 de novembro de 2015.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Manual dos Comitês de

Mortalidade Materna

3ª edição
1ª reimpressão

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2009

© 2007 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 3ª edição – 1ª reimpressão – 2009 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Comissão Nacional de Mortalidade Materna
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6.º andar
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 3315-2869
Fax: (61) 3315-3403

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Elaboração:
Regina Coeli Viola – Área Técnica de Saúde da Mulher
Otaliba Libânio – Secretaria de Vigilância em Saúde
Lucilene Dias Cordeiro – Secretaria de Vigilância em Saúde

Colaboração:
Adelaide Suely Oliveira – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
Dirlene M. Ildefonso Silveira – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Leila Rangel da Silva – Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras
Maria Helena Prado de Mello Jorge – Faculdade de Saúde Pública – USP
Nereu Henrique Mansano
Paula Viana – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
Paulo de Jesus Hartmann Nader – Sociedade Brasileira de Pediatria
Pedro Pablo Chacel – Conselho Federal de Medicina
Ruy Laurenti – Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – USP.
Sayonara Gurgel – Conselho Federal de Enfermagem
Sérgio H. de A. Martins Costa – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

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

ISBN 978-85-334-1330-6

1. Mortalidade materna. 2. Saúde da mulher. 3. Política de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WQ 16

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0235

Títulos para indexação:
Em inglês: Committees Manual of the Maternal Mortality
Em espanhol: Manual de los Comités de Mortalidad Materna

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233 1774/2020 Fax: (61) 3233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Cinthia Kikuchi
Revisão: Lilian Assunção e Vania Lucas
Fotografia da capa: João Brasil
Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos
Impressão, acabamento e expedição: Editora MS

Sumário

Apresentação 5

1 Introdução 7

2 Mortalidade Materna 9
- 2.1 Situação Atual 9
- 2.2 Conceitos Básicos 12

3 Comitê de Mortalidade Materna 19
- 3.1 Histórico 19
  - 3.1.1 A Experiência Internacional 19
  - 3.1.2 A Experiência Brasileira 20
- 3.2 Conceito 20
- 3.3 Finalidades e Funções 21
- 3.4 Caráter dos Comitês 22
- 3.5 Composição 22
- 3.6 Organização dos Comitês 24

4 Notificação Compulsória do Óbito Materno 25

5 Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna 27
- 5.1 Declaração de Óbito 27
  - 5.1.1 Preenchimento da Declaração de Óbito 28
- 5.2 Identificação e Investigação dos Óbitos Maternos 33
  - 5.2.1 Agilização do Fluxo da Declaração de Óbito 33
  - 5.2.2 Fontes de Informação 34
  - 5.2.3 Triagem dos Óbitos 35
  - 5.2.4 Levantamento de Dados 35
- 5.3 Correção dos Dados Notificados 36
- 5.4 Análise do Óbito Materno 37
- 5.5 Elaboração e Divulgação do Relatório 38
- 5.6 Propostas para Intervenções 40
- 5.7 Avaliação 40
- 5.8 Interlocução com Gestores 41
- 5.9 Recursos 41

Referências 43

Anexos 45

Anexo A – Capítulo XV da CID 10 45

Anexo B – Modelo de Regimento Interno 50

Anexo C – Portaria n.° 653, de 28 de maio de 2003 53

Anexo D – Portaria n.° 20, de 3 de outubro de 2003 55

Anexo E – Portaria n.° 1.399, de 15 de dezembro de 1999 62

Anexo F – Declaração de óbito 77

Anexo G – Resolução n.° 1.601, de 9 de agosto de 2000 78

Anexo H – Modelo de carta utilizada pelo Município de Porto Alegre 81

Anexo I – Modelo de Credencial 83

Anexo J – Modelo de mapa de óbito de mulheres em idade fértil 84

Anexo K – Modelo de Carta de Apresentação 85

Anexo L – Modelos de Instrumentos de Notificacão de Óbito de Mulher em Idade Fértil e de Investigação Confidencial do Óbito Materno 86

Apresentação

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

Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Na perspectiva da eqüidade, o pacto incorpora ações específicas para mulheres negras e índias e seus recém-nascidos.

No processo de construção deste Pacto, a implantação dos comitês de morte materna foi identificada como uma das ações estratégicas. De fato, é uma importante estratégia para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis relativas à mortalidade materna. Com base nesses dados, estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

Este manual, publicado pelo Ministério da Saúde, por meio de parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher e a Secretaria de Vigilância à Saúde, com a colaboração da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, tem como principais funções oferecer subsídios às secretarias estaduais e municipais de saúde para a criação e o funcionamento de comitês de morte materna, bem como para implantar e implementar a notificação compulsória do óbito materno.

1 Introdução

As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal. Hoje, graças a esse desenvolvimento, tornou-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos às mulheres, levando-as à morte.

Ciente dessa realidade, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, incluindo a atenção obstétrica. Uma estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno é a criação e o fortalecimento de comitês de morte materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar.

Os comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada cuja área de atuação é Saúde da Mulher. Os comitês, portanto, exercem um importante papel de controle social. Seus objetivos são identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Eles também contribuem para a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes.

2 Mortalidade Materna

2.1 Situação Atual

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

Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.

Nas Américas, essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente quando vimos que o Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde locais fossem semelhantes as dos países desenvolvidos.

Em alguns países com situação econômica desfavorável, como Cuba e Costa Rica, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser um indicador da decisão política de garantir a saúde a esta parcela da população.

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

Assim, levando-se em conta apenas os óbitos declarados, a razão de mortalidade materna brasileira declinou durante a década de 80, mantendo-se inalterada entre 1988 e 1997, quando sofreu uma discreta elevação, em especial pelo aumento da razão de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas. Como estes óbitos são de difícil registro, sugere-se que este aumento tenha sido devido a uma melhoria na qualidade das informações, provavelmente associado ao processo de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil por meio dos comitês de morte materna. Em 1996, o Ministério da Saúde modificou o formulário para a declaração de óbito, introduzindo perguntas específicas para mulheres de 10 a 49 anos sobre o momento da morte e o fato de estar grávida ou se esteve grávida, com o objetivo de ampliar a captação dos óbitos maternos.

No período de 1999 a 2001, a razão de morte materna do Brasil apresentou uma queda, que pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a questão da mortalidade materna ganhou maior visibilidade e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para este enfrentamento.

Em 2003, a razão de mortalidade materna no Brasil obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a razão de mortalidade materna corrigida[1] é de 72,4 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.572 óbitos maternos.

Os maiores valores são encontrados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e o menor na região Sudeste.

Quanto às causas da morte, predominaram as obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna com recorte racial/étnico. O quesito "cor", apesar de constar na declaração de óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. Dessa forma, a sub-notificação da variável "cor" na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil.

Entende-se por população negra aquela composta pelas pessoas que se declaram de cor preta e as que se declaram de cor parda.

Os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas no período de 2000 e 2003. Em 2003, o percentual de óbitos maternos de mulheres da cor parda foi 41,5%. Os óbitos maternos das mulheres da cor branca ficaram em segun-

[1] Pesquisa realizada por Laurenti e colaboradores em todas as capitais brasileiras que identificou o fator de correção de 1,4.

do lugar. Entre as mulheres pretas observou-se um aumento proporcional de óbitos por causas diretas (12,3%) e uma pequena redução entre as causas indiretas (0,4%). A região Centro-Oeste apresentou um aumento proporcional superior a 50% entre as causas diretas e uma redução de 79% entre as indiretas. Por outro lado, na região Sul verificou-se uma redução de 6% de óbitos por causas diretas e um aumento das causas indiretas.

Em 2003, entre as causas diretas, a doença hipertensiva específica da gestação (a eclâmpsia – O15 e a pré-eclâmpsia – O14) representou a primeira causa de óbito entre todas as categorias de raça/cor consideradas. Entre as mulheres brancas, esse tipo de causa representou 22,4%, entre as pretas 35,3% e entre as mulheres pardas a participação foi de 26,7%. Entre as mulheres pretas, o descolamento prematuro da placenta também foi superior ao observado entre as mulheres brancas e pardas. Os óbitos por aborto apresentaram maior participação entre as mulheres pretas e pardas (14,2% e 11%, respectivamente).

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial; fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

Quadro 1. Razão de mortalidade materna no Brasil e regiões, ano de 2003

Região	2003		
	Óbitos maternos*	Nascidos vivos**	RMM***
Brasil	1.572	3.038.251	51,7
Norte	177	311.335	56,9
Nordeste	584	930.145	62,8
Sudeste	492	1.181.131	41,7
Sul	200	389.675	51,3
Centro-oeste	119	225.965	52,7

Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS. Sem fator correção.

* São consideradas as categorias e subcategorias do capítulo XV (exceto 096 e 097) e B20 a B24, desde que possível a informação de gravidez, no momento da morte ou até 42 dias antes do óbito, A34, M83.0, F53.D39.2 e E23.0.

**Exceto os ignorados.

*** Dados tabulados pelo SIM/Sinasc no mês de julho de 2005.

2.2 Conceitos Básicos

Morte Materna (Óbito Materno)

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

Mortes por Causas Maternas

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

Morte Materna Obstétrica

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

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

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

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

Morte Materna não Obstétrica

Morte materna não obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores, como morte não relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

Morte Materna Tardia

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

Morte Materna Declarada

A morte materna é considerada declarada quando as informações registradas na declaração de óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

Morte Materna não Declarada

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

Morte Materna Presumível ou Mascarada

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

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

Lista de Máscaras que Devem ser Pesquisadas na Busca Ativa dos Óbitos Maternos

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

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

Vale enfatizar a importância do preenchimento correto da DO pelos médicos, evitando as máscaras e identificando os fatores que realmente ocasionaram o quadro patológico, sem os quais não ocorreria a morte. Assim, será possível identificar o óbito materno, definir o perfil da mortalidade e elaborar políticas de combate às suas causas com maior eficiência.

É recomendável que cada região, estado ou município produza a sua lista de causas que comumente mascaram mortes maternas e induzem à subinformação, de forma a tornar mais eficiente a investigação de óbitos femininos. Essa lista é mutável (no tempo e no espaço), podendo ser acrescentados outros diagnósticos, daí ser importante sua revisão periódica.

Morte Relacionada à Gravidez

Morte relacionada à gravidez é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das mortes obstétricas com as não obstétricas.

Mulher em Idade Fértil

Segundo a definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade.

No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos.

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

Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

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

Morte Hospitalar

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

Morte Domiciliar

Morte domiciliar é aquela que ocorre dentro do domicílio.

Morte em Via Pública

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

Nativivo ou Nascido Vivo

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

Óbito Fetal

Óbito fetal é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de depois da separação, o feto não respirar nem dar outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Abortamento

É a expulsão ou extração de um produto da concepção, sem sinais de vida, com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 22 semanas de gestação.

O aborto é tão-somente o produto da concepção expulso no abortamento. É a perda ou óbito fetal com menos de 500g e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 22 semanas de gestação.

Razão de Mortalidade Materna

Relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos.

Freqüentemente, a razão de mortalidade materna é chamada de "taxa" ou "coeficiente". Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão "razão".

No cálculo da razão de mortalidade materna, devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10 (Anexo A), com exceção dos códigos O96 e O97 (morte materna tardia e morte por seqüela de causa obstétrica direta). Algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas: tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII); transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V); necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV), mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.). Nos últimos três casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.

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

Cálculo:

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

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

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

Razão de Mortalidade Específica

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

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

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

O exemplo seguinte refere-se à razão de mortalidade materna por eclâmpsia:

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

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

Hipertensão: CID9, capítulo XI soma-se os óbitos registrados com os códigos 642.0, 642.3, 642.4, 642.5, 642.6, 642.7 e 642.9. Não são considerados os códigos 642,1 e 642,2.

CID10 capítulo XV soma os óbitos registrados com os códigos O11, O13, O14, O15 e O16.

Hemorragia: CID9 capítulo XI soma-se os óbitos registrados com os códigos 640, 641, 665.0, 665.1 e 666.

CID10 capítulo XV códigos O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1 e O72.

Infecção puerperal: CID9 capítulo XI código 670.

CID10 capítulo XV códigos O85 e O86.

Gravidez que termina em aborto: CID9 capítulo XI códigos 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638 e 639.

CID10 capítulo XV códigos O.00 a O.08.

Aborto: CID 10 capítulo XV códigos O.03 a O. 07.

Fator de Correção

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

Cálculo:

$$FC = \frac{\text{N.º de óbitos maternos declarados + N.º de óbitos maternos identificados na investigação}}{\text{N.º de óbitos maternos declarados}}$$

3 Comitê de Mortalidade Materna

3.1 Histórico

3.1.1 A Experiência Internacional

Os primeiros comitês de morte materna de que se tem notícia foram criados nos Estados Unidos, na Filadélfia, em 1931, e em Nova Iorque, no ano seguinte. Mas a experiência internacional mais conhecida do trabalho dos comitês acabou sendo a do Reino Unido.

Preocupados em diminuir o número de mortes maternas, os ingleses iniciaram em 1952 a primeira Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas. Os resultados serviram como base para o desenvolvimento de medidas eficazes de prevenção dos óbitos. E foi tão positivo que as investigações continuam se realizando até hoje, com publicação periódica de relatórios.

Na América Latina, é digna de nota a experiência de Cuba com os comitês. Lá, existe, desde 1987, uma comissão nacional responsável por analisar todos os óbitos maternos do país, notificando-os em, no máximo, 24 horas e investigando-os no prazo de 15 dias. As avaliações dos óbitos retornam às instituições de saúde onde eles ocorreram, e os dados gerados alimentam o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade Materna.

Após a Conferência de Nairobi, em 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Na América Latina, esse pacto pela saúde se refletiu no estímulo à implantação de novos comitês de morte materna a partir de 1990, com a 23.ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Nessa reunião, foi estabelecido um conjunto de resoluções que, entre outras, recomendava a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna.

Ao final de 1995, quase todos os países da América Latina e do Caribe registravam, com diferentes graus de desenvolvimento, a implementação e o funcionamento de comitês de morte materna e/ou de sistemas de vigilância das mortes maternas. Atualmente, existem comitês nacionais, regionais e locais na Argentina, na Colômbia, no Equador, no México, na Nicarágua, no Panamá, no Paraguai e no Peru. Em Cuba, República Dominicana e Guatemala existem comitês nacionais e regionais. O Chile tem apenas um comitê nacional. Nos demais países, não há informações relativas à formação de comitês.

3.1.2 A Experiência Brasileira

No Brasil, a implantação dos comitês estaduais de morte materna tem sido adotada como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde.

Mas foi a partir de 1987 que, de fato, se deu o desenvolvimento dos comitês de morte materna em todo o Brasil. Com o apoio do Ministério da Saúde, formaram-se os primeiros Comitês Municipais no Estado de São Paulo. Em seguida, o movimento ganhou maior dimensão, chegando aos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro.

Nesse processo, o Ministério contou com uma equipe de consultores formada por gestores estaduais, professores universitários e representantes de sociedades científicas. A heterogeneidade dos integrantes, característica desse grupo pioneiro, mais tarde se consolidaria como estratégia dos comitês para garantir a sintonia entre as políticas propostas e as reais necessidades dos diferentes segmentos da população.

Mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país, o Ministério da Saúde conseguiu que fossem implantados comitês estaduais de morte materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Estes comitês contaram também com assessoria técnica do Ministério para a definição de planos de ação, a captação de recursos financeiros, e para sensibilização de autoridades sanitárias para a adoção de medidas de prevenção às mortes maternas.

Neste ínterim, em 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna, grupo que congrega representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimento de mulheres e técnicos de notório saber.

Em 2005, os 27 comitês estaduais de morte materna estavam implantados. No mesmo ano, registrava-se a existência de 172 comitês regionais, 748 municipais e 206 hospitalares.

Apesar de constituir estratégia bem aceita por todos os estados brasileiros, a implantação de comitês oscila entre avanços e retrocessos. Isso indica a necessidade de se fortalecer o controle social neste processo, de forma a garantir a sua continuidade.

3.2 Conceito

Os comitês de morte materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na re-

gião de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher.

3.3 Finalidades e Funções

Estimulo à Criação de Comitês

- Promoção de seminários regionais e municipais de sensibilização, em articulação com a sociedade civil organizada.
- Capacitação permanente dos membros de comitês.

Investigação de Óbitos

- Realização de investigações dos óbitos maternos nas localidades onde o setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde não está capacitado. Ou, ainda, quando essa for a decisão local.

a) Da natureza do óbito

   – Triagem dos óbitos declaradamente maternos, dos não-maternos e dos presumíveis,e preenchimento da ficha de investigação;

   – Investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil para identificação de mortes maternas não declaradas.

b) Das circunstâncias em que ocorreu o óbito

   – Verificação das condições de assistência à mulher;

   – Identificação das características da estrutura social (família e comunidade).

Análise do Óbito

- Avaliação dos aspectos da prevenção da morte: definição da evitabilidade do óbito materno;
- Identificação dos fatores de evitabilidade:
  a) da comunidade e da mulher;
  b) profissionais;
  c) institucionais;
  d) sociais;
  e) intersetoriais;
  f) inconclusivos;
  g) ignorados.

Informação

- Participação na correção das estatísticas oficiais, facilitando o fortalecimento dos sistemas de informações;
- Divulgação de relatórios para todas instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas.

Educação

- Promoção da discussão de casos clínicos nos comitês hospitalares;
- Promoção do debate sobre a persistência dos níveis de mortalidade materna a partir de evidências epidemiológicas;
- Promoção do debate sobre a problemática da mortalidade materna através da realização de eventos de prevenção, de programas de reciclagem e de educação continuada e da produção de material educativo.

Definição de Medidas Preventivas

- Elaboração de propostas de medidas de intervenção para a redução do óbito materno a partir do estudo de todos os casos.

Mobilização

- Promoção da interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.

3.4 Caráter dos Comitês

Os comitês são fundamentalmente interinstitucionais e multiprofissionais. Têm uma atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas.

3.5 Composição

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

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

A representação do movimento de mulheres negras e índias pode garantir um recorte de raça e etnia às finalidades e funções dos comitês.

A representação do Ministério Público nos comitês é da maior relevância para definir formas inovadoras de garantir a implementação das medidas preventivas definidas pelos comitês. No Estado de Pernambuco foi assinado protocolo de intenção entre o Ministério Público daquele estado e o Comitê de Estudos da Mortalidade Materna que estabelece uma cooperação mútua visando à adequada atenção à saúde da mulher e o fortalecimento das políticas públicas para a maternidade segura. Este convênio foi objeto de várias reuniões entre o comitê e o Ministério Público constituindo um preâmbulo a outro convênio assinado ulteriormente entre o Ministério Público e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Os comitês de morte materna podem ser compostos por representantes das seguintes instituições:

- Secretarias de saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde);
- Conselho Regional de Medicina;
- Conselho Regional de Enfermagem;
- Sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras);
- Movimento de mulheres;
- Movimento de mulheres negras e índias;
- Faculdades de medicina, enfermagem e saúde pública;
- Conselhos de saúde;
- Ministério Público;
- Secretarias, coordenadorias ou conselhos de defesa dos direitos da mulher.

Os municípios que têm parteiras devem contemplar sua representação no comitê.

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

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

Em se tratando de comissão ou comitês de estudo dos óbitos hospitalares, recomenda-se a seguinte composição: chefe da obstetrícia, chefe da enfermagem, enfermeiros e demais categorias profissionais envolvidas com a atenção ao parto.

3.6 Organização dos Comitês

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

De qualquer maneira, é importante que comitês municipais e hospitalares estejam vinculados às secretarias estaduais de saúde, de forma a obter o apoio técnico-administrativo essencial ao exercício de suas funções, atuando como órgãos de assessoria técnica para correção de estatísticas oficiais, definição de estratégias e acompanhamento da execução das mesmas.

O primeiro passo para a criação de um comitê de morte materna é a promoção de um seminário ou oficina para sensibilizar os representantes das instituições escolhidas para compô-lo. Nessa ocasião, é aconselhável colocar em debate as informações relativas à assistência obstétrica e ao planejamento familiar; os dados e as classificações de óbitos maternos disponíveis; e as características, funções, finalidades e operacionalização dos comitês. Uma vez confirmado o interesse das instituições presentes em compor o comitê de morte materna, é feita a convocação oficial.

Alguns comitês promovem seminários, oficinas ou cerimônias de posse de seus membros para informar a população em geral do início de suas atividades. Outros realizam a primeira reunião, quando se debate uma proposta de regimento interno (Anexo B). Nas reuniões seguintes, é elaborado um plano de ação.

Comitês estaduais geralmente incluem em seu plano de ação como atividade principal a formação de comitês regionais ou municipais. Os demais comitês costumam iniciar suas atividades com a investigação imediata dos óbitos maternos.

4 Notificação Compulsória do Óbito Materno

No dia 28 de maio de 2003, o Dr. Humberto Costa, Ministro de Estado da Saúde, levando em consideração que a redução da morte materna é uma prioridade, assinou a Portaria n.º 653 (Anexo C), estabelecendo que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória, tornando obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno (BRASIL, 2003b). Definiu, ainda, que o instrumento para notificação compulsória é a declaração de óbito, que deve seguir o fluxo estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde para regulamentação do Sistema de Informação sobre Mortalidade conforme os Arts. 10.º, 11, 12 e 13, da Seção III, da Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que foi substituída pela Portaria n.º 20, de 3 de outubro de 2003, que regulamenta a coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde (SIM) e Sinasc (Anexo D).

5 Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna

A vigilância epidemiológica é definida como "a observação e a análise rotineira tanto da ocorrência e distribuição das doenças como dos fatores relacionados ao seu controle, para a execução oportuna das ações".

A Portaria n.º 1.399 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), publicada em 15 de dezembro de 1999 (Anexo E), estabelece na seção III, artigo 3.º, inciso XIII, que a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é uma das atribuições do município, cabendo a ele garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades. Entende-se, daí, que as ações de vigilância epidemiológica de morte materna devem ser executadas pelas secretarias municipais e, de forma complementar ou suplementar, pelas secretarias estaduais de saúde.

Dada a importância da realização dessa prática, nos locais onde os setores de vigilância epidemiológica não estão aptos a assumi-la, recomenda-se que os comitês de morte materna o façam. Nesse caso, as atividades devem ser desenvolvidas em profunda parceria com os departamentos de vigilância epidemiológica, de forma a alimentar seus sistemas de informação de estatísticas vitais.

5.1 Declaração de Óbito

A declaração de óbito (DO) é um documento oficial que serve como prova da morte de um indivíduo. Ela atende a duas finalidades básicas: cumprir as exigências legais de registro dos óbitos e servir de fonte de dados para estatísticas sanitárias. É especialmente importante no que se refere à vigilância epidemiológica da morte materna, servindo como ponto de partida para as investigações.

Segundo a Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973), Artigo 77, nenhum sepultamento deve ser feito sem certidão de óbito emitida pelo cartório local, extraída após lavratura do assento do óbito à vista da DO As informações declaradas ficam registradas nos livros de registro competentes e não são modificadas, a não ser por decisão judicial.

Em 1975, o Ministério da Saúde adotou um mesmo modelo de declaração de óbito para todo o país, que sofreu modificações, sendo hoje constituído de nove blocos e contém 62 variáveis (Anexo F). O bloco destinado

à declaração das causas da morte foi elaborado segundo o "Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa da Morte", usado em todos os países e recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

5.1.1 Preenchimento da Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito deve ser preenchida pelo médico em três vias. Conforme os termos do Artigo 115, do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988), é vedado ao médico deixar de atestar óbito do paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver suspeita de morte violenta. A resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1601/2000, (Anexo G) por sua vez, veda ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo se o fizer como plantonista ou médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Nos casos de morte natural sem assistência médica, a DO deve ser fornecida somente pelos médicos do Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Caso o local não conte com esse serviço, o atestado deve ser assinado pelos médicos do serviço público de saúde local. Na falta deles, qualquer médico local pode atestar a morte, especificando, entretanto, "óbito sem assistência médica". Não havendo médico na localidade, a declaração de óbito deve ser emitida por um declarante e duas testemunhas maiores e idôneas, podendo ser parentes do morto que presenciaram ou se certificaram do óbito.

Já nos casos de morte natural com assistência médica, a DO do paciente internado sob regime hospitalar deve ser fornecida pelo médico que o assistiu ou, 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).

Se a morte ocorreu de forma 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 este mister.

Em caso de morte súbita, com causa desconhecida, recomenda-se investigar as causas da morte por meio de estudo anatomopatológico.

Do ponto de vista epidemiológico, o bloco VI da DO, referente às causas da morte, é uma das partes mais importantes, pois contém valiosas informações sobre os motivos que levaram ao óbito. Ele deve ser preenchi-

do de forma a permitir a correta identificação da causa básica, isto é, da 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. A seguir, são apresentados exemplos de DO preenchidas incorretamente e como deveriam ser preenchidas.

1.º Exemplo:

Mulher atendida na emergência às 22h com quadro de queda da pressão arterial, hemoglobina de 7 g/l, volume globular de 28%, dor à palpação de abdome, distensão abdominal e macicez de decúbito. Às 23h, foi encaminhada para laparotomia e recebeu duas unidades de concentrado de hemácias. Na cirurgia, sofreu parada cardíaca. Durante a laparotomia, constatou-se quadro de gravidez ectópica rota.

Causas da morte na DO:

Parte I

a) Parada cardiorrespiratória

b) Insuficiência renal aguda

c) Choque hipovolêmico

Comentário: o médico que cuidou do caso constatou a gravidez ectópica rota mas não a declarou na DO. A forma correta de preenchimento seria:

Parte I

a) Falência de órgãos

b) Choque hipovolêmico

c) Anemia aguda

d) Gravidez ectópica rota

2.º Exemplo:

Parturiente de 23 anos, III gesta, I para, I aborto, dez consultas de pré-natal desde janeiro. Internada no dia 28/9/97, às 2h, com história de gestação no curso do nono mês, em trabalho de parto, apresentação cefálica, dilatação cervical de 6cm, PA 110X60. Deu à luz às 5h45 do mesmo dia. Às 8h detectou-se hemorragia pós-parto, sendo a puérpera submetida à histerectomia subtotal e evoluindo para óbito às 9h40 no transoperatório.

Causas da morte na DO:

Parte I

a) Anemia aguda

b) Hemorragia intensa

c) Coagulopatia intravascular disseminada

Comentário: Foi omitido que a coagulopatia foi decorrente de um quadro grave de hemorragia puerperal. A declaração de óbito deveria ter sido preenchida da seguinte maneira:

Parte I

a) Anemia aguda

b) Hemorragia interna

c) Coagulopatia intravascular disseminada pós-parto

Parte II - Gestação de nove meses

3.º Exemplo

Parturiente de 15 anos, casada há dois anos, primigesta, nove consultas de pré-natal desde o segundo mês. No final da gestação diagnosticou-se, pelo ultra-som, apresentação fetal pélvica. Na ocasião, apresentavam-se quadros hipertensivos. Segundo familiares, "quando as dores apertaram, o marido levou para o hospital de madrugada e a médica deu uma injeção e disse que não estava na hora" (sic). A paciente passou a madrugada com dor e, como não melhorou, retornou ao hospital pela manhã, ficando em observação. Segundo o prontuário, às 7h, ela foi admitida em trabalho de parto com idade gestacional de 40 semanas e DHEG leve. Na sala de pré-parto, houve evolução do quadro com pico hipertensivo de 190X110mmHg, e a paciente foi medicada com aldomet 750mg/dia e hidralazina. Às 14h15, foi indicada cesárea devido à apresentação pélvica, detectado feto morto em primigesta e evolução de DHEG leve para grave. Por ocasião da indução anestésica, a paciente teve convulsões generalizadas que persistiram no transoperatório, evoluindo com parada cardiorrespiratória irreversível. O corpo foi encaminhado para o SVO, cujo laudo foi:

- Causa indeterminada
- Edema cerebral
- Congestão polivisceral

Causas da morte na DO:

Parte I

a) A esclarecer dependendo de exames complementares

Comentário: O médico patologista não recebeu as informações sobre a história de saúde da paciente e, assim, não conseguiu determinar a causa de óbito. Na realidade, o próprio médico que atendeu à paciente já tinha feito o diagnóstico. O atestado de óbito deveria ter sido preenchido da seguinte forma:

Parte I

a) Parada cardiorrespiratória

b) Convulsões eclâmpticas

c) Edema cerebral

d) Eclâmpsia grave

Parte II - Gestação de nove meses

Feto morto

4.º Exemplo

Paciente de 19 anos, casada há um ano, primigesta, fez pré-natal desde o segundo mês de gestação. A partir do quarto mês foi diagnosticada gestação de alto risco. No quinto mês, a gestante esteve internada e foi aconselhada a interromper a gravidez. Antes da data prevista para a interrupção, teve uma parada cardíaca. Foi internada com diagnóstico de cardiopatia reumática descompensada. No terceiro dia de internação, teve nova parada cardíaca, respondendo às manobras de ressuscitação. Foi feita cesárea para retirada de feto morto. Às 20h, fez outra PCR em assistolia, sem resposta às manobras.

Causas da morte na DO:

Parte I

a) Edema e congestão pulmonar

b) Cardiopatia dilatada

c) Cardiopatia reumática crônica com estenose mitral acentuada

Comentário: foi omitido o estado gestacional da paciente, a causa verdadeira da descompensação de seu estado de saúde. Assim, o atestado deveria ter sido preenchido da seguinte forma:

Parte I

a) Edema e congestão pulmonar

b) Cardiopatia dilatada

c) Cardiopatia reumática crônica complicada pela gestação

Parte II - Cardiopatia reumática crônica com estenose mitral acentuada

Gestação de 5 meses

5.º Exemplo

Paciente de 21 anos, branca, solteira, estudante, última gestação em 20/8/97, gesta II, aborto II, usava anticoncepcional hormonal. Admitida em 23/1/98 às 11h30, com três a quatro meses de gestação e sangramento vaginal. No momento da admissão, apresentava quadro de choque hipovolêmico com P.A. 60X30 mmHg, pulso 120 bpm e mucosas hipocoradas. Por ocasião do internamento, a paciente negava a gravidez. Diagnosticou-se aborto incompleto infectado, sendo indicada curetagem uterina sob anestesia peridural e administradas 30 unidades de syntocinon. Após a curetagem, apresentava hemorragia uterina. Às 12h45 perdeu o acesso venoso, sendo transferida para a UTI do hospital B com diagnóstico de choque hipovolêmico e septicemia por abortamento infectado. O óbito ocorreu às 15h05.

Causas da morte na DO:

Parte I

a) Choque septicêmico

b) Endometrite

Comentário: O preenchimento da DO foi incorreto. A causa básica do óbito (aborto não especificado complicado com hemorragia – CID O06.1) não foi mencionada. A maneira correta de preenchimento seria:

a) Choque

b) Septicemia

c) Endometrite

d) Aborto incompleto infectado

Vale lembrar que os manuais de preenchimento da declaração de óbito devem estar disponíveis nos setores de vigilância epidemiológica de todas as secretarias de saúde.

5.2 Identificação e Investigação dos Óbitos Maternos

A investigação dos óbitos maternos proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências e serve de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para prevenção desse tipo de morte no futuro. Ela deve ser iniciada pelos profissionais que digitam os dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)[1] e/ou realizada pelos setores de vigilância epidemiológica ou pelos comitês, dependendo da demanda local.

Nesse último caso, é importante que os membros dos comitês que não fazem parte do quadro administrativo das secretarias de saúde sejam oficialmente credenciados por autoridades dessas instituições, de forma a facilitar a investigação nos hospitais e demais serviços de saúde (Anexo I).

Amparados por portarias governamentais e credenciados por autoridades sanitárias, os membros do comitê responsáveis pelas investigações são elementos representativos da estrutura governamental, estando, portanto, aptos a acessar os prontuários médicos. No entanto, para evitar possíveis entraves ao trabalho, o comitê pode definir que membros de associações comunitárias que não são profissionais de saúde não sejam destacados para funções investigativas.

5.2.1 Agilização do Fluxo da Declaração de Óbito

Ao iniciar a investigação de óbitos maternos, deve-se verificar nas regionais, nos municípios ou distritos se o fluxo da DO está formalizado e se é ágil. Do contrário, medidas de regularização desse fluxo devem ser tomadas, assegurando a chegada da DO às secretarias municipais de saúde no período mais breve possível (de preferência, no máximo sete dias após o óbito).

Uma vez que o óbito da mulher conduz, com freqüência, à desintegração familiar com mudança de domicílio, a agilidade no fluxo da DO é muito importante – só assim, é possível efetuar a tempo a visita domiciliar, fonte de importantes esclarecimentos sobre óbito materno.

A Portaria n.º 20/2003 (BRASIL, 2003a), da Secretaria de Vigilância em Saúde, publicada em 9 de outubro de 2003, que regulamenta a coleta, o fluxo e a periodicidade do envio de dados sobre óbitos para o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), define que as secretarias municipais de saúde são responsáveis pelo fornecimento gratuito de DO à estabelecimentos de saúde, Institutos Médico Legais (IML), Serviços de Verificação

[1] Na Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre quando uma declaração de óbito é mal preenchida o setor de informação envia, sistematicamente, cartas aos médicos solicitando informações sobre o evento (Anexo H)

de Óbitos (SVO), cartórios do Registro Civil e médicos cadastrados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em caso de óbito natural ocorrido em estabelecimentos de saúde, a primeira das três vias da DO deve ser entregue preenchida diretamente à secretaria municipal de saúde. A segunda via deve ser entregue à família da falecida para a obtenção da certidão de óbito junto ao Cartório do Registro Civil, que reterá o documento. A terceira deve ser arquivada no prontuário da falecida. Já 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 ou central de óbitos, as três vias da DO preenchidas pelos médicos devem ser encaminhadas pela família da falecida 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.

Finalmente, quando chegam às secretarias municipais de saúde, as DO's são encaminhadas às secretarias estaduais, responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação de Mortalidade, para seu processamento. No caso dos municípios com o SIM descentralizado, esta rotina é neles executada e os dados, por quaisquer dos meios usados, são encaminhados para as secretarias estaduais de saúde (SES). Estas, por sua vez, enviam os dados já consolidados para a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS) a cada três meses, obedecendo ao seguinte calendário: 10 de abril, 10 de julho, 10 de outubro e 10 de janeiro do ano seguinte. O fechamento estatístico de cada ano pela SVS deverá ocorrer até o dia 30 de junho do ano subseqüente.

É importante ressaltar que a DO deve ser registrada no local de ocorrência do óbito, que não necessariamente é o mesmo onde morava a mulher, o que permite a classificação do óbito por local de ocorrência e residência. Assim, nos casos de morte fora da localidade de domicílio, é recomendável que se enviem cópias da DO e da ficha de investigação ao setor de vigilância epidemiológica ou ao comitê do município de residência da falecida.

5.2.2 Fontes de Informação

Para a detecção eficaz do maior número de casos de óbitos maternos e a captação de informações detalhadas sobre cada uma dessas mortes, no primeiro ano de investigação, deve-se checar a relação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) elaborada com dados do SIM, com as relações provenientes dos hospitais e cartórios de registro civil. Caso não sejam semelhantes, deve-se identificar as causas, corrigindo-as.

Também é preciso promover a integração de dados provenientes de fontes diversas, tais como, o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e, nos municípios atendidos pelos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, do Sistema de Informação de Ações Básicas (Siab).

Nas regiões onde há elevada omissão de registro de óbitos e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, é conveniente checar fontes alternativas de informação, como igrejas, cemitérios não-oficializados, associações de moradores, curandeiros e parteiras, entre outras. Isso requer a articulação dos setores de vigilância epidemiológica e dos comitês com todos esses segmentos, de forma a assegurar a obtenção de dados com regularidade e periodicidade.

5.2.3 Triagem dos Óbitos

No primeiro ano de investigação, recomenda-se que todos os óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos sejam analisados para que os casos de morte materna não declarada não escapem ao investigador. Com a prática ou quando não há disponibilidade de tempo, devem ser investigados, pelo menos, os óbitos maternos declarados e os presumíveis.

De posse da cópia da DO, deve-se proceder ao mapeamento dos óbitos de mulheres em idade fértil (Anexo J). A partir desse ponto, outros membros da equipe devem ser mobilizados para integrar a investigação dos possíveis casos de óbito materno não declarado.

5.2.4 Levantamento de Dados

Munido de credencial, carta de apresentação (Anexo K), cópia da DO e Instrumento de Identificação de Óbito de Mulher em Idade Fértil, o representante do comitê ou o técnico da vigilância epidemiológica deve dirigir-se ao domicílio da falecida ou à instituição hospitalar, para confirmar ou descartar a possibilidade de gravidez, aborto ou parto no momento do óbito ou até 12 meses antes.

Se, durante a entrevista domiciliar ou na investigação nos serviços de saúde, ficar evidente que a mulher não estava grávida no momento do óbito ou até um ano antes da morte, não há necessidade de dar prosseguimento à investigação.

Se a investigação iniciar pela visita domiciliar e for confirmada a gestação, o investigador deve continuar a entrevista, a fim de obter as informações necessárias ao preenchimento da parte B do Instrumento de Investigação Confidencial do Óbito Materno. Para preencher as partes C e D do Instrumento de Investigação e, assim, concluir a pesquisa, devem

ser procurados os serviços de saúde que atenderam a mulher ou, quando for o caso, o SVO ou o IML. Essa busca visa levantar o maior número possível de informações mediante a análise de prontuários ambulatoriais e hospitalares, laudos do SVO ou do IML ou entrevistas com os profissionais de saúde que atenderam à mulher. Caso a visita domiciliar não seja conclusiva, essas etapas assumem importância ainda maior.

Da mesma forma, se a investigação iniciar pelos serviços de saúde e não for conclusiva, recomenda-se que seja feita a entrevista domiciliar para confirmar o óbito materno e completar as lacunas das partes A e B do Instrumento de Investigação. Quando necessário, deve-se procurar também o IML para o preenchimento da parte D.

Se for possível confirmar o óbito materno e preencher as partes B e C do Instrumento apenas com a visita aos serviços de saúde, pode-se encerrar a investigação com o preenchimento da parte D .

No Anexo L, encontram-se os modelos dos Instrumentos e da Ficha-Resumo de Investigação Confidencial de Óbitos Maternos, que são os instrumentos oficiais para investigação de óbitos de mulheres em idade fértil de que trata a Portaria n.º 653, caso o estado ou município não possua instrumento com esta finalidade abrangendo pelo menos as informações constantes nos instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde.

Se o comitê optar pelo uso de uma simplificação desses modelos, é aconselhável que se mantenham as mesmas variáveis de informações coletadas, de modo a garantir a consolidação dos dados nos âmbitos nacional e estadual.

O comitê e/ou os setores de vigilância epidemiológica devem estar articulados com os SVO e os IML, já que os mesmos podem proceder ao exame anatomopatológico do útero e anexos em todas as necrópsias realizadas nas mulheres em idade fértil contribuindo para a identificação de óbitos maternos.

Nos casos de óbito materno não declarado ou sem assistência médica, deve-se proceder à entrevista domiciliar para o preenchimento das partes A e B do Instrumento de Investigação. Além dos familiares, sugere-se que sejam ouvidos amigos ou pessoas que atenderam ou acompanharam a falecida antes, durante ou após a gestação ou aborto, e por ocasião do óbito.

5.3 Correção dos Dados Notificados

Do ponto de vista estatístico, a correção das informações sobre as causas de morte é um procedimento fácil. Não há necessidade de refazer os

registros em cartório. Tanto os comitês municipais, regionais ou estaduais quanto o setor de vigilância epidemiológica podem, após investigação, anotar os esclarecimentos com a real causa de óbito em folha anexa à DO e corrigir os dados no SIM, tomando cuidado para não causar duplicidade de registro.

O óbito que não tem DO pode constar nos relatórios dos comitês de morte materna.

5.4 Análise do Óbito Materno

Depois de efetuar o preenchimento do Instrumento de Investigação do Óbito Materno, o comitê ou o setor de epidemiologia deve promover reunião para analisar ampla e detalhadamente os casos.

Na ocasião, devem-se analisar o perfil socioeconômico da falecida, a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto e puerpério, a precisão dos dados da declaração de óbito, se era um óbito materno declarado ou não, se a morte era evitável, e quais seriam os fatores de evitabilidade e as medidas de prevenção cabíveis.

Nesse momento, é fundamental a participação dos membros do comitê especialistas em obstetrícia para avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados à mulher. Quando o município não dispõe de médicos em condições de realizar esta avaliação, o comitê regional e/ou estadual devem colaborar com o municipal, garantindo a análise dos óbitos.

A experiência de alguns comitês regionais mostra que convidar para essas reuniões chefes de centros de saúde e hospitais ou os profissionais de saúde que atenderam a mulher pode ser muito produtivo na correção imediata das irregularidades assistenciais que levaram ao óbito.

Cientes de que o propósito da investigação de óbito materno não é culpabilizar pessoas ou serviços, mas tão-somente prevenir a morte por causas similares no futuro, os setores de vigilância epidemiológica e os comitês devem definir os critérios que utilizarão para estabelecer a evitabilidade de cada óbito materno.

Assim, é necessário procurar aplicar critérios de evitabilidade que não se limitem à análise das medidas terapêuticas adotadas, mas que levem em conta os seguintes fatores:

- Da comunidade e da mulher: considerar os casos em que ocorreu uma recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas. Ou, ainda, por falta de reconhecimento do problema.

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

5.5 Elaboração e Divulgação do Relatório

Terminadas as etapas de investigação e análise dos óbitos, o próximo passo é a elaboração de um relatório contendo os estudos dos casos analisados e as medidas de prevenção formuladas para estimular a redução da mortalidade materna naquela área de abrangência.

Assim, a cada três meses, os comitês regionais ou municipais enviam os mapas de óbitos de mulheres em idade fértil e cópias das fichas-resumo de investigação para o Comitê Estadual de Morte Materna. De posse desses dados, o comitê estadual os consolida e elabora um relatório anual descrevendo a situação no estado.

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

1 óbitos de mulheres em idade fértil em cada município e número de óbitos maternos anual;

2 óbitos maternos e número de nascidos vivos por município (Sinasc) e as razões de mortalidade materna de cada localidade;

3 número de óbitos maternos e razão de mortalidade anual por grupos etários (10-14, 15-19, 20-29, 30-34, 35-39, 40-49);

4 proporção de óbitos maternos por raça/cor;

5 número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna segundo a instituição onde ocorreu o óbito;

6 número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna segundo o número de consultas e o início do pré-natal;

7 número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna por causas diretas, indiretas. Número de óbitos maternos não obstétricos;

8 número de óbitos maternos por grupos de causas e razão de mortalidade específica por causas mais comuns;

9 número de óbitos maternos evitáveis por grupos de causas;

10 número de óbitos maternos evitáveis e não-evitáveis por município de residência;

11 listagem de óbitos maternos e seus principais fatores intervenientes.

Além das tabelas básicas, outras devem ser elaboradas levando-se em conta características socioeconômicas da mulher, raça/etnia, condições físicas do recém-nascido ou número de gestações da falecida, entre muitos outros fatores.

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

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

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

Este relatório deve ser apresentado aos membros dos comitês regionais e municipais, estudiosos do assunto e principalmente às autoridades de saúde, visando contribuir para a execução de estratégias para a redução dos índices da mortalidade materna no estado. É importante divulgá-lo também junto aos meios de comunicação, de forma a atingir o público em geral e mobilizar a sociedade.

Os canais de divulgação podem incluir publicações médicas e de saúde; publicações oficiais do sistema de saúde (boletins e informativos de vigilância, por exemplo); meios de comunicação em geral.

5.6 Propostas para Intervenções

Evidentemente, o comitê não deve esperar pelo relatório anual para propor medidas de intervenção. A principal tarefa do comitê é perceber em cada caso investigado o que deve ser modificado para evitar novas mortes e comunicar isto àqueles que podem conduzir ou realizar estas mudanças. Só assim, será capaz de contribuir para a redução da mortalidade.

Sabe-se que são as secretarias de saúde e os diretores dos serviços de saúde os responsáveis pela definição e implementação de ações. Os comitês, no entanto, têm o dever de apontar os problemas existentes e sugerir a estas instâncias alternativas para solucioná-los.

5.7 Avaliação

O comitê deve acompanhar a avaliação sistemática dos indicadores de processo e de impacto da assistência obstétrica, que deve ser realizada pelas áreas técnicas das secretarias de saúde. A inexistência desta avaliação por parte das secretarias deve ser objeto de demanda por parte do comitê, uma vez que a assistência obstétrica é o principal instrumento do setor Saúde para o combate à mortalidade materna.

Sugere-se que sejam avaliados como indicadores de impacto a taxa de fecundidade nas faixas etárias de maior risco; a razão de mortalidade materna; a razão de morte materna por causa e por faixa etária; a proporção de óbitos maternos por raça/etnia mortalidade infantil, a mortalidade infantil por causas; e a percentagem de baixo peso ao nascer. Vale ressaltar que num primeiro momento o aumento dos indicadores de impacto é freqüentemente observado nos estados e municípios que têm problemas de sub-registro e/ou subinformação, indicando, portanto, uma melhoria no registro e na qualidade da informação prestada.

Como indicadores de processo, entende-se que devem ser considerados, pelo menos: a cobertura pré-natal; a média do número de consultas

de pré-natal; a percentagem de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação; a prevalência no uso de anticoncepcionais nas mulheres unidas em idade fértil; e a cobertura de parto institucional. Como indicadores de qualidade recomenda-se o acompanhamento da taxa de cesárea; percentagem de gestantes vacinadas com toxóide tetânico; percentagem de gestantes que realizaram VDRL e a letalidade materna hospitalar.

5.8 Interlocução com Gestores

É absolutamente indispensável que os gestores da área de Saúde tenham conhecimento dos problemas existentes em sua região. Só assim eles podem investir de forma eficiente em políticas que atendam às necessidades sanitárias de sua população. Desse modo, a presidência do comitê ou todo o colegiado deve trabalhar para manter a interlocução permanente com os gestores em sua área de abrangência de modo a participar da elaboração dos planos anuais para redução da mortalidade materna.

O comitê também deve procurar o diálogo com outras instituições não pertencentes ao segmento Saúde, mas que estejam envolvidas na resolução da problemática da morte materna, de forma a solicitar a sua participação na implementação de alternativas.

5.9 Recursos

Os recursos para o funcionamento dos comitês de morte materna devem ser fornecidos pela direção do Sistema Único de Saúde em suas diferentes instâncias. As instituições da sociedade civil organizada também podem contribuir com a cessão dos seus técnicos para atuação junto aos comitês.

Para que os comitês de morte materna cumpram, adequadamente, com suas funções, é fundamental que as secretarias estaduais e municipais de saúde aloquem recursos financeiros, materiais e humanos:

- Nos setores de vigilância epidemiológica, para que sejam investigados os óbitos de mulheres em idade fértil;
- Na organização e qualificação da atenção obstétrica e ao planejamento familiar, conforme indicação do comitê;
- E, por fim, para as atividades próprias dos comitês, entendendo que os comitês necessitam de recursos para promoção de suas reuniões; organização de comitês hospitalares, municipais ou regionais e elaboração de informativos anuais.

Os profissionais de saúde que constituem os recursos humanos dos comitês podem ser os que já atuam no setor de vigilância epidemiológica existente ou na Área Técnica de Saúde da Mulher, aproveitando sua disponibilidade parcial ou total de carga horária e/ou de vínculo empregatício para a execução das funções do comitê.

Referências

BRASIL. Lei n.º 6.015 de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1973. p. 13528.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. *NOB – SUS 1996*: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 20, de 3 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out. 2003a. n. 196, seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde Noas-SUS 01/2002. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002. n. 40, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 653/GM, de 28 maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 maio 2003b. v. 103, seção 1, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1999. n.º 240-E.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Código de ética médica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-1577.

_____. Resolução n.º 1.601, de 9 agosto 2000. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 160, 18 ago. 2000.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [S.l.], v. 7, p. 449-460, 2004.

Anexos

Anexo A – Capítulo XV da CID 10

Complicações de Gravidez, Parto e Puerpério

Exclui: doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 – B24);

Necrose pós-parto da hipófise (E23.0);

Osteomalácia puerperal (M83.0);

Tétano obstétrico (A34);

Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).

O00-O08 Gravidez que termina em aborto

O00 Gravidez ectópica

O01 Mola hidatiforme

O02 Outros produtos anormais da concepção

O03 Aborto espontâneo

O04 Aborto por razões médicas e legais

O05 Outros tipos de aborto

O06 Aborto não especificado

O07 Falha de tentativa de aborto

O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério

O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério

O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta

O12 Edema e proteinúria gestacionais (induzidos pela gravidez), sem hipertensão

O13 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa

O14 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa

O15 Eclâmpsia

O16 Hipertensão materna não especificada

O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

O20 Hemorragia do início da gravidez

O21 Vômitos excessivos na gravidez

O22 Complicações venosas na gravidez

O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez

O24 Diabetes *mellitus* na gravidez

O25 Desnutrição na gravidez

O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez

O28 Achados anormais do rastreamento *(screening)* antenatal da mãe

O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto

O30 Gestação múltipla

O31 Complicações específicas de gestação múltipla

O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto

O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita

O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos

O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas

O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados

O40 Poli-hidrâmnio

O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico

O42 Ruptura prematura de membranas

O43 Transtornos da placenta

O44 Placenta prévia

O45 Descolamento prematuro da placenta (abruptio placentae)

O46 Hemorragia anteparto não classificada em outra parte

O47 Falso trabalho de parto

O48 Gravidez prolongada

O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto

O60 Parto pré-termo

O61 Falha na indução do trabalho de parto

O62 Anormalidades da contração uterina

O63 Trabalho de parto prolongado

O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má posição ou má apresentação do feto

O65 Obstrução do trabalho de parto devido à anormalidade pélvica da mãe

O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto

O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte

O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal

O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical

O70 Laceração do períneo durante o parto

O71 Outros traumatismos obstétricos

O72 Hemorragia pós-parto

O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias

O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto

O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificadas em outra parte

O80-O84 Parto

O80 Parto único espontâneo

O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator

O82 Parto único por cesariana

O83 Outros tipos de parto único assistido

O84 Parto múltiplo

O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O85 Infecção puerperal

O86 Outras infecções puerperais

O87 Complicações venosas no puerpério

O88 Embolia de origem obstétrica

O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério

O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte

O91 Infecções mamárias associadas ao parto

O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto

O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte

O95 Morte obstétrica de causa não especificada

O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de um ano, após o parto

O97 Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas

O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério

O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério

Observações:

O08 – Este código só deve ser usado para classificar morbidade.

O30 – Não deve ser usado para codificação de causa básica.

O32 – Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isso ocorrer, usar O33.

O33.9 – Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3.

O64 – Não deve ser usado se houver menção de O65. Se isso ocorrer usar O65.

O80-O84 – Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique, como complicações não especificadas de trabalho de parto e parto, O75.9.

O95 – Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente "materna" ou 'obstétrica'.

Anexo B – Modelo de Regimento Interno

REGIMENTO INTERNO

TÍTULO I
DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS

Art. 1.º A Secretaria Estadual/Municipal de Saúde ou o Conselho Estadual/Municipal de Saúde institui o Comitê Estadual/Regional/Municipal de Mortes Maternas (CMM), de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2.º O CMM é um comitê interinstitucional, com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes maternas ocorridas no Estado/Região/Município.

TÍTULO II
DAS FINALIDADES

Art. 3.º São finalidades do CMM:

I - divulgar a necessidade de instalação dos comitês regionais/municipais/locais de mortalidade materna;

II - reunir dados levantados a nível regional/local, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;

III - elaborar relatório analítico anualmente;

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

TÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 4.º Serão membros natos (relação de instituições governamentais participantes).

Art. 5.º Serão membros indicados (relação de instituições não governamentais e técnicos de reconhecida atuação no campo).

Art. 6.º Serão membros convidados.

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

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

TÍTULO IV
DO FUNCIONAMENTO

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

Para Comitês Estaduais:

Art. 9.º O CMM estará representado a nível regional pelos Comitês Regionais de Mortes Maternas.

Art. 10.º O CMM 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.

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

TÍTULO V
DA COMPETÊNCIA

Art. 12 Ao presidente compete:

Art. 13 Ao vice-presidente compete:

Art. 14 Ao secretário executivo compete:

Art. 15 Aos membros do Comitê compete:

TÍTULO VI
(No caso de Comitês Estaduais) DOS COMITÊS REGIONAIS

Art 16 Os Comitês Regionais de Mortes Maternas (CRMM) são comitês interinstitucionais, cujo objetivo é obter informações sigilosas sobre óbitos maternos ocorridos a nível regional.

Art. 17 O CRMM será constituído com as mesmas características do CEMM.

Art. 18 A atuação do CRMM se dará conforme o seguinte fluxo:

TÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

Anexo C – Portaria n.° 653, de 28 de maio de 2003

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que:

- o Governo Brasileiro é signatário de acordos e resoluções internacionais mediante os quais comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna, tais como aqueles oriundos da Conferência sobre Maternidade sem Risco, realizada em 1987, no Kenya; a Resolução XVII da XXIII Conferência Sanitária, realizada em 1990; a Cúpula Mundial em Favor da Criança, realizada em 1991;
- estudos realizados no País demonstram que a mortalidade materna é um problema de alta relevância;
- a Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos, estabelece que nenhum sepultamento será feito sem certidão de oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado do médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas, que tiverem presenciado ou verificado a morte;
- a declaração de óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo;
- o dimensionamento real da morte materna no Brasil é dificultado por dois fatores, quais sejam: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito;
- a identificação dos principais fatores de risco associados à morte materna possibilita a definição de estratégias de intervenção;
- a Resolução n.º 256, de 1.º de outubro de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, recomenda a adoção da morte materna como evento de notificação compulsória;
- a redução da morte materna é uma prioridade deste Ministério, para o que vêm sendo implementadas uma série de medidas, **resolve:**

Art. 1.º Estabelecer que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas.

§ 1.º É considerado óbito materno aquele sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação – independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

§ 2.º O instrumento para notificação compulsória de que trata este Art. é a declaração de óbito, que deve seguir o fluxo estabelecido nos Arts. 10.º, 11, 12 e 13, da Seção III, da Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 2.º Definir como obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas podem ocultar o óbito materno.

§ 1.º A referida investigação deverá ser iniciada, no máximo, 30 dias após a ocorrência do óbito.

§ 2.º Em caso de óbito cujas informações registradas na DO não permitiram, inicialmente, a classificação como morte materna, mas que, após a investigação, comprovou-se tratar de óbito desta natureza, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com suas competências, devem incorporar as novas causas ao banco de dados do SIM.

Art. 3.º Determinar que o Centro Nacional de Epidemiologia da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com a Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria de Atenção à Saúde, definam os mecanismos para a operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. A definição dessas diretrizes deverá ocorrer no prazo de até 60 dias.

Art. 4.º Esta Portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Anexo D – Portaria n.° 20, de 3 de outubro de 2003

Publicada no DOU n.º 196, de 9 de outubro de 2003, Secção I, pág. 71

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc.

O Secretário de Vigilância em Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003, e considerando a necessidade de regulamentar as rotinas de coleta de dados e envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos ocorridos no País para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc, resolve:

CAPÍTULO I
Das Disposições Iniciais

Art. 1.º O conjunto de ações relativas a coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Mortalidade–SIM.

Art. 2.º O conjunto de ações relativas a coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os nascidos vivos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc.

CAPÍTULO II
Das Competências

Art. 3.º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, como gestora dos Sistemas de Informações sobre Saúde – SIM e Sinasc, a nível nacional:

I - estabelecer diretrizes e normas técnicas;

II - consolidar os dados provenientes dos estados;

III - estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível estadual;

IV - retroalimentar os dados para os integrantes do Sistema; e

V - divulgar informações e análises epidemiológicas.

Art. 4.º Compete aos Estados:

I - consolidar os dados provenientes das unidades notificadoras dos municípios por meio de processamento eletrônico;

II - estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal;

II - remeter os dados ao nível federal, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos nesta Portaria;

IV - analisar os dados;

V - retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde – SMS;

VI - divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VII - normatizar aspectos técnicos em caráter complementar e atuação do nível Federal para o seu território.

Art. 5.º Compete aos Municípios:

I - coletar e consolidar os dados provenientes das unidades notificantes;

II - enviar os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos estados;

III - analisar os dados;

IV - retroalimentar os dados para as Unidades Notificadoras; e

V - divulgar informações e análises epidemiológicas.

Art. 6.º Compete ao Distrito Federal, no que couber, as atribuições referentes a estados e municípios.

CAPÍTULO III
Dos Sistemas e Documentos-Padrão

Seção I

Do Sistema Informatizado

Art. 7.º Os sistemas informatizados, necessários ao processamento dos dados coletados pelos documentos-padrão, terão sob a responsabilidade do Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS a distribuição das versões atualizadas às Secretarias Estaduais de Saúde, que as repassarão para as Secretarias Municipais, bem como o treinamento para implantação e operação.

Seção II

Dos Documentos-Padrão

Art. 8.º Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito – DO, constante no Anexo I desta Portaria, como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre óbitos e indispensável para a lavratura, pelos Cartórios do Registro Civil, da Certidão de Óbito.

Art. 9.º Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos – DN, constante do Anexo II desta Portaria, como documento padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, do art. 10, da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo único. O DASIS elaborará e divulgará as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN.

Art. 10.º A DO e a DN terão sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da SVS, que poderá delegar estas atividades às Secretarias Estaduais de Saúde.

§ 1.º A DO e a DN serão impressas em três vias, conforme fotolito padronizado pela SVS que poderá ser fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver a delegação prevista neste artigo.

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

§ 3.º As Secretarias Estaduais de Saúde que receberem a delegação prevista neste artigo deverão solicitar ao DASIS, sempre que for necessária a impressão de novos formulários, a faixa numérica a ser utilizada.

Art. 11 As Secretarias Estaduais de Saúde ficarão responsáveis pela distribuição das DO e DN às Secretarias Municipais de Saúde e estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização da cada um dos documentos-padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1.º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DO para as Unidades Notificadoras, a seguir relacionadas:

I - Estabelecimentos de saúde;

II - Institutos Médicos Legais – IML;

III - Serviços de Verificação de Óbitos – SVO; e

IV - Cartórios de Registro Civil.

§ 3.º É permitida a distribuição de formulários de DO a médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, vedada sua distribuição às empresas funerárias.

§ 4.º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DN para as unidades notificadoras, a seguir relacionadas:

I - Estabelecimentos de Saúde, onde possam ocorrer partos; e

II - Cartórios de Registro Civil.

Seção III

Do Processamento dos Dados

Art. 12 Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

Seção IV

Do Fluxo dos Documentos

Art. 13 No caso de óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde, a DO será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

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

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

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

Art. 14 No caso dos óbitos naturais ocorridos fora dos estabelecimentos de saúde e com assistência médica, a DO será preenchida pelo Médico responsável que deverá dar a seguinte destinação:

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

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

§ 1.º Nos casos de óbitos naturais, sem assistência médica a DO deverá ser preenchida pelo Médico do Serviço de Verificação de Óbito – SVO, destinando–se as vias conforme o disposto neste artigo.

§ 2.º Onde não existir o SVO, a DO será preenchida por médico da localidade, que deverá dar a destinação indicada neste artigo.

Art. 15 Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório do Registro Civil solicitando o preenchimento das três vias da DO, que terão a seguinte destinação:

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

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

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

Art. 16 Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, o médico legista do Instituto Médico Legal – IML ou perito designado para tal finalidade, nas localidades onde não existir o IML, deverão preencher as três vias da DO com a seguinte destinação:

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

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

III - 3.ª via: Instituto Médico Legal – IML.

Art. 17 No caso dos partos hospitalares, a DN será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

I - 1.ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

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

III - 3.ª via: arquivo da unidade de saúde junto a outros registros hospitalares da puérpera.

Art. 18 No caso de partos domiciliares com assistência médica, a DN será preenchida pelo médico responsável que deverá dar a seguinte destinação:

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

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

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

Art. 19 No caso de partos domiciliares sem assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado e terá a seguinte destinação:

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

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

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

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

Art. 20 As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nos artigos constantes desta Secção, após consulta e aprovação pela SVS.

CAPÍTULO V

Dos Prazos e Transferência dos Dados

Art. 21 As Secretarias Estaduais de Saúde remeterão, por meio eletrônico, os dados para o DASIS, consolidados trimestralmente, nos seguintes prazos:

I - 1.º trimestre: até 10 de abril;

II - 2.º trimestre: até 10 de julho;

III - 3.º trimestre: até 10 de outubro; e

IV - 4.º trimestre: até 10 de janeiro do ano seguinte.

Parágrafo único. O fechamento do ano estatístico pela SVS deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art. 22 Os arquivos enviados pelas Secretarias Estaduais de Saúde à SVS, deverão ser avaliados quanto à qualidade e integridade antes da realização da transferência.

Art. 23 É responsabilidade dos gestores nos três níveis a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM e do Sinasc.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Finais

Art. 24 A falta de alimentação de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, e sobre Nascidos Vivos – Sinasc, por mais de 60 dias, ensejará a suspensão das transferências dos recursos do Piso de Atenção Básica PAB e o cancelamento da Certificação para Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, bem como a conseqüente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.

Art. 25 Ficam revogadas a Portaria n.º 474, de 31 de agosto de 2000, publicada no DOU n.º 171, Seção I, págs 33 e 34, de 04 de setembro de 2000, Portaria n.º 475, de 31 de agosto de 2000, publicada no DOU n.º 171, Seção I, págs 34 e 35, de 04 de setembro de 2000, republicada no DOU n.º 4, Seção I, pág 109, de 07 de janeiro de 2002 e Portaria n.º 627, de 05 de dezembro de 2001, publicada no DOU n.º 238, Seção I, pág 118, de 14 de dezembro de 2001.

Art. 26. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Jarbas Barbosa da Silva Junior

(*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DOU de 07/10/2003, Seção I,

Anexo E – Portaria n.° 1.399, de 15 de dezembro de 1999

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde – SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e

considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 09 e 10 de Junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

considerando a aprovação dessa Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

CAPÍTULO I

Das Competências

Seção I
Da União

Art. 1.º Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;

IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

V - normatização técnica;

VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;

VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).

VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos estados;

c) retroalimentação dos dados.

X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC, de abrangência nacional;

XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde – SMS e Secretarias Estaduais de Saúde – SES;

XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;

XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;

XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Seção II
Dos Estados

Art. 2.º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;

IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;

V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

VI - assistência técnica aos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;

b) equipamentos de proteção individual;

c) seringas e agulhas;

d) óleo de soja; e

e) equipamentos de aspersão de inseticidas.

IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

Seção III
Dos Municípios

Art. 3.º Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB,

na definição da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV
Do Distrito Federal

Art. 4.º A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

CAPÍTULO II

Da Programação e Acompanhamento

Art. 5.º As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a FUNASA estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas unidades da federação estabeleçam a PPI-ECD estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

CAPÍTULO III

Da Certificação

Art. 7.º São condições para a certificação dos Estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:

a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;

b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;

c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e

d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 8.º A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na CIT;

Art. 9.º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

a) formalização do pleito pelo gestor municipal;

b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;

c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e

d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 10 A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

Art. 11 As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Art. 12 Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

CAPÍTULO IV

Do Financiamento

Art. 13 O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD de cada unidade da federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo I, desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde.

Art. 14 As unidades da federação serão estratificadas da seguinte forma:

a) Estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;

b) Estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

c) Estrato III – Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul

Art. 15 O TFECD de cada unidade da federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

a) valor per capita multiplicado pela população de cada unidade da federação;

b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação;

c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1.º As contrapartidas de que trata a alínea "c" deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 % e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nas alíneas "a" e "b" e da parcela de que trata o § 1.º do artigo 17, desta Portaria.

§ 2.º Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos a população e área territorial de cada unidade da federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Art. 16 A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECD estabelecido, informará à Fundação Nacional de Saúde, o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações programadas, que após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o caput deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 17 Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11 desta Portaria não poderão perceber valores per capita inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente.

§ 1.º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3.º, desta Portaria, será estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor per capita que multiplicado pela população do Município, observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2.º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 18 O repasse dos recursos federais do TFECD será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

CAPÍTULO V

Das Penalidades

Art. 19 O cancelamento da certificação com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior será aplicável nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD;

II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).

§ 1.º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, e ouvida a CIB, a

FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de cancelamento à CIT.

§ 2.º O cancelamento da certificação, observado os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3.º As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assumidas:

a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou

b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

Art. 20 Além do cancelamento de que trata o artigo anterior os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;

II - instauração de tomada de contas especial;

III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;

IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;

V - comunicação à Câmara Municipal;

VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 21 Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, para os estados, municípios e Distrito Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições específicas desses níveis de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no caput deste artigo as ações relativas às doenças abaixo especificadas:

a) Malária;

b) Leishmanioses;

c) Esquistossomose;

d) Febre Amarela e Dengue;

e) Tracoma;

f) Doença de Chagas;

g) Peste;

h) Filariose;

i) Bócio.

Art. 22 Para maior efetividade na consecução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, por parte dos estados, municípios e Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, preferencialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde.

II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF;

IV - integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais – LACEN e da rede conveniada ou contratada com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

CAPÍTULO VII

Das Disposições Transitórias

Art. 23 Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações atualmente executadas pela FUNASA, serão observadas as seguintes regras:

I - será constituída, em cada unidade da federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e COSEMS, que apresentará um Plano de Descentralização detalhado para o estado, a ser aprovado

na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:

a) cronograma de descentralização das atividades;

b) quantitativo e alocação de recursos humanos;

c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.

II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada em conjunto entre a FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde e aprovada na CIB;

CAPÍTULO VIII

Das Disposições Finais

Art. 24 Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se caracterize como melhor árbitro.

Art. 25 A FUNASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, conforme deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações e equipamentos atualmente utilizados nestas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA e cada SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.

Parágrafo Único. Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas regionais existentes nas SES para garantirem a continuidade do funcionamento quando suas instalações e equipamentos forem repassados.

Art. 26 Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FUNASA, incluindo os Distritos Sanitários, que executam ações de controle de doenças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos à SES ou SMS, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser revogada, excetuando-se o quantitativo definido como necessário para as atividades que permanecerão executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 1.º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1.º de janeiro

de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do caput deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

a) aposentadoria de servidores;

b) incorporação de atividades ao PACS e PSF;

c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 2.º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

Art. 27 Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem assim a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28 A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29 As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação, para os agentes de controle de endemias cedidos que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Art. 30 A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1.º Mediante o envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo, a FUNASA realizará o pagamento devido.

§ 2.º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFECD, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

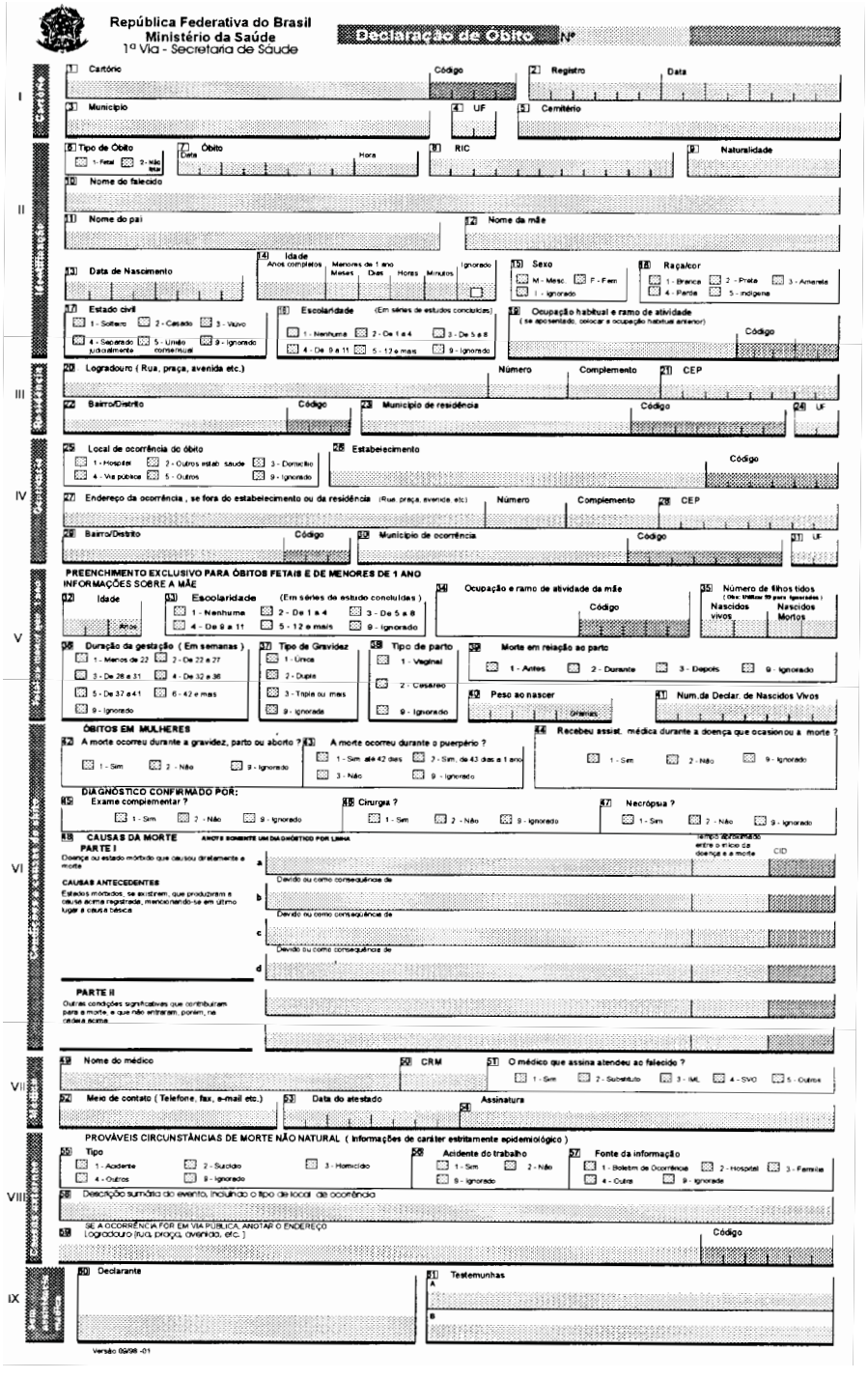
Art. 31 Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para edi-

tar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

Anexo F – Declaração de óbito



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Óbito Nº

I Cartório

1 Cartório — Código
2 Registro — Data
3 Município
4 UF
5 Cemitério

II Falecimento

6 Tipo de Óbito — 1 - Fetal; 2 - Não fetal
7 Data Óbito — Hora
8 RIC
9 Naturalidade
10 Nome do falecido
11 Nome do pai
12 Nome da mãe
13 Data de Nascimento
14 Idade — Anos completos; Menores de 1 ano: Meses, Dias, Horas, Minutos; Ignorado
15 Sexo — M - Masc.; F - Fem.; I - Ignorado
16 Raça/cor — 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Amarela; 4 - Parda; 5 - Indígena
17 Estado civil — 1 - Solteiro; 2 - Casado; 3 - Viúvo; 4 - Separado judicialmente; 5 - União consensual; 9 - Ignorado
18 Escolaridade (Em séries de estudos concluídas) — 1 - Nenhuma; 2 - De 1 a 4; 3 - De 5 a 8; 4 - De 9 a 11; 5 - 12 e mais; 9 - Ignorado
19 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) — Código

III Residência

20 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) — Número; Complemento
21 CEP
22 Bairro/Distrito — Código
23 Município de residência — Código
24 UF

IV Ocorrência

25 Local de ocorrência do óbito — 1 - Hospital; 2 - Outros estab. saúde; 3 - Domicílio; 4 - Via pública; 5 - Outros; 9 - Ignorado
26 Estabelecimento — Código
27 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) — Número; Complemento
28 CEP
29 Bairro/Distrito — Código
30 Município de ocorrência — Código
31 UF

V Fetais e menores de 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

32 Idade — Anos
33 Escolaridade (Em séries de estudo concluídas) — 1 - Nenhuma; 2 - De 1 a 4; 3 - De 5 a 8; 4 - De 9 a 11; 5 - 12 e mais; 9 - Ignorado
34 Ocupação e ramo de atividade da mãe — Código
35 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para ignorados) — Nascidos vivos; Nascidos Mortos
36 Duração da gestação (Em semanas) — 1 - Menos de 22; 2 - De 22 a 27; 3 - De 28 a 31; 4 - De 32 a 36; 5 - De 37 a 41; 6 - 42 e mais; 9 - Ignorado
37 Tipo de Gravidez — 1 - Única; 2 - Dupla; 3 - Tripla ou mais; 9 - Ignorada
38 Tipo de parto — 1 - Vaginal; 2 - Cesáreo; 9 - Ignorado
39 Morte em relação ao parto — 1 - Antes; 2 - Durante; 3 - Depois; 9 - Ignorado
40 Peso ao nascer — Gramas
41 Num.da Declar. de Nascidos Vivos

VI Condições e causas do óbito

ÓBITOS EM MULHERES
42 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ? — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado
43 A morte ocorreu durante o puerpério ? — 1 - Sim, até 42 dias; 2 - Sim, de 43 dias a 1 ano; 3 - Não; 9 - Ignorado
44 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte ? — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
45 Exame complementar ? — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado
46 Cirurgia ? — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado
47 Necrópsia ? — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado

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

VII Médico

49 Nome do médico
50 CRM
51 O médico que assina atendeu ao falecido ? — 1 - Sim; 2 - Substituto; 3 - IML; 4 - SVO; 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; 9 - Ignorado
56 Acidente do trabalho — 1 - Sim; 2 - Não; 9 - Ignorado
57 Fonte da informação — 1 - Boletim de Ocorrência; 2 - Hospital; 3 - Família; 4 - Outra; 9 - Ignorada
58 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
59 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO LOGRADOURO (RUA, PRAÇA, AVENIDA, etc.) — Código

IX Preenchimento pelo serviço de saúde

60 Declarante
61 Testemunhas — A; B

Versão 09/98 -01

Anexo G – Resolução n.° 1.601, de 9 de agosto de 2000

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.601/00 – Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.601/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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

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

É vedado ao Médico:

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

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

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

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

Art. 114 Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

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

CONSIDERANDO que declaração de óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a declaração de óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte;

CONSIDERANDO que morte não natural é aquela que sobrevem em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 9 de agosto de 2.000,

RESOLVE:

Art. 1.º O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito é da responsabilidade do médico que a atestou.

Art. 2.º Os médicos no preenchimento da declaração de óbito obedecerão as seguintes normas:

1) Morte Natural:

i) Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos – SVO.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO.

b) Nas localidades sem SVO.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, e na sua ausência qualquer médico da localidade.

ii) Morte com assistência médica:

a) A declaração de óbito deverá ser fornecida sempre que possível pelo médico que vinha prestando assistência.

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

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

2) Morte Fetal:

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

3) Mortes violentas ou não naturais:

- A declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único: Na localidade onde existir apenas 01 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da declaração de óbito.

Art. 3.º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n.º 1.290/89.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2000.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral

Anexo H – Modelo de carta utilizada pelo Município de Porto Alegre

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

Porto Alegre, de de

Prezado(a) Doutor(a):

O Comitê Municipal de Morte Materna encontra-se realizando busca ativa de todos os óbitos de mulheres em idade fértil visando melhor esclarecer o coeficiente de mortalidade materna deste município.

O objetivo desta pesquisa, de caráter técnico-científico, sigiloso, não coercitivo ou punitivo, visa corrigir as estatísticas do coeficiente de mortalidade materna. Solicitamos que o colega nos esclareça se, quando ocorreu o óbito, a paciente encontrava-se grávida ou até 42 dias após o parto ou se esteve grávida nos 12 meses anteriores ao óbito.

Sua informação é de fundamental importância para que possamos qualificar o preenchimento deste importante documento e, cada vez mais, melhorar a qualidade do estudo e prevenção das mortes maternas em Porto Alegre. Gostaríamos de alertá-lo de que o preenchimento incompleto da declaração de óbito consiste em infração ética conforme parecer do CREMERS.

Segue o novo modelo da DO (Declaração de Óbito) para que os senhores possam familiarizar-se e preenchê-lo com a devida precaução para que possamos proceder aos estudos estatísticos quantitativos e qualitativos das mortes maternas ocorridas em nosso município. Os campos que se referem à mortalidade materna são 43 e 44.

Óbitos em Mulheres

43 A morte ocorreu durante a gravidez, oparto 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

Atenciosamente,

Soraia Nilsa Schmidt
Presidente do CMEPMM

Anexo I – Modelo de Credencial

Ofício n.º

Prezado(a) Senhor(a),

Temos a honra de confirmar a participação de Vossa Senhoria no Comitê de Morte Materna, instalado neste Estado/Região/Município.

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

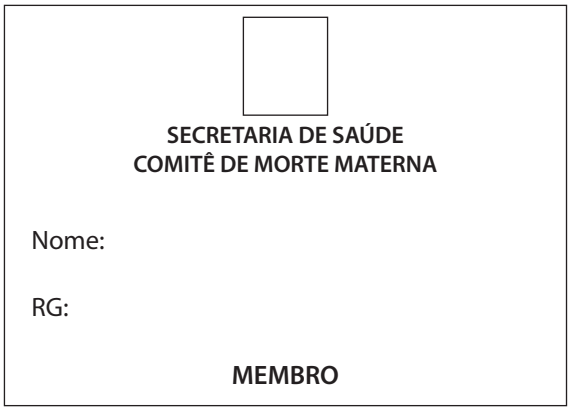
Antecipadamente agradecemos sua colaboração e apresentamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Presidente do Comitê de Morte Materna

ou

Secretário de Saúde



Anexo J – Modelo de mapa de óbito de mulheres em idade fértil

COMITÊ MUNICIPAL/REGIONAL DE MORTE MATERNA

Endereço: _____ Fone: _____ Ramal: _____

Regional de Saúde: _____

Mapa dos óbitos femininos durante o período _____ a _____ (trimestral) Ano: _____

1. Nome da Falecida	2. Idade	3. Município residência (DO)	4. Causa da morte declarada na DO	5.não investigada	6. Investigada			7. Causa da morte após investigação	8. Descartado OM		9. Nome do investigador
					Pront.	Entrev. medic.	Entrev. famil.		Sim	Não	

_____ _____ _____

Local Data Presidente do Comitê

Anexo K – Modelo de Carta de Apresentação

Ofício n.º

Senhor Diretor,

O Comitê de Morte Materna, criado pela Portaria n.º ....., atua de forma confidencial e sigilosa, está procedendo à investigação dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico das mortes maternas e sugerir intervenções de saúde que visem reduzi-las.

Para tanto, é necessário que o ....., membro desse Comitê, tenha acesso aos profissionais que atenderam as pacientes e/ou prontuários respectivos. Portanto solicitamos que Vossa Senhoria facilite a investigação, participando dessa forma do processo que visa melhorar a atenção à saúde da mulher. Qualquer outra colaboração de Vossa Senhoria será bem recebida por este Comitê/Secretaria.

Sendo o que se apresenta para o momento, apresentamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Secretário de Saúde/ Presidente do Comitê

Anexo L – Modelos de Instrumentos de Notificacão de Óbito de Mulher em Idade Fértil e de Investigação Confidencial do Óbito Materno

Parte A – Instrumento de notificação de óbito de mulher em idade fértil

1. Nome:	
2. Data de falecimento: / /	3. Número da DO
4. Endereço habitual / rua/ n.º/complemento	
Bairro:	Município:
5. Telefone:	
6. Local da ocorrência:	
Município:	

7. Descreva com detalhes a doença ou o fato (acidente ou violência) que levou à morte.	
8. A falecida estava grávida ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe ⌊_⌋⌊_⌋	Em caso negativo, encerrar a investigação. ***Em caso positivo ou NÃO SABE, prosseguir.*** ***No caso de NÃO SABE se houver evidências durante a entrevista de que a falecida não ficou grávida, encerrar a investigação.***

Nome do entrevistador:	
	Data: / /

Parte B – Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno (Dados Em Domicílio)

Quando a visita domiciliar não for suficiente para levantar todas as informações contidas nessa parte do instrumento, o investigador deve procurar o ambulatório ou hospital que atendeu a mulher.

Nome:
Número da DO:

9. Dados Pessoais

9.1 Idade (em anos completos)	⌊_⌋	9.2 Qual era a raça /cor dela?			⌊_⌋
9.3 Ela vivia com companheiro? 1. Sim 2. Não 99. Não Sabe ⌊_⌋		Branca	01	Amarela	04
		Preta	02	Vermelha (Indígena)	05
		Parda	03	Não Sabe	99

9.4 Ela freqüentou a escola até que ano?	⌊_⌋	9.5 Qual era a renda total familiar no mês em que ocorreu a morte? (em salário mínimo)	⌊_⌋
Não freqüentou	01	Sem renda	01
1.º Grau incompleto	02	Menos de 1 salário	02
1.º Grau completo	03	De 1 até 2 salários	03
2.º Grau incompleto	04	Mais de 2 a 3 salários	04
2.º Grau completo	05	De 4 a 6 salários	05
3.º Grau incompleto	06	Mais de 6 salários	06
3.º Grau completo	07	Não sabe	99
Não sabe	99		

9.6 Calcule a renda *per capita* dividindo a renda total pelo número de membros da família.	9.7 A falecida tinha algum convênio privado de saúde?. 1. Sim 2. Não 99. Não sabe ⌊_⌋

10. História Obstétrica (excluindo a gestação atual) *(caso alguma resposta não se aplique, marque 88)*

10.1 Quantas vezes ela engravidou?	
10.2 Quantas foram partos vaginais?	
10.3 Quantas foram cesarianas?	
10.4 Quantas terminaram em aborto?	
10.5 Quantos nasceram vivos?	
10.6 Quantos nasceram mortos?	
10.7 Quando foi a última gestação anterior a esta? (Anotar o tempo e anos completos).	

10.8 Ela Teve Algum Problema De Saúde Nas Gestações Anteriores? 1. Sim 2. Não 88 Não Se Aplica 99. Não Sabe ⌊_⌋	10.8.1 Em Caso Positivo, Qual? _____ _____

11. Antecedentes Pessoais

11.1 Ela tinha alguma doença, anterior à gravidez, conhecida pela família? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe ⌊_⌋⌊_⌋	11.1.1 Em caso positivo, qual? (anotar todas que referir)
11.2 Fazia algum tratamento? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe ⌊_⌋⌊_⌋	11.2.1 Em caso positivo, qual? (anotar todas que referir) _____ _____
11.3. Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe ⌊_⌋⌊_⌋ 11.3.1 Em caso negativo: Porque? 1. Queria engravidar 2. Não tinha acesso ao serviço 1. O serviço não tinha método 5. Outras.....99. Não sabe.....	

12. Gestação Atual

12.1 Ela fez pré-natal? Em caso de não ou não sabe, ir para a questão 12.5 1. Sim 2. Não 99. Não sabe ⌊_⌋⌊_⌋	12.1.1 Em caso positivo, anotar endereço. _____ _____ _____
12.1.2 Tem o cartão do pré-natal? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe ⌊_⌋⌊_⌋	12.1.3 Se não tiver, sabe me informar quantas consultas ela fez? Consultas 99. Não sabe ⌊_⌋⌊_⌋

SE O INFORMANTE TIVER O CARTÃO, ANOTAR TODOS OS DADOS DO CARTÃO NO QUADRO ABAIXO E PASSAR PARA A PERGUNTA 12.2

Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apres.	Intercorrências	Terapêutica

12.1.4 Sabe quantos meses tinha de gestação quando começou o pré-natal? └┘└┘
(De 1 a 9. Caso não sabe, colocar 99)

12.1.5 Sabe com quantos meses ela estava quando fez a última consulta? └┘└┘
(De 1 a 0. caso não sabe, colocar 99)

12.2 Sabe se ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe └┘└┘	12.2.1 Em caso positivo, anotar endereço. _____ _____ _____
12.3 Ela foi considerada gestante de risco e encaminhada a uma unidade de referência para tratamento de algum problema relacionado à gestação de risco? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe └┘└┘	12.3.1. Ela foi atendida nessa unidade de referência? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe └┘└┘
12.4.Ela foi internada durante a gestação? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe └┘└┘	12.4.1 Em caso positivo, quantas vezes foi internada? _____ _____ _____

12.4.2 Em que locais?
_____
_____

12.4. Porque?
_____
_____

12.5 Se ela não fez o pré-natal, sabe o porquê?
_____
_____

13.1 – Momento do óbito

└┘└┘

1. Durante o aborto
2. Após aborto
3. Na gestação
4. No parto (até 1 hora após parto).
5. No puerpério (até 42 dias do término da gestação)
6. Entre o 43.º dia e até 1 ano após o término da gestação

99. Não sabe

13.2 Onde ela morreu?

└┘└┘

1. No hospital
2. Em casa
3. Na via pública
4. Na casa da parteira
5. Outro lugar (especificar)

13.3 Em caso de hospital: 13.3.1 Nome do estabelecimento de saúde _____	
13.3.2 Qual foi o setor hospitalar em que ocorreu o óbito? └┴┘	01. UTI 02. Enfermaria 03. Centro obstétrico 04. Pronto atendimento 05. Outros 99. Não sabe
13.4 Endereço do local do óbito _____	
14.1 Local do parto ou aborto └┴┘	01. Hospital 02. Domicílio 03. Outro 99. Não sabe
14.1.1 Em caso de aborto/parto, em que data ocorreu?	___/___/___
14.1.2 Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto? Em caso de parto, passar para 14.2.1 └┴┘	01. Sim 02. Não 99. Não sabe
14.1.3.O aborto foi: └┴┘	01. Espontâneo 02. Induzido 03. Provocado 99. Não sabe
14.1.4 Após o aborto a falecida apresentou algum destes sintomas? └┴┘	01. Não apresentou nada 02. Febre 03. Sangramento vaginal 04. Secreção vaginal com mal cheiro 05. Dor na barriga 06. DIficuldade de urinar ou defecar 07. Falta de apetite/náuseas 08. Tonturas/desmaios 09. Tristeza/depressão 10. Outros 99. Não sabe (passar para o item 14.3)

14.2.1 Qual foi o tipo de parto?

01. Não teve parto ela morreu com o bebê na barriga
└┘└┘ 02. Parto vaginal
03. Cesariana
99. Não sabe

14.2.2 Quem fez o parto?

01. Médico
02. Enfermeira
└┘└┘ 03. Parteira
04. Outros (especificar)
99. Não sabe

14.2.3 Ela teve problema durante ou depois do parto?

01. Sim
└┘└┘ 02. Não
99. Não sabe

14.2.4 Se positivo qual?

_____

14.3 Em algum momento da gravidez, parto, aborto ou puerpério ela precisou ir para a uti?

01. Sim
└┘└┘ 02. Não (ir para o item 14.4.1)
99. Não sabe

14.3.1 Se positivo, a UTI era:

01. No mesmo hospital
└┘└┘ 02. Em outro (qual?)
03. Não sabe
04. Não conseguiu vaga

14.3.2 Ela teve alta depois que abortou ou pariu?

01. Sim
└┘└┘ 02. Não (ir para o item 15)
99. Não sabe

14.3.3 Se positivo, qual o problema de saúde que ela teve depois do aborto/parto que levou a morte ?

_____

14.3.3 1 Ela foi internada novamente?

01. Sim
└┘└┘ 02. Não (ir para o item 15)
99. Não sabe

14.3.4 Se sim, aonde?

_____

15 Condições do nascimento (em caso de parto domiciliar)

_____

15.1 O bebê nasceu

01. Vivo
└┘└┘ 02. Morto
99. Não sabe

16. Alguma crítica em relação ao atendimento hospitalar, ou a qualquer outro serviço de saúde, que ela tenha procurado quando precisou resolver o problema que a levou à morte? (problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vagas, falta de medicamento, discriminação do serviço com relação à família entre outras)

_____
_____
_____

Nome do entrevistador:

_____
_____

Parte C – Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno (Dados Hospitalares)

Nome da falecida: _____

Número da DO.:_____

Tipo de seguro saúde _____

17. História da internação_____

17.1. Data da internação: ____/___/___

17.1.1 Procedência └┴┘	1. Domicílio no mesmo município.....1
	2. Domicílio em outro município.....2
	3. Transferida de outro hospital no mesmo município
	4. Transferida de hospital em outro município
	5. Encaminhada de outro hospital no mesmo município
	6. Encaminhada de hospital em outro município
	7. Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município
	8. Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município
	99. Sem informação

17.1.2 Motivo da internação: (copie ou faça um resumo do motivo da internação):

_____

_____

_____

17.1.3 Hipótese diagnóstica registrada no prontuário:

_____

_____

_____

17.1.4 condição de internação └┴┘	1. Boa
	2. Regular
	3. Grave
	4. Agonizante
	5. Sem vida
	6. Sem informação no prontuário

17.2 Evolução

17.2.1 Evolução e tratamento médico (registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inapropriados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento) se necessário anexar folhas em branco

_____
_____
_____

17.2.2 Anotações de Enfermagem:

_____
_____
_____

17.2.3 Anotações do anestesista:

_____
_____
_____

17.3 Causa(s) da morte escrita(s) no prontuário:

_____
_____
_____

18. Gestação atual 18.1 Data da última menstruação ___/___/___ 18.2 Data provável do parto ___/___/___	
19 Término da gestação	
19.1 A gestação terminou em	Não houve expulsão do embrião/feto
	Aborto espontâneo
	Aborto induzido permitido por lei
	Aborto provocado
	Aborto sem menção de espontâneo ou provocado
	Expulsão da mola hidatiforme
	Complicações por gravidez ectópica
	Parto vaginal
	Parto forceps
	Cesariana

19.2 Data do termino da gestação	_____/____/____
19.3 Idade gestacional	Em semanas _____se não houver colocar em meses _____.
19.4.1 Em caso de aborto provocado ou induzido. qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto? (Neste item pode ser assinalado mais de um procedimento)	1. Amiu/sucção
	2. Drogas qual?_____
	3. Curetagem
	4. Substâncias cáusticas
	5. Físicos (sondas, etc.)
	6. Micro-cesárea
	7. Chás caseiros
	8. Sem informação no prontuário
	99. Não sabe
19.4.2 Intercorrências no aborto	1. Não apresentou nada
	2. Febre
	3. Sangramento vaginal
	4. Secreção vaginal com mal cheiro
	5. Dor na barriga
	6. Dificuldade de urinar ou defecar
	7. Falta de apetite/náuseas
	8. Tonturas/desmaios
	9. Tristeza/depressão
	10. Infecção
	11. Perfuração
	12. Outros (especificar)
	88. Sem informação no prontuário
	99. Não sabe
19.5 Parto (responder quando a gestação terminou em parto com mais de 20 semanas) 19.5.1 Indução do parto	1. Sim
	2. Não
	88. Sem informação no prontuário
	99. Não sabe
19.5.2 Duração do trabalho de parto (partograma)	_____horas 88. Sem informação no prontuário
19.5.3 Drogas usadas durante o trabalho de parto	Nome da droga e dosagem _____ sem informação no prontuário

19.5.4 Bolsa rota	1. Sim
	2. Não
	88. Sem informação no prontuário
	99. Não sabe
19.5.5 Se a bolsa estava rota anotar o tempo	_____h 88. Sem informação no prontuário
19.5.6 Intercorrência no trabalho de parto .	1. Sem complicações
	2. Eclâmpsia
	3. Pré-eclâmpsia
	4. Sangramento
	5. TP prolongado
	6. Obstrução do trabalho de parto
	7. Hipertonia
	8. Sofrimento fetal
	9. Corioamnionite
	10. Outra (especificar)
	88. Sem informação no prontuário
	99. Não sabe
19.5.7 Intercorrência no parto	1. Sem complicações
	2. Atonia uterina
	3. Retenção placentária
	4. Laceração de partes moles
	5. Outras (especificar)
	6. Sem informação no prontuário
	7. Não sabe
19.5.8 Indicação da cesariana	1. O parto foi vaginal
	2. Duas ou mais cesáreas anteriores
	3. Cesárea em morte materna iminente ou post mortem
	4. Sofrimento fetal
	5. Desproporção céfalo-pélvica
	6. Distocia funcional
	7. DPP/feto vivo
	8. Prolapso de cordão
	9. Iminência e/ou rotura uterina
	10. Outra (especificar)
	11. Sem informação

19.6 Informações adicionais 19.6.1 Outros procedimentos realizados além do parto, da cesárea ou do aborto	0. Não houve necessidade de realizar outros procedimentos
	1. Histerectomia
	2. Ligadura de artérias hipogástricas
	3. Outros (especificar)_____
	99. Sem informação
19.7.1 Anestesia	1. Sim
	2. Não (se não, ir para o item 19.8.1)
	99. Sem informação
19.7.2 Tipo de anestesia	1. Locorregional
	2. Peridural
	3. Raquidiana
	4. Geral
	5. Sem informação
19.7.3 Quem realizou?	1. Anestesista
	2. Outro (especificar)
	3. Sem informação
19.7.4 Complicações da anestesia	Sim
	Não
	Sem informação
19.7.5 Se sim, qual?	_____
19.8.1 Houve necessidade de sangue/hemoderivados?	1. Sim
	2. Não.(se não, ir para o item 20.1)
	99. Não sabe
19.8.2 Ela recebeu sangue/ hemoderivados?	1. Sim
	2. Não
	99. Sem informação
19.8.3 De que natureza	1. Papa de hemácias 2. Plasma fresco congelado 3. Crioprecipitado 4. Concentrado de plaquetas 5. Outros 99. Sem informação
19.9.4 Qual foi o intervalo de tempo decorrido entre a prescrição e a administração do sangue ou hemoderivados?	_____
19.9.5 Qual foi a quantidade de bolsas administradas?_____	

20 Condições ao nascer	
20.1 O recém-nascido nasceu	1. Vivo
	2. Morto
20.2 Se morto, foi:	1. Antes do parto
	2. Intraparto
	99. Não sabe
20.3 Peso (em gramas)	_____g
20.4 Apgar	1.º Minuto_____
	5.º Minuto_____

21. Dados do puerpério

21.1. Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto.	1. Sem intercorrência
	2. Sangramento
	3. Atonia uterina
	4. Placenta acreta
	5. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação
21.2 Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	1. Sem intercorrência
	2. Sangramento
	3. Infecção puerperal
	4. Embolias
	5. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação
21.3 Intercorrências da alta até 42 dias após término da gestação.	1. Sem intercorrências
	2. Sangramento
	3. Infecção puerperal
	4. Trombose venosa profunda
	5. Embolias
	6. Depressão puerperal
	7. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação
21.4 Condições de alta	1. Bom estado geral
	2. Óbito
	3. Transferências
	4. Outra(s) (especificar)
	99. Sem informação

21.5 Profissional que prestou assistência obstétrica	1. obstetra	
	2. enfermeira	
	3. clínico geral	
	4. parteira	
	5. Outro (especificar)	
	99. Sem informação	
22 Cuidados intensivos		
22.1 Houve necessidade de UTI?	1.sim	
	3. Não (se não, ir para o item 23)	
	99. Sem informação	
22.2 Foi encaminhada à UTI ?	1. Sim	
	2. Não	
	99. Sem informação	
22.3 Em caso positivo, qual foi o tempo transcorrido entre a solicitação e a transferência?		_____ h.
22.4 Em caso negativo, por que?	_____	
23. Foi solicitada e realizada a necrópsia	1. Sim	
	2. Não	
	99. Não sabe	
	Obs.: em caso positivo deve ser preenchido o formulário referente aos dados da necropsia.	

Responsável pelo preenchimento: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Parte D – Laudo de Necropsia

Nome da falecida:_____
Data de falecimento //número da DO:

Causa morte: _____
_____
_____
_____
_____

Descrição do laudo de necropsia:
(ou de informações relevantes da guia policial)

Exame macroscópico (transcrever os principais achados)
_____
_____
_____
_____
_____

Exame microscópico e/ou toxicológico: _____
Responsável pelo preenchimento: _____

FICHA-RESUMO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DO ÓBITO MATERNO

(Esta ficha somente deverá ser anexada quando da análise final do caso)
Resumo do caso (deve conter: iniciais da falecida, idade, gesta, para, n.º partos normais, abortos e cesáreas, n.º de consultas de pré-natal e início do mesmo, idade gestacional, momento do óbito- durante a gestação, aborto, parto ou puerpério), sumário da história ou fato que levou ao óbito.

_____
_____
_____

Fontes de dado consultadas:
( ) Entrevista domiciliar
( ) Registros ambulatoriais
( ) Prontuários hospitalares
( ) Laudo de necrópsia
( ) Entrevistas com profissionais de saúde

Causa de óbito na declaração de óbito original, se houver.
Código CID –10
Parte I a) _____
b) _____
c) _____
d) _____
Parte II
_____
_____

O campo 43 e 44 da do foi preenchido?
1. Sim
└┘└┘ 2. Não

Causa básica de óbito corrigida _____ | CID-10

Na opinião do comitê, a assistência pré-natal foi adequada?
1. Sim
└┘└┘ 2. Não
3. Inconclusivo

Se negativo, quais os motivos?
_____
_____

Se inconclusivo, por quê?
_____
_____

Na opinião do comitê a assistência no parto ou aborto foi adequada
1. Sim
└┘└┘ 2. Não
3. Inconclusivo

Se negativo, quais os motivos? _____ _____
Se inconclusivo, por quê? Na opinião do comitê, a assistência no puerpério foi adequada? 1. Sim └┴┘ 2. Não 3. Inconclusivo
Se negativo, quais os motivos? _____ _____
Se inconclusivo, por quê? _____ _____
Evitabilidade 1. Evitável └┴┘ 2. Provavelmente evitável 3. Inevitável
Fatores de evitabilidade 1. Comunidade/família/gestante 2. Profissional └┴┘ 3. Institucional 4. Sociais 5. Intersetoriais
Classificação do óbito 1. Materno (até 42 dias após término da gestação) 2. Materno tardio (de 43 dias a menos de 1 ano do término da gestação) └┴┘ 3. Ano no término da gestação) 4. Não obstétrico 9. Ignorado
Óbito materno 1. Obstétrico direto └┴┘ 2. Obstétrico indireto 3. Inconclusivo, se obstétrico direto ou indireto 4. Não relacionado à gravidez

Óbito materno	
⌊__⌋	1. Declarado 2. Não declarado

Recomendações do comitê:

Correção da DO :
Parte I

_____
_____
_____

Parte II

_____
_____
_____

Assistência hospitalar

_____
_____
_____

Assistência Pré-natal

_____
_____
_____

Assistência ao planejamento familiar

_____
_____
_____

Outras

_____
_____
_____
_____
_____

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, fevereiro de 2009
OS 0235/2009

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

Belo Horizonte
Secretaria de Estado de Saúde
Agosto 2004

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

Colaboração
Marta Alice Romanini
Márcia Rovena
Salete Maria Novais Diniz
Débora Marques Tavares
Sonia Lansky
Alcegisa Meireles da Silva

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

Belo Horizonte
Secretaria de Estado de Saúde
Agosto 2004

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Governador
Aécio Neves da Cunha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Secretário
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Superintendente
Benedito Scaranci Fernandes

DIRETORIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
Diretor
Marco Antônio Bragança de Matos

PROGRAMA VIVA VIDA
Coordenadora
Marta Alice Venâncio Romanini

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Superintendência de Atenção à Saúde
Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde
Programa Viva Vida

Endereço:
Av. Afonso Pena, 2.300 – Funcionários
Belo Horizonte – MG
CEP: 30130-007
Telefone: (31) 3261-7742
FAX: (31) 3261-6192
E-mail: secr.ses@saude.mg.gov.br
Site: www.saude.mg.gov.br

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

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....09
2 MORTALIDADE INFANTIL: SITUAÇÃO ATUAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS.....11
3 TERMINOLOGIA APLICÁVEL AO PERÍODO PERINATAL e infantil.....12
4 IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS Municipais.....14
4.1 Finalidades e funções 14
4.2 Caráter 15
4.3 Composição 15
4.4 Organização 15
5 ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS Municipais.....17
5.1 Seminário ou oficina de sensibilização 17
5.2 Definição do plano de ação e do regimento interno 17
5.3 Apoios institucionais 17
5.4 Critérios para seleção dos óbitos a serem investigados.....18
5.5 Operacionalização do processo de investigação dos óbitos 18
6 DECLARAÇÃO DE ÓBITO 21
6.1 Preenchimento da DO 21
6.2 Fluxo da DO 22
7 Ficha epidemiológica de investigação de óbito fetal e infantil 25
7.1 Formulário A – Entrevista domiciliar 25
7.2 Formulário B – Dados do Centro de Saúde/Hospital 35
7.3 Formulário C – Dados da assistência hospitalar da gestante e criança 39
7.4 Formulário D – Conclusões 47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53
ANEXOS 57
1 Classificação dos óbitos perinatais segundo Wigglesworth modificada, 1989.....57
2 Distribuição das causas de mortalidade infantil segundo critério de evitabilidade.....61
3 Fluxos.....66
- DO.....66
- Investigativo/Preventivo do óbito fetal e infantil.....67
4 Resolução do Comitê.....71
5 Modelos de Regimento Interno.....77

Apresentação

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

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

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

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

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

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

1 Introdução

A taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores das condições de vida da população infantil e das condições de saúde da população em geral. Entretanto, o enfrentamento dos vários fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil continua sendo um grande desafio para o Estado de Minas Gerais.
Considerada como estratégia fundamental para a prevenção do óbito fetal e infantil, a implementação dos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil (CPOFI) no Estado de Minas Gerais, nos seus diferentes níveis de atuação, está definida como uma das políticas públicas prioritárias da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Esses Comitês são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional, com caráter confidencial, que visam identificar e investigar os óbitos para análise das informações, buscando uma melhor compreensão do processo assistencial e dos determinantes socioeconômicos e biológicos que, através de uma inter-relação complexa, culminam na ocorrência de mortes evitáveis. Dessa forma, será possível sugerir estratégias e planejar ações de prevenção de ocorrência de novas mortes, funcionando também como um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à mulher e à criança.
O principio básico que norteia o Plano de Ação do Comitê é a eqüidade, de forma a evitar oportunidades perdidas de se fazer prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças que levam à morte por causas evitáveis, especialmente na população de maior risco social.

Dessa maneira, seus principais objetivos são:

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

tempo oportuno os diversos níveis de atenção com serviços integrados, ações conjuntas de vigilância, promoção e recuperação da saúde;
• Utilizar as informações obtidas para priorizar ações com função educativa em nível de atenção primária, hospitalar, comunitária e familiar;
• Fortalecer o papel do controle social nesse processo, de forma a garantir a continuidade das ações.

2 Mortalidade infantil: situação atual no Estado de Minas Gerais

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

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

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

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

3 TERMINOLOGIA APLICÁVEL AO PERÍODO PERINATAL E INFANTIL

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

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

Nascimento vivo

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

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

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

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

Peso ao nascer
É a primeira medida de peso do feto ou recém-nascido obtida após o nascimento, preferencialmente durante a primeira hora pós-nascimento.
Idade gestacional
É a duração da gestação, calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual. É definida em dias ou em semanas completas. Para determinar a data provável do parto, utilizando 40 semanas como referência, soma-se sete ao primeiro dia do último período menstrual e, à data obtida, acrescentam-se nove meses (método de Naegelle).
Quando a data do último período menstrual não é conhecida, a idade gestacional deve ser baseada na melhor estimativa clínica, que poderá ser obtida: a) através do ultra-som realizado nas primeiras 20 semanas de gestação; b) por exame clínico obstétrico da mãe; c) após o nascimento, através do exame de maturidade física e neurológica do recém-nascido. Por convenção, a menos que o exame físico indique uma idade gestacional de mais de duas semanas de diferença da idade calculada pela última menstruação, prevalece esta última.

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

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

Coeficiente de mortalidade neonatal
É o número de óbitos neonatais por mil nascidos vivos, em um determinado período e local. As mortes neonatais podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces e tardias.
Outros coeficientes poderão ser calculados (mortalidade neonatal hospitalar, por grupos

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

4 IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS MUNICIPAIS

4.1 Finalidades e funções

A principal atribuição do comitê refere-se à investigação do óbito fetal e infantil para análise de evitabilidade e proposição de medidas preventivas.
Essa investigação objetiva coletar informações para análise e avaliação de todos os aspectos envolvidos no óbito, dirigindo a discussão dos Comitês. Envolve acesso aos prontuários médicos e visitas domiciliares e contempla dados mínimos para uma adequada compreensão das circunstâncias em que nasceu, viveu e morreu a criança.
É a partir dessa investigação que surgirão os dados reveladores das oportunidades perdidas de se assistir adequadamente as crianças que morrem antes de nascer ou que morrem após o nascimento por causas evitáveis. Esse processo permitirá uma melhor compreensão dos determinantes socioeconômicos e relativos aos serviços de saúde. Em caso de falhas na assistência, em que pontos elas ocorreram e influenciaram a seqüência de eventos desfavoráveis que resultaram na morte daquela criança.
A atuação do comitê deve incluir a melhoria das estatísticas vitais, com o objetivo de diminuir o sub-registro de nascidos vivos, de óbitos fetais e de óbitos infantis e melhorar a qualidade do preenchimento da declaração de nascimento (DN) e declaração de óbito (DO).
Outra função do comitê é a promoção da educação continuada dos profissionais de saúde, subsidiando debates sobre os níveis de mortalidade fetal e infantil, a partir das investigações clínicas e epidemiológicas, produzindo material educativo e auxiliando na elaboração de propostas de medidas de intervenção para redução dos óbitos fetais e infantis, promovendo a interlocução entre as diversas instituições públicas ou setores organizados da sociedade civil e buscando garantir a execução das medidas apontadas.

4.2 Caráter

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

4.3 Composição

Os membros dos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil podem variar de acordo com as características de cada região, devendo ter representação das instituições ligadas ao atendimento da criança, além de técnicos capazes de desempenhar as funções previamente definidas.
A composição do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil deve ter uma equipe mínima constituída por:

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

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

4.4 Organização

Os Comitês devem ser implantados no nível hospitalar e municipal.
Os Comitês Hospitalares e Municipais devem estar vinculados a um Comitê Estadual, através dos Comitês Regionais, facilitando o apoio técnico e administrativo essencial ao exercício de suas funções. Os Comitês Regional e Estadual devem atuar como órgãos de assessoria técnica na definição do plano de ação local, na implementação das ações e no acompanhamento da execução de metas, segundo minuta.
A necessidade de implantação e implementação dos comitês municipais parte da premissa de que o município é o maior gestor das ações e práticas que possam influenciar a saúde da população. Toda tecnologia disponível – conhecimento científico mesclado com recursos locais e elementos culturais, econômicos, legais e políticos – deve ser utilizada localmente em uma relação custo-efetividade sustentável. A Portaria Ministerial 1399 de 15/12/1999 estabelece que a vigilância epidemiológica da mortalidade materna e infantil é uma das atribuições do município, cabendo a este garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades.
Os Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil devem ser amparados por portarias ou resoluções governamentais específicas e credenciados por autoridades sanitárias como elementos representativos da estrutura governamental, que autoriza oficialmente sua função de investigação dos óbitos, devendo possuir regimento interno e credencial de identificação para seus membros.
Devem trabalhar de forma integrada com o Comitê de Prevenção de Morte Materna, considerando os fatores comuns na determinação dos óbitos maternos e infantis.

5 ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS MUNICIPAIS

5.1 Seminário ou oficina de sensibilização

Para garantir o envolvimento e comprometimento efetivo dos membros, deverá ser organizado um seminário para os representantes das instituições e áreas técnicas da Secretaria de Saúde que deverão compor o Comitê. Nesse evento, poderão ser abordados os seguintes temas: mortalidade infantil no município, na região e no Estado; necessidade de melhoria dos indicadores de saúde; finalidade, funções e operacionalização dos comitês.
Após a adesão dos diferentes representantes, deve ser feita uma convocação oficial. Podem ser organizadas cerimônias de posse dos membros como forma de divulgação do início das atividades.

5.2 Definição do plano de ação e do regimento interno

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

5.3 Apoios institucionais

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

5.4 Critérios para seleção dos óbitos a serem investigados

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

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

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

5.5 Operacionalização do processo de investigação dos óbitos

1 - Verificar se o fluxo da DO está formalizado e é ágil no município. Medidas de regularização do fluxo devem ser tomadas, assegurando a chegada das DO às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), no período de 48 horas, utilizando estratégias como a captação das DO nas maternidades e hospitais por representantes das SMS;
2 - Buscar ativamente todos os óbitos fetais (a partir de 22 semanas ou 500 g de peso ao nascer) e infantis:
2.1 - Pesquisar nos hospitais, Cartórios de Registro Civil e nos Serviços de Epidemiologia das SMS, quando a DO não chegar ao Comitê;
2.2 - Pesquisar em fontes alternativas de informação: igrejas, cemitérios não oficializados, funerárias, associações de moradores, parteiras, curandeiros e outras. Essa ação requer a articulação do comitê com todos esses segmentos para a obtenção regular dos dados. Os agentes comunitários de saúde e a equipe de saúde da família deverão participar ativamente da vigilância ao óbito materno, fetal, neonatal e pós-neonatal.

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

6 DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A Declaração de Óbito (DO) é um instrumento oficial que prova a morte do indivíduo e tem duas funções básicas: cumprir exigências legais e servir como fonte de dados para estatísticas sanitárias, sendo de fundamental importância para a vigilância epidemiológica da mortalidade fetal e infantil.
A lei 6.216 de 30/06/1975, artigo 77, determina que nenhum sepultamento pode ser feito sem Certidão de Óbito (ou registro do óbito) emitida pelo cartório local (Oficial de registro do lugar do falecimento), extraída após lavratura do assento de óbito feito em vista da Declaração do Óbito (atestado médico), se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.
O modelo da DO implantado desde 1999 é constituído por nove blocos, contendo 62 variáveis, e é impresso em papel carbonado, em três vias (Anexo).
A Declaração de Óbito (atestado de óbito) é de responsabilidade do médico.

6.1 Preenchimento da DO

A DO deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, com peso ao nascer Ž 500 g, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais.
O médico é responsável por todas as informações contidas na DO, não devendo assinar uma declaração de óbito em branco, ou deixar declarações previamente assinadas. O médico deve verificar também se todos os itens de identificação estão corretamente preenchidos.
O bloco VI da DO contêm informações sobre as causas de morte de acordo com as recomendações da OMS. As causas de morte são "todas as doenças, afecções mórbidas ou lesões que produziram a morte ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou violência que produziram tais lesões". A causa básica é a "doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal". Conforme a recomendação internacional esta deve ser registrada em último lugar na parte I, geralmente na linha "d". A causa básica origina as complicações que devem ser registradas nas linhas acima "c, b, a". A última causa seqüencial, registrada na linha "a", é chamada causa terminal ou imediata.
Segundo o artigo 115 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceção feita nos casos de suspeita de morte violenta.
A resolução 1.601/2000 do Conselho Federal de Medicina veda o médico de atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo se o fizer como plantonista ou médico substituto, ou em caso de necropsia ou verificação legal. Nos óbitos ocorridos sem assistência médica, a DO deve ser fornecida pelos médicos do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) local. Na inexistência deste, deve ser assinada por médico do serviço público de saúde local, após constatação pessoal, devendo estar especificado "óbito sem assistência médica".
Nos locais onde não há médico, a DO deve ser emitida por um declarante e duas testemunhas maiores e idôneas que presenciaram ou se certificaram do óbito.
Na ocorrência de morte não natural ou violenta, a DO deve ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML). Nos locais sem IML, a autoridade policial local deve nomear duas pessoas idôneas para atestar o óbito.
É recomendada a investigação das causas de morte, através de estudos

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

6.2 Fluxo da DO

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

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

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

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

Na ocorrência de óbitos naturais sem assistência médica, a DO deverá ser preenchida pelo médico do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou outro médico da localidade, tendo as suas vias a mesma destinação do caso acima relatado.
Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório de Registro Civil solicitando o preenchimento das três vias, que terão a seguinte destinação:

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

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

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

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

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

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

N° do Caso*: ____ /_____
(ano) (número)

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

Formulário A
ENTREVISTA DOMICILIAR

Data Entrevista: ____ /_____/_____

Nome(s) do(s) entrevistador(es): _____

Formação profissional: _____

Entrevista consentida: ☐ Sim ☐ Não

Parte I - Identificação da Criança

Nome da Criança: _____

Idade (horas / dias / meses): _____

Nome da Mãe: _____

N° Cartão do SUS: _____

N° da Família: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Centro de Saúde de Referência: _____

N° DN: _____ Data Nascimento: ____ /____/_____

N° DO: _____ Data Óbito: ____ /____/____

Fonte de Notificação do Óbito:

DO.....01	C e m i t é r i o. 06	☐
SVO/IML.....02	Cartório.....07	
Funerária.....03	A I H 08	
Notificação Hospital.....04	Pa rt e i ra 09	
PAC's / P S F. 0 5	Outros.....10	

Tipo de óbito:

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

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

Parte II - Dados da mãe e família

1 - Informante

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

2 - Idade da mãe: ____ anos

Ignorada 99

3 - Anos de estudo da mãe

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

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

Número de gestações_____Número de abortos_____
Nascidos vivos, que vivem_____
Nascidos vivos, que morreram_____
Nascidos mortos_____

5 - Tipo de Moradia

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

* Adequado:
Piso: tijolo / cimento ou cerâmica / madeira / pedra
Telhado: laje / telha
Paredes: alvenaria (não madeirite, madeira, lona, plástico)

6 - Existência de água tratada e encanada dentro da casa

Sim 01
Não 02
Ignorado 99

7 - Destino dos esgotos

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

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

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

9 - A mãe vive com o pai/companheiro?

Sim 01
Não 02

10 - Algum morador da residência é fumante?

Sim 01
Não 02
Ignorado 99

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

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

11 - Você (mãe) fez pré-natal?

S i m 0 1
N ã o. 0 2
I g n o ra d o. 99

12 - Número de consultas

0 . . . . . 0 1
1 – 3.....02
4 – 6.....03
Mais de 6.....04
I g n o ra d o. 9 9

13 - Mês do início do pré-natal

Primeiro trimestre.....01
Segundo trimestre.....02
Terceiro trimestre.....03
Não fez pré-natal.....04

14 - Se não fez pré-natal, por quê?

_____
_____
_____

15 - Avaliação do cartão de pré-natal

Completo (considerar completo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização completa para tétano) 01
I n c o m p l e t o 02
Cartão não avaliado.....03

16 - Local(is) onde fez pré-natal

U B S / P S F. 01
Ambulatório de referência.....02
NA (marcar NA quando a resposta da questão 11 for não)....88
Ignorado 99
Outro (especificar): _____.....77

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

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

18 - Por quê ?

_____
_____
_____

Como a mãe foi transportada na hora do parto?

_____
_____
_____

Foi atendida na primeira maternidade que passou?

_____
_____
_____

19-Local de ocorrência do parto

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

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

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

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

Sim 01
Não 02

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

22 - Como foi o seu atendimento na maternidade ?

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

23 - Tipo de Parto:

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

24 - Quem fez o parto?

M é d i c o (a) 01
E n fe rm e i ro (a) 02
Pa rt e i ra 03
I g n o ra d o. 99
Outro (especificar): 77

Parte IV - Dados do Feto / RN

25 - 0 bebê nasceu:

Vivo. 01
M o rt o 02

26 - Peso ao Nascer: |___|___|___|___| (g)

27 – Estatura: |___|___| (cm)

28 - Prematuro:

S i m 01
N ã o. 02
I g n o ra d o 99

29 - Foi atendido por pediatra na sala de parto?

S i m 01
N ã o 02
NA (marcar NA se o local de nascimento foi diferente de 1 na questão 19).....88
I g n o ra d o. 99

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

30 - O bebê chorou ao nascer?

S i m 01
N ã o 02
I g n o ra d o 99

Observações da mãe: _____

_____

_____

31 - Após o nascimento para onde foi o bebê?

Quarto junto com a mãe.....01
B e r ç á r i o. 02
Unidade Tratamento Intensivo/Unidade Tratamento Intermediário.....03
Transferido para outro hospital.....04
Outro (especificar): _____.....77

Foi indicado CTI? _____

Quanto tempo demorou para conseguir vaga?

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

32 - O bebê mamou ao peito?

S i m 01
N ã o. 02
I g n o ra d o. 99

33 - Por quanto tempo?

_____

_____

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

S i m 01
N ã o. 02
I g n o ra d o. 99

35 - O cartão de vacinas estava em dia?

S i m 01
N ã o. 02
I g n o ra d o. 99

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

S i m 01
N ã o. 02
I g n o ra d o. 99

37 - Em caso afirmativo, quantas vezes?

_____

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

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

_____

39 - Houve dificuldade para conseguir atendimento?

S i m 01
N ã o. 02
I g n o ra d o. 99

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

_____

_____

_____

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

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

_____

_____

_____

_____

Data da investigação: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____

Quadro 1 - Serviços de Saúde Procurados

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

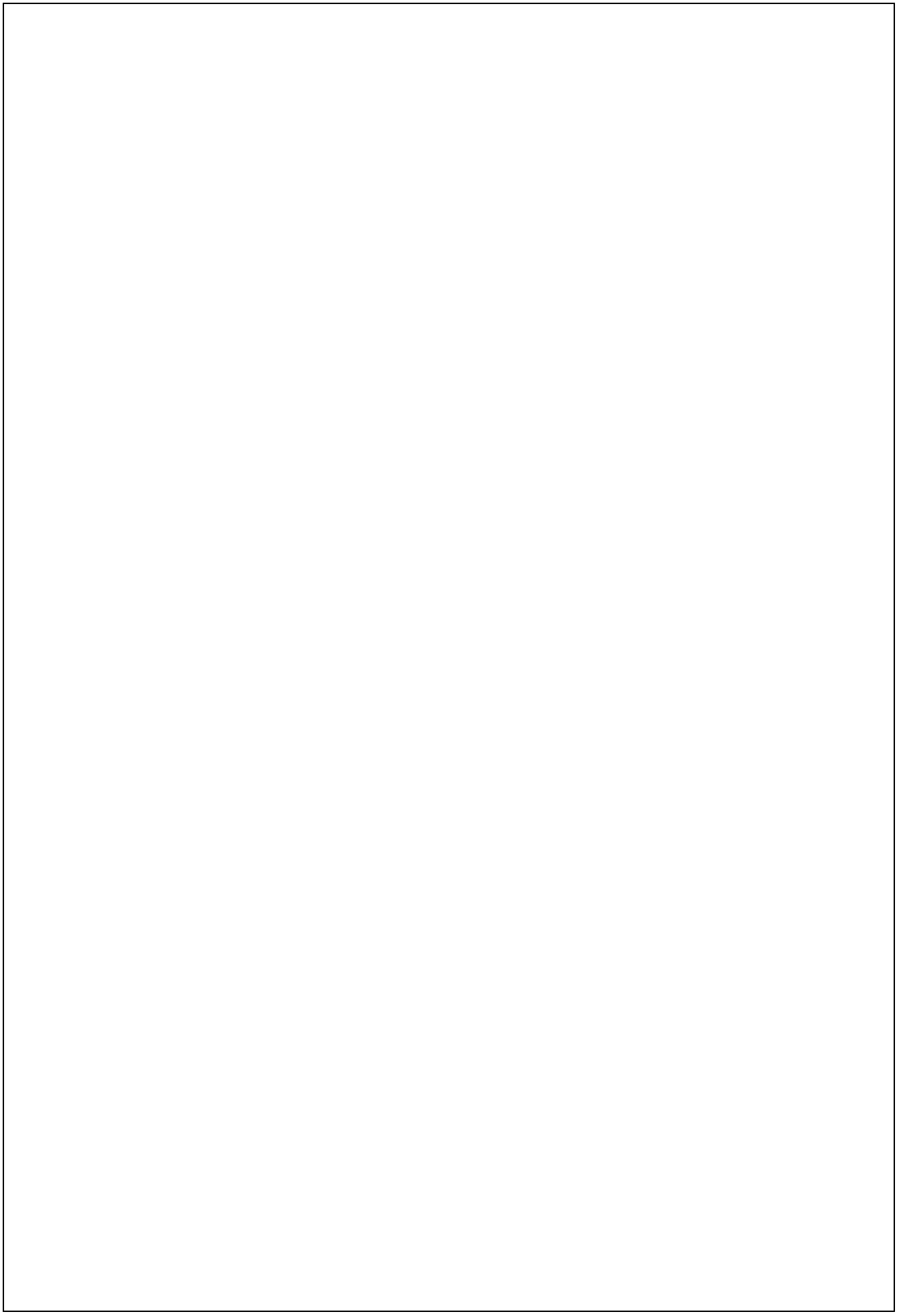
(1) Tipo de Serviços Procurados
1. Equipe do PSF
2. Centro / Posto de Saúde
3. Urgência / Emergência
4. Maternidade (SUS)
5. Hospital (SUS)
6. Médico particular / Hospital particular
7. Outro (especificar): _____
9. Ignorado

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

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

(4) Resultado do atendimento prestado
1. Atendido / medicado sem permanência hospitalar
2. Internado
3. Só encaminhado / transferido
4. Não atendido
5. Outro (especificar) _____
9. Ignorado

Manual (0587985) SEI 1320.01.0003930/2018-15 / pg. 162



N° do Caso*: ____ /_____
(ano) (número)

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

Formulário B

DADOS DO CENTRO DE SAÚDE / HOSPITAL

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

Data Entrevista: ____ /_____/_____

Nome(s) do(s) entrevistador(es): _____

Formação profissional: _____

Parte I - Identificação da Criança

Nome da Criança: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Centros de Saúde de Referência: _____

Tipo de óbito:

Fetal 01
Infantil Neonatal 02
Infantil Pós-neonatal 03

Parte II - Assistência pré-natal

1 - Idade Gestacional na primeira consulta:

|__|__| semanas 99) Ignorado

* O número do caso deve ser o mesmo em todos os formulários.

2 - Número de consultas pré-natal:

|__|__| 99) Ignorado

3 – Problemas durante a gravidez:

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

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

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

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

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

7 - A vacinação estava completa para a idade?
S i m 01
N ã o. 02

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

S i m 01
N ã o. 02
NA (responder NA se a criança não for desnutrida).....03
Data da investigação: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____

Quadro 2

Assistência Pré-Natal

Data	IG	Peso	Pressão Arterial	Altura Uterina	Batimentos Cardiofetal BCF	Exames complementares	Conduta

Manual (0587985) SEI 1320.01.0003930/2018-15 / pg. 166

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

Nome do Serviço de Saúde:

Registros da assistência da criança no Centro de Saúde/Consultório

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

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

Observações:

_____

_____

_____

_____

N° do Caso*: ____ /_____
(ano) (número)

Nº DO _____

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

Formulário C

DADOS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DA GESTANTE E CRIANÇA

Data Entrevista: ____ /_____/_____

Nome(s) do(s) entrevistador(es): _____

Formação profissional: _____

Parte I - Identificação da Criança

Nome da Criança: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Tipo de óbito:

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

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

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

1 - Admissão na maternidade

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ h ____ min

2 - Motivo da internação

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

3 - Nome do hospital onde ocorreu o parto:

_____

4 – Município onde ocorreu o parto:

_____

5 - Número de Consultas pré-natal:

|____|____|

6 - Problemas durante a gravidez:

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

7 - Registro hospitalar à admissão da gestante:

Pressão arterial:	Sim.....01	Não.....02	☐
Medida do fundo uterino:	Sim.....01	Não.....02	☐
Batimentos cardiofetais:	Sim.....01	Não.....02	☐
Dinâmica uterina:	Sim.....01	Não.....02	☐
Dilatação:	Sim.....01	Não.....02	☐

8 - Foi utilizado partograma?

S i m 01
N ã o.. . . . . 02 ☐

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

|____|____|

Não se aplica 88
Sem registro 99

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

|____|____|

Não se aplica..... 88
Sem registro. 99

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

|____|____|

12 - Parto:

Vaginal 01
Cesáreo. . . . . .02 ☐

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ h ____ min

13 – Idade Gestacional (em semanas):

IGC - Idade Gestacional Calculada: |__|__| semanas

IGE - Idade Gestacional Estimada ultra-som: |__|__| semanas

IGE - Idade Gestacional Estimada pediatra: |__|__| semanas

14 - Usou medicação no trabalho de parto?

S i m 01
N ã o. 02

Qual? _____

15 - O parto foi realizado por:

O b s t e t ra 01
Enfermeiro obstetra.....02
Outro profissional médico.....03
O u t ro pro f i s s i o n a l 04
Sem assistência no período expulsivo.....05
Sem reg i s t ro. 99
Não se aplica.....88

16 - Anestesia:

S i m. 01
N ã o 02
Sem registro. 99

Qual? _____

17 - Diagnósticos obstétricos:

_____

_____

_____

18 - Peso ao nascer:

|___|___|___|___| g Sem registro. 99

19 - Condições de nascimento do recém-nascido:

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

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

20 - Assistência ao recém-nascido por pediatra:

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

21 - Reanimação do recém-nascido:

Sim. 01
Não. 02
Ignorado. 99

22 - APGAR :

1° minuto : |__|__|
5° minuto: |__|__|

23 - Registro de evolução diária por pediatra:

Sim 01
Não. 02

24 - O recém-nascido permaneceu em:

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

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

Sim 01
Não. 02

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

_____

_____

_____

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

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

28 - Foi indicado CTI?

S i m 01
N ã o. 02
Sem registro.. 99

29 - Se foi, qual indicação?

_____

_____

_____

30 - Houve dificuldade para conseguir vaga?

S i m 01
N ã o. 02
Sem registro. 99

31 - Quanto tempo levou para ser transferido?

I m e d i at a m e n t e. 01
1 dia.....02
2 dias.....03
3 ou mais dias.....04
Sem registro.....77
Não se aplica.....88
I g n o ra d o. 99

32 - Setor de ocorrência do óbito:

Centro Obstétrico.....01
Alojamento conjunto.....02
B e r ç á r i o. 03
Bercário de risco.....04
U T I / C T I 05
Enfermaria Pediátrica.....06
Outro (especificar): _____...07

33 – Data do Óbito:

Data: ____ / ____ / ____

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

34 – Causas do óbito (listadas no prontuário):

_____

_____

_____

_____

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

35 - Estado geral no momento da hospitalização:

Data da internação: ____ / ____ / ____ Sem registro.....99

36 - Estado geral no momento da hospitalização:

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

37 - Sinais vitais à admissão:

Pulso: _____

FR: |___|___|___| irpm

TA: _____ ºC

FC: |___|___|___| bpm

38 - Estado nutricional à admissão:

Peso: |___|___|___|___| g

39 - Existe relato de hospítalização prévia?

Sim (Especificar o local: _____).....01 ☐
N ã o. 02

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

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

Sim (Especificar o local: _____).....01 ☐
N ã o. 02

42 – Data do Óbito

Data: ____ / ____ / ____

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

_____

_____

_____

Data da investigação : ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Quadro 4 - Evolução do quadro clínico					
Data	Sintomas	Exame Clínico	Evolução	Tratamento	Diagnóstico

N° do Caso*: ____ /_____
(ano) (número)

Ficha Epidemiológica de Investigação de Óbito Fetal e Infantil

Formulário D
CONCLUSÕES

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

Identificação da Criança

Nome da Criança: _____

Idade (horas / dias / meses): _____

Nome da Mãe: _____

N° Cartão do SUS: _____

N° da Família: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

Centro de Saúde de Referência: _____

N° DO: _____ Data Óbito: ____ /____/____

N° DN: _____ Data Nascimento: ____ /____/_____

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

Data envio DO para investigação: ____ / ____ / ____

Data finalização da investigação: ____ / ____ / ____

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

Fonte de notificação do óbito:

Secretaria Municipal.....01
S VO / I M L 02
PAC s / P S F. 03
Notificação hospital.....04
C a rt ó r i o. 05
F u n e r á r i a 06
C e m i n á r i o. 07
Pa rt e i ra 08
A I H 09
Outros especificar(_____)..99

IML:

Sim 01
Não. 02

Tipo de óbito:

Fe t a l 01
Infantil Neonatal.....02
Infantil Pós-neonatal.....03

RECOMENDAÇÕES E ENCAMINHAMENTO PARA INTERVENÇÃO

Resumo do caso:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

1 - Acesso e assistência no pré-natal:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2 – Acesso e assistência na maternidade:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

_____

_____

_____

_____

_____

Assistência no serviço ambulatorial de referência

Assistência nos serviços de urgência (acesso, resolutibilidade)

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

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

6 - Dificuldades da família no cuidado com a criança:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

O óbito pode ser considerado:

E v i t á ve l 01
Não Evitável.....02
Mal definido.....03

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

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

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

_____

_____

_____

_____

Classificação de evitabilidade

_____

_____

_____

_____

Causas da morte antes da investigação e após a investigação

Causas	ANTES da invetigação	CID	APÓS a investigação	CID
Linha a				
Linha b				
Linha c				
Linha d				
Parte II				
Causa básica				

Recomendações e encaminhamento para intervenções:

_____

_____

_____

Data da investigação: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____

Classificação dos óbitos segundo critérios de evitabilidade

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

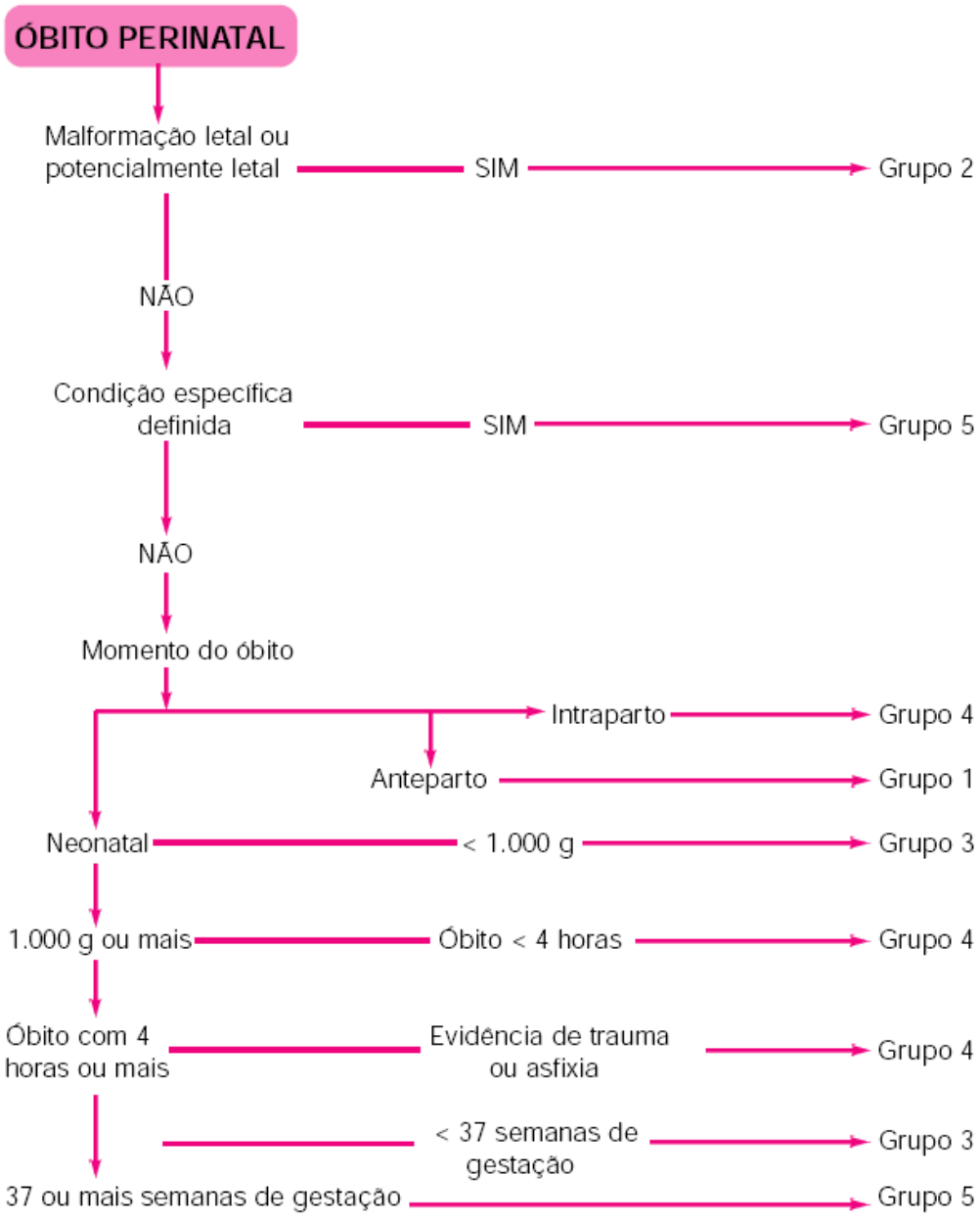
14. INSTITUTO MATERNO-INFANTIL DE PERNAMBUCO - IMIP. Núcleo de Epidemiologia. Investigação hospitalar de óbitos infantis. Recife: IMIP, [s.d.]. 7p. Mimeografado.
15. JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D.; SOBOLL, M.L.M.S.; ALMEIDA, M.F.; LATORRE, M.R.D.O. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos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

Mortalidade infantil e desenvolvimento. Conj. Demogr., São Paulo, n.14/15, p.49-50, 1991.
30. SOARES, V.M.N. Comitês de prevenção da mortalidade materna no Paraná. Saúde no Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Boletim_Epidemiologico /Primavera_2001...>. Acesso em: 04 jun. 2003.
31. SZWARCWALD, C.L.; LEAL, M.C.; ANDRADE, C.L.T.; SOUZA Jr., P.R.B. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1725-1736, nov./dez. 2002.
32. VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v.4, n.1, p.3-69, abr. 2001.
33. VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med. J./Rev. Paul. Med., São Paulo, v.119, n.1, p.33-42, 2001.
34. VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; HALPERN, R. et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.30, n.1, p.34-45, fev. 1996.
35. VIDAL, S.A.; FRIAS, P.G.; BARRETO, F.M.P.; VANDERLEI, L.C.M.; FELISBERTO, E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.3, n.3, p.281-289, jul./set. 2003.
36. WIGGLESWORTH, J.S. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. Lancet, London, v.27, p.684-686, 1980.

ANEXO 1

CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS SEGUNDO WIGGLESWORTH MODIFICADA, 1989

CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS SEGUNDO WIGGLESWORTH MODIFICADA, 1989



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

Grupo 1 – ÓBITO ANTES DO TRABALHO DE PARTO

1a – Não relacionado com hemorragia maciça feto-placentária.

1b – Relacionado com hemorragia maciça feto-placentária. (P.P., DPP)

Grupo 2 – MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS (NATIMORTO OU NEOMORTO)

2a - Malformações associadas a alterações funcionais (hipoplasia pulmonar decorrente de oligoâmnio, hidropsia associada a malformações).

2b - Complexo de malformações menores, com morte anteparto.

Grupo 3 – CONDIÇÕES ASSOCIADAS COM PREMATURIDADE OU IMATURIDADE

3a - RN com PN < 1.000 g, independente do momento do óbito.

RN prematuros com PN ≥ 1.000 g que faleceram com mais de 4 horas de vida.

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

4a - Não relacionados com hemorragia maciça feto-placentária.

4b - Relacionados com hemorragia maciça feto-placentária.

4c - Mortes intraparto sem malformações ou condições específicas.

4d - Natimortos sem maceração na ausência de outras informações.

4e - RNs prematuros com PN ≥ 1.000g que faleceram antes de 4 horas de vida.

4f - RN falecido durante intervenção, tipo operação cesárea, na ausência de trabalho de parto.

4g - Qualquer RN sobrevivendo mais de 4 horas com evidência de trauma craniano ou asfixia.

Grupo 5 – CONDIÇÕES ESPECIAIS DEFINIDAS E OUTRAS CONDIÇÕES

5a - Incluir causas inexplicadas em RN termo.

5b - Condições associadas à prematuridade, ocorrendo em RN termo, como síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intracraniana, enterite necrotizante.

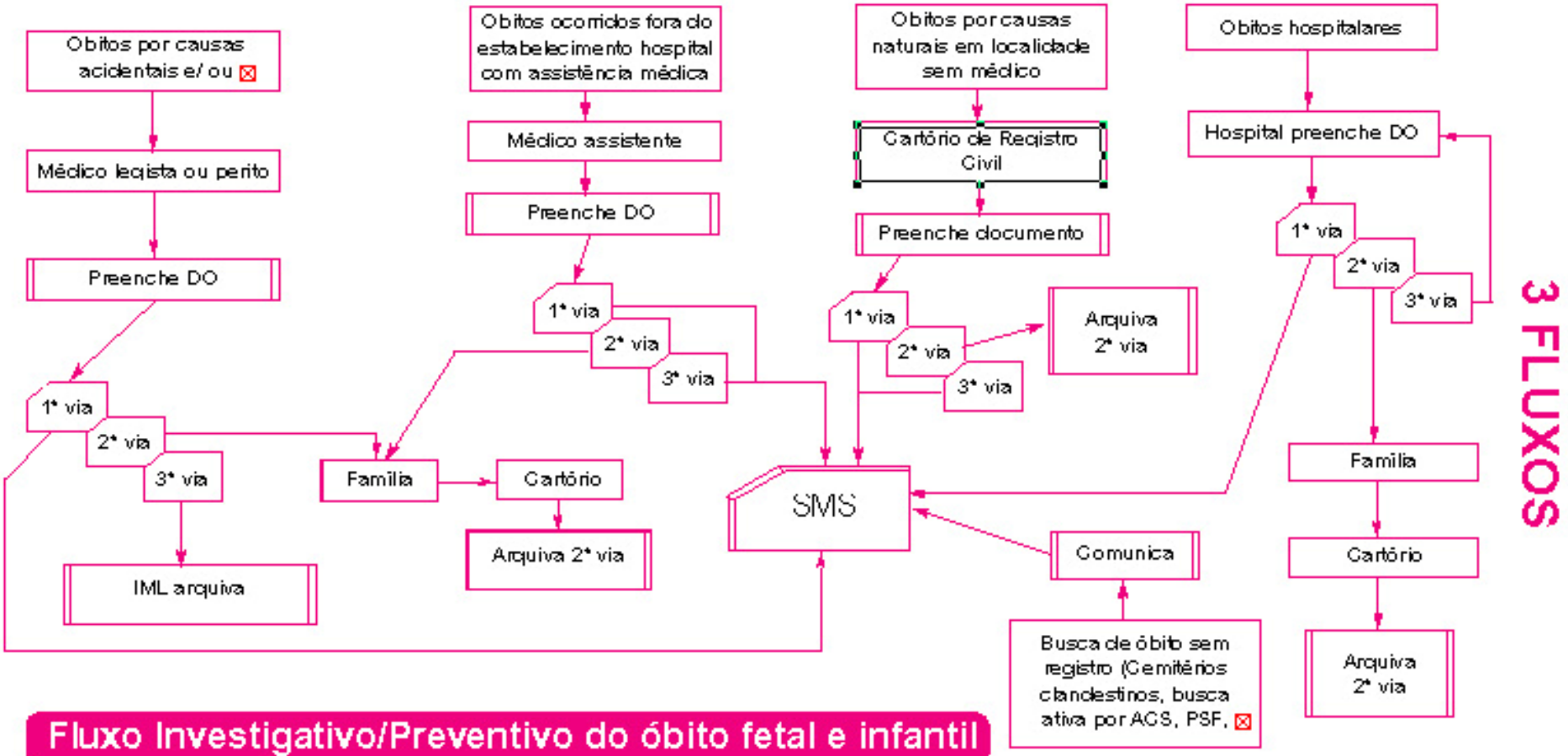
5c - Infecções específicas do período neonatal (citomegalovírus, herpes, rubéola).

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

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

Manual (0587985) SEI 1320.01.0003930/2018-15 / pg. 191

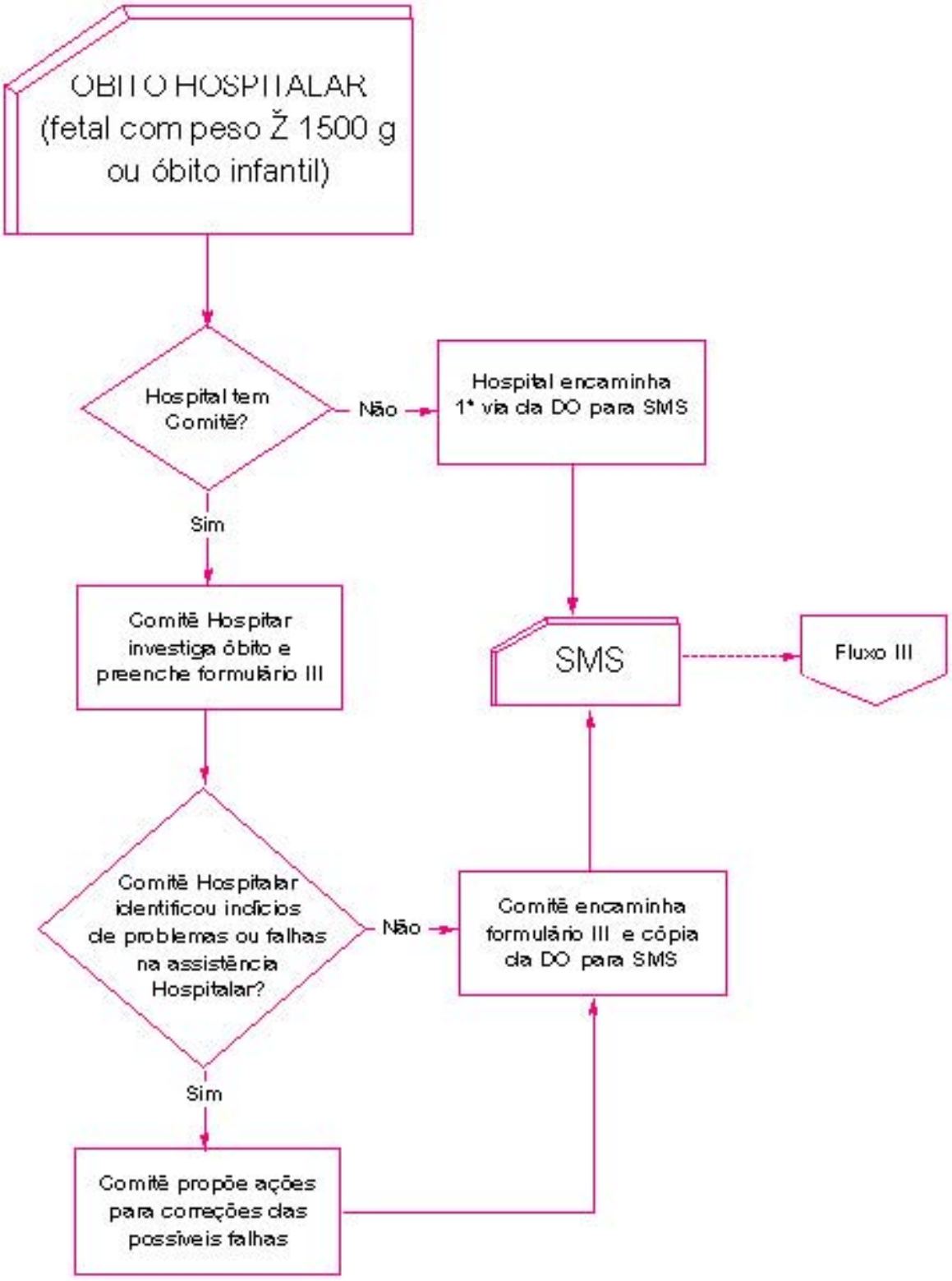
FLUXO DA DO



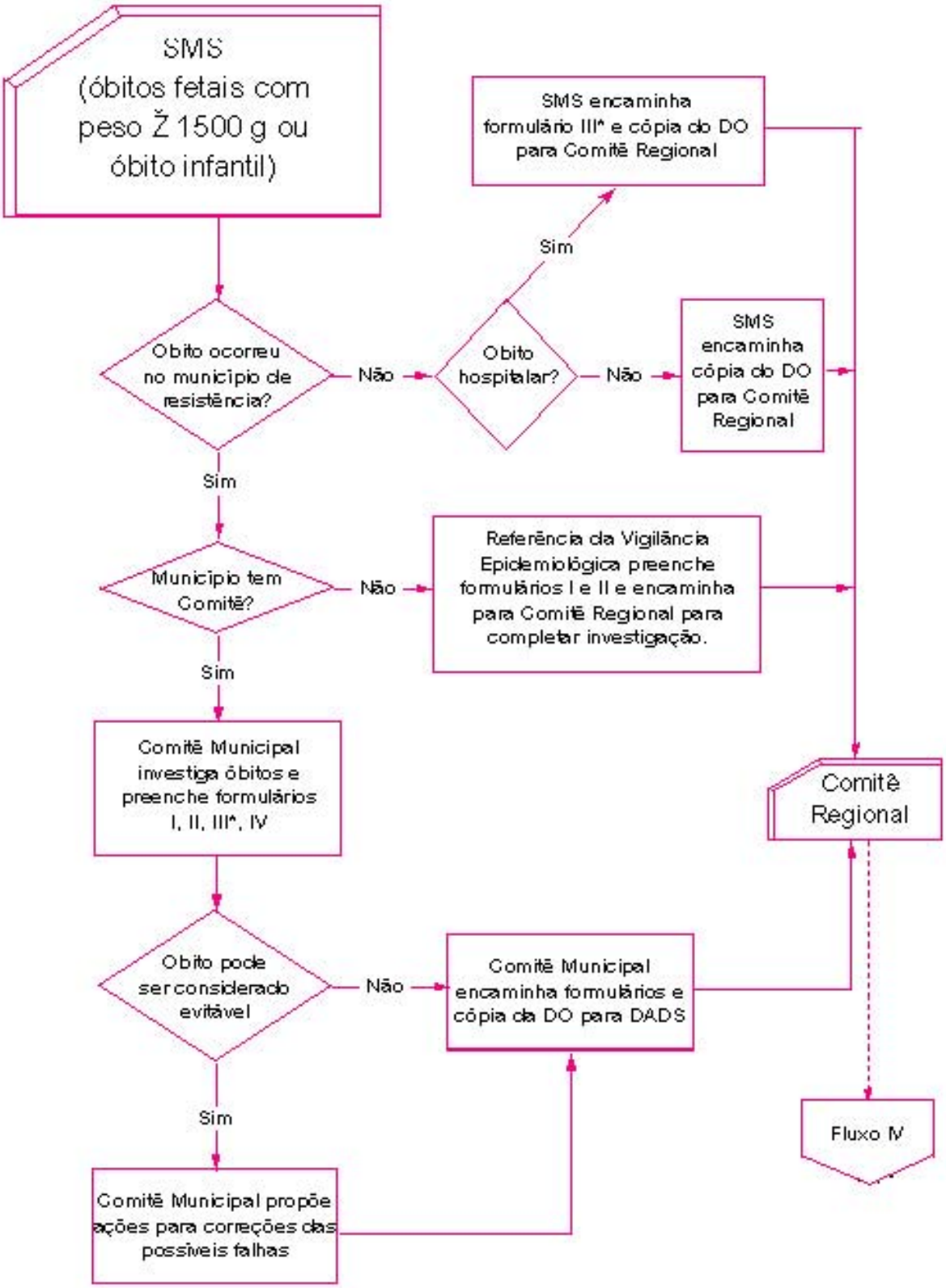
Fluxo Investigativo/Preventivo do óbito fetal e infantil

Fluxo Hospitalar - II → Fluxo Municipal - III → Fluxo Regional - IV → Fluxo Estadual - V

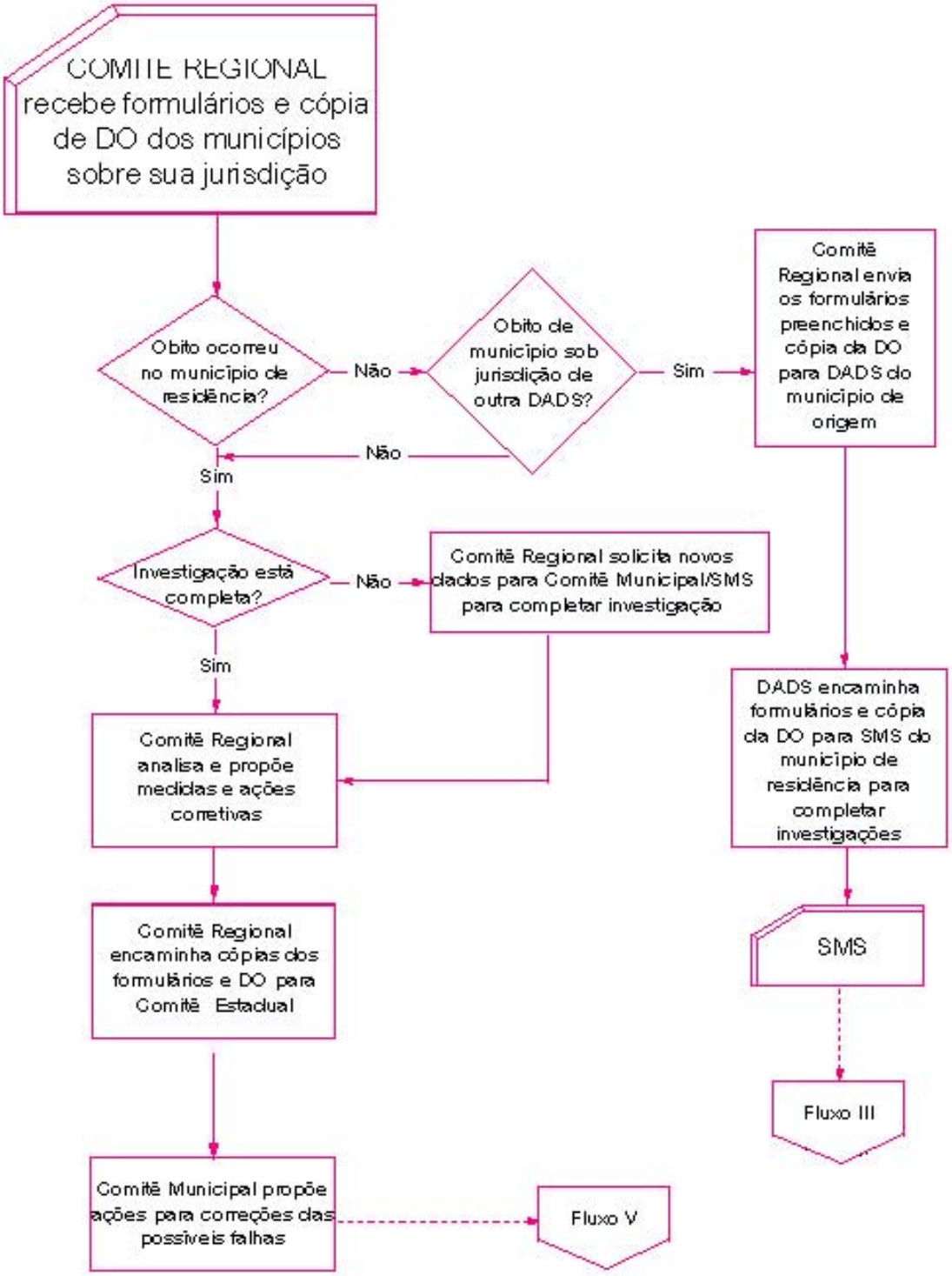
Fluxo Investigativo/Preventivo Hospitalar Óbito Fetal e Infantil



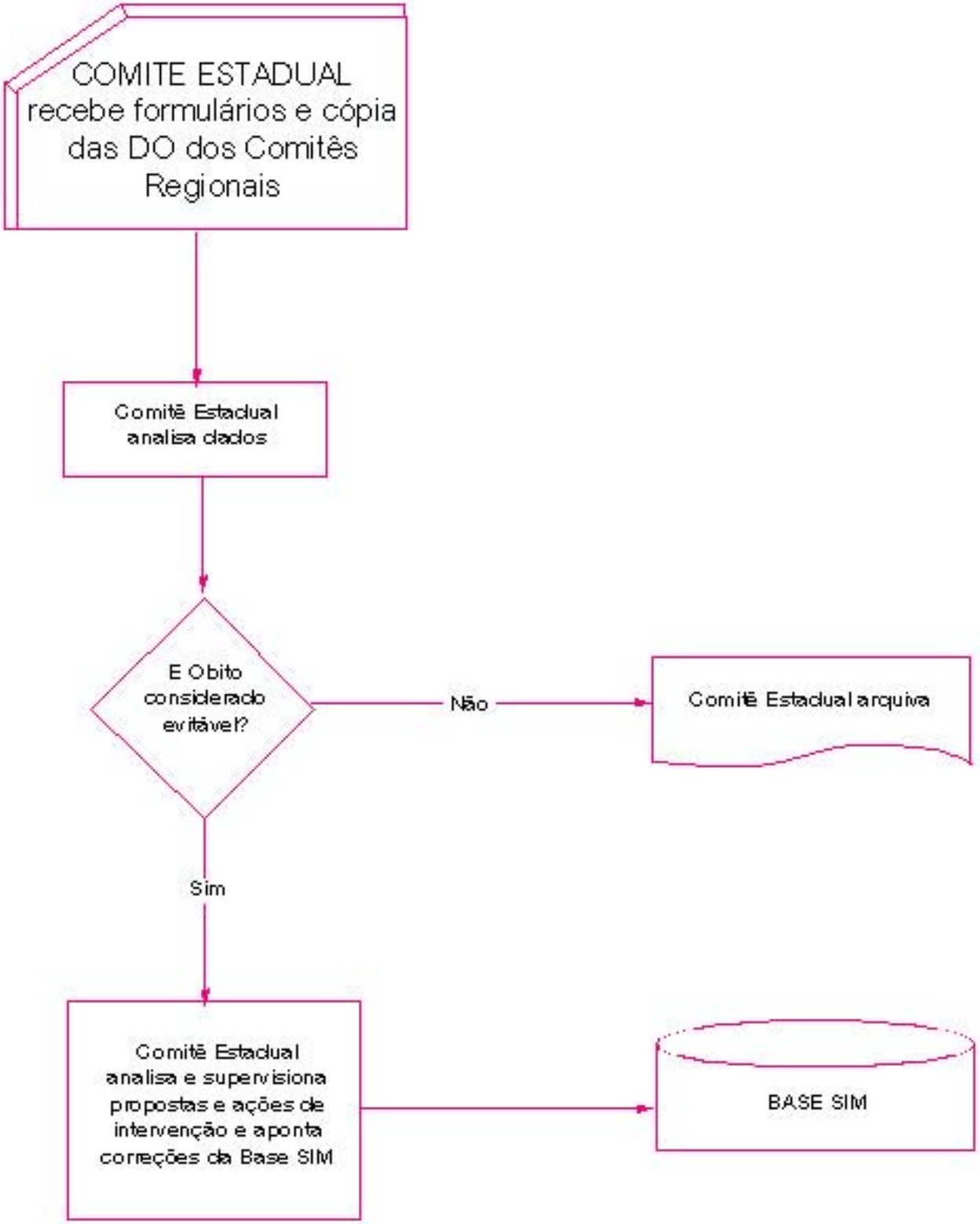
Fluxo Investigativo/Preventivo Municipal - III
Óbito Fetal e Infantil



Fluxo Investigativo/Preventivo Municipal - IV
Óbito Fetal e Infantil



Fluxo Investigativo/Preventivo Municipal - IV
Óbito Fetal e Infantil



4. REsolução do comitê

Resolução do Comitê Estadual de
Prevenção do Óbito Fetal e Infantil

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

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

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

Resolve:

CapÍtulo I
Dos comitês

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

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

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

Capítulo II
Da composição

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

I. 08 (oito) representantes da Secretaria de Estado de Saúde sendo: 05 (cinco) da Superintendência de Atenção à Saúde; 03 (três) da Coordenadoria de Assistência à Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, 01 (um) representante da Diretoria de Normalização, 02 (dois) representantes da Superintendência de Epidemiologia e 01 (um) da Superintendência de Regulação.
II. 01 (um) representante da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais;
III. 03 (três) representantes da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo 2 (dois) da Faculdade de Medicina e 1 (um) da Faculdade de Enfermagem;
IV. 01 (um) representante do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente;
V. 01 (um) representante do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher;
VI. 01 (um) representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais;
VII. 01 (um) representante do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais;
VIII. 01 (um) representante da Associação dos Hospitais Públicos de Minas Gerais;
IX. 01 (um) representante do Hospitais Públicos em Minas Gerais;
X. 01 (um) representante da Sociedade Mineira de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais;
XI. 01 (um) representante da Sociedade Mineira de Pediatria;
XII. 01 (um) representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais;
XIII. 02 (dois) representantes de Organizações Não Governamentais atuantes na área de saúde da criança;
XIV. 01 (um) representante do Conselho Estadual de Saúde;
XV. 01 (um) representante do Comitê Estadual de Defesa da Vida;
XVI. 01 (um) representante da Secretaria Estadual de Defesa Social.

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

I. 01 (um) representante técnico do serviço da Epidemiologia da DADS;
II. 01 (um) médico pediatra;
III. 01 (um) enfermeiro;
IV. 01 (um) representante Técnico da Atenção Básica da DADS e/ou do Programa de Saúde da Família;
V. 01 (um) representante da Comissão Intergestores Bipartite Regional.

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

I. 01 (um) profissional médico responsável pela assistência à criança;
II. 01 (um) representante técnico da área de Epidemiologia;
III. 01 (um) representante técnico da Atenção Básica e/ou do Programa de Saúde da Família;
IV. 01 (um) representante do Conselho Municipal da Saúde;

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

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

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

Capítulo III
Das competências

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

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

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

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

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

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

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

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

Capitulo IV
Das disposições gerais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Belo Horizonte, 26 de outubro de 2003.

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

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

Regimento Interno para Comitê Regional

TÍTULO I – DA CARACTERIZAÇAO E DOS OBJETIVOS

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

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

TÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 3º - São finalidades do CPOFI Regional:

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

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

III - Elaborar relatório analítico de acordo com cronograma proposto;

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

TÍTULO III – DA COMPOSIÇAO

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

Art. 5º - Serão membros indicados: (citar as instituições não governamentais e técnicos de reconhecida atuação).
Art. 6º - Serão membros convidados: (citar os mesmos).

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

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

TITULO IV – DO FUNCIONAMENTO

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

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

TÍTULO V – DA ESTRUTURA

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

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

TÍTULO VI – DA COMPETÊNCIA

Art. 12º - Ao CPOFI Regional compete:

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

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

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

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

TÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Regimento Interno para Comitê Municipal

TÍTULO I – DA CARACTERIZAÇAO E DOS OBJETIVOS

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

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

TÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 3º - São finalidades do CPOFI Municipal:

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

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

III - Elaborar relatório analítico de acordo com cronograma proposto;

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

TÍTULO III – DA COMPOSIÇAO

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

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

Art. 6º - Serão membros convidados: (citar os mesmos).
Parágrafo único: Os convidados terão direito a voz, porém, não a voto.

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

TITULO IV – DO FUNCIONAMENTO

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

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

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

TÍTULO V – DA ESTRUTURA

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

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

TÍTULO VI – DA COMPETÊNCIA

Art. 12º - Ao CPOFI Municipal compete:

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

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

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

TÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

Diário Oficial
Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 07 – 12/01/10 – p.29

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 72, DE 11 DE JANEIRO DE 2010

Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, parágrafo único do art. 87 da Constituição, e
Considerando o Objetivo IV do Milênio, que estabelece o compromisso de reduzir em ¾ (três quartos) a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade e que o maior componente desta mortalidade é a mortalidade infantil, em especial a neonatal;
Considerando que o real dimensionamento do óbito infantil e fetal no Brasil é dificultado pelo sub-registro de óbitos e pela subenumeração da morte infantil e fetal;
Considerando que a identificação dos principais fatores de risco associados à mortalidade infantil e fetal possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências;
Considerando que a Lei n° 6.015, de 31 de dezembro de 1973, estabelece que nenhum sepultamento seja feito sem certidão oficial de óbito;
Considerando que a Declaração de Óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo e que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é o instrumento oficial do Ministério da Saúde para a informação da DO em todo o território nacional e que, a partir de 2006, tem maior agilidade na transmissão da informação sobre o óbito;
Considerando o disposto na Portaria n° 116/GM, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta o conjunto de ações que compõem o SIM e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC);
Considerando que a Declaração de Óbito é documento de preenchimento obrigatório pelos médicos, com atribuições e responsabilidades detalhadas pela Resolução n° 1.779 de 2005 do Conselho Federal de Medicina,
Considerando as ações previstas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pela Presidência da República em 8 de março de 2004 e aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS);
Considerando o disposto na Portaria n° 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta competências da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, entre elas a vigilância e o monitoramento dos óbitos infantis e maternos;
Considerando que a agilidade na informação e o início oportuno da investigação são fatores fundamentais para o sucesso da ação; e
Considerando que a redução da morte infantil e fetal é uma das prioridades deste Ministério e para tanto vêm sendo implementadas uma série de medidas, resolve:
Art. 1º Estabelecer que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).
§ 1º A vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.
§ 2º A busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais da saúde designados pelas Secretarias de Saúde Municipal, Estadual e do Distrito Federal.
Art. 2º Para os fins desta Portaria, define-se:
I - óbito infantil: é aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias;
II - nascimento vivo: é definido como 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. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança nascida viva; e
III - óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais.

Art. 3º Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis.
Art. 4º Para fins de investigação, são critérios mínimos de caso todos os óbitos:
I - pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias);
II - neonatais (0 a 27 dias de vida); e
III - fetais (natimortos).
Parágrafo único. Considerando-se o menor potencial de prevenção dos óbitos com malformação congênita grave ou complexa ou letal, sua investigação é facultativa.
Art. 5º O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação de que trata o art. 3º é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser adequadamente preenchida em todos os campos.
Art. 6º Os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação devem ser aqueles padronizados para uso no Estado ou Município, ou os recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).
Parágrafo único. Quando o Estado ou Município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal conforme Anexo I a esta Portaria e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
Art. 7º As declarações de óbito com informação sobre óbito infantil e fetal, nos termos do art. 5º, deverão seguir fluxo e prazos constantes no Anexo II a esta Portaria ou o fluxo existente em cada Secretaria Estadual de Saúde, desde que obedecidos os prazos estabelecidos para o cumprimento desta Portaria.
§ 1º O prazo para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com o envio da 1ª via da DO é de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da ocorrência.
§ 2º O prazo para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde é de, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data da ocorrência.
§ 3º O prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, realização da discussão, análise e a conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência.
§ 4º O prazo para os responsáveis pela vigilância de óbitos ou a Secretaria Municipal de Saúde, conforme definição local, providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos infantis e fetais do SIM com os dados da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal é de, no máximo, 7 (sete) dias a contar do seu recebimento.
§ 5º O prazo para atualizar o SIM, com os dados oriundos da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, incluindo alterações da causa do óbito devidamente recodificada e resselecionada quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde, é de 30 (trinta dias) após a conclusão da investigação de que trata o § 3º.
Art. 8º Estabelecer que os serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos nesta Portaria.
Parágrafo único. Nos hospitais onde houver Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ou comissões ou comitês hospitalares de óbitos implantados, estes poderão desempenhar as atribuições conforme estabelecido no caput deste artigo.
Art. 9º Definir que os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde (público ou privado) que integram o SUS, onde a gestante ou parturiente ou a criança recebeu assistência, deverão disponibilizar aos responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos infantis e fetais.
§ 1º Os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais utilizarão esse material para coletar dados, transcrevendo-os para instrumento próprio utilizado na investigação conforme o art. 6º desta Portaria.
§ 2º Considerando que as informações constantes nos prontuários estão protegidas pelo sigilo, os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais devem garantir o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes estabelecidos no art. 154 e no art. 269 do Código Penal e no art. 102 do Código de Ética Médica.
Art. 10. Determinar que a conclusão da investigação do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município de residência da mãe do natimorto ou da criança falecida, e deverá ser apoiada pelos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município onde a gestante, a parturiente ou a criança recebeu assistência ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município de residência.
Art. 11. Determinar que a Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGIAE/DASIS/SVS/MS) disponibilizará, quinzenalmente, para a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS) e para o Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS), na rede interna do MS, o extrato atualizado dos óbitos infantis e fetais notificados ao SIM.
Parágrafo único A mesma determinação se refere aos componentes correspondentes nos Estados e Municípios.
Art. 12. Estabelecer que a CGIAE/DASIS/SVS/MS em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno /DAPES/SAS realizem monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos.

Art. 13. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), fornecer o suporte técnico e administrativo para a operacionalização do disposto nesta Portaria.
Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL - SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES
Formulário padrão com a síntese da investigação de óbito infantil e fetal a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.
Dados de identificação do caso:
A) Número da DO:
B) Município/UF de residência da família:
C) Município/UF de ocorrência do óbito:
Parte I: Investigação do caso

1. Momento do óbito em relação ao parto: (1)Antes (2)Durante (3)Depois (9)Ignorado
1.1. Data de nascimento: ____ / ____ / _____
1.2. Data e hora do óbito: ____ / ____ / _____ Hora: ___ :
____
1.3. Idade no momento do óbito: _____ ( ) minutos, ( ) horas, ( ) dias, ( ) meses, ( ) anos

2. Fontes de informações da investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):
(1) Entrevista domiciliar
(2) Prontuários ambulatoriais
(3) Prontuários hospitalares
(4) SVO
(5) IML
(6) Registros do atendimento de urgência/emergência
3. Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal: (1) Não se aplica, pois não fez pré-natal

3.1.Nome:_____Código CNES:
_____
Nome:_____Código CNES:
_____
Nome:_____Código CNES:
_____
3.2. Idade gestacional quando realizou a primeira consulta:
em semanas ou meses (9) Ignorado
4. Local do parto: (1) Hospital (2) Domicílio (3) Via pública (4) No trajeto para o serviço de saúde (9) Ignorado
4.1. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto
Nome: _____Código CNES:
_____
4.2. Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica
4.3. Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL): (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica
5. A criança era acompanhada na atenção básica (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica
5.1. Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:
(3) Não se aplica
Nome: _____ Código CNES:
_____
5.2. A vacinação estava em dia: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica
6. A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito? (1) Sim (2) Não
7. Causas do óbito após a investigação
PARTE I:
Linha a): _____
Linha b): _____
Linha c): _____
Linha d): _____
PARTE II
Causa básica após a investigação
8. A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito? (1) Sim (2) Não
8.1. Foram alterados campos do Bloco V da Declaração de Óbito e que alterações? (1)Sim (2)Não
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
Campo ____ Original _____ Após a investigação

_____
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
8.2. Foram alterados outros campos da Declaração de Óbito e que alterações? (1)Sim (2)Não
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
9. A investigação alterou ou corrigiu campos da Declaração de Nascido Vivo? (1) Sim (2) Não
9.1. Quais campos e que alterações:
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
Campo ____ Original _____ Após a investigação
_____
Parte II: Análise do caso
10. Foram identificados problemas após a investigação? (1) Sim (2) Não
Assinalar com um X a alternativa mais adequada quanto à falha no acesso/falha na assistência
10.1. Planejamento familiar (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo
10.2. Pré-natal (1) Sim (2) Não (3)Inconclusivo
10.3. Assistência ao parto (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
10.4. Assistência ao recém-nascido na maternidade (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo (4)Não se aplica
10.5. Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo (4)Não se aplica
10.6. Assistência à criança na urgência (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo (4)Não se aplica
10.7. Assistência à criança no hospital (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo (4)Não se aplica
10.8. Dificuldades da família (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
10.9. Causas externas (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo (4)Não se aplica
10.10. Organização do sistema / serviço de saúde
a) Cobertura da atenção primária (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
b) Referência e contrarreferência (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
c) Pré-natal de alto risco (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
d) Leito de UTI - gestante (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
e) Leitos de UTI Neonatal (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
f) Central de regulação (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
g) Transporte inter-hospitalar (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
h) Bancos de sangue (1)Sim (2)Não (3)Inconclusivo
11. Este óbito poderia ter sido evitado? (1) Sim (2) Não (3)Inconclusivo
12. Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada):
Wigglesworth (1)W1 (2)W2 (3)W3 (4)W4 (5)W5 (6)W6 (7)W7 (8)W8 (9)W9
SEADE (1)S1 (2)S2 (3)S3 (4)S4 (5)S5 (6)S6 (7)S7 (8)S8
Lista brasileira (1)1.1 (2)1.2.1 (3)1.2.2 (4)1.2.3 (5)1.3 (5)1.4 (6)2 (8)3
13. Data da conclusão do caso:

ANEXO II

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS

As declarações de óbito com informação acerca de óbito infantil ou fetal deverão seguir fluxo e prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria:

1. O hospital ou serviço onde ocorreu o óbito ou que emitiu a Declaração de Óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor municipal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
2. O setor que processa os dados sobre os óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para os responsáveis pela vigilância de óbito infantil e fetal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), conforme o fluxo definido em cada local e que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.
3. Os responsáveis pela vigilância do óbito infantil e fetal da SMS iniciam imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto à SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso no estado ou Município, ou os instrumentos-padrão recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).
4. Quando o Estado ou Município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações (Anexo I), e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM.

5. Simultaneamente ao encaminhamento da DO aos responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbito e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado.
6. A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional, ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento;
7. Os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deverão concluir o caso e informar o resultado da investigação dos óbitos no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.
8. Informar o resultado da investigação significa encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, a Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, devidamente preenchida.
9. O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará a síntese da investigação do óbito infantil e fetal no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento da Ficha, podendo ainda disponibilizar acesso para que os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais alimentem o referido módulo, conforme a decisão de cada local.
10. Caso a investigação aponte para a necessidade de alterar ou complementar a Declaração de Nascido Vivo (DN) ou a DO, estas deverão ser efetuadas e no caso de alteração/atualização das causas de óbito, elas devem passar por um processo de recodificação e nova seleção de causa básica. Outro tipo de alteração diz respeito à faixa etária do indivíduo no momento do óbito, podendo gerar revisões na classificação do tipo de óbito (fetal ou não fetal) no SIM.

PORTARIA No 1119 de 05 de junho de 2008

Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

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

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

Considerando o Objetivo V do Milênio, que estabelece o compromisso de reduzir em ¾ a razão de mortalidade materna, entre 1990 e 2015;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

R E S O L V E:

Art. 1º A vigilância de óbitos maternos para todos os eventos confirmados ou não, independentes do local de ocorrência, deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal.

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

§ 1º Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais.

§ 2º Para cômputo da razão de mortalidade materna, serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após quarenta e dois dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas do término da gestação e do óbito.

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

Art. 3º O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação é a Declaração de Óbito (DO), adequadamente preenchida em todos os campos, com realce, além da idade da mulher, para a causa básica dentre as constantes do Anexo I a esta Portaria.

Art. 4° Os instrumentos que servirão como roteiro para a investigação, podem ser aqueles padronizados tanto para uso na Unidade da Federação - UF quanto no "Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde", fichas B, C e D, ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Em qualquer caso, a UF deverá obrigatoriamente incluir os quesitos constantes do Anexo III a esta Portaria, que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Art. 5º As declarações de óbito materno e de mulheres em idade fértil, formalizadas nos termos do artigo 3º, deverão seguir fluxo especial constante do Anexo II ou o adotado pela UF, desde que observados os seguintes prazos:

I – contados a partir da ocorrência:

a) quarenta e oito horas, para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito, com o envio da 1ª via da DO;

b) trinta dias, para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde; e

c) cento e vinte dias, para a equipe de vigilância de óbito materno responsável concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao comitê de morte materna de referência e remeter a ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III) ao gestor do SIM.

II – sete dias, a contar do recebimento dos dados da ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III), para o gestor do SIM providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos; e

III – trinta dias após a conclusão da investigação de que trata o inciso I, alínea "c", para atualizar o SIM com os dados oriundos da ficha síntese da investigação epidemiológica, incluindo alterações da causa do óbito, com adequação da codificação e da seleção, quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde.

Art. 6º A inobservância do disposto nesta Portaria poderá, conforme o caso, ensejar a adoção das providências previstas nos artigos 21, 22 e 23 da Portaria GM/MS nº. 1.172, de 15 de junho de 2004.

Art. 7º O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) e, na falta de sua implantação, as direções técnicas, clínicas e de enfermagem dos estabelecimentos assistenciais ou as estruturas específicas, definidas pelo gestor local de saúde, deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos

maternos e de mulher em idade fértil, ocorridos ou declarados em suas dependências, qualquer que seja a sua causa, e assegurar o cumprimento dos fluxos e dos prazos estabelecidos nesta Portaria.

Art. 8º Os hospitais, consultórios médicos, unidades básicas de saúde ou qualquer outro serviço assistencial deverão, no prazo de quarenta e oito horas da solicitação da equipe de vigilância de óbitos maternos, franquear-lhe o acesso aos prontuários das mulheres falecidas sob seus cuidados, nas condições e no período previstos no § 1º do art. 2º ou em idade fértil, para viabilizar o início oportuno da investigação da ocorrência.

Parágrafo único. A equipe de vigilância de óbitos maternos utilizará os registros do prontuário para coletar dados, que transcreverá para instrumento próprio utilizado na investigação (artigo 4º), garantido o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes.

Art. 9º A conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do município de residência da mulher e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local em que faleceu ou recebeu assistência para pré-natal, parto, aborto ou puerpério.

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

Art. 11º O DASIS/SVS/MS, em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e o DAPE/SAS realizarão o monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos.

Art. 12º Cabe à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS o apoio à operacionalização do disposto nesta Portaria.

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

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

Art. 14º Ficam revogados os parágrafos 1º e 2º, do Art. 1º e Art. 3º da Portaria nº. 653/GM, de 28 de maio de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº. 103, de 30 de maio de 2003. Seção 1, pág. 79.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO E SUA CARACTERIZAÇÃO COMO UMA INFORMAÇÃO ACERCA DE UM CASO DE ÓBITO MATERNO

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

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

1 - os campos relativos a óbitos em mulheres:

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

Campo 44 - o óbito ocorreu durante o puerpério?

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

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

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

2.1 - Diagnósticos constantes do Capítulo XV da CID 10:

CAPÍTULO XV DA CID 10

COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

O00-O08 Gravidez que termina em aborto
O00 Gravidez ectópica
O01 Mola hidatiforme
O02 Outros produtos anormais da concepção
O03 Aborto espontâneo
O04 Aborto por razões médicas e legais
O05 Outros tipos de aborto
O06 Aborto não-especificado
O07 Falha de tentativa de aborto
O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério
O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta
O12 Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão
O13 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa
O14 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa
O15 Eclâmpsia
O16 Hipertensão materna não-especificada

O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez
O20 Hemorragia do início da gravidez
O21 Vômitos excessivos na gravidez
O22 Complicações venosas na gravidez
O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez
O24 Diabetes mellitus na gravidez
O25 Desnutrição na gravidez
O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez

O28 Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe
O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto
O30 Gestação múltipla
O31 Complicações específicas de gestação múltipla
O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto
O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita
O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos
O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas
O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados
O40 Polihidrâmnio
O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico
O42 Ruptura prematura de membranas
O43 Transtornos da placenta
O44 Placenta prévia
O45 Descolamento prematuro da placenta [abruptio placentae]
O46 Hemorragia anteparto não-classificada em outra parte
O47 Falso trabalho de parto
O48 Gravidez prolongada

O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto
O60 Parto pré-termo
O61 Falha na indução do trabalho de parto
O62 Anormalidades da contração uterina
O63 Trabalho de parto prolongado
O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má-posição ou má-apresentação do feto
O65 Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe
O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto
O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal
O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical
O70 Laceração do períneo durante o parto
O71 Outros traumatismos obstétricos
O72 Hemorragia pós-parto
O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não-classificadas em outra parte

O80-O84 Parto
O80 Parto único espontâneo
O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
O82 Parto único por cesariana
O83 Outros tipos de parto único assistido
O84 Parto múltiplo

O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O85 Infecção puerperal
O86 Outras infecções puerperais
O87 Complicações venosas no puerpério
O88 Embolia de origem obstétrica
O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
O91 Infecções mamárias associadas ao parto
O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto

O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte
O95 Morte obstétrica de causa não-especificada
O96 (*) Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto
O97 (*) Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas
O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério
O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério

Observações:
O08 - Este código só deve ser usado para classificar morbidade.
O30 - Não deve ser usado para codificação de causa básica.
O32 - Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isto ocorrer, usar O33.
O33.9 - Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3
O64 - Não deve ser usado se houver menção de O 65. Se isto ocorrer usar O 65
O80 - O84 Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique como complicações não-especificadas de trabalho de parto e parto O75.9
O95 - Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente "materna" ou obstétrica.
(*) Embora não entrem no cálculo da Razão de Morte Materna devem ser investigados os óbitos codificados como O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Seqüela de Causa Obstétrica Direta).

2.2 - Diagnósticos fora do Capítulo XV da CID-10 - algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas:
- tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I);
- osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII);
- transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V);
- necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV) - (**);
- mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) - (**); e
- doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.) - (*).

(**) Para estes casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.
É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e devem ser considerados óbitos maternos, desde que não haja dúvida em relação a esse comprometimento.

ANEXO II

FLUXO ESPECIAL PARA
DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS MATERNOS DECLARADOS, BEM COMO OS ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

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

1 - O hospital ou serviço onde ocorreu ou que emitiu a DO de óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor do sistema de informação sobre mortalidade responsável pelo processamento dos dados de mortalidade ocorridos no Município.

2 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para equipe de Vigilância de Óbito Materno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela investigação, conforme o fluxo definido em cada local que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.

3 - A equipe de Vigilância do Óbito Materno da SMS inicia imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto com a SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação 'Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde' - ficha B para coletar dados em domicilio; ficha C para coletar dados hospitalares e serviços assistenciais de saúde em geral; e ficha D para coletar dados de laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou IML, quando aplicáveis - ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

4 - Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes no formulário padronizado conforme disposto no Anexo III a esta Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o sistema de informação do módulo de investigação de óbitos do SIM;

5 - Simultaneamente ao encaminhamento da DO à equipe de vigilância de óbitos maternos, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbitos, e faz a 1ª entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado:

6 - A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional, ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento.

7 - As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

8 - Informar o resultado da investigação epidemiológica significa:

a) encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, o Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos, constante do Anexo III a esta Portaria, devidamente preenchido; e

b) encaminhar todos os formulários utilizados no processo de investigação (fichas hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do SVO e/ou laudo do IML) ao Comitê de Morte Materna municipal ou de referência para os óbitos de sua área de abrangência, conforme fluxo definido em cada UF.

9 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará o sumário da investigação do óbito materno no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo

MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada no formulário padrão (Anexo III), no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento do Relatório-sintese, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local.

10 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a 1ª atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultadas durante a investigação e a data da sua conclusão.

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

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

ANEXO III

FORMULÁRIO PADRÃO COM O SUMÁRIO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO

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

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

Dados de identificação da investigação:

A) Número da DO:

B) Município/UF de residência da falecida:

C) Município/UF de ocorrência do óbito:

D) Data da conclusão da investigação:

1. Fontes de dados consultadas durante a investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):

( ) Entrevista domiciliar, ( ) Registros ambulatoriais, ( ) Prontuários hospitalares, ( ) SVO, ( ) IML, ( ) Entrevistas com profissionais de saúde

1.1 O óbito ocorreu:

( ) Durante a gestação ( ) Durante abortamento ( ) Após abortamento ( ) No parto ou até 1 hora após parto ( ) No puerpério (até 42 dias do término da gestação) ( ) Entre o 43 dia e até 1 ano após o término da gestação ( ) A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito ( ) Mais de um ano após o parto (descartado o caso e encerrada a investigação) ( ) O óbito não ocorreu em nenhuma das circunstâncias acima mencionadas (descartado o caso e encerrada a investigação)

2. Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual) _____

3.Resultado das gestacões anteriores:

3.1 Nº de partos vaginais: (_____)

3.2 Nº de partos cesáreos: (_____)

3.3 Nº de abortamentos/perdas fetais (_____)

4. Data da última menstruação:

5. Nº de consultas de pré-natal:

6. Data da 1ª consulta de pré-natal:

7. Mês de gestação quando realizou a 1ª consulta de pré-natal

8. Data da última consulta de pré-natal

9. Idade Gestacional na última consulta de pré-natal (em semanas):

10. Idade Gestacional no momento do óbito (em semanas)

11. Em caso de óbito durante ou após abortamento (na pergunta anterior), o aborto foi:

( ) Espontâneo ( ) Induzido Legalmente ( ) Provocado ( ) Não Sabe

12. Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?

( ) Parto vaginal ( ) cesariana ( ) não sabe

13. Estabelecimento (s) de saúde onde fez o pré-natal:

Nome: _____Código CNES: _____

Nome: _____Código CNES: _____

Nome: _____Código CNES: _____

14. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto

Nome: _____Código CNES: _____

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

( ) Não acrescentou nem corrigiu informação,

( ) Sim permitiu o resgate de novas informações
( ) Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente
16. Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original:
Descrição dos diagnósticos e CID opcional (caso necessário, pode-se anotar mais de um diagnóstico por linha)
PARTE I:
16.1 Linha A): _____
16.2 Linha B): _____
16.3 Linha C): _____
16.4 Linha D): _____
PARTE II
16.5 Descrição e CID: _____
_____
_____
17. A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbitos além da causa e dos campos 43 e 44:
( ) NÃO ( ) SIM
Caso afirmativo, Quais campos e que alterações?
Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____
Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____
Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____
Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____
Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____
Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____
18. O caso foi encaminhado para o Comitê de Morte Materna?
( ) SIM ( ) NÃO
19. Data do encaminhamento ao comitê (em caso afirmativo)
( ) SIM ( ) NÃO
20. O comitê de morte materna deu parecer?
( ) SIM ( ) NÃO
21. Em caso afirmativo para a pergunta 20, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do comitê de morte materna?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda ( ) Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo comitê.

E-mail - 0588301

Data de Envio:
17/04/2018 17:10:02

De:
SES/Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e das Crianças <mulher.coordenacao@saude.mg.gov.br>

Para:
polianna.santos@saude.mg.gov.br
Ane Karine Alkmim de Sousa <ane.sousa@saude.mg.gov.br>

Assunto:
Nota Técnica Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Mensagem:
Boa tarde Polianna, encaminho a Nota Técnica.
Aguardo retorno.

Atenciosamente,

Ane Karine

Anexos:
Nota_Tecnica_0458639.html
Regimento_0587895_Regimento_interno_aprovado_dia_07_04_2016.pdf
Resolucao_0587923_Resolucao_SES_MG_N__5.016_de_2015.pdf
Manual_0587965_Manual_comites_mortalidade_materna_MS_2009.pdf
Manual_0587985_Manual_de_Orientacoes_para_Comites_de_Prevencao_do_Obito_Fetal_Infantil.pdf
Portaria_0588000_Portaria_72__de_11.01.2010.pdf
Portaria_0588158_Portaria_1119_de_05.06.2008.pdf

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SRAS/DATE - CASMC Coordenação de Atenção a Saúde das Mulheres e das Crianças

Memorando.SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC.nº 85/2018

Belo Horizonte, 27 de abril de 2018.

Para: Chefia de Gabinete

Lisandro Carvalho de Almeida Lima

Assunto: Solicitação para envio da Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018
Referência: Processo nº 1320.01.0003930/2018-15.

Senhor chefe de Gabinete,

Vimos através deste, solicitar a elaboração de ofício para o envio da Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos para o Ministério Público de Minas Gerais e órgãos afins. Essa nota tem como objetivo esclarecer as demandas extrajudiciais em relação ao fornecimento de informações sigilosas, bem como as competências dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

Atenciosamente,

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar	Ane Karine Alkmim de Sousa	Karla Adriana Caldeira
Presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal	Coordenação de Atenção a Saúde das Mulheres e Crianças	Coordenadora de Atenção a Saúde das Mulheres e Crianças

Documento assinado eletronicamente por **Regina Amelia Lopes Pessoa Aguiar**, **Servidor(a) Público(a)**, em 27/04/2018, às 14:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Ane Karine Alkmim de Sousa**, **Servidor(a) Público(a)**, em 27/04/2018, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Karla Adriana Caldeira**, **Servidor(a) Público(a)**, em 27/04/2018, às 15:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0660110** e o código CRC **4AB7D75B**.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 367/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exmo. Sr.
Nedens Ulisses Freire Vieira
Procurador-Geral de Justiça Adjunto Institucional
Ministério Público do Estado de Minas Gerais
Procuradoria-Geral de Justiça
Av. Alvares Cabral, nº 1690, 12° andar, Lourdes
Belo Horizonte-MG, CEP 30.170-001

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezado Senhor Procurador,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15

SEI nº 0708439

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 368/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exmo. Sr.
João Octacílio Silva Neto
Chefe de Polícia
Polícia Civil do Estado de Minas Gerais
Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves
Rodovia Papa João Paulo II, 4143, bairro Serra Verde, Prédio Minas, 4º andar,
Belo Horizonte-MG, CEP 31630-900

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezado Senhor Chefe de Polícia,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15 SEI nº 0708929

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 369/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exma.. Sra.
Christiane Neves Procópio Malard
Defensora Pública-Geral
Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais
Rua Guajajaras, 1707, bairro Barro Preto
Belo Horizonte-MG, CEP 30180-099

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezada Senhora Defensora,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15 SEI nº 0709268

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 371/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exma. Sra.
Isabela de Holanda Cavalcanti
Procuradora Chefe
Procuradoria da República em Minas Gerais
Ministério Público Federal
Av. Brasil, 1877, bairro Funcionários
Belo Horizonte-MG, CEP 30140-007

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezada Senhora Procuradora,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15

SEI nº 0710543

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 372/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exmo. Sr.
Rodrigo de Melo Teixeira
Superintendência Regional da Polícia Fedaral em Minas Gerais
Rua Nascimento Gurgel, 30, bairro Gutierrez
Belo Horizonte-MG, CEP 30430-340

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezado Senhor Superintendente,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15

SEI nº 0710785

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 373/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exmo. Sr.
Francisco Nogueira Machado
Defensor Público Chefe
Defensoria Pública da União no Estado de Minas Gerais
Rua Pouso Alto, 15, Ed. Mello Cançado, bairro Serra
Belo Horizonte-MG, CEP 30240-180

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezado Senhor Defensor,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15

SEI nº 0710908

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 374/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exmo. Sr.
Geraldo Augusto de Almeida
Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
Av. Afonso Pena, 4001, bairro Serra
Belo Horizonte-MG, CEP 30130-911

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezado Senhor Presidente,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15 SEI nº 0711299

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 375/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exmo. Sr.
Carlos Eduardo Moreira Alves
Presidente do Tribunal Regional Federal da 1ª Região
Edifício Sede I: SAU/SUL Quadra 2, Bloco A, Praça dos Tribunais Superiores
Brasília-DF, CEP 70070-900

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezado Senhor Presidente,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15 SEI nº 0711377

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Assessoria de Gabinete - Processos

Ofício SES/GAB-AG-PROC nº. 376/2018

Belo Horizonte, 08 de maio de 2018.

Exmo. Sr.
Onofre Alves Batista Júnior
Advogado Geral do Estado
Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais
Avenida Afonso Pena, 4000, Cruzeiro
Belo Horizonte-MG, CEP 30130-009

Assunto: Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e anexos.

Prezado Senhor Advogado Geral,

Com cumprimentos a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através deste gabinete, encaminha a V.Exa., para conhecimento, a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 e os respectivos anexos.

Atenciosamente,

Lisandro Carvalho de Almeida Lima
Chefe de Gabinete

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0003930/2018-15 SEI nº 0711781