



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**Manual de normas técnicas  
para Vigilância Epidemiológica  
do Óbito Materno, Infantil, Fetal  
e com Causa Mal Definida**

Ceará  
2010



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

**Manual de normas técnicas  
para Vigilância Epidemiológica  
do Óbito Materno, Infantil, Fetal  
e com Causa Mal Definida**

**Ceará  
2010**

Governador do Estado do Ceará

**Cid Ferreira Gomes**

Secretário da Saúde do Estado do Ceará

**Raimundo José Arruda Bastos**

Secretário Adjunto da Secretaria da Saúde

**Francisco Marcelo Sobreira**

Coordenador de Promoção e Proteção à Saúde

**Manoel Dias da Fonseca Neto**

Supervisora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

**Dina Cortez Lima Feitosa Vilar**

Supervisora do Núcleo de Informação e Análise em Saúde

**Cícera Borges Machado**

Coordenadora de Política e Atenção à Saúde

**Vera Maria Câmara Coelho**

Supervisora do Núcleo de Atenção Primária

**Maria Imaculada Ferreira da Fonsêca**

**Equipe de Elaboração**

Ana Lúcia e Silva Mamede

Ediânia de Castro Albuquerque

Magnólia Montenegro Osório

Márcia Maria Almeida de Sousa Villar

Márcia Maria Macêdo de Lucena

Maria Socorro Ramos da Ponte

**Diagramação**

George G. de Araújo

**Equipe Revisão**

Almezina Apoliano Moreira

Ana Lúcia Lima Solon

Benedita Rodrigues Soares

Diva de Lourdes Azevedo Fernandes

Lindélia Sobreira Coriolano

**Digitação**

Alderi Viana de Oliveira

Macedônia Pinto dos Santos

Roberto Viana Forte

**Distribuição e Informação**

Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Avenida Almirante Barroso, 600, Praia de Iracema

CEP 60.060-440 Fortaleza-Ceará

Fone/fax: (85)3101.5214/5215 | E-mail: nuvep@saude.ce.gov.br

**Tiragem:** 500 Exemplares

# Sumário

---

<b>Apresentação</b> .....	<b>5</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>6</b>
Situação Atual da Mortalidade no Ceará.....	6
Materna.....	6
Infantil e Fetal .....	7
Óbito com Causa Básica Mal Definida.....	9
Perspectivas.....	9
<b>Vigilância do Óbito Materno, Infantil, Fetal e com Causa Básica Mal Definida</b> .....	<b>10</b>
Conceito.....	10
Conceitos básicos sobre mortalidade materna.....	10
Conceitos básicos sobre mortalidade infantil e fetal .....	11
Conceitos básicos sobre óbitos com causa básica mal definida .....	12
Portaria nº 1.119 de junho de 2008/ SVS/ MS .....	12
Portaria nº 72 de janeiro de 2010/ SVS/ MS .....	13
Portaria nº 116 de fevereiro de 2009/ SVS/ MS .....	13
<b>Vigilância Epidemiológica do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida</b> .....	<b>13</b>
Etapas da Vigilância Epidemiológica do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida .....	13
Fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro das informações da investigação de óbitos regulamentados pela portaria .....	14
Grupo técnico que deve fazer a investigação epidemiológica do óbito.....	14
Fonte de identificação do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida .....	15
Critérios para investigação do óbito .....	15
Materno .....	15
Infantil e Fetal.....	16
Causa Básica Mal Definida .....	16
Instrumentos de identificação do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida .....	16
<b>Inserção da Declaração de Óbito no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)</b> .....	<b>17</b>
<b>Competência das esferas Municipal, Regional e Estadual</b> .....	<b>18</b>



Municipal .....	18
Regional.....	18
Estadual .....	19
<b>Estudos dos óbitos maternos, infantis e fetais.....</b>	<b>20</b>
<b>Critérios de evitabilidade .....</b>	<b>20</b>
Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde na população de 5 a 74 anos.....	20
Óbito materno .....	22
Óbito fetal e infantil .....	23
Análise de evitabilidade dos óbitos fetais e infantis .....	24
Análise dos problemas relacionados aos óbitos fetais e infantis.....	25
<b>Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil .....</b>	<b>25</b>
Histórico .....	25
Conceito.....	26
Objetivos dos Comitês .....	26
Como estruturar e organizar os Comitês.....	27
<b>Estratégias para implantação/implementação da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno Infantil, Fetal e Com Causa Mal Definida e dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil .....</b>	<b>28</b>
Objetivos .....	28
Geral .....	28
Específicos.....	28
Metodologia.....	28
Clientela .....	29
<b>Estudo de Casos Clínicos dos Óbitos Maternos .....</b>	<b>30</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>33</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>35</b>

# Apresentação

A Secretaria Estadual de Saúde/SESA em função das suas competências e dos compromissos assumidos na construção de uma política pública de saúde com vistas a reduzir a mortalidade materna, infantil, fetal e com causa mal definida, disponibiliza o presente *“Manual de Normas Técnicas para Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, Infantil, Fetal e com Causa Mal Definida”* do Estado do Ceará.

Este manual fornece subsídios e orientações para a vigilância epidemiológica dos óbitos, conforme regulamentação da portaria nº 1.119 de 05 de junho de 2008, portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010 e portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009 e contribui para a padronização das ações de vigilância epidemiológica no Estado, estabelecendo fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro das informações destes óbitos. Além disso apresenta diretrizes para a estruturação dos comitês de prevenção de maneira capilar, desde o nível estadual, passando pelo nível regional e municipal, chegando até as instituições de assistência à saúde da mulher e da criança.

Os Comitês de Prevenção à Mortalidade Materno Infantil são organizados com o objetivo de acompanhar, monitorar e avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos e propor medidas de intervenção para a sua redução. Assim, a atuação dos Comitês é um instrumento fundamental para garantir a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças do nosso Estado, prevenindo a morte e afirmando a vida.

Os profissionais de saúde podem contar ainda, com as normas e recomendações na área de vigilância epidemiológica do óbito materno, fetal, infantil e com causa mal definida para as medidas de controle e tomada de decisão para a prevenção de óbitos evitáveis.

Pretende-se, com esta publicação, sensibilizar os responsáveis pelas informações de mortalidade a por em prática as sugestões aqui apresentadas, apontar caminhos que nos conduzam a superar indicadores ainda tão adversos em relação à proteção da saúde da mulher e da criança e consolidar a redução da mortalidade materno infantil em nosso Estado.

Raimundo José Arruda Bastos  
Secretário da Saúde do Estado do Ceará

# 1. Introdução

A mortalidade materno-infantil é um indicador da qualidade de vida de uma população, mediante a evidência de mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Embora haja uma redução significativa e persistente do óbito infantil em nosso Estado, constatamos a persistência de indicadores de mortalidade materna altas, com redução muito lenta, apesar de investimento em incorporação tecnológica, capacitação de pessoal, através de curso sobre suporte avançado de vida em obstetrícia e persistência na estratégia de fortalecimento dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna. Entretanto, o enfrentamento dos vários fatores condicionantes e determinantes desses óbitos continua sendo um grande desafio para o Estado do Ceará.

Verifica-se também uma redução significativa dos óbitos por causa mal-definida, mas há ainda um sub-registro importante de óbitos infantis pela persistência de cemitérios irregulares e mesmo clandestinos. O esforço do Ministério da Saúde, com apoio das Secretarias Estaduais, de estabelecer a obrigatoriedade da Emissão de Declaração de Nascidos Vivos, como base para a Certidão de Nascimento, a implantação da gratuidade desta Certidão e a presença de representantes de Cartórios em Hospitais de médio e grande porte para facilitar este procedimento, favorece a melhoria da informação em saúde, particularmente em relação aos nascidos vivos e óbitos perinatais. No entanto há necessidade de melhorar sempre mais as informações e preenchimento de fichas relacionadas com eventos vitais (nascimento e óbito) que permitam uma análise correta sobre os acontecimentos circundantes a estes eventos, com o objetivo primordial de definir estratégias consistentes de redução da mortalidade materno-infantil, recuperação de pessoas que passaram por sofrimento durante o período de gravidez, parto, nascimento e puerpério, propiciando condições de vida com qualidade e plenitude.

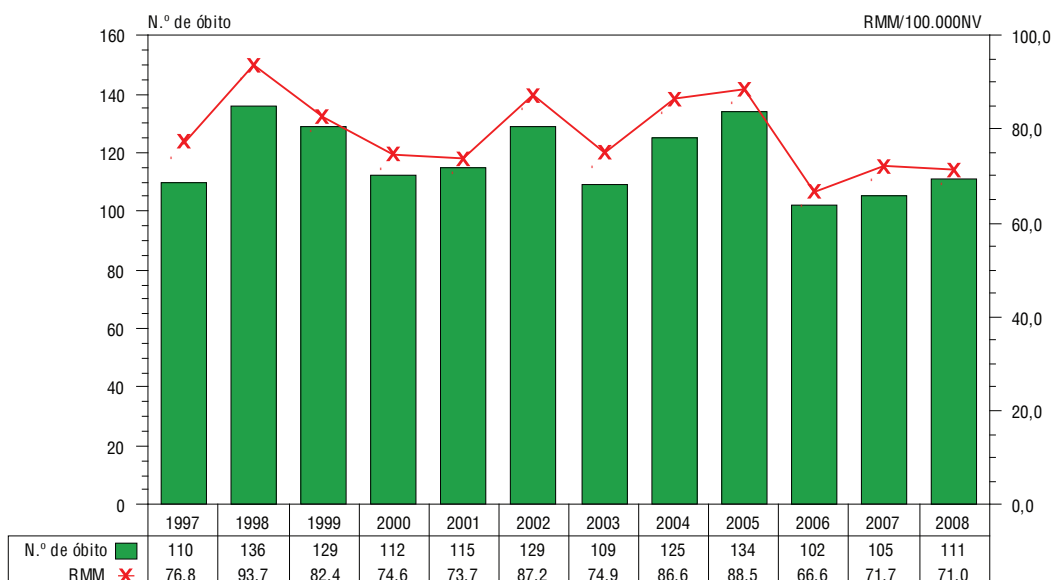
## 1.1 Situação Atual da Mortalidade no Ceará

### 1.1.1 Materna

No Ceará, o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna foi lançado em 1993. Desde então, muito tem sido feito com foco na vigilância epidemiológica do óbito materno, na organização das redes de serviços e na organização dos comitês regionais e municipais de prevenção. Deste modo, tem sido possível à gestão estadual monitorar e avaliar a tendência deste indicador, e principalmente, fortalecer ações de enfrentamento, tornando-as prioritárias, como vem ocorrendo na gestão iniciada em 2007.

A série histórica permite vislumbrar que a média da razão da mortalidade materna no período (1997 – 2008) situou-se em 79,1 óbitos por cem mil nascidos vivos. O Ceará tem apresentado índices com tendência estacionária nos anos 2007 e 2008, mostrando que muito ainda deverá ser feito para o alcance do nível aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 20 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos.

**Figura 1. Número de óbitos e Razão de Mortalidade Materna (RMM) - Ceará, 1997 a 2008**



Fonte: Nuveo/Coprom/Sesa

Nota:

1. SINASC – DATASUS de 1997 a 2007; SINASC – SESA/NUIAS ano 2008.
2. Excluídos da razão de mortalidade materna os óbitos maternos não obstétricos de 1997 a 2007 e a partir de 2006, os óbitos maternos tardios
3. As razões de mortalidade materna podem ser classificadas como:

- **muito alta:** 150 ou mais óbitos por cem mil nascidos vivos
- **alta:** 50 – 149 óbitos por cem mil nascidos vivos
- **média:** 20 – 49 óbitos por cem mil nascidos vivos
- **baixa:** menor de 20 óbitos por cem mil nascidos vivos

### 1.1.2 Infantil e Fetal

A evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e seus componentes no Estado do Ceará entre 1997 a 2008, mostra uma redução de 50,6% no período analisado, passando de 32,0, em 1997, para 15,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2008. Há de se considerar que, neste mesmo período, principalmente, nos últimos anos, ocorreu uma desaceleração da velocidade da queda na mortalidade infantil. A redução da TMI observada deve-se à expressiva queda dos componentes pós-neonatal, passando de 15,8 óbitos por mil nascidos vivos em 1997 para 5,1 em 2008, representando um decréscimo de 67,7% e do neonatal, entre 1997 e 2001, que posteriormente verifica-se estabilização.

A situação no Ceará acompanha o contexto nacional, destacando-se, no entanto, sua trajetória de mobilização continuada para a redução da mortalidade infantil, traduzida nas ações de governo que têm tratado a questão como uma prioridade.

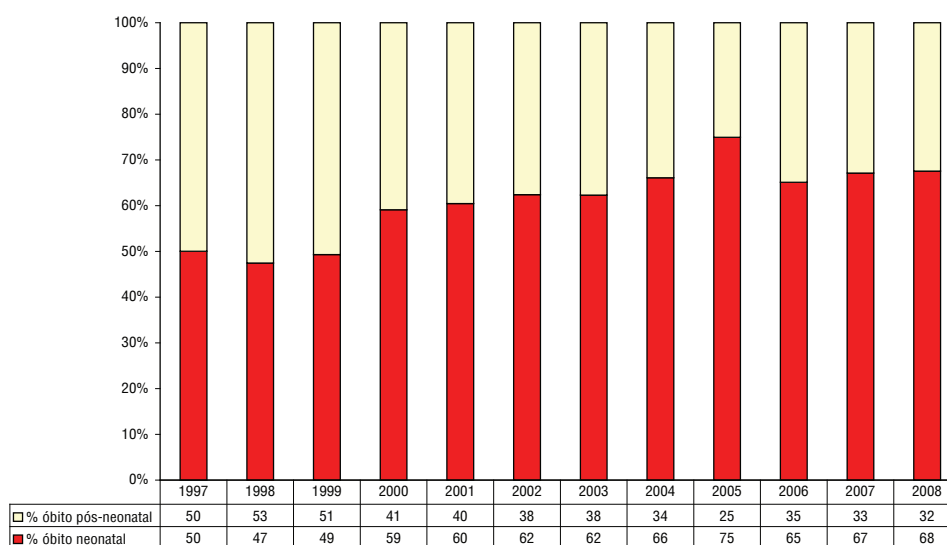
**Figura 2.** Taxa de Mortalidade Infantil e Componentes. Ceará, 1997 a 2008.



Fonte: Datasus – Nuias/Coprom/Sesa – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A análise da mortalidade infantil proporcional por seus componentes (Figura 3), neste mesmo período, evidencia que o componente pós-neonatal que representava percentual superior a 50% na década de 1980, não apresenta diferença dos demais componentes em 1997. Ocorre, a partir deste ano, uma progressiva inversão da proporcionalidade, resultando em que o risco de morte de crianças maiores de 27 dias (óbitos pós-neonatais) tenha redução acentuada e o risco de morte de crianças menores de 28 dias (óbitos neonatais) passa a representar, proporcionalmente, quase a totalidade dos óbitos menores de 1 ano, chegando a representar 68,0% dessas mortes, no ano de 2008.

**Figura 3.** Proporção de óbitos neonatais e pós-neonatais. Ceará, 1997 a 2008.



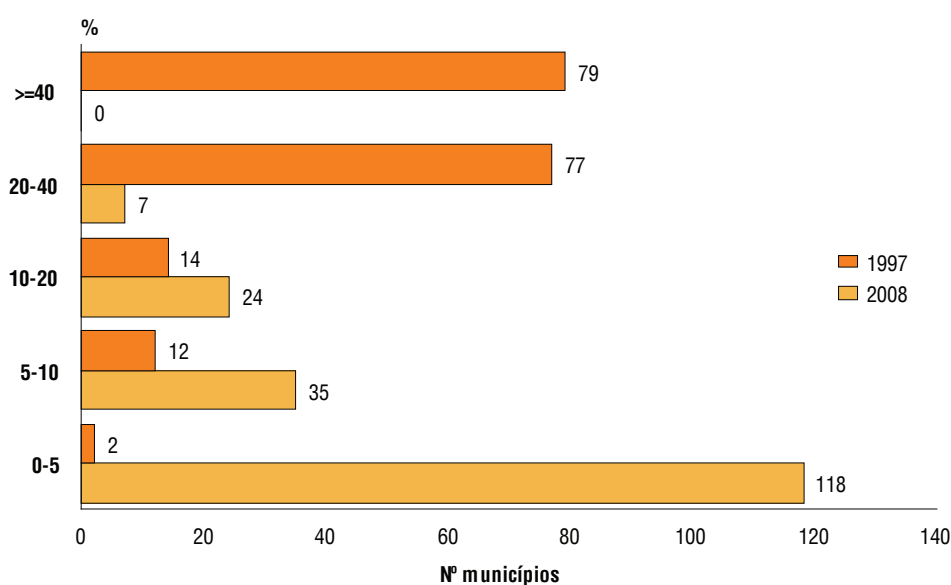
Fonte: MS/Datasus; Nuias/Coprom/Sesa - SIM; Sinasc

### 1.1.3 Óbito com Causa Básica Mal Definida

Na série histórica de óbitos com causa básica mal definida o Estado do Ceará apresentava, até 2005, percentuais elevados, tornando-se um dos Estados prioritários para o desenvolvimento do projeto do Ministério da Saúde, que tem como objetivo melhorar as informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM.

O Estado do Ceará conseguiu uma redução satisfatória dos óbitos com causa mal definida, de 19,1, em 2005, para 4,8, em 2008, mantendo o percentual abaixo de 10%, e tem o interesse em melhorar a cobertura, por isso as ações desenvolvidas são realizadas em parceria com os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde - SESA, CRES e municípios.

Figura 4. Distribuição dos municípios conforme o percentual de causas mal definidas. Ceará, 1997 e 2008.



Fonte: Nuias/Coprom/Sesa - SIM e Sinasc

## 1.2 Perspectivas

O Governo Federal e Ministério da Saúde, considerando que essas mortes podem ser evitáveis, em sua maioria, e, os sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades, com concentração dos óbitos na população mais pobre, as iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos e a necessidade de avançar na qualificação do cuidado e na vigilância dos óbitos, lançou o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Infantil, em especial do componente neonatal para os estados das regiões Nordeste e Amazônia Legal.

O Pacto formalizado entre o Governo Federal e o Governo Estadual do Ceará, assegurada a participação dos Governos Municipais, tem como meta reduzir em 5% (cinco por cento) ao ano a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal, mediante ações estratégicas na atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido e na estruturação das ações de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, fetais e infantis na Secretaria Estadual de Saúde e utilização do monitoramento contínuo da ocorrência de óbitos maternos e infantis no Estado e nos Municípios.

Assim, ressalta-se a importância da participação, da atenção e esforço especial por parte dos gestores e profissionais, nas ações para a identificação dos óbitos materno, infantil e fetal, qualificação das informações, incorporação da avaliação da atenção prestada no cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de identificar os problemas e as possíveis estratégias e medidas de prevenção de novos óbitos evitáveis, para melhoria da assistência e conseqüente redução da mortalidade.

Para garantir o envolvimento e comprometimento efetivo dos gestores e profissionais, deverá ser organizado um seminário para gestores, assessores e técnicos da Secretaria Estadual da Saúde (áreas técnicas e CRES) e das Secretarias Municipais de Saúde para a implantação/implementação da vigilância epidemiológica dos óbitos materno, infantil, fetal e com causa mal definida e dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil no Estado do Ceará, nos seus diferentes níveis de atuação, considerados como estratégia fundamental com grande potencial para a prevenção destes óbitos e para prover uma resposta mais positiva sobre a sobrevivência e qualidade de vida das mulheres e crianças cearenses.

## 2. Vigilância do Óbito Materno, Infantil, Fetal e com Causa Básica Mal Definida

### 2.1 Conceito

Entende-se por vigilância epidemiológica o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e/ou agravos (Lei Nº 8080 de 19/09/90).

#### 2.1.1 Conceitos básicos sobre mortalidade materna

**Morte materna (óbito materno)** 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.

**Morte materna por causas obstétricas podem ser de dois tipos:**

- **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 O29.7, D39.2, E23.0 (estes dois 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 dois últimos após criteriosa investigação). Os óbitos codificados como O.95 devem ser relacionados à parte como morte obstétrica não especificada. Estes óbitos são incluídos no cálculo da razão da mortalidade materna.

**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** 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). Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

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

**A Morte Materna Não Declarada** é considerada 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 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 culminaram com a morte. Desta forma, se oculta 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. (Anexo I)

## 2.1.2 Conceitos básicos sobre mortalidade infantil e fetal

**Mortalidade Infantil:** são óbitos de crianças, nascidas vivas, no primeiro ano de vida.

As taxas de mortalidade infantil podem ser classificadas como:

- **Altas:** 50 por mil ou mais
- **Médias:** 20-49 por mil
- **Baixas:** menos de 20 por mil

**Componentes da mortalidade infantil:**

- **Mortalidade Neonatal:** são óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos entre 0 a 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos), que se divide em **mortalidade neonatal precoce:** óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos até 06 dias completos de vida (06 dias, 23 horas e 59 minutos), e **mortalidade neonatal tardia:** óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos entre 07 e 27 dias de vida completos (27 dias, 23 horas e 59 minutos).



- A mortalidade neonatal está em geral relacionada a condições insatisfatórias em relação ao nível socioeconômico da população, à saúde da mãe, bem como à inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- **Mortalidade Pós-Neonatal:** número de óbitos de crianças nascidas vivas de 28 a 364 dias de vida completos (364 dias, 23 horas e 59 minutos). A mortalidade pós-neonatal de maneira geral reflete baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.
- **Mortalidade Fetal:** número de óbitos fetais ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm. A mortalidade fetal reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação, ao parto, ao desenvolvimento fetal, baixo peso, a prematuridade, as doenças congênitas, os fatores genéricos, bem como as condições de acesso à serviços de saúde de maior complexidade e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto.
- **Mortalidade Perinatal:** número de óbitos fetais acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias completos).

A mortalidade perinatal está geralmente associada a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao nascituro entre eles o peso ao nascer. Por este motivo é considerado um bom indicador da assistência obstétrica e neonatal.

A sub-notificação de óbitos fetais é ainda muito importante e as informações sobre o peso ao nascer e a duração da gestação são freqüentemente omitidas na Declaração de Óbito, comprometendo as estimativas.

### 2.1.3 Conceitos básicos sobre óbitos com causa básica mal definida

Os óbitos com causas básica mal definida estão classificados no Capítulo XVIII da CID 10: Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte - Código R00 a R99

E alguns diagnósticos fora do capítulo XVIII

Capítulo IX	I46.9	Parada cardíaca não especificada
	I95.9	Hipotensão não especificada
Capítulo X	J96.0	Insuficiência respiratória aguda
	J96.9	Insuficiência respiratória não especificada
Capítulo XVI	P28.5	Insuficiência respiratória do recém-nascido

## 2.2 Portaria nº 1.119 de junho de 2008/ SVS/ MS

A portaria nº 1.119/SVS/MS de 05 de junho de 2008, regulamenta a vigilância do óbito materno, estabelecendo fluxo e prazos para agilizar a disponibilidade de informações pelo sistema de informações de mortalidade (Anexo II).

## **2.3 Portaria nº 72 de janeiro de 2010/ SVS/ MS**

A portaria nº 72/SVS/MS 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).(Anexo III)

## **2.4 Portaria nº 116 de fevereiro de 2009/ SVS/ MS**

A portaria nº 116/SVS/MS de fevereiro de 2009 regulamenta a coleta de dados, fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e para o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) (Anexo IV).

# **3. Vigilância Epidemiológica do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida**

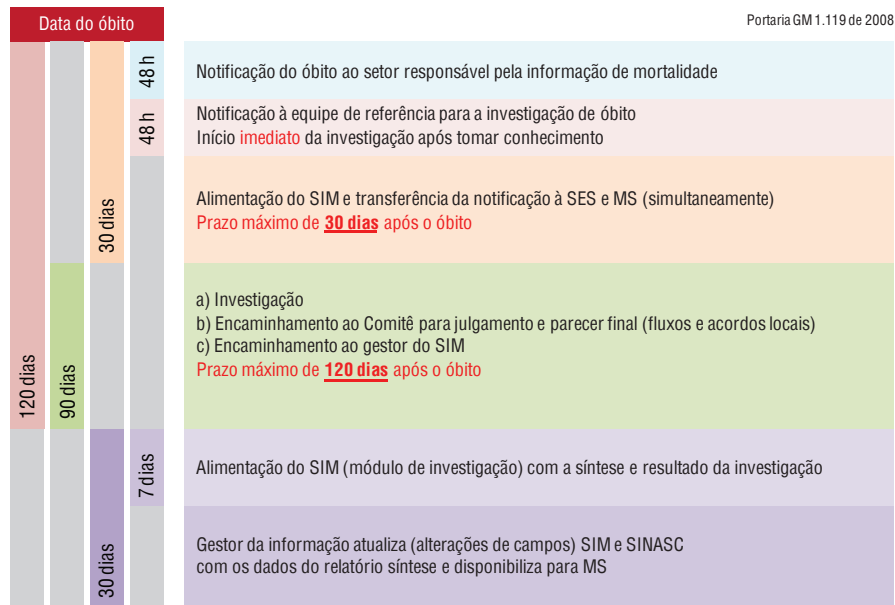
A vigilância do óbito, desde a coleta de dados, a análise, conclusões e recomendações é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância epidemiológica do município de residência, que deverá observar fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro das informações.

## **3.1 Etapas da Vigilância Epidemiológica do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida**

- Identificação do óbito;
- Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão;
- Entrevista domiciliar;
- Levantamento dos dados dos serviços de saúde;
  
- Prontuários e/ou profissionais de unidades de saúde (UBS) dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades;
  
- Prontuários e/ou de instituições hospitalares, laudos de necropsia/ anatomopatológico;
- Resumo, discussão e conclusão sobre o caso;
- Análise de evitabilidade;
- Identificação das medidas de prevenção, intervenções necessárias.

## 3.2 Fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro das informações da investigação de óbitos regulamentados pela portaria

### Fluxos e prazos especiais para notificação, investigação e cadastro das informações da investigação de óbitos regulamentados em Portaria



Se o óbito de ocorrência for em outro município, cabe à CRES de residência do óbito solicitar à CRES de ocorrência para realizar a investigação epidemiológica, através dos Núcleos Hospitalares e/ou Comitês Hospitalares que encaminharão cópia da ficha de investigação (M2, I2, F2) preenchida à CRES de ocorrência e esta a CRES de residência do óbito. Após o recebimento das fichas de investigações o município de residência fará a análise e a conclusão dos óbitos investigados com a participação dos Comitês Regional e Municipal.

## 3.3 Grupo técnico que deve fazer a investigação epidemiológica do óbito

É importante que seja instituído um grupo técnico no município que seja responsável pela investigação epidemiológica com representação de profissionais de saúde da Vigilância Epidemiológica e da Assistência.

Preferencialmente como responsável pela investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, a equipe da Atenção Básica (da área de atuação de abrangência do local de residência da família, como parte integrante da sua atuação); e na investigação hospitalar os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou outra estrutura designada pelo gestor local, que deverá realizar busca ativa diária dos óbitos ocorridos ou atestados em suas dependências, notificar o óbito ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, realizar a coleta de dados no prontuário hospitalar e/ou do pronto atendimento hospitalar e disponibilizar o acesso aos prontuários para a equipe de vigilância de óbitos quando necessário.

### **3.4 Fonte de identificação do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida**

Para a vigilância dos óbitos a fonte de dado principal é: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM.

Sugere-se consultar: o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), o Sistema de Informações de Ações Básicas (SIAB), Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Instituto Médico Legal (IML), igrejas, cartórios, funerárias, cemitérios oficiais e não oficializados, parteiras e a imprensa de forma geral como fonte de busca ativa.

### **3.5 Critérios para investigação do óbito**

#### **3.5.1 Materno**

O adequado preenchimento da D.O é o que fará com que esta seja caracterizada como uma notificação de óbito materno, onde todos os campos da declaração de óbitos são importantes, mas dois conjuntos de informação integrantes do Bloco II e VI deste instrumento são essenciais para esta finalidade. São eles:

Campo 07 – sexo

Campo 09 – idade

Devem ser separadas todas as D. O de mulheres em idade fértil para que sejam investigadas.

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 caso suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte.

Os campos do atestado de óbito com determinados diagnósticos informados em qualquer das linhas, deverá ser considerado uma notificação de caso suspeito de óbito materno, sujeito à investigação para confirmação ou descarte:

1. Capítulo XV da CID 10: complicações da gravidez, parto e puerpério – Código O 00 – O 99
2. Diagnóstico fora do capítulo XV
  - Capítulo I Código A34 (tétano obstétrico), B20 a B24 (doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana)
  - Capítulo II Código D39.2 (mola hidatiforme maligna)
  - Capítulo IV Código E23.0 (necrose pós-parto da hipófise)
  - Capítulo V Código F53 (transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério)
  - Capítulo XII Código M83.0 (osteomalácia puerperal)

Portanto, sendo o SIM e SINASC sistemas que produzem as informações necessárias para se calcular a razão de mortalidade materna, é importante que funcionem corretamente nas bases de coleta de dados, para que produzam informações mais próximas da efetiva realidade.

### **3.5.2 Infantil e Fetal**

Os critérios mínimos sugeridos para a investigação do óbito infantil e fetal são:

1. Fetais (natimortos) com peso ao nascer  $\geq$  2.500 gramas
2. Neonatais (0 a 27 dias de vida)
3. Pós-neonatais (28 dias a 01 ano incompleto de vida)
4. Óbitos ocorridos em domicílio.

Considerando-se o critério de investigação dos óbitos com maior potencial de prevenção, podem ser excluídos os óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal.

### **3.5.3 Causa Básica Mal Definida**

Os critérios mínimos sugeridos para a investigação do óbito com causa básica mal definida são:

1. DO emitida por Cartório
2. DO emitida por médico com causa mal definida
3. A DO não foi emitida
4. Quando a pesquisa em estabelecimentos de saúde, IML ou SVO não esclareceu a causa da morte.

A autópsia verbal é um instrumento aplicado aos familiares e/ou cuidadores da pessoa falecida, inquirindo sobre as circunstâncias, sinais e sintomas da doença que levou à morte, com objetivo de esclarecer a causa básica quando as informações resgatadas nas investigações nos prontuários das unidades de saúde (UBS e hospital) e durante o processo da investigação de óbito materno, infantil e fetal não oferecer subsídio para definir. A Investigação dos Óbitos com Causa Mal Definida - IOCMD deverá ser aplicada a todos os óbitos em qualquer faixa etária

## **3.6 Instrumentos de identificação do óbito materno, infantil, fetal e com causa básica mal definida**

Os documentos básicos para a desencadeamento de investigação é a Declaração de Óbito (D.O) (Anexo V) e a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) (Anexo VI).

As fichas de investigação do óbito padronizado pelo Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde são:

- Óbito Materno:  
– Mulher em Idade Fértil (MIF)

- Ficha de Investigação de Saúde Ambulatorial (M1)
- Ficha de Investigação de Saúde Hospitalar (M2)
- Ficha de Investigação de Entrevista Domiciliar (M3)
- Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia (M4)
- Ficha Síntese Conclusões e Recomendações (M5)
- Planilha Municipal de Investigação do Óbito Materno (M6)

Óbito Infantil e Fetal:

- Ficha de Investigação de Saúde Ambulatorial (I1 e F1)
- Ficha de Investigação de Saúde Hospitalar (I2 e F2)
- Ficha de Investigação de Entrevista Domiciliar (I3 e F3)
- Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia (IF4)
- Ficha Síntese Conclusões e Recomendações (IF5)
- Planilha Municipal de Investigação do Óbito Fetal e Infantil (IF6)

Óbito Com Causa Básica Mal Definida:

- Ficha de Investigação de Óbito com Causa Básica Mal Definida (IOCMD)
- Autopsia Verbal 1- investigação para óbitos menores de 01 ano (AV1)
- Autopsia Verbal 2- investigação para óbitos de 01 a menores de 10 anos (AV2)
- Autopsia Verbal 3- investigação para óbitos com 10 anos e mais (AV3)

## 4. Inserção da Declaração de Óbito no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

**Declaração de Óbito (DO)** é o documento padrão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender aos princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde. A legislação vigente sobre eventos vitais (como o nascimento e o óbito) determina que “nenhum enterramento será feito sem certidão Oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte” (Lei nº 6015, de 31 de dezembro de 1973, Artigo 77).

A DO, em três vias autocopiativas, deve ser preenchida pelo médico, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.

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

Na investigação de óbitos materno, infantil e fetal a ficha síntese, conclusões e recomendações (M5, IF5) respectivamente é que irá reunir e organizar os dados coletados

para inserção e correção de campos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Ressaltando que a digitação da ficha síntese, conclusões e recomendações no módulo de investigação é responsabilidade do município de residência do caso e as alterações necessárias no SIM pelo município de ocorrência.

## **5. Competência das esferas Municipal, Regional e Estadual**

### **5.1 Municipal**

- Proporcionar que a U.S encaminhe no prazo de 48 horas a 1ª via da D.O para Secretaria de Saúde do Município;
- Providenciar juntamente com a equipe de vigilância do óbito do município no prazo de 96 horas (04 dias) a partir da data da notificação a investigação epidemiológica do óbito com o preenchimento das fichas de investigação (MIF, M1, M2, M3, M4 e M5; I1, I2, I3, F1, F2, F3, IF4 e IF5, IOCMD, AV1, AV2 e AV3);
- Incluir no prazo máximo de 30 dias no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) as informações contidas na D.O;
- Encaminhar a D.O, caso o município não tenha codificador, para CRES codificar a causa de morte;
- Incluir, no prazo de 30 dias, todas as fichas de investigação do óbito materno, infantil e fetal na ficha síntese, conclusões e recomendações (M5 e IF5) que está disponível no módulo de investigação do SIM-WEB;
- Propiciar a interlocução com a CRES / Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil no prazo máximo de 60 dias para consolidação na ficha síntese, conclusões e recomendações (M5 e IF5) incluindo ou excluindo as causas que levaram a morte da mulher e da criança;
- Aguardar no prazo máximo de 90 dias a análise final do caso pelo Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil / Comissão Técnica da SESA;
- Acompanhar e comparar os dados do SIM e SIM-WEB (M5 e IF5) após revisão da Comissão Técnica da SESA para as devidas inclusões ou exclusões;
- Acompanhar, através de análise epidemiológica, a situação epidemiológica dos óbitos maternos, infantis e fetais;
- Assessorar os hospitais que prestam assistência ao município na criação da Comissão Técnica Materno Infantil

### **5.2 Regional**

- Monitorar e avaliar sistematicamente o preenchimento da ficha síntese, conclusões e recomendações (M5 e IF5), através do módulo de investigação do SIM-WEB;



- Solicitar ao município de ocorrência do óbito as fichas de investigação (M2, I2 e F2) e encaminhar, protocolando, ao município de residência do caso, através da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES;
- Propiciar a interlocução com a equipe de vigilância do óbito e com o Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil do município de residência do caso, no prazo máximo de 60 dias da data da notificação, a análise do preenchimento das fichas de investigação (MIF, M1, M2, M3, M4, M5, I1, I2, I3, F1, F2, F3, IF4, IF5); após o término das investigações epidemiológicas, discutir com todos profissionais envolvidos na assistência (atenção básica, atenção especializada, urgência, sistema de transporte e atenção hospitalar) a análise ampla e detalhada do caso e a conclusão sobre a evitabilidade do óbito;
- Solicitar ao município de residência do óbito após encerramento das investigações para disponibilizar no módulo de investigação SIM-WEB (M5 e IF5);
- Receber e encaminhar por fax a ficha síntese, conclusões e recomendações (M5 e IF5) após avaliação da Comissão Técnica da SESA no prazo máximo de 60 dias da data da notificação para o município de residência e de ocorrência do óbito;
- Acompanhar o percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) infantil e fetal, e com causa básica mal definida por CRES;
- Promover curso de capacitação de recursos humanos visando aprimorar as ações de vigilância do óbito para tomada de decisões e medidas de controle;
- Acompanhar através de análises epidemiológicas a situação epidemiológica dos óbitos maternos, infantis e fetais, e com causa básica mal definida da Coordenadoria Regional de Saúde - CRES e dos municípios.

### 5.3 Estadual

- Monitorar e avaliar o preenchimento da ficha de investigação do óbito materno, infantil e fetal – ficha síntese, conclusões e recomendações (M5 e IF5) através do módulo de investigação SIM-WEB;
- Propiciar o encaminhamento por fax da ficha síntese, conclusões e recomendações (M5 e IF5) após avaliação da Comissão Técnica da SESA, com as alterações, no prazo máximo de 90 dias da data da notificação para a Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) de residência do óbito;
- Monitorar a correção dos dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) com base na investigação do óbito e da ficha síntese, conclusões e recomendações (M5 e IF5);
- Assessorar e orientar tecnicamente o nível regional e municipal;
- Promover capacitações de recursos humanos, visando aprimorar as ações de vigilância do óbito para tomada de decisões e medidas de controle;
- Acompanhar o percentual de investigação epidemiológica dos óbitos de mulheres em idade fértil, infantil, fetal e com causa básica mal definida do Estado;
- Acompanhar através de análises epidemiológicas a situação epidemiológica dos óbitos maternos infantis e fetais, e com causa básica mal definida do Estado;
- Encaminhar semestralmente ao Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil as estratégias de prevenção formulada para redução da mortalidade materna, infantil e fetal.



## 6. Estudos dos óbitos maternos, infantis e fetais

Essa análise proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite a correção dos dados do óbito, da atenção à mulher em todos os níveis de complexidade e a dos dados vitais (SIM - SINASC) construindo uma D.O

## 7. Critérios de evitabilidade

### 7.1 Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde na população de 5 a 74 anos

#### 1. Causas evitáveis

##### 1.1 Reduzíveis pelas ações de imunoprevenção

- Tuberculose (A15 a A19; B90)
- Tétano obstétrico (A34)
- Outros tipos de Tétano (A35)
- Difteria (A36)
- Coqueluche (A37)
- Poliomielite aguda (A80)
- Sarampo (B05)
- Rubéola (B06)
- Hepatite B (B16)
- Meningite por *haemophilus* (G00.0)

##### 1.2 Reduzíveis por ações de promoção à saúde, adequada prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas

- Doenças diarréicas (A00 a A09)
- Hiv/Aids (B20 a B24)
- Hepatites (B15 a B19), exceto B16
- Sífilis, gonorréia, e outras DST'S (A50 a A59; A63 a A64; N70 a N735; N738; N739; N75; N76)
- Outras infecções (A23 a A26; A28 a A32; A38 a A39; A40 a A41; A46; A69.2; J020; J03.0; B50 a B54; G00.1 a G00.9; G01)
- Febre Reumática e doença reumática aguda (I00 a I09)
- Infecções respiratórias, incluindo pneumonia e influenza (J00 a J01.9; J02.8 a J02.9; J03.8 a J03.9; J04 a J05; J06.0; J10 a J22)
- Infecções músculo-esqueléticas (L02 a L08)

- Outras doenças de notificação compulsória Peste (A20); Tularemia (A21); Carbúnculo (A22); Leptospirose (A27); Hanseníase (A30); Febre Maculosa (A77); Raiva (A82); Dengue (A90); Febre do Nilo (A92.3); Febre Amarela (A95); Hantavirose (A98.5); Varíola (B03); Leshmaniose (B55); Chagas Agudo (B570 a B571); Esquistossomose (B65) Infecção do Trato Urinário (N39.0)

### **1.3 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não-transmissíveis**

- Doença de Chagas (B57.2)
- Neoplasia maligna do lábio, melanoma e outros de pele (C00; C43 a C44)
- Neoplasia maligna primária do fígado (C22)
- Neoplasia maligna do estômago (C16)
- Neoplasia maligna colo-retal (C18 a C219)
- Neoplasia maligna da boca, faringe e laringe (C01 a C06; C09; C10, C12 a C14; C32)
- Neoplasia maligna do esôfago (C15)
- Neoplasia da traquéia, brônquios e pulmão (C34; C33)
- Neoplasia maligna de mama (C50)
- Neoplasia maligna do colo de útero (C53 a C55)
- Neoplasia maligna do testículo (C62)
- Neoplasia maligna da tireóide (C73)
- Doença de Hodgkin (C81)
- Leucemia linfóide (C91)
- Tireotoxicose, hipotireoidismo e deficiência de iodo (E01 A E05)
- Hipotireidismo congênito, CAH, PKU, galactosemia (E00, E25.0; E70.0; E70.1; E74.2)
- Diabetes (E10 a E14)
- Deficiências nutricionais e anemias carenciais (E40 a E46; E50 a E64; D50 a D53)
- Desidratação (E86)
- Psicose alcoólica e outros transtornos derivados do álcool (F10; I42.6; K29.2; K70)
- Varizes Esofageanas (I85)
- Epilepsia (G40 a G41)
- Doença hipertensiva (I10 a I13)
- Doença isquêmica do coração (I20 a I25)
- Aterosclerose (I70)
- Insuficiência cardíaca (I50)
- Hemorragia intracerebral ou oclusão (I61; I63.0 a I63.5; I638 a I639; I64 a I66)
- Bronquite crônica e enfisema (J40 a J43)
- Asma (J45 a J46)
- Úlcera gástrica e duodenal (K25 a K28)
- Apendicite (K35)
- Pneumoconiose (J60 a J70)
- Obstrução intestinal e hérnia (K40 a K46; K56)
- Transtornos da vesícula biliar (K80 a K83)
- Insuficiência renal crônica (N18)

#### **1.4 Reduzíveis por adequada ação de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna**

- Complicações da gravidez, parto e puerpério (O00 a O02; O03 a O26; O29 a O99)

#### **1.5 Reduzíveis por ações intersetoriais e de promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentais e violências)**

- Acidentes de trânsito/transporte (V01 a V99)
- Afogamento (W65 a W74)
- Intoxicações (X40 a X49)
- Exposição ao fogo (X00 a X09)
- Suicídio (X60 a X84)
- Lesões de intenção indeterminada (Y10 a Y34)
- Homicídios (X85 a Y09)
- Quedas acidentais (W00 a W19)
- Condições iatrogênicas (Y60 a Y69; Y83 a Y84)

#### **2 Causas mal definidas**

- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99 exceto R95)

Obs.: classificar com ou sem assistência médica em função do preenchimento da DO neste campo.

#### **3. Causas não evitáveis**

As demais

##### **Nota:**

Referência: Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007, vol.12, n. 3, 765-76.

Em relação à lista publicada na **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 16(4): 231-242, out-dez, 2007 foi feita a seguinte modificação:

Os “Acidentes de trânsito/transporte antes referenciados de (V01 a V89)” passaram para “Acidentes de trânsito/transporte (V01 a V99)”

## **7.2 Óbito materno**

Para análise dos óbitos maternos, é sugerida aplicação de critérios de evitabilidade que não se limitam às medidas terapêuticas adotadas, mas que levam em conta os seguintes fatores:

- Da mulher e da comunidade: casos em que ocorre uma recusa à assistência ou por falta de reconhecimento do problema;
- Profissionais: falta de capacitação dos profissionais ou capacitação imprópria, negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais que atenderam a mulher;
- Institucionais: falta de captação precoce e busca ativa da mulher grávida para o pré-natal, carência de leitos obstétricos de média e alta complexidade, falta de sangue, hemoderivados ou medicamentos e dificuldade de regulação de transferência de casos graves;
- Sociais: desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade, entre outros;
- Intersetoriais: indisponibilidade de meios de transporte, inexistência de estradas, falta de saneamento básico.

### **Problemas que devem contribuir para o óbito materno e que podem ser pesquisados**

Problemas no planejamento familiar e na assistência pré-natal: dificuldade de acesso aos serviços, a informação sobre métodos, a exames, falta de captação precoce da gestante, falta de recursos humanos, desqualificação do profissional em reconhecer risco reprodutivo, falha no diagnóstico e a inadequação de procedimentos e métodos, inexistência de protocolo de serviço, referência e contra referência não formalizada.

### **Problemas na assistência ao parto e puerpério e intercorrência**

Problemas na dificuldade de acesso aos serviços, insumos e tratamentos: faltam recursos humanos, desqualificação do profissional de saúde na identificação dos fatores de risco e encaminhamento oportuno, falha do diagnóstico, inadequação de procedimentos e tratamento, falta de equipamentos ou manutenção de equipamentos, referência e contra referência não formalizada, carência de leitos obstétricos e de UTI, falta de sangue e derivados.

### **Definição de medidas de redução do óbito materno**

A partir da análise do óbito materno os Comitês Regionais / Municipais definem as medidas que podem resultar na melhoria do registro e na redução dos óbitos maternos, encerrando o preenchimento dos instrumentos de investigação com a ficha síntese, conclusões e recomendações (M5) que está no módulo de investigação do SIM-WEB.

## **7.3 Óbito fetal e infantil**

Ao término da investigação, a equipe de vigilância epidemiológica deve promover discussões com os profissionais envolvidos na assistência da criança (atenção básica, atenção especializada, urgência, sistema de transporte, atenção hospitalar) para análise ampla de cada caso e conclusão sobre a evitabilidade do óbito.

É recomendado que sejam tomados como referência os possíveis problemas ocorridos nos diversos momentos da assistência à saúde, de modo que a análise favoreça a avaliação de evitabilidade do óbito por ação oportuna e resolutiva do setor saúde.

Recomenda-se que a análise e a classificação de evitabilidade do óbito infantil e fetal sejam realizadas com a avaliação do peso ao nascer, (fator isolado de maior importância para sobrevivência infantil) tanto por meio de números absolutos (em situações com pequeno número de óbitos) quanto pelo cálculo da proporção e taxas de mortalidade. A análise dos óbitos pode ser realizada com a seguinte estratificação por faixas de peso ao nascer: 500-999 g; 1000 a 1499 g; 1500 a 1999 g; 2000 a 2499g; 2500 a 2999 g; 3000 gramas ou mais.

### 7.3.1 Análise de evitabilidade dos óbitos fetais e infantis

#### 1. Lista de óbitos evitáveis – Fundação SEADE

Esta classificação foi elaborada, **prioritariamente para óbitos de menores de 1 (um) ano** e construída a partir da Portaria n.º723/GM.

A classificação define as causas segundo as seguintes categorias:

- Reduzíveis por imunoprevenção
- Reduzíveis por adequado controle na gravidez
- Reduzíveis por adequada atenção ao parto
- Reduzíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce
- Reduzíveis através de parcerias com outros setores
- Não evitáveis
- Mal definidas
- Não classificadas / outras

#### 2. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Malta et al, 2007).

Foi proposta em 2007 e organiza os óbitos tomando como referência os agrupamentos de causa básica, segundo a CID-10. É utilizada para causas de óbitos entre **menores de cinco anos de idade**.

São as seguintes:

1. Causas evitáveis
  - 1.1.Reduzíveis por ações de imunoprevenção
  - 1.2.Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido.
    - 1.2.1. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação.
    - 1.2.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto.
    - 1.2.3. Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido.
  - 1.3. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento.
  - 1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.
2. Causas mal-definidas
3. Demais causas (não claramente evitáveis)

#### 3. Classificação de Wigglesworth Expandida

Esta classificação é utilizada em diversos países do **mundo para análise do óbito**

**perinatal** (fetais e neonatais precoces), considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde.

Grupo de causas:

- Grupo 1 - Malformação congênita (grave ou letal / potencialmente letal)
- Grupo 2 - Morte fetal anteparto
- Grupo 3 - Morte intraparto (“asfixia”, “anóxia”, sofrimento fetal agudo ou “trauma”)
- Grupo 4 - Imaturidade / prematuridade
- Grupo 5 - Infecção
- Grupo 6 - Outras causas específicas de morte
- Grupo 7 - Causa externa
- Grupo 8 - Morte súbita, causa desconhecida
- Grupo 9 - Não classificada

### **7.3.2 Análise dos problemas relacionados aos óbitos fetais e infantis.**

Eis os possíveis problemas identificados no momento da assistência:

- no planejamento familiar;
- na assistência pré-natal;
- na assistência ao parto;
- na assistência ao recém-nascido na maternidade;
- na assistência à criança no Centro de Saúde / UBS;
- na assistência à criança na urgência;
- na assistência à criança no hospital;
- causas externas (encaminhamento ou não ao IML);
- dificuldades sócio-familiares;
- na organização dos sistema ou serviços de saúde.

## **8. Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil**

### **8.1 Histórico**

No Ceará os Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna iniciaram suas atividades em 1993, adotando como foco a Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Apesar de se constituir uma estratégia bem aceita e difundida no Ceará, o funcionamento dos Comitês têm oscilado entre os avanços e retrocessos ao longo de 16 anos.

Em 2007, através de Decreto Governamental e de Portarias da Secretaria de Saúde, foram renovados o Comitê Cearense de Prevenção à Mortalidade Materna, os Comitês Regionais e a Comissão Técnica da SESA.

Essa comissão técnica tem como finalidade investigar os elos causais de

responsabilidade sobre os eventos relacionados com as mortes maternas, bem como subsidiar os referidos Comitês nas análises sobre a evitabilidade dos óbitos maternos. No que se refere aos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil, em 2002, a Secretaria da Saúde do Estado, através da Portaria nº 2.508, estabelece a investigação de óbitos infantis para implementação de ações de combate à mortalidade nos municípios, criando-se instrumento básico para investigação. Apesar do importante avanço, os Comitês não foram implantados de fato.

Em 2005 surgiu a proposta de implantação dos Comitês, instituídos pela Portaria nº 093 da SESA, sendo determinadas novas estratégias de operacionalização nos três níveis Estadual, Regional e Municipal, estruturando a composição e fluxo, adotando-se as fichas de investigação do óbito infantil e criando regimento.

O Comitê Estadual de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal (CEPOIF) após formalizado, por meio de Resolução Estadual, deu início às atividades, promovendo reuniões mensais, estimulando a organização dos Comitês Regionais e Municipais e as investigações, embora de forma lenta, realizadas pela vigilância epidemiológica dos municípios, surgindo, entre outras, dificuldades de acesso aos prontuários hospitalares para coleta de dados.

Neste contexto foi estimulado pelo CEPOIF a criação de comissões hospitalares de investigação de óbitos para agilizar as investigações pela vigilância epidemiológica e a criação de um instrumento de investigação do evento sentinela de anóxia neonatal.

Após três anos de efetiva implementação dos Comitês Estadual, Regionais e alguns Municipais, em 2008, conforme mudança ocorrida no organograma da SESA, foi elaborada nova portaria de nº 1234 dispondo sobre a criação, atribuições e funcionamento do Comitê Estadual e implantação dos Comitês Regionais e Municipais.

Neste mesmo ano, com o intuito de reorganizar os Comitês, foi realizada uma oficina estadual envolvendo os membros do CEPOIF, técnicos da CRES e do município de Fortaleza com a finalidade de preparar profissionais para investigação do óbito infantil e organização dos Comitês Regionais e Municipais.

## 8.2 Conceito

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

## 8.3 Objetivos dos Comitês

- Identificar as causas da mortalidade materna, fetal e infantil e os fatores de risco que determinam os eventos e recomendar as estratégias e medidas de saúde que previnam a ocorrência de novas mortes, com destaque para as mortes por causas evitáveis;
- Envolver e sensibilizar os gestores, os profissionais de saúde e a sociedade sobre



a importância e a gravidade da mortalidade materna e infantil e sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo;

- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade materna infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (mortalidade materno infantil) e o cálculo das taxas;
- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;
- Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança;
- Estimular o processo de educação continuada com processo de aprendizagem crítico, contextualizado, dos profissionais de saúde por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos em sua área de atuação e para o correto preenchimento dos registros de saúde (Ex: DNV e a DO), além dos registros de atendimento (Ex.: prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Cartão da Criança).

## 8.4 Como estruturar e organizar os Comitês

Uma estratégia fundamental para prevenção do óbito materno, fetal e infantil é a criação e o fortalecimento de Comitês de Prevenção à Morte Materna Infantil em âmbito Estadual, Regional, Municipal e hospitalar estabelecendo vínculo com o Comitê Estadual, através dos Comitês Regionais, facilitando o apoio técnico e administrativo essenciais ao exercício de suas funções. Neste sentido é fundamental:

- Implantar e implementar os Comitês Municipais, uma vez que o Município é o maior gestor das ações e práticas que possam influenciar a saúde da população;
- Formar uma equipe multiprofissional e interinstitucional para compor os Comitês, sendo essencial a participação de médicos e/ou especialistas em obstetrícia e pediatria para avaliar os diagnósticos e tratamento dispensado à mulher e à criança;
- Convidar representações de instituições governamentais e da sociedade civil cuja área de atuação é a saúde da mulher e da criança;
- Realizar um seminário de sensibilização para as instituições escolhidas para compô-lo;
- Criar um regimento interno do Comitê;
- Amparar os Comitês por portarias ou resoluções governamentais e publicar o regimento interno e os membros de Comitês;
- Utilizar os Guias e Manuais de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal (MS/SVS e SESA\CE);
- Os Comitês Regionais e Estadual atuarem como órgãos de assessoria técnica na definição do plano de ação dos municípios, na implementação das ações e no acompanhamento da execução de metas.

Após o término da investigação a equipe de vigilância de óbitos deve fazer um resumo do caso e promover reunião com o Comitê de Morte Materna e Infantil para análise ampla e detalhada de cada caso.



# 9. Estratégias para implantação/implementação da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno Infantil, Fetal e Com Causa Mal Definida e dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna Infantil

## Curso de Capacitação da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, Infantil, Fetal e com Causa Mal Definida

Nesse evento poderão ser abordados os seguintes temas: colocar em debate as informações relativas aos óbitos materno, infantil e fetal no Município, na região e no Estado; a assistência pré-natal, obstétrica e planejamento familiar; a 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.

### 9.1 Objetivos

#### 9.1.1 Geral

Capacitar profissionais de saúde no preenchimento dos instrumentos de investigação do óbito materno, infantil, fetal e com causa mal definida.

#### 9.1.2 Específicos

- Compreender os conceitos básicos da vigilância epidemiológica do óbito materno, infantil, fetal e com causa mal definida;
- Identificar as portarias, fontes de notificação do óbito, fluxos e prazos especiais para notificação e investigação do óbito materno, infantil e fetal;
- Capacitar nos instrumentos de notificação, investigação do óbito materno, infantil, fetal e com causa mal definida;
- Implantar e ou implementar Comitês de Prevenção à Mortalidade Materno Infantil.

### 9.2 Metodologia

Os conteúdos serão apresentados através de técnicas de exposição participativa. Terá uma apresentação do SIM-WEB bem como do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A carga horária prevista é de 20 horas/aulas.

### **9.3 Clientela**

Técnicos da vigilância epidemiológica dos Municípios e das CRES, dos Comitês de Prevenção a Mortalidade Materna Infantil, da Atenção Básica e do SIM / SINASC.

# 10. Estudo de Casos Clínicos dos Óbitos Maternos

## CASO I

ILSF, 36 anos, G= 4, P= 2, A= 1, fez 6 consultas PN. Apresentou hipertensão arterial na 23ª semana de gestação. Na 30ª semana de gestação apresentou novamente HA + dispnéia profunda. Foi internada na UTI onde pariu. Evoluiu com quadro de colagenose + IRA + ICC + tromboembolia pulmonar e óbito.

Parte I	CID - 10
a) Parada cardiorrespiratória	I46.9
b) Edema agudo de pulmão	J81
c) Miocardiopatia periparto	I42.9
d) —	

Parte II	CID - 10
<b>Causa básica SCB</b>	
Miocardiopatia periparto	I42.9

## INVESTIGAÇÃO

Parte I	CID - 10
a) Eclampsia não especificada quanto ao período	O15.9
b) Doença do aparelho resp. complicando gravidez, parto e puerpério	O99.5
c) Doença do aparelho circ. complicando gravidez, parto e puerpério	O99.4
d) —	

Parte II	CID - 10
<b>Causa básica corrigida</b>	
Eclampsia não especificada quanto ao período	O15.9

## CASO II

MMCR, 28 anos, G= 2, P= 1, A= 0, realizou 01 consulta de pré-natal de risco, devido a doença de base (cardiopatía) e ser usuária de drogas. Portadora de complicação interatrial, hipertensão pulmonar severa. Internada em 05/03/2008, na 34º mês de gestação, com piora do quadro cardíaco e insuficiência respiratório. Após 21 dias evoluiu com PCR, feito manobras de ressuscitação, sem êxito, indo à óbito.

Parte I	CID - 10
a) Insuficiência respiratória crônica	J96.1
b) Hipertensão de artéria pulmonar	I27.0
c) Comunicação interatrial	Q21.1
d) —	

Parte II	CID - 10
Gravidez	
<b>Causa básica SCB</b>	
Hipertensão de artéria pulmonar	I27.0

## INVESTIGAÇÃO

Parte I	CID - 10
a) Doença do aparelho resp. complicando gravidez, parto e puerpério	O99.5
b) Doença do aparelho circ. complicando gravidez, parto e puerpério	O99.4
c) —	
d) —	

Parte II	CID - 10
<b>Causa básica corrigida</b>	
Doença do aparelho circ. complicando gravidez, parto e puerpério	O99.4

### CASO III

GGC, 25 anos, G= 3, P= 2, A= 0, na 36º semana de gestação, portadora de Hepatite C + AIDS + Celulite em hemeface (E). Foi transferida do HSJ para MEAC com pródrômo de trabalho de parto submetida a parto cesariana em 26/05/2008 no 2º P.O apresentou início de desconforto respiratório, foi encaminhada a UTI. Retornou para o HSJ no 4º P.O, evoluiu para óbito em 02/06/2008.

<b>Parte I</b>	<b>CID - 10</b>
a) Insuficiência respiratória aguda	J96.0
b) Tromboembolismo pulmonar	I26.9
c) —	
d) —	

<b>PARTE II</b>	<b>CID - 10</b>
SIDA	B24
Hepatite C	B17.1
<b>Causa básica SCB</b>	
Tromboembolismo pulmonar	I26.9

### INVESTIGAÇÃO

<b>Parte I</b>	<b>CID - 10</b>
a) SIDA	B24
b) Doença do Aparelho Respirat. Complic .Gravidez, Parto e Puerpério	O99.5
c) Tromboembolismo Pulmonar	I26.9
d) —	

<b>PARTE II</b>	<b>CID - 10</b>
<b>Causa básica corrigida</b>	
Doença pelo vírus da Imunodeficiência humana não especificada.	B24

# 11. Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2ª ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, 1ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, 1ª ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Declaração de Óbito Documento Necessário e Importante, 3ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, vol.1, 10ª ed. São Paulo, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica / Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 6ª ed. - Brasília: Ministério de Saúde, 2009.



## **ANEXOS**

---



# Anexo I

---

## 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

# Anexo II

---

## PORTARIA GM Nº 1119 DE 05 DE JUNHO DE 2008-08-28

Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

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

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

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

Considerando que o real dimensionamento do óbito materno no Brasil é dificultado pelo sub-registro de óbitos e pela 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,

## **RESOLVE:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 5º As declarações de óbito com informação sobre óbito materno declarado bem como os óbitos de mulher em idade fértil, nos termos do artigo 3º, deverão seguir fluxo e prazos

especiais, constantes do Anexo II ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF), desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento 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 equipe de vigilância de óbito materno responsável concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao comitê de morte materna de referência e enviar a ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III) ao gestor do SIM é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência.

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

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

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

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

Art. 8º Definir que os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde onde a mulher recebeu assistência, deverão disponibilizar à equipe de vigilância de óbitos maternos acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos maternos declarados, ou de mulher em idade fértil de qualquer causa.

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

Art. 9º Determinar que a conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do Município de residência da mulher, e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do Município onde a mesma

recebeu assistência (ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério) ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município onde residia.

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

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

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

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

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

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

# Anexo III

---

## PORTARIA Nº72, 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  $\frac{3}{4}$  (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 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 o disposto na Portaria nº 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 nº 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 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 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**

### **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.

# Anexo IV

---

## PORTARIA Nº. 116, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2009.

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

**O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, e

Considerando a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e suas alterações, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando o Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde e define a sistemática de financiamento;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº. 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas; e

Considerando a Resolução CFM nº. 1.779/2005, que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito,

**R E S O L V E:**

## **CAPÍTULO I**

### **Das Disposições Iniciais**

Art. 1º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 2º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre nascidos vivos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

## **CAPÍTULO II**

### **Das Competências**

Art. 3º A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), como gestora nacional do SIM e do SINASC, tem as seguintes atribuições:

- I - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas;
- II - Consolidar e avaliar os dados processados e transferidos pelos Estados;
- III - Estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível Estadual;
- IV- Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;
- V - Retroalimentar os dados para os integrantes do Sistema; e
- VI - Divulgar informações e análises epidemiológicas.

§ 1º. Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, a SVS/MS garantirá ferramentas que assegurem aos Gestores Estaduais/Distrito Federal, Municipais e aos Chefes de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a retroalimentação automática dos dados de interesse transferidos ao módulo nacional do sistema.

§ 2º. A SVS/MS é responsável pela geração e manutenção do cadastro de acesso dos Gestores Estaduais ao módulo nacional do sistema, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema.

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde, gestoras estaduais do SIM e do SINASC, em consonância com normas e diretrizes nacionais, têm as seguintes atribuições:

- I - Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até o nível municipal;
- II - Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território;

- III - Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal e/ou regional;
- IV - Remeter regularmente os dados ao nível nacional do sistema, dentro dos prazos estabelecidos nesta Portaria;
- V - Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;
- VI - Retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- VII - Divulgar informações e análises epidemiológicas; e
- VIII - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Estado, em caráter complementar à atuação do nível Federal.

§ 1º Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, o Gestor Estadual dos sistemas será responsável pela geração e manutenção do cadastro dos Gestores Municipais, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS/MS no módulo nacional do sistema.

§ 2º Os Gestores Municipais de localidades com a presença de população indígena aldeada em seu território, devem estabelecer pactuação com os Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas referente a operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Município.

Art. 5º As Secretarias Municipais de Saúde, gestoras do SIM e do SINASC no âmbito municipal, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais, têm as seguintes atribuições:

- I - coletar, processar, consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificantes;
- II - transferir os dados em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos pelo nível nacional e estadual;
- III - desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- IV - retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;
- V - divulgar informações e análises epidemiológicas; e
- VI - estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Art. 6º O órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, terá as seguintes atribuições em relação à operacionalização do SIM e do SINASC:

I - Estabelecer parceria com a SVS/MS e pactuação com os gestores estaduais e distritais indígenas, referente a operacionalização do SIM e SINASC na área de intersecção entre estes;

II - Gerar e manter o cadastro dos Chefes Distritais de Saúde Indígena, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS no módulo nacional do sistema;

III - Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até a esfera distrital do Subsistema de Saúde Indígena.

IV – Desenvolver ações, em parceria com a SVS/MS, visando o aprimoramento da qualidade da informação;

IV – Divulgar informações e análises epidemiológicas; e

V - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas, em consonância com as normas e diretrizes nacionais e estaduais.

Art. 7º Compete aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enquanto coordenadores do SIM e do SINASC no recorte territorial de sua área de abrangência, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais:

I - Estabelecer pactuação com os gestores municipais para operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Distrito;

II - coletar, processar e consolidar os dados provenientes dos eventos ocorridos em aldeias indígenas;

III - analisar os dados provenientes de eventos envolvendo indígenas, independente do local de ocorrência;

IV - transferir os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos níveis nacional e estadual;

V – desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

VI – retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;

VII – divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VIII - estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito de seu território, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Parágrafo único. A competência dos DSEI no que se refere à alimentação de óbitos e nascimentos no SIM e SINASC, refere-se exclusivamente aos eventos ocorridos em aldeias



indígenas, sendo que os eventos envolvendo indígenas, ocorridos fora destes territórios são de competência dos gestores Estaduais e Municipais do SUS, e seus registros nestes sistemas, estarão acessíveis aos DSEI por meio de retroalimentação.

Art. 8º Compete ao Distrito Federal, no que couber, as atribuições referentes a estados e municípios.

### **CAPÍTULO III** **Dos Sistemas e Documentos-padrão**

#### Seção I Do Sistema Informatizado

Art. 9º O Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS/SVS/MS) é o responsável pela distribuição das versões atualizadas dos sistemas informatizados, necessários ao processamento dos dados coletados e registrados nos documentos-padrão, bem como a definição das estruturas responsáveis pelo treinamento e suporte técnico para implantação, operação, monitoramento e avaliação dos sistemas junto às Secretarias Estaduais de Saúde, que os repassarão para as Secretarias Municipais, de acordo com estratégias estabelecidas por cada Unidade Federada.

§ 1º A distribuição de versões personalizadas do aplicativo informatizado para atender especificidades dos DSEI será realizada pelo DASIS/SVS/MS que as repassarão ao órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que as distribuirão para os DSEI.

#### Seção II Dos Documentos-padrão

Art. 10. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito (DO), constante no Anexo I desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como o documento hábil para os fins do Art. 77, da Lei nº. 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil.

Art. 11. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), constante do Anexo II desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei no 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil.

§ 1º A emissão da DN em caso de registro tardio, deve ser regulamentada pelas SES na área de sua competência, não podendo, entretanto, ocorrer para eventos anteriores à implantação do SINASC em cada Unidade Federada.



§ 2º O DASIS/SVS/MS elaborará e divulgará regularmente as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN, bem como os conceitos, critérios e definições de cada campo das declarações.

Art. 12. A DO e a DN devem ter sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da SVS/MS, que poderá delegá-las às Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação.

§ 1º A DO e a DN devem ser impressas com seqüência numérica única, em conjuntos de três vias autocopiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS que poderá ser fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver a pactuação prevista no caput deste Artigo.

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

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde que pactuarem a delegação prevista no caput deste Artigo, deverão solicitar ao DASIS/SVS/MS, a faixa numérica a ser utilizada sempre que for necessária a impressão de novos formulários.

Art. 13. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição das DO e DN, diretamente ou por meio das suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização de cada um dos documentos-padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os DSEI deverão informar e manter atualizado o módulo de distribuição de documentos-padrão, DO e DN, no aplicativo informatizado dos sistemas.

§ 2º A distribuição de DO e DN para DSEI cuja área de abrangência ultrapasse os limites de uma UF, será de responsabilidade do órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, mediante pactuação com a SVS/MS.

§ 3º A SVS/MS deverá apresentar padrão para inter-operabilidade entre o módulo de distribuição de documentos-padrão SIM-SINASC e os sistemas informatizados de controle de documentos-padrão das UF, que disponham de ferramenta mais completas e eficazes, permitindo que estas os utilizem em substituição aos sistemas oficiais, após análise técnica e pactuação com o Ministério da Saúde.

§ 4º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO para às seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a ser responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

I - Estabelecimentos e Serviços de saúde, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;

II - Institutos Médicos Legais (IML);

III - Serviços de Verificação de Óbitos (SVO); e

IV - Médicos cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

§ 5º É vedada a distribuição da DO às empresas funerárias.

§ 6º É permitida a distribuição de formulários de DO para cartórios de Registro Civil, somente em localidades onde não exista médico, salvo decisão em contrário do Gestor Municipal de Saúde a ser pactuada nas instâncias colegiadas do SUS com a Secretaria Estadual de Saúde, e em consonância com a Corregedoria de Justiça local.

§ 7º Os DSEI deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO e DN para os profissionais de saúde cadastrados pelo órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que passarão a serem responsáveis solidários pela série numérica recebida.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DN para às seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a ser responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

I - Estabelecimentos e Serviços de Saúde, onde possam ocorrer partos, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;

II - Médicos e enfermeiros, parteiras tradicionais reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde, que atuem em partos domiciliares, cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde; e

III - Cartórios de Registro Civil.

§9º A emissão indevida da DO e DN, quando conhecida, deve ser denunciada aos órgãos competentes pela instância que tinha a sua guarda, e pela instância que diretamente a distribuiu ao Notificador que tinha a última guarda.

### Seção III Do Processamento dos Dados

Art. 14. A SES deve organizar a logística de processamento de dados, cobrindo todo o território da UF, incluindo a definição do local onde serão processados os dados de eventos ocorridos em municípios que, por qualquer motivo, não assumam diretamente esta atribuição.

Parágrafo único. A ausência de condições em assumir o processamento de dados, não isenta o Município de todas as demais responsabilidades envolvidas na gestão do sistema, como distribuição e controle de documentos, coleta, busca ativa, aprimoramento da qualidade, investigação, etc.

Art. 15. A SES e a SMS devem manter equipes para manutenção dos sistemas de

informação, composta dos profissionais necessários às várias funções assumidas, incluindo a codificação de causas de mortalidade.

Art. 16. Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

§ 1º O processamento dos dados das DO emitidas pelos IML e SVO poderá, a critério da SES, ser realizado no Município que sedia o referido serviço e não no Município de ocorrência, de forma a assegurar o seu efetivo processamento.

§ 2º Além da retroalimentação de eventos de residentes ocorridos fora do Município ou UF, a SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação aos municípios de ocorrência de dados de eventos processados em outros municípios ou UF.

§ 3º Os eventos ocorridos em aldeias indígenas, terão as DO e as DN processadas sob a responsabilidade do DSEI da área de abrangência correspondente, conforme lista constante do Anexo III.

§ 4º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação dos dados de eventos ocorridos e processados nos DSEI, aos municípios e UF onde as aldeias estejam sediadas.

§ 5º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar que os dados de eventos ocorridos fora do Município de residência possam ter os dados de endereçamento qualificados no sistema informatizado, pelo Município de residência, após a retroalimentação, visando à busca ativa e vigilância a saúde do RN.

#### Seção IV

##### Das atribuições e responsabilidades dos médicos sobre a emissão da Declaração de Óbito

Art. 17. A emissão da DO é de competência do médico responsável pela assistência ao paciente, ou substitutos, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por este ato é atribuída ao médico do IML ou equivalente.

Art. 18. Os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade do médico que atestou a morte, cabendo ao atestante preencher pessoalmente e revisar o documento antes de assiná-lo.

Art. 19. A competência para a emissão da DO será atribuída com base nos seguintes parâmetros:

I - Nos óbitos por causas naturais com assistência médica, a DO deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, ou de acordo com as seguintes orientações:

a) A D.O. do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua ausência ou impedimento, pelo médico substituto, independente do tempo decorrido entre a admissão ou internação e o óbito;

b) A D.O. do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

c) A D.O. do paciente em tratamento sob regime domiciliar - na Estratégia Saúde da Família (ESF), internação domiciliar e outros - deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, podendo ainda ser emitida pelo SVO, caso o médico não disponha de elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições; e

d) Nas localidades sem SVO ou referência de SVO definida pela CIB, cabe ao médico da ESF ou da Unidade de Saúde mais próxima verificar a realidade da morte, identificar o falecido e emitir a DO, nos casos de óbitos de paciente em tratamento sob regime domiciliar, podendo registrar “morte com causa indeterminada” quando os registros em prontuários ou fichas médicas não ofereçam elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento que fazia. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar “causa indeterminada” na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

II - Nos óbitos por causas naturais, sem assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

a) Nas localidades com SVO, a DO deverá ser emitida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar “causa indeterminada” na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

III - Nos óbitos fetais, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a DO quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 (vinte) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros.

IV - Nos óbitos não fetais, de crianças que morreram pouco tempo após o nascimento, os médicos que prestaram assistência à mãe ou à criança, ou seus substitutos, ficam obrigados a fornecer a DO independente da duração da gestação, peso corporal ou estatura do recém-nascido, devendo ser assegurada neste caso também a emissão da Declaração de Nascidos Vivos pelo médico presente ou pelos demais profissionais de saúde.

V - Nas mortes por causas externas:

a) Em localidade com IML de referência ou equivalente, a DO deverá, obrigatoriamente,

ser emitida pelos médicos dos serviços médico-legais, qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente; e

b) Em localidade sem IML de referência ou equivalente, a DO deverá ser emitida por qualquer médico da localidade, ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*), qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente.

§ 6º Nos óbitos ocorridos em localidades onde exista apenas um médico, este é o responsável pela emissão da DO.

§ 7º Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, a emissão das 3 (três) vias da DO deverá ser solicitada ao Cartório do Registro Civil de referência, pelo responsável pelo falecido, acompanhado de 2 (duas) testemunhas, em conformidade com os fluxos acordados com as corregedorias de Justiça local.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão indicar o médico que emitirá a DO, de acordo com o preconizado acima, caso restem dúvidas sobre a atribuição.

§ 9º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SIM.

#### Seção V Do Fluxo da Declaração de Óbito

Art. 20. No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimento de saúde, a DO emitida na Unidade Notificadora, terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

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

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

Art. 21. No caso de óbito natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde e com assistência médica, a DO preenchida pelo médico responsável, conforme normatizado na Seção IV, terá a seguinte destinação:

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

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

Parágrafo único. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades sem SVO, as vias da DO emitidas pelo médico do Serviço de Saúde mais próximo, ou pelo médico designado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com o § 8º do Art.

19 desta Portaria, deverão ter a mesma destinação disposta no caput deste Artigo.

Art. 22. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades com SVO, a DO emitida pelo médico daquele Serviço, deverão ter a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

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

III - 3ª via: Serviço de Verificação de Óbitos.

Art. 23. No caso de óbito natural ocorrido em localidade sem médico, a DO preenchida pelo Cartório do Registro Civil terá a seguinte destinação:

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

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

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se de todos os meios disponíveis para esta finalidade.

§ 2º No caso de óbito de indígena ocorrido em aldeia, nas condições do caput deste Artigo, a 1ª via será coletada pelo DSEI para processamento dos dados.

Art. 24. No caso de óbito natural ocorrido em aldeia indígena, com assistência médica, a DO emitida terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

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

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

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

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

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

III - 3ª via: Instituto Médico Legal.

Art. 26. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, nas localidades onde não exista IML de referência, ou equivalente, as três vias da DO, emitidas pelo perito designado pela autoridade judicial ou policial para tal finalidade, deverão ter a seguinte destinação:

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

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

### Seção VI

#### Das atribuições e responsabilidades profissionais de saúde ou parteiras tradicionais sobre a emissão da Declaração de Nascido Vivo

Art. 27. A emissão da DN é de competência dos profissionais de saúde, ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido (reconhecidas e vinculadas a unidades de Saúde), no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência.

§ 1º É obrigatória a emissão de DN para todo nascido vivo, independente da duração da gestação, peso e estatura do recém-nascido.

§ 2º Para o preenchimento da DN devem ser privilegiadas as informações prestadas pela puérpera, todos profissionais de saúde presentes em sala de parto, bem como todos os documentos disponíveis, como prontuários e anotações pertinentes.

Art. 28. Para partos domiciliares sem assistência de profissionais de saúde ou parteiras tradicionais, a DN deverá ser emitida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado.

Art. 29. Os nascimentos sem assistência, ocorridos em famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a DN deverá ser emitida por um profissional de saúde devidamente habilitado, pertencente à equipe ou unidade a que a mãe da criança esteja vinculada.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SINASC.

### Seção VII

#### Do Fluxo da Declaração de Nascido Vivo

Art. 30. Para os partos hospitalares, a DN preenchida pela Unidade Notificadora terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

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



III - 3ª via: arquivo da Unidade de Saúde junto a outros registros hospitalares da puérpera.

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

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

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

III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em Unidade de Saúde.

Art. 32. Para os partos domiciliares sem assistência de qualquer profissional de saúde ou parteiras tradicionais - reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde - a DN preenchida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado terá a seguinte destinação:

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

II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de nascimento; e

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

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

Art. 33. Para os partos domiciliares de indígenas em aldeias, com assistência, a DN preenchida pelo profissional de saúde ou parteira tradicional responsável pela assistência, deverá ter a seguinte destinação:

I - 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

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

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

## **CAPÍTULO IV**

### **Da transferência dos dados, dos prazos e da regularidade**

Art. 34. As Secretarias Estaduais de Saúde garantirão a transferência dos dados para o módulo nacional do Sistema, no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do nascimento ou óbito, no volume esperado, por meio eletrônico, via



aplicativo, de modo contínuo, regular e automático, para alcançar as seguintes metas e prazos:

I - Os parâmetros adotados para estipular o volume de eventos esperados serão definidos com base nas coberturas (razão entre coletados e esperados) alcançadas por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme os seguintes estratos:

a) Para as UF com cobertura superior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, o número de registros informados pela UF por meio do próprio sistema de informação nos últimos 5 (cinco) anos.

b) Para as UF com cobertura igual ou inferior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, valor calculado a partir das estimativas adotadas pelo gestor nacional do sistema para o ano corrente, e na sua ausência, para o ano anterior.

II - O parâmetro adotado para monitorar o volume de eventos a serem transferidos no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência será definido com base em um percentual pactuado anualmente, que deverá ser aplicado sobre a cobertura alcançada por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme Anexo IV.

III - O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica anualmente apontando em que estrato se enquadra cada UF para as finalidades que preconizam os incisos I e II deste Artigo.

IV - O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, definindo normas, fluxos e instrumentos sobre a notificação negativa de óbitos e nascimentos por local de ocorrência, que passa a ser então obrigatória, sempre que não ocorram óbitos em um determinado mês.

V – A SVS/MS poderá, por meio de normas específicas definir prazos diferenciados para a digitação e envio de dados sobre eventos especiais, como óbitos infantis, maternos, e outros relacionados direta ou indiretamente a agravos de interesse epidemiológico.

Art. 35. As Secretarias Municipais de Saúde e os DSEI deverão disponibilizar os arquivos de transferência ao gestor estadual, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o encerramento do mês de ocorrência, com o volume esperado de registros, segundo parâmetros a serem definidos pelo gestor estadual para viabilizar o alcance de suas metas junto ao gestor nacional.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá indicar parâmetros para estimar volume esperado de nascimentos e óbitos por Município ou micro-regiões formadas por municípios de residência, como forma de apoiar o Gestor Estadual no acompanhamento do envio de dados pelos municípios de que trata o caput deste Artigo.

Art. 36. Os registros transferidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao módulo nacional do Sistema deverão ser avaliados quanto à qualidade, completude, consistência e integridade continuamente pelo Gestor Nacional dos sistemas.

§ 1º A qualidade, completude, consistência e integridade dos dados são de responsabilidade do nível de gestão do sistema que o gerou, devendo ser revisado, atualizado e retransmitido por este até a consolidação do banco de dados, sempre que percebida a necessidade ou demandado pelos demais níveis de gestão do sistema, nos prazos definidos pelos gestores nacional e estadual.

§ 2º A consolidação do ano estatístico pela SVS/MS deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art. 37. Os dados serão divulgados em caráter preliminar, e posteriormente em caráter definitivo, nos seguintes prazos:

I - Entre 30 de junho e 30 de agosto do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter preliminar; e

II - Até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial.

Art. 38. São responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM e do SINASC.

## **CAPÍTULO V** **Das Disposições Finais**

Art. 39. As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nos nesta Portaria, mediante pactuação na CIB referendada pela SVS/MS e:

I. Garantias de que não haja subnotificação dos eventos; e

II. Haja agilidade no sistema de informação, e o máximo de integração com o Sistema de Vigilância em Saúde local e nacional.

Art. 40. A SVS/MS emitirá norma complementar regulamentando o processo de investigação de óbitos e nascimentos, cujo registro na DO ou na DN tenha sido feito com qualidade inadequada aos padrões aceitáveis.

Parágrafo único. O resgate de registros de óbitos e nascimentos não documentados adequadamente por ocasião dos fatos será objeto desta normatização complementar, que tratará de instrumentos padrão e fluxos, com entrada identificada nos sistemas.

Art. 41. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão normatizar, no âmbito do Estado, a guarda das Declarações de Óbito e Nascimento utilizadas para o processamento da informação, podendo destruí-los para descarte em seguida, desde que obedecidos os seguintes prazos e critérios mínimos:

I - 10 (dez) anos para a guarda do documento impresso não digitalizado;

II - 3 (três) anos para a guarda do documento impresso que tenha sido digitalizado ou micro filmado;

III - A destruição dos documentos originais que tenham sido cancelados por erro de preenchimento, poderá ser feita imediatamente após conferência e a digitação de seu cancelamento no módulo de distribuição de documentos-padrão no sistema informatizado;  
e

IV - A guarda da via do prontuário deverá durar o mesmo tempo que durar a guarda do próprio prontuário.

Art. 42. As Secretarias Municipais de Saúde deverão incentivar o Registro Civil de Nascimentos e de Óbitos por meio de integração com os cartórios e o encaminhamento, orientação e sensibilização aos familiares dos nascidos ou falecidos sobre a importância deste ato.

Art. 43. A falta de alimentação de dados no SIM e no SINASC, no volume esperado com base nos arts. 34 e 35 desta Portaria, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados no prazo de um ano, ensejará a suspensão das transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios, dos recursos do bloco da Atenção Básica, em conformidade com o Art.37 da Portaria nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

Parágrafo único. Os Estados, Distrito Federal e os Municípios têm um prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria para se adaptarem às regras de regularidade, para as finalidades de que trata o caput deste Artigo.


Art. 44. O Ministério da Saúde têm um prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, após a publicação desta Portaria, para disponibilizar as soluções de informática previstas nos compromissos assumidos com a retroalimentação por local de ocorrência, e 180 (cento e oitenta) dias para o desenvolvimento e implantação das soluções relacionadas aos aplicativos a serem distribuídos nas áreas indígenas, envolvendo aspectos relativos à sua territorialidade e questões étnicas específicas.

Art. 45. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.


Art. 46. Fica revogada a Portaria nº. 20/SVS, de 3 de outubro de 2003, publicado no Diário Oficial da União nº. 194, Seção 1, pág. 50, de 7 de outubro de 2003 e republicada no Diário Oficial da União nº. 196, Seção 1, pág. 71, de 9 de outubro de 2003.

GERSON OLIVEIRA PENNA

## DECLARAÇÃO DE ÓBITO

 <b>República Federativa do Brasil</b> <b>Ministério da Saúde</b> 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		<b>Declaração de Óbito</b>		<b>15813090-1</b>		
I	<b>1</b> Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não fetal		<b>2</b> Data do óbito Hora _____		<b>3</b> Cartão SUS _____	
	<b>4</b> Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar país) _____		<b>5</b> Nome do Falecido _____			
	<b>6</b> Nome do Pai _____		<b>7</b> Nome da Mãe _____			
	<b>8</b> Data de nascimento Anos completos _____ Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____ Ignorado <input type="checkbox"/> 9		<b>9</b> Idade _____	<b>10</b> Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>11</b> Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	<b>12</b> Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorado
<b>13</b> Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	<b>14</b> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____	<b>15</b> Logradouro (rua, praça, avenida etc.) _____		
II	<b>16</b> CEP _____		<b>17</b> Bairro/Distrito _____		<b>18</b> Município de residência _____	
	<b>19</b> UF _____		<b>20</b> Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros Ignorado <input type="checkbox"/> 9			
III	<b>21</b> Estabelecimento _____		<b>22</b> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc) _____			
	<b>23</b> Código CNES _____		<b>24</b> Bairro/Distrito _____		<b>25</b> Município de ocorrência _____	
	<b>26</b> UF _____		<b>27</b> Número _____		<b>28</b> CEP _____	
IV	<b>PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE</b>					
	<b>29</b> Idade (anos) _____	<b>30</b> Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	<b>31</b> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) _____	<b>32</b> Código CBO 2002 _____	
	<b>33</b> Número de filhos tidos vivos _____	<b>34</b> Nº de semanas de gestação _____	<b>35</b> Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada	<b>36</b> Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>37</b> Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	
	<b>38</b> Nascimento _____	<b>39</b> Perdas fetais/abortos _____	<b>40</b> Nº de filhos vivos _____	<b>41</b> Peso ao nascer (Gramas) _____	<b>42</b> Número da Declaração de Nascido Vivo _____	
V	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>					
	<b>43</b> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		<b>44</b> Recabou assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Não aborto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto		<b>45</b> Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	<b>CAUSAS DA MORTE</b> <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.					
	<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.					
VI	<b>46</b> Nome do Médico _____		<b>47</b> CRM _____	<b>48</b> Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML	<b>49</b> Município e UF do SVO ou IML UF _____	
	<b>50</b> Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.) _____		<b>51</b> Data do atestado _____	<b>52</b> Assinatura _____		
VII	<b>PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)</b>					
	<b>53</b> Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>54</b> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>55</b> Fonte da informação <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	
	<b>56</b> Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____					
VIII	<b>SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO</b>					
	<b>57</b> Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____					
IX	<b>58</b> Cartório _____		<b>59</b> Registro _____	<b>60</b> Data _____		
	<b>61</b> Município _____		<b>62</b> UF _____		<b>63</b> Declarante _____	
<b>64</b> Localid. S/ Médico _____		<b>65</b> Testemunhas A _____ B _____				

## DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

 <b>República Federativa do Brasil</b> <b>Ministério da Saúde</b> 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		<b>Declaração de Nascido Vivo</b>		<b>30-52756800-9</b>		
I	1 Cartório		2 Registro		3 Data	
	4 Município				5 UF	
II	6 Local da Ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros Estab. Saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado		7 Estabelecimento		8 Código	
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)		10 Número		11 Complemento	
	12 CEP		13 Bairro/Distrito		14 Município de ocorrência	
III	15 Nome da Mãe		16 Cartão SUS			
	17 Idade (anos) <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada <input type="checkbox"/> Ignorado		18 Estado Civil		19 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	
	20 Ocupação habitual e ramo de atividade		21 Código		22 Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (obs.: utilizar 99 se ignorados) Nascidos vivos    Nascidos mortos	
	23 Residência da mãe Logradouro		24 Número		25 Complemento	
IV	26 Duração da gestação (em semanas) <input type="checkbox"/> Menos de 22 <input type="checkbox"/> De 22 a 27 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 <input type="checkbox"/> De 32 a 36 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 42 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado		27 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado		28 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	
	29 Número de consultas de pré-natal <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 <input type="checkbox"/> 7 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado		30 Nascimento Data    Hora		31 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
V	32 Raça/cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		33 Peso ao nascer em gramas		34 Índice de Apgar 1º minuto    5º minuto	
	35 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Qual?		36 Código			
VI	37 Polegar direito da mãe		38 Pé direito da criança			
	39 Responsável pelo preenchimento Nome		40 Função		41 Identidade	
VII	42 Órgão Emissor		43 Data			

**ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 12/08 - 1ª Impressão 12/2008



# Anexo VII



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

IOCMD

## Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida

Nº do Caso

□ □ □ □

Município _____	UF _____
<b>INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO</b>	
1 Nº da Declaração de Óbito	2 Causa Básica □ □ □ □
3 Nome do(a) Falecido(a)	
4 Nome da mãe	
5 Data de nascimento □ □ □ □ □ □	6 Data do óbito □ □ □ □ □ □
Anexar cópia da Declaração de Óbito. Se necessário, completar os dados faltantes nessa cópia da DO durante a investigação.	
<b>INVESTIGAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
7 Nome da Unidade Básica (USF)	8 Nº do Prontuário
9 A pessoa falecida morou quanto tempo neste domicílio?	
10 A pessoa falecida era cadastrada nesta USF? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
11 Quais as patologias que motivavam os atendimentos?	
12 Qual a data da última consulta? □ □ □ □ □ □	
13 Qual o motivo da última consulta?	
<b>INVESTIGAÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO</b>	
14 Nome do Estab. de Saúde	15 Nº do Prontuário
16 Data da internação □ □ □ □ □ □	17 Data da alta □ □ □ □ □ □
18 Estado do paciente à hospitalização <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Agonizante <input type="checkbox"/> Sem vida	
19 Motivo da alta <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Saída por solicitação da família <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Óbito	
20 Atendimento pré-hospitalar	
21 Hipótese diagnóstica da alta	
22 Resultados dos exames relevantes para identificar a causa do óbito	
23 Procedimentos realizados durante a internação	
24 Causa do óbito registrada no prontuário	

**INVESTIGAÇÃO DA CAUSA DA MORTE EM OUTROS LOCAIS**

**25** Assinale uma ou mais alternativas, se houver:

SINAN  
(anexar cópia da FI)      Ficha de Investigação de \_\_\_\_\_  
Qual a patologia?

IML  
(anexar cópia do BO)      Laudo da necropsia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SVO  
(anexar cópia do BO)      Laudo da necropsia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FUNASA  
(anexar cópia)      Óbito registrado no SIASI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jornal / Internet  
(anexar cópia)      Descrição sumária do evento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR - AUTÓPSIA VERBAL**

**26** Formulário utilizado (anexar formulário)     Formulário 1     Formulário 2     Formulário 3     Formulário 3.1-MIF     Não realizada

**CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO**

Causas da morte depois da investigação		CID-10	
<b>Parte I</b>	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	
	Causas antecedentes	b Devido ou como consequência de	
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c Devido ou como consequência de	
		d Devido ou como consequência de	
<b>Parte II</b>	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima		
Data	____/____/____	Data	____/____/____
Responsável pela investigação	_____	Coordenador da Vigilância Epidemiológica ou do SIM	_____



## Ficha de Investigação de Óbito Infantil

### Complemento da entrevista domiciliar

Nº do Caso

\_\_\_\_

Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da criança falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte. Trata-se de uma sequência da Ficha de Investigação do óbito infantil, isto é, logo após aos relatos espontâneos sobre a doença ou situação que levou à morte. (Questão 77 da Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Entrevista domiciliar)

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO			
1	Nome do(a) falecido(a)		
2	Nome da mãe		
3	Data de nascimento	4	Data do óbito
5	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		
6	A Declaração de Nascido Vivo (DN) foi emitida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	Nº DN
7	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	Nº DO
8	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo Cartório)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
9	Local do sepultamento		
LOCAL DA ENTREVISTA			
10	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc.)		Nº <input type="text"/> Compl. <input type="text"/>
Bairro		Distrito/Povoado	Telefone <input type="text"/>
Município	UF	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural	
Ponto de Referência			
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
11	Nome do(a) entrevistado(a)		
12	Qual sua relação com o(a) falecido(a)? <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> outro _____		
ÓBITO DEVIDO A CAUSA EXTERNA			
13	O bebê sofreu algum ferimento/acidente/violência? <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
14	O bebê faleceu devido a ferimento/acidente/violência? <input type="checkbox"/> Sim: passe à Questão 65 <input type="checkbox"/> Não: continue da Questão 15 até a Questão 73		
FATORES DE SAÚDE E HISTÓRIA DA GRAVIDEZ DA MÃE			
15	Tentou interromper a gravidez (perder o bebê)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
15.1	Como? <input type="checkbox"/> chás <input type="checkbox"/> comprimidos <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> coquetéis injetáveis <input type="checkbox"/> não sabe		
16	Durante a gravidez a mãe sofreu algum ferimento ou agressão ou violência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
17	Qual era o estado de saúde da mãe no momento do nascimento do bebê? <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> doente <input type="checkbox"/> faleceu durante o parto <input type="checkbox"/> não sabe		
18	No dia do parto, a mãe apresentou <input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> febre <input type="checkbox"/> confusão mental <input type="checkbox"/> convulsão <input type="checkbox"/> muito sangramento <input type="checkbox"/> nada disso <input type="checkbox"/> não sabe		
19	A mãe teve febre no dia que o trabalho de parto começou? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		



20	A mãe teve febre após o parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
21	A mãe apresentou depressão pós parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
22	Qual era o estado de saúde da mãe no momento da morte do bebê?	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> doente	<input type="checkbox"/> falecida	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>CONDIÇÕES DE NASCIMENTO</b>						
23	O bebê respirou (aspirou) a água durante o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
24	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 12 horas	<input type="checkbox"/> 12 a 24 horas	<input type="checkbox"/> 24 horas ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe	
25	O parto foi:	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe		
25.1	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps (puxado a ferro)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
26	Que parte do bebê saiu primeiro?	<input type="checkbox"/> cabeça	<input type="checkbox"/> braço/mão	<input type="checkbox"/> pés	<input type="checkbox"/> nádegas	<input type="checkbox"/> não sabe
27	O cordão umbilical saiu antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28	O bebê nasceu com circular do cordão (laçado)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29	Precisou de ajuda para respirar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
30	Demorou a chorar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
31	Qual foi o peso do bebê ao nascer?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	<input type="checkbox"/> não sabe			
31.1	O tamanho do bebê, de acordo com o tempo de gestação, foi:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> menor que o normal	<input type="checkbox"/> maior que o normal	<input type="checkbox"/> não sabe	
32	Apresentou ossos quebrados decorrentes do parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
33	Tinha algum sinal de paralisia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
34	Qual era a cor do bebê ao nascer?	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> roxa	<input type="checkbox"/> pálida	<input type="checkbox"/> não sabe	
35	Tinha alguma malformação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
35.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas mãos/pés	<input type="checkbox"/> nas costas (calombo ou buraco)	<input type="checkbox"/> na cabeça (muito grande)	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> no coração	<input type="checkbox"/> no lábio e/ou no céu da boca	<input type="checkbox"/> na cabeça (muito pequena)	<input type="checkbox"/> outro _____	
36	Tinha lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele quando nasceu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
36.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local _____
36.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)			
		<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus			
		<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente			
		<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____		

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE O BEBÊ QUE NASCEU VIVO						
37	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> não se aplica	<input type="text"/> não sabe
38	Chegou a se alimentar	<input type="text"/> sim, no peito	<input type="text"/> sim, na mamadeira	<input type="text"/> sim, por sonda	<input type="text"/> sim, outro	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
38.1	Quanto tempo depois de nascer começou a se alimentar?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias			<input type="text"/> não sabe
38.2	O bebê parou de se alimentar antes de morrer?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>			<input type="text"/> não	<input type="text"/> não sabe
39	Tomou somente leite do peito?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
40	Foi usada alguma coisa para curar (cuidar) o umbigo?	<input type="text"/> sim, o quê? <input type="text"/>			<input type="text"/> nada	<input type="text"/> não sabe
41	Teve o umbigo vermelho ou com secreção?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
42	Apresentou coloração amarelada nos olhos, pele, palmas das mãos ou plantas dos pés (icterícia)?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
42.1	Quanto tempo depois do nascimento a coloração amarelada começou?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias			
42.2	Durante quanto tempo permaneceu com a coloração amarela?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias			
42.3	Quando o bebê morreu ele ainda estava com a coloração amarela?	<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não			<input type="text"/> não sabe
43	O bebê crescia normalmente?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
44	Teve convulsões (ataque)?	<input type="text"/> sim, <input type="text"/> vez(es) por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
45	Ficou rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
46	A moleira (fontanela) ficou saliente?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
47	A moleira (fontanela) ficou funda (deprimida)?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
48	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
48.1	Como começou?				<input type="text"/> de repente	<input type="text"/> lentamente <input type="text"/> não sabe
49	Teve febre?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
49.1	A febre era:				<input type="text"/> contínua	<input type="text"/> ia e vinha <input type="text"/> não sabe
49.2	A febre era muito alta?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
49.3	Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
49.4	Teve calafrios ou arrepios?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
50	Teve temperatura mais baixa que o normal (hipotermia)?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
51	Teve tosse?	<input type="text"/> sim, por quanto tempo? <input type="text"/>				<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
51.1	A tosse era frequente?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
51.2	Tossia somente quando estava deitado?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
51.3	Vomitava depois de tossir?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
51.4	A tosse era com catarro?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
51.5	Tossia com sangue?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe
51.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?				<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não <input type="text"/> não sabe

52	Respirava mais rápido do que o normal?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53	Teve dificuldades em respirar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53.1	Fazia barulho para respirar?	<input type="checkbox"/> sim, roncosp	<input type="checkbox"/> sim, chiados	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
53.2	A cada vez que respirava sua barriguiinha murchava perto das costelas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
54	Ficou roxinho (cianótico) alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
54.1	A cor arroxeadada (cianose) foi:	<input type="checkbox"/> ao redor da boca	<input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés	<input type="checkbox"/> no corpo todo <input type="checkbox"/> não sabe
55	Teve diarreia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
55.1	A diarreia era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
55.2	Quantas vezes defecava no dia?	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> não sabe	
55.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
56	Vomitava?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
56.1	Quanto tempo depois do nascimento começou a vomitar?	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses
56.2	Quantas vezes vomitava por dia?	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> não sabe	
57	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
58	Teve dificuldades em urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
59	Teve mudança na quantidade de urina por dia	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
59.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe
60	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
60.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus <input type="checkbox"/> outro _____
61	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
61.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo <input type="checkbox"/> nas articulações <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro _____
62	Teve inguinas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
62.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila <input type="checkbox"/> na virilha <input type="checkbox"/> não sabe
63	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
63.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro local _____
63.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	
		<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus	
		<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	
		<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
64	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe

HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA			
65	Sofreu algum ferimento, acidente ou violência antes da morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
65.1	Qual? <input type="checkbox"/> acidente de trânsito _____ <input type="checkbox"/> corte <input type="checkbox"/> afogamento <input type="checkbox"/> envenenamento ou intoxicação _____ <input type="checkbox"/> sufocação <input type="checkbox"/> queimaduras <input type="checkbox"/> queda _____ <input type="checkbox"/> pancada <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro _____		
65.2	Como, quando e onde aconteceu?		
66	Foi mordido ou picado por algum animal ou inseto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS/TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
67	Se a criança ficou internada, algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
67.1	O que ele disse?		
67.2	Qual foi o tratamento indicado?		
68	Se foi atendida em ambulatório (UBS,PSF, Clínica) algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
68.1	O que ele disse?		
68.2	Qual foi o tratamento indicado?		
69	Foi operado(a) por causa da doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
69.1	Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)? _____ dias		<input type="checkbox"/> não sabe
69.2	Que parte do corpo foi operada?		<input type="checkbox"/> não sabe
70	Se não recebeu tratamento em serviços de saúde, por que não?	<input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento	<input type="checkbox"/> encontrou morto
		<input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento	<input type="checkbox"/> outro _____
		<input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica
		<input type="checkbox"/> não quis/não aceitou	<input type="checkbox"/> não sabe

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES				
71	Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte, se houver			
72	Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte, se houver			
Solicite o cartão de vacina da criança falecida				
73	Tomou vacinas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
73.1	Quais?	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> sarampo, rubéola, caxumba	<input type="checkbox"/> triplíce (DPT)
		<input type="checkbox"/> contra hepatite	<input type="checkbox"/> contra sarampo	<input type="checkbox"/> anti-pólio
		<input type="checkbox"/> contra febre amarela	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> DTP+HIB
				<input type="checkbox"/> rotavírus
				<input type="checkbox"/> outra _____

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL				
Causas da morte depois da entrevista				CID-10
Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a		
	Causas antecedentes	b	Devido ou como consequência de	
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica	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			
Data da entrevista		<input type="text"/>	Data da análise	
Nome dos entrevistadores		Profissionais médicos que analisaram as informações		



**Autópsia verbal**

Criança com um ano de idade ou mais e menos de 10 anos de idade

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO			
1	Nome do(a) falecido(a)		
2	Nome da mãe		
3	Data de nascimento	4	Data do óbito
5	Idade	6 Sexo	
7	A Declaração de Nascido Vivo (DN) foi emitida?	Nº DN	
8	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	Nº DO	
9	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo Cartório)?		
10	Local do sepultamento		
LOCAL DA ENTREVISTA			
11	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc.)	Nº	Compl.
	Bairro	Distrito/Povoado	Telefone
	Município	UF	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
	Ponto de Referência		
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
12	Nome do(a) entrevistado(a)		
13	Qual sua relação com o(a) falecido(a)		
RELATO DO ENTREVISTADO UTILIZANDO SUAS PRÓPRIAS PALAVRAS			
14	Breve histórico da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a)		
15	Breve relato sobre as condições de vida e antecedentes de saúde do(a) falecido(a) e antecedentes familiares		

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES			
<b>16 Doenças e condições antecedentes</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Doença congênita, qual _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Câncer, qual _____
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/> Nenhuma doença _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Outra doença _____
<input type="checkbox"/> Sífilis congênita	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Distúrbio do crescimento e do desenvolvimento	
<b>16.1 Medicação de uso contínuo</b>			
<b>17 Sofreu algum ferimento/acidente/violência?</b>		<input type="checkbox"/> sim _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>18 A criança faleceu devido a ferimento/acidente/violência?</b>		<input type="checkbox"/> sim: passe à Questão 51	<input type="checkbox"/> não: continue com a Questão 19
SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
<b>19 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?</b>		<input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>20 Teve febre?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>20.1 A febre era</b>		<input type="checkbox"/> contínua <input type="checkbox"/> ia e vinha <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>20.2 A febre era muito alta?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>20.3 Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>20.4 Teve calafrios ou arrepios?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>21 Teve temperatura mais baixa que o normal (hipotermia)?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>22 Perdeu peso durante a doença?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> quilos <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>23 Estava muito fraco(a)?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>24 Estava descorado(a) e/ou pálido(a) (teve palidez)?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>25 Teve os olhos fundos?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>26 Teve tosse?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>26.1 A tosse era frequente?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>26.2 Tossia somente quando estava deitado?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>26.3 Vomitava depois de tossir?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>26.4 A tosse era com catarro?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>26.5 Tossia com sangue?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>26.6 Teve suor à tarde e/ou à noite?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>27 Respirava mais rápido do que o normal?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>28 Teve dificuldades para respirar?</b>		<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>28.1 Fazia barulho para respirar?</b>		<input type="checkbox"/> sim, roncós <input type="checkbox"/> sim, chiados <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
<b>28.2 A cada vez que respirava sua barriguinha murchava perto das costelas?</b>		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	

29	Ficou roxinho (cianótico) alguma vez durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
29.1	Onde?	<input type="checkbox"/> ao redor da boca	<input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés	<input type="checkbox"/> no corpo todo	<input type="checkbox"/> não sabe
30	Teve diarreia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.1	A diarreia era	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
30.2	Quantas vezes defecava no dia?	<input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe	
30.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
31	Vomitava?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Quantas vezes por dia?	<input type="checkbox"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe	
31.2	Vomitou vermes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
32	Teve dores de barriga/cólicas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
32.1	A dor/cólica era	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
32.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
33	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	<input type="checkbox"/> rapidamente (dias)	<input type="checkbox"/> lentamente (meses)	<input type="checkbox"/> não sabe	
33.2	Ficou sem evacuar?	<input type="checkbox"/> sim, por _____ dias	<input type="checkbox"/> não se aplica		
34	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
34.1	Onde se localizava?	<input type="checkbox"/> parte superior direita da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior direita da barriga	<input type="checkbox"/> em toda a barriga	
		<input type="checkbox"/> parte superior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> parte superior da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior da barriga		
35	Teve dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	A dor era	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe	
35.2	As dores eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
35.3	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
36	Perdeu o equilíbrio quando andava (marcha irregular)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
37	As pernas ficaram paralisadas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
37.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> não sabe	
38	Teve convulsões (ataque)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> não sabe	
40	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
41	Teve dificuldades em urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
42	Teve alguma mudança na cor da urina?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
43	Em algum momento a urina tinha sangue?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe



44	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
44.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco
		<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local _____	
45.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	
		<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus	
		<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	
		<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
46	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
46	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus
		<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
48	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
48.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo
		<input type="checkbox"/> nas articulações	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
49	Teve ínguas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
49.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila
		<input type="checkbox"/> na virilha	<input type="checkbox"/> não sabe	
50	Os olhos ficaram com coloração amarelada (icterícia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA</b>				
51	Sofreu algum ferimento/acidente/violência que tivesse levado à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
51.1	Qual?	<input type="checkbox"/> acidente de trânsito _____	<input type="checkbox"/> corte	<input type="checkbox"/> afogamento
		<input type="checkbox"/> envenenamento/intoxicação _____	<input type="checkbox"/> sufocação	<input type="checkbox"/> queimaduras
		<input type="checkbox"/> queda _____	<input type="checkbox"/> pancada	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> outro _____		
51.2	Como, onde e quando aconteceu?			
52	Foi mordido(a)/picado(a) por algum animal/inseto que levou à sua morte?	<input type="checkbox"/> sim _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS/TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE</b>				
53	Foi internado(a) durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53.1	Onde foi a última internação?			
53.2	Qual a data do último atendimento neste serviço de saúde antes da morte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe	
53.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
53.4	O que ele disse?			

53.5 Qual foi o tratamento indicado?	
54	Foi atendido(a) em outro estabelecimento de saúde durante a doença que levou à morte (UBS, PSF, Clínica)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
54.1 Onde foi o último atendimento?	
54.2	Qual a data do último atendimento nesse serviço de saúde antes da morte? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe
54.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
54.4	O que ele disse?
54.5 Qual foi o tratamento indicado?	
55	Foi operado(a) por causa da doença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
55.1	Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)? <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> não sabe
55.2	Que parte do corpo foi operada?
56	Se não recebeu tratamento em serviços de saúde, por que não? <input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento <input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento <input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento <input type="checkbox"/> outro _____ <input type="checkbox"/> encontrou morto <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não quis/não aceitou <input type="checkbox"/> não sabe
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES	
57	Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte, se houver
58	Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte, se houver
59	Tomou vacinas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
59.1	Quais? <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> contra hepatite <input type="checkbox"/> sarampo, rubéola, caxumba <input type="checkbox"/> rotavírus <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> anti-pólio <input type="checkbox"/> DTP+HiB <input type="checkbox"/> contra febre amarela <input type="checkbox"/> outra
60	Observações do entrevistador
Sobre as condições de vida e de moradia do falecido, sobre a qualidade da entrevista (se o entrevistado colaborou ou não, se tinha dificuldade para se expressar) e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.	

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL				
Causas da morte depois da entrevista			CID-10	
Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a		
	Causas antecedentes	b	Devido ou como consequência de	
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica	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			
Data da entrevista		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data da análise <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nome dos entrevistadores		Profissionais médicos que analisaram as informações		



## Ficha de Investigação de Óbito

### Causa mal definida

Esta ficha não deve ser aplicada para o caso de investigação de óbito materno, isto é, quando as Questões 14 e/ou 15 da Ficha MIF - Investigação de óbito de mulher em idade fértil - identificação de possível óbito materno estiverem assinaladas positivamente: a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte. Para esses casos deve-se utilizar o material preconizado para investigação de morte materna com causa mal definida.

1	Nome do(a) falecido(a)		
2	Nome da mãe		
3	Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4 Data do óbito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Idade	<input type="text"/> <input type="text"/> anos completos	6 Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
7	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> N° DO	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
8	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
9	Local do sepultamento		
LOCAL DA ENTREVISTA			
10	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc)	N°	Compl
	Bairro	Distrito / Povoado	Telefone
	Município	UF <input type="text"/> <input type="text"/>	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
	Ponto de Referência		
IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO (A)			
11	Nome do(a) entrevistado(a)		
12	Qual sua relação com o(a) falecido(a)	<input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> outro	
RELATO DO(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZANDO SUAS PRÓPRIAS PALAVRAS			
13	Breve histórico da doença ou situação que levou à morte nas palavras do(a) entrevistado(a)		
14	Breve relato sobre as condições de vida e antecedentes de saúde do(a) falecido(a) e antecedentes familiares		

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES			
<b>15 Doenças e condições antecedentes</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Cirurgia qual? _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> D. Pulmonar qual? _____
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> Cancer qual? _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Febre reumática	<input type="checkbox"/> Outra doença _____
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Internado por transtorno mental	
<b>15.1 Medicação de uso contínuo</b>			
<b>FATORES DE RISCO</b>			
<b>16 Tomava bebida alcoólica?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>16.1 Há quanto tempo?</b>	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>16.2 Com que frequência?</b>	<input type="checkbox"/> vezes por _____ (dia, semana, mês ou ano)		<input type="checkbox"/> não sabe
<b>17 Fumava?</b>	<input type="checkbox"/> sim, _____	<input type="checkbox"/> cigarros _____	<input type="checkbox"/> charutos _____
		<input type="checkbox"/> cachimbadas _____	por _____ (dia, semana, mês ou ano) <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>17.1 Há quanto tempo?</b>	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>18 Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)?</b>	<input type="checkbox"/> sim, _____	<input type="checkbox"/> ex-usuário	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>19 Sofreu algum ferimento/acidente/agressão?</b>	<input type="checkbox"/> sim, _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>20 A pessoa faleceu devido a ferimento/acidente/violência?</b>	<input type="checkbox"/> sim: passe à Questão 67	<input type="checkbox"/> não: continue com a Questão 21	
<b>SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE</b>			
<b>21 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?</b>	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> não sabe
<b>22 Teve febre?</b>	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>22.1 A febre era:</b>	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>22.2 A febre era muito alta?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>22.3 Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>22.4 Também teve calafrios e/ou arrepios?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>23 Perdeu peso durante a doença?</b>	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> quilos	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
<b>24 Estava muito fraco(a)?</b>	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>25 Estava descorado(a) e pálido(a) (teve palidez)?</b>	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>26 Estava com os olhos fundos?</b>	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>27 Teve tosse?</b>	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>27.1 A tosse era frequente?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>27.2 Tossia somente quando estava deitado?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>27.3 Vomitava quando tossia?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>27.4 A tosse era produtiva com catarro?</b>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe

27.5	Tossia com sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28	Teve falta de ar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
28.1	A falta de ar impedia seus afazeres (atividades) diários ?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.2	Teve falta de ar quando estava deitado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.3	Teve uma respiração asmática (piados, chiados)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
29	Ficou arroxeadado (cianótico) alguma vez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
29.1	Onde?	<input type="checkbox"/> ao redor da boca	<input type="checkbox"/> nas mãos e nos pés	<input type="checkbox"/> no corpo todo <input type="checkbox"/> não sabe
30	Teve dor no peito?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
30.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> gradualmente	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	Quanto tempo durava?	<input type="checkbox"/> menos de meia hora	<input type="checkbox"/> de meia hora a 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas <input type="checkbox"/> não sabe
30.3	Onde era a dor?	<input type="checkbox"/> no peito à esquerda, abaixo das costelas	<input type="checkbox"/> no esterno (osso no meio do peito titela)	
		<input type="checkbox"/> no peito à esquerda e irradiava para o braço esquerdo	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> no peito à direita		
30.4	A dor era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
30.5	Piorava quando tossia ou respirava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.6	Piorava quando fazia esforço?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.7	Teve palpitações (sentia o coração acelerado) ao mesmo tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.8	Ficava pálido(a) e suando?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31	Teve dor em outro local do corpo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Teve diarreia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
32.1	A diarreia era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
32.2	Quantas vezes defecava no dia?	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
32.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
32.4	As fezes pareciam borra de café?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33	Vomitava?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Quantas vezes por dia?	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
33.2	Como era o vômito?	<input type="checkbox"/> líquido ou coagulado de cor vermelho vivo	<input type="checkbox"/> outra	
		<input type="checkbox"/> líquido e cor de café	<input type="checkbox"/> não sabe	
34	Teve dores de barriga/cólicas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____		<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
34.1	A dor/cólica era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
34.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe

35	Teve a barriga inchada?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	<input type="checkbox"/> rapidamente (dias)	<input type="checkbox"/> gradualmente (meses)	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Ficou sem evacuar?	<input type="checkbox"/> sim, por _____ dias		<input type="checkbox"/> não sabe
36	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
36.1	Onde se localizava?	<input type="checkbox"/> parte superior direita da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior direita da barriga	<input type="checkbox"/> em toda a barriga
		<input type="checkbox"/> parte superior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior esquerda da barriga	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> parte superior da barriga	<input type="checkbox"/> parte inferior da barriga	
37	Teve dificuldades ou dores ao engolir alimentos sólidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Teve dificuldades ou dores ao engolir líquidos?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39	Teve dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.2	A dor era:	<input type="checkbox"/> contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	As dores eram fortes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.4	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
40	Esteve mentalmente confuso(a)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
40.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
41	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
41.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
42	Teve convulsões (ataque/epilepsia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
43	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
44	Teve rigidez de todo o corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Teve paralisia num lado do corpo?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
45.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
45.2	Qual lado do corpo ficou paralisado?	<input type="checkbox"/> direito	<input type="checkbox"/> esquerdo	<input type="checkbox"/> os dois lados
46	As pernas ficaram paralisadas durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica
46.1	Como começou?	<input type="checkbox"/> de repente	<input type="checkbox"/> rapidamente (num dia)	<input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias)
47	Teve dificuldades de urinar?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	Urinava de pingo em pingo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
48	Teve alguma mudança na cor da urina?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
49	Em algum momento a urina tinha sangue?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
50	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
50.1	Qual?	<input type="checkbox"/> aumentou muito	<input type="checkbox"/> diminuiu muito	<input type="checkbox"/> parou
		<input type="checkbox"/> aumentou pouco	<input type="checkbox"/> diminuiu pouco	<input type="checkbox"/> não sabe

51	Teve feridas na boca?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
52	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
52.1	Onde?	<input type="checkbox"/> rosto	<input type="checkbox"/> braços e pernas	<input type="checkbox"/> tronco	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro local _____				
52.2	Como eram?	<input type="checkbox"/> manchas avermelhadas	<input type="checkbox"/> pápulas ou nódulos (caroço)	<input type="checkbox"/> manchas roxas	<input type="checkbox"/> feridas com pus	<input type="checkbox"/> bolhas com pus	<input type="checkbox"/> feridas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> bolhas com líquido transparente	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____
53	Teve coceira?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
53.1	Onde?	_____								
54	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
54.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> boca	<input type="checkbox"/> ânus	<input type="checkbox"/> vagina	<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
55	Teve algum inchaço?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
55.1	Onde?	<input type="checkbox"/> nas pernas	<input type="checkbox"/> no rosto	<input type="checkbox"/> no corpo todo	<input type="checkbox"/> nas articulações	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outro _____			
56	Teve inguvas?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
56.1	Onde?	<input type="checkbox"/> no pescoço	<input type="checkbox"/> na nuca	<input type="checkbox"/> na axila	<input type="checkbox"/> na virilha	<input type="checkbox"/> não sabe				
57	Os olhos ficaram de coloração amarelada (icterícia)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
<b>PERGUNTAR EM RELAÇÃO A TODAS AS MULHERES</b>										
58	Teve alguma alteração na mama (ferida ou inchaço ou nódulo)?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
58.1	Que tipo de alteração?	<input type="checkbox"/> ferida	<input type="checkbox"/> caroço/nódulo	<input type="checkbox"/> inchaço	<input type="checkbox"/> não sabe					
59	Teve corrimento vaginal em grande quantidade?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
59.1	Como era esse corrimento?	<input type="checkbox"/> com mau cheiro	<input type="checkbox"/> amarelado	<input type="checkbox"/> esverdeado	<input type="checkbox"/> sanguinolento	<input type="checkbox"/> não sabe				
60	A mulher menstruava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
60.1	Sangrava muito durante o período menstrual?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
60.2	Sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
61	Tinha as trompas ligadas (laqueadura)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe						
62	Quantas vezes esteve grávida?	<input type="checkbox"/> vezes _____	<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> não sabe						
62.1	Quantas gravidezes resultaram em: (número de)	<input type="checkbox"/> abortos _____	<input type="checkbox"/> nascidos vivos _____	<input type="checkbox"/> nascidos mortos _____	<input type="checkbox"/> não sabe					
62.2	Qual a data do último parto/aborto?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> não sabe					



HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA			
67	Sofreu algum ferimento/acidente/violência que tivesse levado à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
67.1	Qual?	<input type="checkbox"/> acidente de trânsito _____ <input type="checkbox"/> corte <input type="checkbox"/> afogamento <input type="checkbox"/> envenenamento/intoxicação _____ <input type="checkbox"/> sufocação <input type="checkbox"/> queimaduras <input type="checkbox"/> queda _____ <input type="checkbox"/> pancada <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro _____	
67.2	Como, onde e quando aconteceu?		
68	Foi mordido(a)/picado(a) por algum animal/inseto que levou à sua morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
SERVIÇOS DE SAÚDE E TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU A MORTE			
69	Foi internado(a) durante a doença que levou à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
69.1	Onde foi a última internação?		
69.2	Qual a data do último atendimento neste hospital antes da morte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
69.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
69.4	O que ele disse?		
69.5	Qual foi o tratamento indicado?		
70	Foi atendido(a) em outro estabelecimento de saúde durante a doença que levou à morte (UBS, PSF, Clínica)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
70.1	Onde foi o último atendimento?		
70.2	Qual a data do último atendimento neste estabelecimento antes da morte?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
70.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
70.4	O que ele disse?		
70.5	Qual foi o tratamento indicado?		
71	Foi operado(a) por causa da doença?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
71.1	Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> não sabe
71.2	Que parte do corpo foi operada?	<input type="checkbox"/> não sabe	

<b>72</b> Se não recebeu tratamento em serviços de saúde porque não?													
<input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento	<input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento												
<input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento	<input type="checkbox"/> outro _____												
<input type="checkbox"/> encontrou morto	<input type="checkbox"/> não se aplica												
<input type="checkbox"/> não quis / não aceitou	<input type="checkbox"/> não sabe												
<b>ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES</b>													
<b>73</b> Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte se houver													
<b>74</b> Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte se houver													
<b>75</b> Tomou vacinas nos últimos 10 anos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe													
<b>75.1</b> Quais?	<input type="checkbox"/> dupla (difteria e tétano) <input type="checkbox"/> hepatite <input type="checkbox"/> febre amarela <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> tríplice (sarampo, rubéola, caxumba) <input type="checkbox"/> gripe <input type="checkbox"/> pneumococo <input type="checkbox"/> outra _____												
<b>76</b> Observações do entrevistador (Sobre as condições de vida e de moradia do falecido sobre a qualidade da entrevista, se o entrevistado colaborou ou não se tinha dificuldade para se expressar, e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.)													
<b>CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL</b>													
<b>CAUSAS DA MORTE DEPOIS DA ENTREVISTA</b> <span style="float: right;">CID-10</span>													
<b>Parte I</b>	<table border="1"> <tr> <td>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte</td> <td><b>a</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Causas antecedentes</td> <td><b>b</b> Devido ou como consequência de</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica</td> <td><b>c</b> Devido ou como consequência de</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>d</b> Devido ou como consequência de</td> <td></td> </tr> </table>	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	<b>a</b>		Causas antecedentes	<b>b</b> Devido ou como consequência de		Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica	<b>c</b> Devido ou como consequência de			<b>d</b> Devido ou como consequência de	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	<b>a</b>												
Causas antecedentes	<b>b</b> Devido ou como consequência de												
Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica	<b>c</b> Devido ou como consequência de												
	<b>d</b> Devido ou como consequência de												
<b>Parte II</b>	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima												
Data da entrevista	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
Data final da análise	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
<b>Nome dos entrevistadores</b>	<b>Profissionais médicos que analisaram as informações</b>												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												



Nº do Caso  
\_\_\_\_

## Ficha de Investigação do Óbito Fetal

### Serviço de saúde ambulatorial

1 Nome da mãe	
2 Nº da Declaração de Óbito	3 Data do óbito
4 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	5 Peso ao Nascer _____ gramas
6 Idade gestacional _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> Ignorado	
7 Nº do Cartão SUS da mãe	8 Equipe / PACS / PSF _____ sem cobertura
9 Centro de Saúde / UBS _____	10 Distrito Sanitário / Administrativo _____
<b>ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL</b>	
Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão/Caderneta da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.	
11 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal Nome _____ Código CNES _____	
12 Tipo de serviço <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Consultório convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal	
13 Idade gestacional na primeira consulta _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> SR	
14 Número de consultas pré-natal _____ consultas <input type="checkbox"/> SR	
15 Já esteve grávida antes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR	
15.1 Número de gestações (inclusive esta) _____ Número de partos _____ Número de abortos _____ <input type="checkbox"/> SR	
15.2 Tipo(s) de parto(s) _____ partos normais _____ partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR	
16 Foi considerada gestante de alto risco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR	
16.1 Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco? <input type="checkbox"/> sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR	
16.2 A partir de _____ semanas <input type="checkbox"/> SR	
16.3 Manteve o acompanhamento pela atenção básica durante o PNAR? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR	
17 Foi internada durante a gestação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR	
17.1 Quantas vezes? _____ vezes <input type="checkbox"/> SR	
17.2 Qual(is) o(s) motivo(s)? _____ <input type="checkbox"/> SR	
17.3 Com quantas semanas de gestação? 1ª internação _____ Local _____ <input type="checkbox"/> SR 2ª internação _____ Local _____ <input type="checkbox"/> SR	
18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez:	
<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh <input type="checkbox"/> HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hepatite
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)
<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose
<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____	<input type="checkbox"/> SR

19 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR									
19.1 Quais medicamentos usou?									
20 Quadro da Assistência Pré-Natal									
Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Edema	Queixas / Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional *
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro									
21 Esquema de vacinação contra o tétano <input type="checkbox"/> 1ª dose <input type="checkbox"/> 2ª dose <input type="checkbox"/> 3ª dose <input type="checkbox"/> reforço <input type="checkbox"/> imune <input type="checkbox"/> SR									
22 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR									
22.1 Se sim, qual o motivo?									
23 Exames no pré-natal									
Assinale o trimestre e anote o resultado.									
		Trimestre			Resultados				SR
		1	2	3					
23.1	Hb/Ht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.2	Grupo sanguíneo ABO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.3	Fator RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.4	Coombs indireto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.5	Glicemia de jejum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.6	Toxoplasmose - IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.7	Curva de tolerância à glicose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.8	Urina rotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.9	Urocultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.10	HbsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.11	Teste HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.12	VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
23.13	Outros exames. Especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
24 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver									
25 Observações gerais									
26 Segundo o investigador, o que aconteceu nesse caso?									
27 Data do encerramento da coleta de dados <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
28 Responsável pela investigação									
Nome _____					Carimbo e rubrica _____				



Nº do Caso  
\_\_\_\_

## Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde hospitalar

1	Nome da mãe				
2	Nº da Declaração de Óbito		3	Data do óbito	____
4	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao Nascer	____ gramas
6	Idade gestacional	____ semanas ou	____ meses	<input type="checkbox"/> Ignorado	
7	Número do Cartão Sus da mãe _____				
8	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação Nome _____ Código CNES _____				
9	Tipo de hospital/maternidade <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular				
<b>ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>					
10	Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc.)				
	Data do parto	____	Hora do parto	____	<input type="checkbox"/> SR
11	O parto ocorreu	<input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> Na maternidade <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> SR			
		<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____			
12	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> SR				
13	Profissional que fez o parto <input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ <input type="checkbox"/> SR				
14	Tempo de bolsa rota _____ horas <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR				
14.1	Aspecto do líquido amniótico <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Com mecônio <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> SR				
15	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Eclâmpsia <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Sem intercorrências <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____				
16	Idade gestacional cronológica _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> ignorada <input type="checkbox"/> SR				
17	Esteve grávida antes desta gestação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR				
17.1	Número de gestações (inclusive esta) _____ Número de partos _____ Número de abortos _____ <input type="checkbox"/> SR				
17.2	Tipo(s) de parto(s) <input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR				
17.3	Filhos nascidos vivos _____ Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação) _____				
18	Data do último parto _____ <input type="checkbox"/> SR				
19	Patologias/fatores de risco durante a gravidez <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Cardiopatas <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar _____ <input type="checkbox"/> SR				
		<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Tireotoxicose		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rubéola	
20	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR				
20.1	Quais medicamentos usou? <small>As questões seguintes devem ser aplicadas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 34.</small>				
21	Qual o nome do estabelecimento Nome _____ Código CNES _____				

22	Tipo de maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	
23	Data da internação	<input type="text"/>	Data da internação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR
24	Condição à internação	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____
		<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> SR
25	Registros à admissão da gestante na maternidade				
	Pressão arterial: Anotar valores	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
	Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim. _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
	Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
	Batimentos cardíofetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR	
	Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	<input type="checkbox"/> SR
	Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="checkbox"/> SR	
26	Foram realizados na admissão	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV	<input type="checkbox"/> SR
27	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
28	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
29	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
30	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação				
	Avaliação da mãe	<input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
	Avaliação do feto - BCF	<input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
31	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
32	Se foi realizada cesárea, qual a indicação				
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	<input type="checkbox"/> Prematuridade		
	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo		
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrâmnio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa		
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia			
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____				<input type="checkbox"/> SR
33	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
33.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raqui
33.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO					
34	Peso ao nascer	<input type="text"/> gramas	<input type="checkbox"/> SR		
35	Quem assistiu a criança na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Residente	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
36	Foi realizada alguma tentativa de reanimação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
37	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto		
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento		
37.1	Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (macerado, mal formação, etc.)				
37.2	Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto				
38	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver				
40	Observações gerais				
41	Segundo o investigador, o que aconteceu neste caso?				
42	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>			
43	Responsável pela investigação	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		



## Ficha de Investigação do óbito fetal

Nº do Caso

### Entrevista domiciliar

\_\_\_\_

1	Nome da mãe		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao nascer _____ gramas
6	Idade gestacional _____ meses		<input type="checkbox"/> não sabe
7	Nº do Cartão SUS da mãe _____	8	Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
9	Centro de Saúde / UBS _____	10	Distrito Sanitário / Administrativo _____
11	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.) _____ Nº _____ Compl. _____		
	Bairro _____	Distrito / Povoado _____	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
12	Município de residência _____		UF _____
<b>CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA</b>			
13	Nome do(a) entrevistado(a) _____		
13.1	Relação com a criança falecida <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____		
14	Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas		<input type="checkbox"/> não sabe
15	Quantos cômodos são usados para dormir? _____ cômodos		<input type="checkbox"/> não sabe
16	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? _____ torneiras (pontos de água)		<input type="checkbox"/> não sabe
17	Há algum fumante residente nesta casa? <input type="checkbox"/> Sim, quantos _____ <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> não sabe
18	Qual a idade da mãe? _____ anos	19	A mãe tem trabalho remunerado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
20	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação) _____ série _____ grau _____		<input type="checkbox"/> não sabe
21	A mãe vive com o pai da criança / companheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> não sabe
22	Qual a cor da pele da mãe da criança?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	
23	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê? _____ vezes		<input type="checkbox"/> não sabe
23.1	Essas gravidezes resultaram em _____ abortos _____ nascidos vivos _____ nascidos mortos		<input type="checkbox"/> não sabe
23.2	Tipo(s) de parto(s) _____ partos normais _____ partos cesáreos		<input type="checkbox"/> não sabe
23.3	Qual a data do último parto? _____		<input type="checkbox"/> não sabe
24	Dos filhos que nasceram vivos, algum morreu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica		<input type="checkbox"/> não sabe
24.1	Que idade tinha e de quê morreu?		
	Idade _____	Causa da morte _____	
	Idade _____	Causa da morte _____	
	Idade _____	Causa da morte _____	

25	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> parente adulto		
		<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe		
<b>GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL</b>						
Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.						
26	A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.1	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
27	A gravidez foi	<input type="checkbox"/> única	<input type="checkbox"/> gemelar	<input type="checkbox"/> trigemelar ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe	
28	A mãe fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.1	Se não fez pré-natal, por quê não?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe	
28.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe	
28.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	<input type="text"/>	<input type="text"/> consultas	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.6	Quantas doses?	<input type="text"/>	<input type="text"/> doses	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.7	Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)	_____ _____ _____				
28.8	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> não sabe	
28.9	Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a:					
	<input type="checkbox"/> Consulta no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Exames	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Ultra-som	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29.1	Qual o nome da maternidade indicada?	_____				
30	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe
	Por que?	_____				
31	O cartão de pré-natal está completo?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe	
Completo(a) significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização para tétano) de acordo com a idade gestacional						
		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> cartão/caderneta não disponível	<input type="checkbox"/> não se aplica	



**31.1** Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

**32** Durante a gravidez, a mãe apresentou

<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____			

**32.1** Houve tratamento?  sim, qual \_\_\_\_\_  não, por que? \_\_\_\_\_  não sabe

**32.2** Em que época da gravidez? no \_\_\_\_\_ mês de gestação ou a partir do \_\_\_\_\_ mês de gestação

**33** Durante a gestação, a mãe fez uso de

<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe

**ASSISTÊNCIA AO PARTO**

**34** Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/maternidade) na ocasião do parto?

<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê
<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____		

**34.1** Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ Não sabe

**34.2** Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ Não sabe

**35** Quando rompeu a bolsa d'água?  Só na hora do parto  < 12 h antes do parto

12 – 24 h antes do parto  mais de 24 h antes do parto  Não sabe

**35.1** Como estava o líquido?  Claro  Escuro  Com sangue  Não sabe

**35.2** O líquido tinha mau cheiro?  Sim  Não  não sabe

36	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas	ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="checkbox"/>	não sabe				
37	O parto ocorreu:	<input type="checkbox"/>	No domicílio	<input type="checkbox"/>	No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/>	No hospital / maternidade	<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar	<input type="checkbox"/>	não sabe			
37.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?													
37.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não foi indicado hospital	<input type="checkbox"/>	não sabe					
37.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?													
38	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?													
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital	<input type="checkbox"/>	não sabe								
	<input type="checkbox"/>	Não. Por que	<input type="text"/>											
38.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.													
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														
<input type="text"/>														
39	Como a mãe foi transportada na hora do parto?													
<input type="checkbox"/>	Taxi	<input type="checkbox"/>	Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/>	Carro particular	<input type="checkbox"/>	Carro da polícia	<input type="checkbox"/>	Ônibus					
<input type="checkbox"/>	Parto foi domiciliar/Não foi transportada	<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar	<input type="text"/>										
<input type="checkbox"/>	não sabe													
40	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?													
<input type="checkbox"/>	menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>	de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/>	duas horas ou mais	<input type="checkbox"/>	não sabe							
41	Estava com acompanhante na sala de parto?													
<input type="checkbox"/>	sim, quem?	<input type="text"/>									<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe
42	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?													
<input type="checkbox"/>	dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/>	toque vaginal	<input type="checkbox"/>	Não									
<input type="checkbox"/>	medida de PA	<input type="checkbox"/>	ausculta do bebê	<input type="checkbox"/>	não se aplica	<input type="checkbox"/>	não sabe							
42.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?													
<input type="checkbox"/>	sim, normais	<input type="checkbox"/>	não, antes do início do trabalho de parto											
<input type="checkbox"/>	sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/>	não, durante o trabalho de parto											
<input type="checkbox"/>	sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/>	não sabe											
43	Quem fez o parto?													
<input type="checkbox"/>	médico	<input type="checkbox"/>	enfermeira	<input type="checkbox"/>	parteira	<input type="checkbox"/>	pariu sozinha	<input type="checkbox"/>	outro	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	não sabe	
44	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê													
<input type="checkbox"/>	ótimo	<input type="checkbox"/>	regular	<input type="checkbox"/>	não se aplica									
<input type="checkbox"/>	bom	<input type="checkbox"/>	ruim	<input type="checkbox"/>	não sabe									

44.1 Por quê?

---



---



---



---



---

**INFORMAÇÕES SOBRE O NATIMORTO**

45 O bebê manifestou algum sinal de vida quando nasceu? (movimentos, respiração, batimento cardíaco)

Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_  Não  não sabe

46 Foi tentada reanimação?  Sim  Não  não sabe

46.1 Qual profissional tentou a reanimação?  Pediatra / neonatologista  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

47 A morte do bebê ocorreu  Antes do trabalho de parto  Depois do trabalho de parto  
 Durante o trabalho de parto  Não sabe

48 Qual o peso ao nascer?      gramas

49 Prematuro?  Sim  Não  não sabe

50 Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

"Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52."

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<b>51</b>	O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?
Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52.	
<b>52</b>	Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)
<b>53</b>	Repercussões do óbito na família
<b>54</b>	Data da entrevista <span style="font-family: monospace; border: 1px solid black; padding: 0 5px;">_</span> <span style="font-family: monospace; border: 1px solid black; padding: 0 5px;">_</span> <span style="font-family: monospace; border: 1px solid black; padding: 0 5px;">_</span> <span style="font-family: monospace; border: 1px solid black; padding: 0 5px;">_</span> <span style="font-family: monospace; border: 1px solid black; padding: 0 5px;">_</span> <span style="font-family: monospace; border: 1px solid black; padding: 0 5px;">_</span>
<b>55</b>	Responsável pela investigação
Nome _____	Carimbo e rubrica _____



Nº do Caso  
|\_|\_|\_|\_|

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde ambulatorial

1	Nome da criança		
2	Nome da mãe		
3	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de nascimento
7	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao nascer <input type="text"/> gramas
9	Idade ao óbito (infantil) <input type="text"/> meses <input type="text"/> dias <input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos <input type="checkbox"/> Ignorado		
10	Nº do Cartão SUS <input type="text"/>	11	Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
12	Centro de Saúde / UBS <input type="text"/>	13	Distrito Sanitário / Administrativo <input type="text"/>
<b>ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL</b>			
Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.			
14	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal Nome <input type="text"/> Código CNES <input type="text"/>		
15	Tipo de serviço <input type="checkbox"/> Centro de Saúde/SUS <input type="checkbox"/> Consultório convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal		
16	Idade gestacional na primeira consulta <input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> SR	
17	Número de consultas pré-natal <input type="text"/> consultas	<input type="checkbox"/> SR	
18	Já esteve grávida antes deste bebê? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
18.1	Número de gestações (inclusive esta) <input type="text"/>	Número de partos <input type="text"/>	Número de abortos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR
18.2	Tipo(s) de parto(s) <input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos com fórceps <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR		
19	Foi considerada gestante de alto risco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
19.1	Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco? <input type="checkbox"/> sim, qual? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
19.2	A partir de <input type="text"/> semanas <input type="checkbox"/> SR		
19.3	O acompanhamento da gestante pela atenção básica foi mantido durante o PNAR? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
20	Foi internada durante a gestação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR		
20.1	Quantas vezes? <input type="text"/> vezes <input type="checkbox"/> SR		
20.2	Qual(is) o(s) motivo(s)? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR		
20.3	Com quantas semanas de gestação? 1ª internação <input type="text"/> Local <input type="checkbox"/> 2ª internação <input type="text"/> Local <input type="checkbox"/> SR		
21	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:		
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> Hepatite
	<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Anemia
	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Rubéola
	<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Sífilis	
	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)	
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose	
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> SR

22 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?  Sim  Não  SR

22.1 Quais medicamentos usou? \_\_\_\_\_

23 Quadro da Assistência Pré-Natal

Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Edema	Queixas / Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional *

\*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro

24 Esquema de vacinação contra o tétano  1ª dose  2ª dose  3ª dose  reforço  imune  SR

25 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar durante o pré-natal?  Sim  Não  SR

25.1 Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

26 Exames no pré-natal

Assinale o trimestre e anote o resultado.	Trimestre			Resultados	SR
	1	2	3		
26.1 Hb/Ht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.2 Grupo sanguíneo ABO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.3 Fator RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.4 Coombs indireto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.5 Glicemia de jejum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.6 Toxoplasmose - IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.7 Curva de tolerância à glicose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.8 Urina rotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.9 Urocultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.10 HbsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.11 Teste HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.12 VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
26.13 Outros exames. Especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

27 Observações \_\_\_\_\_

28 Segundo o investigador, o que aconteceu nesse caso? \_\_\_\_\_

29 Responsável pela investigação  
Nome \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

**ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

30 Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e Cartão da criança  
 A criança estava em acompanhamento pelo serviço de saúde? (puericultura, crescimento/desenvolvimento)  Sim  Não  SR

31 Estabelecimento que prestou atendimento  
 Nome \_\_\_\_\_ Código CNES \_\_\_\_\_

32 Tipo de serviço  C.S./SUS  Consultório convênio  ConsultórioParticular

33 Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito

	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*
Atendimentos na Atenção Básica								
Atendimentos em serviço de urgência/emergência								

\*Assinalar: 1.Médico Generalista; 2.Médico Pediatra; 3.Enfermeiro; 4. Outro

34 Existe informação no prontuário sobre Aleitamento Materno?  Sim  Não

34.1 Se sim, houve Aleitamento Materno exclusivo (apenas leite materno)  Sim  Não

34.2 Se houve Aleitamento Materno exclusivo, por quanto tempo?  dias ou  meses  não se aplica

34.3 Se houve aleitamento misto, qual a duração do aleitamento misto?  dias ou  meses  não se aplica

35 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência / emergência?  Sim  Não  SR

35.1 Por qual motivo? \_\_\_\_\_

36	A vacinação está completa para a idade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
36.1	Se não, especificar as vacinas em atraso			
37	A criança participava de algum acompanhamento especial?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
37.1	Qual?	<input type="checkbox"/> desnutrição	<input type="checkbox"/> RN de alto risco	<input type="checkbox"/> prematuro
		<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> baixo peso	Outro. Qual? _____
38	Realizadas visitas domiciliares / busca ativa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
38.1	Por qual motivo?			
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver			
40	Observações gerais			
41	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso?			
42	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42	Responsável pela investigação			
	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		





Nº do Caso  
|\_|\_|\_|\_|

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil

### Serviço de saúde hospitalar

1	Nome da Criança	
2	Nome da mãe	
3	Nº da Declaração de Óbito	4 Data do óbito  _ _ _ _ _ _
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6 Data de nascimento  _ _ _ _ _ _
7	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8 Peso ao Nascer  _ _ _ _  gramas
9	Idade ao óbito  _ _  meses  _ _  dias  _ _  horas  _ _  minutos <input type="checkbox"/> Ignorado	
10	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação Nome _____ Código CNES _____	
11	Tipo de hospital/maternidade <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular	
<b>ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>		
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc)		
12	Data do parto/nascimento  _ _ _ _ _ _  Hora do parto/nascimento  _ _ _ _ _  SR	
13	O parto ocorreu <input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> Na maternidade <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____	
14	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> SR	
15	Profissional que fez o parto <input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ SR	
16	Tempo de bolsa rota  _ _  horas  _ _  Não se aplica <input type="checkbox"/> SR	
16.1	Aspecto do líquido amniótico <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Com mecônio <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> SR	
17	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Sem intercorrências <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	
18	Idade gestacional cronológica  _ _  semanas ou  _ _  meses <input type="checkbox"/> ignorada <input type="checkbox"/> SR	
19	Esteve grávida antes deste bebê <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR	
19.1	Número de gestações (inclusive esta)  _ _  Número de partos  _ _  Número do abortos  _ _  SR	
19.2	Tipo(s) de parto(s)  _ _  partos normais  _ _  partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR	
19.3	Filhos nascidos vivos (incluindo este)  _ _  Filhos nascidos mortos  _ _	
20	Patologias/fatores de risco durante a gravidez <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Cardiopatas <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar _____ <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Tireotoxicose <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> SR	

21	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
21.1	Quais medicamentos usou?			
As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 35.				
22	Estabelecimento onde ocorreu o parto			
	Nome _____	Código CNES _____		
23	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
24	Data da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR
25	Condição à internação	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	
		<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
26	Registros à admissão da gestante na maternidade			
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial Anotar valores.	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina	<input type="checkbox"/> Sim. _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="checkbox"/> SR
27	Foram realizados na admissão	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV
28	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
29	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
30	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
31	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	Avaliação da mãe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto – BCF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
32	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
33	Se foi realizada cesárea, qual a indicação			
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	<input type="checkbox"/> Prematuridade	
	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo	
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrânio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa	
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez/eclâmpsia		
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
34	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
34.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural
				<input type="checkbox"/> Raqui
34.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO APÓS O NASCIMENTO					
Pesquisar em registros do prontuário do hospital/maternidade.					
35	Peso ao nascer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> gramas <input type="checkbox"/> SR
36	Quem assistiu a criança ao nascimento?	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Residente	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar	
37	Procedimentos usados na assistência imediata ao RN				
	<input type="checkbox"/> Medicamento venoso	<input type="checkbox"/> Oxigênio com máscara e ambú	<input type="checkbox"/> Oxigênio inalatório		
	<input type="checkbox"/> Aspiração das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Entubação	<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical		
	<input type="checkbox"/> Passagem de sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar			
38	APGAR 1º minuto	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR	APGAR 5º minuto	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR
39	Idade gestacional estimada pelo pediatra	<input type="text"/>	<input type="text"/> semanas	<input type="checkbox"/> SR	
40	Classificação do RN	<input type="checkbox"/> Adequado para Idade Gestacional (AIG)	<input type="checkbox"/> Pequeno para Idade Gestacional (PIG)		
		<input type="checkbox"/> Grande para Idade Gestacional (GIG)	<input type="checkbox"/> SR		
41	Se PIG ou GIG, houve rastreamento de hipoglicemia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
42	Se a mãe teve o VDRL positivo, o bebê foi tratado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
43	Se mãe Rh negativo e bebê Rh positivo, a mãe tomou imunoglobulina?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
43.1	Se não, por quê?				
44	O bebê apresentou algum problema?	<input type="checkbox"/> Asfixia/Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/> RN de mãe diabética	<input type="checkbox"/> Icterícia	
		<input type="checkbox"/> Síndrome de aspiração meconial	<input type="checkbox"/> RN suspeita infecção	<input type="checkbox"/> Tocotraumatismo	
		<input type="checkbox"/> Taquipnéia transitória do RN	<input type="checkbox"/> Mal formação congênita	<input type="checkbox"/> Infecção confirmada	
		<input type="checkbox"/> Doença da membrana hialina	<input type="checkbox"/> Baixo peso (<2500 g)	<input type="checkbox"/> Prematuridade	
		<input type="checkbox"/> Doença hemolítica	<input type="checkbox"/> Distúrbio metabólico	<input type="checkbox"/> Não teve problemas	
		<input type="checkbox"/> TORSCH. Qual? _____			
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR		
45	O bebê ficou internado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
46	Se não ficou internado, data da alta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Peso na alta	<input type="text"/> gramas <input type="checkbox"/> SR
As questões seguintes se referem apenas a crianças que permaneceram hospitalizadas após o nascimento.					
47	Registro de evolução diária por médico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
48	O recém-nascido permaneceu em	<input type="checkbox"/> Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/> Berçário comum	<input type="checkbox"/> UTI / CTI	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Berçário cuidados intermediários (BCI)	<input type="checkbox"/> Transferido		
49	Foi indicado UTI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
49.1	Se sim, qual o motivo				
49.2	Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR				
49.3	Se mais de 3hs, porque?	<input type="checkbox"/> Falta de vaga	<input type="checkbox"/> instabilidade do RN	<input type="checkbox"/> dificuldade com transporte	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR		

50	Diagnóstico (listar todos os problemas do RN/ou maternos afetando o RN)				<input type="checkbox"/> SR
51	Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/> Incubadora	<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical	<input type="checkbox"/> Exsanguineotransusão	
		<input type="checkbox"/> Berço aquecido	<input type="checkbox"/> Nutrição parenteral	<input type="checkbox"/> Entubação	
		<input type="checkbox"/> Canguru	<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	<input type="checkbox"/> O2 inalatório	
		<input type="checkbox"/> Fototerapia	<input type="checkbox"/> Antibioticoterapia	<input type="checkbox"/> O2 em capete	
		<input type="checkbox"/> Medicação venosa	<input type="checkbox"/> Surfactante	<input type="checkbox"/> CPAP	
		<input type="checkbox"/> Punção venosa central	<input type="checkbox"/> Hemotransusão	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
52	Propedêutica realizada	<input type="checkbox"/> Raio X de tórax	<input type="checkbox"/> Gases arteriais / Venosos	<input type="checkbox"/> Cultura de sangue	<input type="checkbox"/> Exame do líquor
		<input type="checkbox"/> Íons	<input type="checkbox"/> Hemograma/hematócrito	<input type="checkbox"/> Cultura de urina	
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
53	O recém-nascido foi transferido para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim. Data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR
53.1	Se sim, para qual hospital?				
53.2	Por que foi transferido?				
54	Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
54.1	Se sim, especificar				
55	Se o óbito ocorreu na maternidade, indique o setor de ocorrência				
	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico	<input type="checkbox"/> Berçário comum	<input type="checkbox"/> Berçário cuidado intermediário	
	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica	<input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
56	Data do óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.1	Se este óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de vida, quantas horas após o parto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> SR
57	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
58	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver				
59	Observações				
60	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso				
61	Responsável pela investigação				
	Nome _____				Profissão _____

50	Diagnóstico (listar todos os problemas do RN/ou maternos afetando o RN)				<input type="checkbox"/> SR
51	Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/> Incubadora	<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical	<input type="checkbox"/> Exsanguineotransusão	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Berço aquecido	<input type="checkbox"/> Nutrição parenteral	<input type="checkbox"/> Entubação	
		<input type="checkbox"/> Canguru	<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	<input type="checkbox"/> O2 inalatório	
		<input type="checkbox"/> Fototerapia	<input type="checkbox"/> Antibioticoterapia	<input type="checkbox"/> O2 em capacete	
		<input type="checkbox"/> Medicação venosa	<input type="checkbox"/> Surfactante	<input type="checkbox"/> CPAP	
		<input type="checkbox"/> Punção venosa central	<input type="checkbox"/> Hemotransfusão	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____			
52	Propedêutica realizada	<input type="checkbox"/> Raio X de tórax	<input type="checkbox"/> Gases arteriais / Venosos	<input type="checkbox"/> Cultura de sangue	
		<input type="checkbox"/> Íons	<input type="checkbox"/> Hemograma/hematócrito	<input type="checkbox"/> Cultura de urina	
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
53	O recém-nascido foi transferido para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim. Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
53.1	Se sim, para qual hospital?				
53.2	Por que foi transferido?				
54	Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
54.1	Se sim, especificar				
55	Se o óbito ocorreu na maternidade, indique o setor de ocorrência				
	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico	<input type="checkbox"/> Berçário comum	<input type="checkbox"/> Berçário cuidado intermediário	
	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica	<input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
56	Data do óbito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora do óbito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas	<input type="checkbox"/> SR
56.1	Se este óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de vida, quantas horas após o parto			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas	<input type="checkbox"/> SR
57	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
58	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver				
59	Observações				
60	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso				
61	Responsável pela investigação				
	Nome _____				Profissão _____

75	Algun medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
75.1	Especificar			
76	Data do óbito	<input type="text"/>	Hora do óbito	<input type="text"/> horas <input type="checkbox"/> SR
77	Se o óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de internação, quanto tempo após a internação?	<input type="text"/>	horas	<input type="checkbox"/> SR
78	Se o óbito ocorreu no hospital, indique o setor de ocorrência	<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Emergência
		<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
79	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
80	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver			
81	Observações gerais			
82	Segundo o investigador o que aconteceu neste caso?			
83	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>		
84	Responsável pela investigação			
	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		



Nº do Caso  
|\_|\_|\_|\_|

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil

### Entrevista domiciliar

1	Nome da Criança		
2	Nome da mãe		
3	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de Nascimento  _ _ _ _ _
7	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao Nascer  _ _ _ _  gramas
9	Idade ao óbito  _ _  meses  _ _  dias  _ _  horas  _ _  minutos <input type="checkbox"/> Ignorado		
10	Nº do Cartão SUS  _ _ _ _ _	11	Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
12	Centro de Saúde / UBS	13	Distrito Sanitário / Administrativo
14	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av) _____ Nº _____ Compl _____ Bairro _____ Distrito / Povoado _____ Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural		
15	Município de residência	UF <input type="checkbox"/>	
16	Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado <input type="checkbox"/> o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO) <input type="checkbox"/> a DO foi emitida no cartório, sem médico <input type="checkbox"/> a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada <input type="checkbox"/> os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte		
CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA			
17	Nome do(a) entrevistado(a)		
17.1	Relação com a criança falecida <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____		
18	Quantas pessoas moram nesta casa?  _ _  pessoas <input type="checkbox"/> não sabe		
19	Quantos cômodos são usados para dormir?  _ _  cômodos <input type="checkbox"/> não sabe		
20	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?  _ _  torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe		
21	Há algum fumante residente nesta casa? <input type="checkbox"/> Sim, quantos _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe		
22	Qual a idade da mãe?  _ _  anos 23 A mãe tem trabalho remunerado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe		
24	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação) _____ série _____ grau <input type="checkbox"/> não sabe		
25	A mãe vive com o pai da criança / companheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe		
26	Qual a cor da pele da criança? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> não sabe		
27	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?  _ _  vezes <input type="checkbox"/> não sabe		
27.1	Essas gravidezes resultaram em  _ _  abortos  _ _  nascidos vivos  _ _  nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe		
27.2	Tipo(s) de parto(s)  _ _  partos normais  _ _  partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe		
27.3	Qual a data do último parto?  _ _ _ _ _  <input type="checkbox"/> não sabe		

28 Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? (excluir este caso)  Sim  Não  não se aplica  não sabe

28.1 Que idade tinha e de quê morreu?

Idade \_\_\_\_\_ Causa da morte \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Causa da morte \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Causa da morte \_\_\_\_\_

29 Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo  Mãe  Pai  Parente adulto

Outra criança  Outro. Especificar \_\_\_\_\_  não sabe

30 A gravidez foi planejada?  sim  não, mas aceitou bem  não e nunca aceitou bem  não sabe

**GESTAÇÃO E PRÉ NATAL**

Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

31 Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?  sim  não  não sabe

32 A gravidez foi  única  gemelar  trigemelar ou mais  não sabe

33 A mãe fez pré-natal?  sim  não  não sabe

33.1 Se não fez pré-natal, por quê não?

33.2 Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação? \_\_\_\_\_ meses  não sabe

33.3 Se tardio (após primeiro trimestre), por que? \_\_\_\_\_  não sabe

33.4 Quantas consultas fez no pré-natal? \_\_\_\_\_ consultas  não sabe

33.5 A mãe tomou vacina contra tétano?  sim  não  não sabe

33.6 Quantas doses? \_\_\_\_\_ doses  não sabe

33.7 Qual o grupo sanguíneo e o Fator Rh (tipo de sangue) da mãe? Grupo   positivo  negativo  não sabe

33.8 Local (is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)

33.9 Tipo de consultório  SUS  Convênio  Particular  não sabe

33.10 Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a

Consulta no Centro de Saúde  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Pré-natal de alto risco  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Exames  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Ultra-som  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

Medicamentos  Sim. Especificar \_\_\_\_\_  Não  não sabe

34 Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?  Sim  Não  não sabe

34.1 Qual o nome da maternidade indicada?

35 Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?  ótimo  bom  regular  ruim  não sabe

Por que? \_\_\_\_\_

36 O cartão de pré-natal está completo?

Completo significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais e imunização para tétano, de acordo com a idade gestacional.

sim  não  cartão/caderneta não disponível  não se aplica

36.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita



37	Durante a gravidez, a mãe apresentou			
	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
	<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____			
37.1	Houve tratamento?		<input type="checkbox"/> sim, qual _____	<input type="checkbox"/> não sabe
			<input type="checkbox"/> Não, por que? _____	
37.2	Em que época da gravidez		no _____ mês de gestação	ou a partir do _____ mês de gestação
38	Durante a gestação, a mãe fez uso de			
	Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>				
39	Por que motivo a gestante procurou atendimento ( Centro de Saúde / maternidade) na ocasião do parto?			
	<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê	
	<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe	
	<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____			
39.1	Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto?		<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
39.2	Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?		<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
40	Quando rompeu a bolsa d'água?		<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto
			<input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto <input type="checkbox"/> Não sabe
40.1	Como estava o líquido?		<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Escuro (com cocô/mecônio)
			<input type="checkbox"/> Com sangue	<input type="checkbox"/> Não sabe
40.2	O líquido tinha mau cheiro?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
41	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?		<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> não sabe
42	O parto ocorreu:		<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde
			<input type="checkbox"/> No hospital / maternidade	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ <input type="checkbox"/> não sabe
42.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?			
42.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital <input type="checkbox"/> não sabe
42.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?			
43	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?			
	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital <input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> Não. Por que _____			
43.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança. _____			
44	Como a mãe foi transportada na hora do parto?			
	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Carro da polícia <input type="checkbox"/> Ônibus
	<input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/Não foi transportada		<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?			
	<input type="checkbox"/> menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/> duas horas ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
46	Estava com acompanhante na sala de parto?		<input type="checkbox"/> sim, quem? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe

47	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?	<input type="checkbox"/> dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/> toque vaginal	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> medida de PA	<input type="checkbox"/> ausculta do bebê	<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
47.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?	<input type="checkbox"/> sim, normais	<input type="checkbox"/> não, antes do início do trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não, durante o trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não sabe	
48	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira
		<input type="checkbox"/> pariu sozinha	<input type="checkbox"/> outro _____	<input type="checkbox"/> não sabe
49	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> não se aplica
		<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe
49.1	Por quê?			
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE</b>				
50	O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
51	O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
52	Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> imediatamente	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> mais de 1 hora. Quantas horas? _____ horas	<input type="checkbox"/> não sabe
53	O bebê mamou no peito na primeira hora de vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
54	O bebê teve algum problema no nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
54.1	Se sim, qual?			
55	Ficou internado quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
55.1	Se sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> não sabe	
56	Foi indicado ficar na UTI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
56.1	Se sim, qual o motivo?			
56.2	Houve dificuldade para conseguir vaga?	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar. _____	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
56.3	Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI	<input type="checkbox"/> _____ horas ou	<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> não sabe
57	Foi transferida para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim. Porque _____	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
57.1	Para qual hospital a criança foi transferida?	Nome _____		
57.2	Como foi transportada para o outro hospital?	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> SAMU
		<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe	
58	Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
59	Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital?	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
		<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> não sabe
60	O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida?	<input type="checkbox"/> _____ dias		

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE	
61	Quando teve alta do hospital após o parto? _____ (data)
62	Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque _____ <input type="checkbox"/> não sabe
63	Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a <input type="checkbox"/> Aleitamento <input type="checkbox"/> Vacinas <input type="checkbox"/> Não recebeu <input type="checkbox"/> Retornar na maternidade <input type="checkbox"/> Teste do pezinho <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> Cuidados com o umbigo <input type="checkbox"/> Observação de Icterícia <input type="checkbox"/> Consulta com especialista. Qual _____ <input type="checkbox"/> Procurar o Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____
64	O bebê mamou no peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
64.1	Durante quanto tempo? _____ dias ou _____ meses <input type="checkbox"/> não sabe
65	Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite _____ dias ou _____ meses <input type="checkbox"/> não sabe
66	Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
66.1	Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Convênio/Particular <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> não sabe
66.2	Nome(s) _____
66.3	Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde? (data ou idade da criança) _____ <input type="checkbox"/> não sabe
66.4	Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67	Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67.1	Se sim, por quê? _____
68	Dados do Cartão / Caderneta da Criança
68.1	Vacinação completa para a idade da criança <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
68.2	Último peso registrado foi de _____ gramas na idade de _____ dias ou _____ meses
69	Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
69.1	Se sim, quantas vezes? _____ vezes
69.2	Por que e onde? 1. motivo _____ no Hospital _____ na data _____ 2. motivo _____ no Hospital _____ na data _____ 3. motivo _____ no Hospital _____ na data _____
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE	
Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.	
70	Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente? <input type="checkbox"/> febre <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> desmaio <input type="checkbox"/> acidente <input type="checkbox"/> cansaço <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outros. Especificar _____
71	Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde? _____ horas ou _____ dias <input type="checkbox"/> não sabe
72	Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
72.1	Se sim, o que foi feito? _____

**73** Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?

Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança, em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.

**Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte**

Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico

Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)

<b>Tipo (de serviço procurado)</b>	<b>Atendido por</b>	<b>Resultado (do atendimento prestado)</b>
1. Unidade Básica de Saúde (UBS)	1. Médico Generalista	1. Não foi atendido
2. Urgência / Emergência	2. Médico Pediatra	2. Atendido sem internação
3. Maternidade (SUS)	3. Enfermeiro	3. Internado
4. Hospital (SUS)	4. Auxiliar / Técnico de enfermagem	4. Outro. Especificar
5. Médico/Hospital particular/convênio	5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)	99. não sabe
6. Outro (especificar)	6. Outro. Especificar	
99. não sabe	99. não sabe	

**Problemas (encontrados)**

1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames	4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde
2. Qualidade do atendimento não satisfatório	5. Outro. Especificar
3. Dificuldade de acesso à medicação	99. não sabe

**73.1** Observações sobre esta questão

**74** Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?

Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.

**74.1** C.S./Consultório/ Serviço de urgência

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe

**74.2** Hospital (na doença que causou a morte)

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe

**75** O óbito ocorreu  no hospital  em outro estabelecimento de saúde  no domicílio  no trajeto para o serviço de saúde  em via pública  outro. Especificar \_\_\_\_\_  Não sabe

**76** Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**77** O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**78** Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

**79** Repercussões do óbito na família

**80** Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)?

sim  não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

**81** Data da entrevista \_\_\_\_\_

**82** Responsável pela investigação

Nome \_\_\_\_\_ Carimbo e rubrica \_\_\_\_\_



## Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia

Nº do Caso  
\_\_\_\_

1	Nome da Criança _____	ou Óbito Fetal _____
2	Nome da mãe _____	
3	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
4	Nº da Declaração de Óbito _____	5 Data do óbito _____
6	Número do Laudo de Necropsia _____	Data de emissão do Laudo _____
	Órgão Emissor do Laudo _____	Município _____
7	Município de ocorrência do óbito _____	UF _____
8	Causas da morte, que constam no Laudo de Necropsia _____ _____ _____	
9	Descrição do caso no Laudo e/ou informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento do médico ou serviço de saúde _____ _____ _____	
10	Exame macroscópico – transcrever os principais achados _____ _____ _____	
11	Exame microscópico e/ou toxicológico – transcrever os principais achados _____ _____ _____	
12	Data da conclusão _____	
13	Responsável pela investigação Nome _____	Carimbo e rubrica _____



Nº do Caso

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

\_\_\_\_

Síntese, conclusões e recomendações

1 Nome da Criança	ou Óbito Fetal			ante parto	<input type="checkbox"/>	intraparto	<input type="checkbox"/>
2 Nome da mãe							
3 Nº da Declaração de Nascido Vivo				4 Data de Nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
5 Nº da Declaração de Óbito				6 Data do óbito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
7 Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado	8 Peso ao Nascer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas		
9 Idade ao óbito (infantil)	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> <input type="text"/> dias	<input type="text"/> <input type="text"/> horas	<input type="text"/> <input type="text"/> minutos	<input type="checkbox"/> Ign		
10 Idade gestacional	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses			<input type="checkbox"/> Ign			
11 Faixa etária ao óbito	<input type="checkbox"/> Fetal	<input type="checkbox"/> Neonatal precoce	<input type="checkbox"/> Neonatal tardio	<input type="checkbox"/> Pós-neonatal	<input type="checkbox"/> Ign		
12 Idade da mãe (em anos)	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	13 Escolaridade materna	<input type="text"/> série	<input type="text"/> grau	<input type="checkbox"/> Ign		
14 Município de residência da família							UF <input type="text"/>
15 Município de ocorrência do óbito							UF <input type="text"/>
Resumo do caso							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
<hr/>							
16 Fontes de informações da investigação	<input type="checkbox"/> Prontuários ambulatoriais (I1/F1)			<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar (I3/F3)		<input type="checkbox"/> Autópsia verbal (AV1)	
	<input type="checkbox"/> Registros de atendimento de urgência/emergência (I1/F1)			<input type="checkbox"/> SVO (IF4)			
	<input type="checkbox"/> Registros hospitalares (I2/F2)			<input type="checkbox"/> IML (IF4)			
17 Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal						
17.1 Nome	_____			Código CNES _____			
	Nome _____			Código CNES _____			
17.2 Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal			<input type="checkbox"/> Ign
17.3 Idade gestacional quando realizou a primeira consulta	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou		<input type="text"/> <input type="text"/> meses		<input type="checkbox"/> Ign		

18	Local do parto	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Ign
18.1	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto	<input type="checkbox"/> Não se aplica				
	Nome	Código CNES				
18.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado	<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Ign
18.3	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
18.4	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19	A criança era acompanhada na atenção básica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19.1	Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:	<input type="checkbox"/> Não se aplica				
	Nome	Código CNES				
19.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal	<input type="checkbox"/> Ign
19.3	A vacinação estava em dia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
20	A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
21	Causas do óbito após a investigação	CID				
	Parte I	a) _____				
		b) _____				
		c) _____				
		d) _____				
	Parte II	_____				
22	Causa básica após a investigação					
23	A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
23.1	Quais campos e que alterações					
	Campo	Original	Após a investigação			
	Campo	Original	Após a investigação			
	Campo	Original	Após a investigação			
24	A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo?	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
24.1	Quais campos e que alterações					
	Campo	Original	Após a investigação			
	Campo	Original	Após a investigação			
	Campo	Original	Após a investigação			

25	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Não se aplica			<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não		
26	Descrever os problemas identificados após a investigação	Falha no acesso			Falha na assistência					
	Assinalar com um X a alternativa mais adequada (itens 26 a 35)	1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo								
26.1	Planejamento familiar	1	2	3	1	2	3			
26.2	Pré-natal	1	2	3	1	2	3			
26.3	Assistência ao parto	1	2	3	1	2	3			
26.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade	1	2	3	1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica		
26.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS / PSF / PACS	1	2	3	1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica		
26.6	Assistência à criança na urgência / emergência	1	2	3	1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica		
26.7	Assistência à criança no hospital	1	2	3	1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica		
26.8	Dificuldades da família	1	2	3	1	2	3			
26.9	Causas externas				1	2	3	<input type="checkbox"/> não se aplica		
26.10	Organização do sistema / serviço de saúde				1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo					
a	Cobertura da atenção primária				1	2	3			
b	Referência e contra-referência				1	2	3			
c	Pré-natal de alto risco				1	2	3			
d	Leito de UTI - gestante de alto risco				1	2	3			
e	Leitos de UTI Neonatal				1	2	3			
f	Central de regulação				1	2	3			
g	Transporte pré e inter-hospitalar				1	2	3			
h	Bancos de sangue				1	2	3			
i	Outros. Especificar. _____									



27	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Inconclusivo						
28	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada)									
	Wigglesworth Espandida	<input type="checkbox"/> W1	<input type="checkbox"/> W2	<input type="checkbox"/> W3	<input type="checkbox"/> W4	<input type="checkbox"/> W5	<input type="checkbox"/> W6	<input type="checkbox"/> W7	<input type="checkbox"/> W8	<input type="checkbox"/> W9
	SEADE	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6	<input type="checkbox"/> S7	<input type="checkbox"/> S8	
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2.1	<input type="checkbox"/> 1.2.2	<input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
29	Recomendações e medidas de prevenção									
29.1	Planejamento familiar									
29.2	Pré-natal									
29.3	Assistências ao parto									
29.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade									
29.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS									
29.6	Assistência à criança na urgência / emergência									
29.7	Assistência à criança no hospital									
29.8	Organização do sistema / serviço de saúde									
30	Data da conclusão do caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Responsável									
	Nome					Carimbo e rubrica				







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



Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

### Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1 Nome da falecida	
2 Nº da Declaração de Óbito	3 Data do óbito _____
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)	Nº _____ Compl. _____
Bairro _____	Distrito/Povoado _____ Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5 Município de residência	UF _____
6 Nº do Cartão SUS _____	7 Equipe/PACS/PSF _____
8 Centro de Saúde/UBS _____	9 Distrito Sanitário/Administrativo _____
OCORRÊNCIA	
10 Local de ocorrência do óbito	
Nome do estabelecimento _____	Código CNES _____
11 Município de ocorrência	UF _____
IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO	
12 A falecida estava grávida no momento do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
13 A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 – Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar. Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da <b>Autópsia Verbal</b> devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.	
_____ _____ _____ _____	
14 Resumo do caso – Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.	
_____ _____ _____	
15 Data da investigação	_____
16 Responsável pela investigação	
Nome _____	Carimbo e rubrica _____



\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

### Serviço de Saúde Ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da Falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	2	Data do óbito
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av)		Nº
Bairro		Distrito/Povoado	Local
5	Município de residência		UF
6	Tipo de seguro saúde		
7	Centro de Saúde	PSF/PACS	sem cobertura
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			
Pesquisar em prontuários, fichas e atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.			
8	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal		
Nome		Código CNES	
9	Tipo de serviço		
10	Idade gestacional na primeira consulta	semanas ou	meses
11	Idade gestacional na última consulta	semanas ou	meses
12	Número de consultas pré-natal	consultas	
13	A falecida foi cadastrada no SISPRENATAL?		SR
14	Já esteve grávida antes deste bebê?		SR
14.1	Número de gestações (inclusive esta)	Número de partos	Número do abortos
14.2	Tipo(s) de parto(s)		SR
15	Foi considerada gestante de alto risco?		
15.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?		SR
15.2	Com quantas semanas?		SR
15.3	Conseguiu ser atendida no PN de alto risco?		SR
15.4	Onde?		
16	Foi internada durante a gestação?		
16.1	Quantas vezes?		SR
16.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?		
16.3	Com quantas semanas de gestação?		SR
17	Houve alguma emergência obstétrica?		
17.1	Qual o transporte utilizado?		SR
17.2	O transporte foi em tempo oportuno?		

18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez:

<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/Aids
<input type="checkbox"/> Cardiopatas	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional
<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Tireoideopatas
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)		<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana
<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		19 <input type="checkbox"/> SR

19 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?  Sim  Não  SR

19.1 Quais medicamentos usou?

20 Quadro da Assistência Pré-Natal

Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	Pressão arterial (mmHg)	Batimento cardíaco fetal (bpm)	Útero feto (cm)	Verificação de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional*

\*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro

20.1 No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante?  Sim  Não  SR

20.2 Faltou a alguma consulta de pré-natal?  Sim  Não  SR

20.3 Se sim, foi realizada a busca ativa?  Sim  Não  SR

21 Esquema de vacinação contra o tétano  1ª dose  2ª dose  3ª dose  reforço  imune  SR

22 Foi realizada coleta para prevenção de câncer?  Sim  Não  SR

23 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar?  Sim  Não  SR

23.1 Se sim, qual o motivo?

24 Exames no pré-natal

Assinale o trimestre e anote o resultado	Trimestre			Resultados	SR
	1	2	3		
24.1 Hb/Ht					
24.2 Grupo sanguíneo ABO					
24.3 Fator RH					
24.4 Coombs indireto					
24.5 Glicemia de jejum					
24.6 Toxoplasmose – IgM					
24.7 Curva de tolerância à glicose					
24.8 Urina rotina					
24.9 Urocultura					
24.10 HbsAg					
24.11 Teste HIV					
24.12 VDRL					
24.13 Ultrasonom					
24.14 Outros Exames					

25 Observações								
26 Responsável pela investigação								
Nome:					Profissão:			
ASSISTÊNCIA À MULHER: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA								
Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e cartão da gestante								
27 atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito								
Atenção Básica	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*
Serviço de urgência/emergência								
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Pediatra; 3. Enfermeiro; 4. Outro								
28 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência/emergência?						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR		
28.1 Por qual motivo?								
29 A falecida estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (hiperdia, outros?)						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR		
29.1 Especificar qual o programa								
30 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver								
31 Observações gerais								
32 Data do encerramento da coleta de dados						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
33 Responsável pela investigação					Carimbo e rubrica			
Nome								



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

M2

Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da Falecida
2	Nº da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)
	Nº
	Compl
Bairro	Distrito/Povoado
	Local
	urbano
	rural
5	Município de residência
	UF
6	Tipo de seguro saúde
INTERNAÇÃO DA MULHER DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE	
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc). Esta internação pode ter ocorrido durante o parto ou o aborto ou algum tempo após o parto ou o aborto.	
7	Estabelecimento onde ocorreu a internação
	Nome
	Código CNES
8	Tipo de hospital/maternidade
	SUS
	Convênio
	Particular
9	Data da internação
	Hora da internação
	SR
10	Procedência
	domicílio no mesmo município
	encaminhada de outro hospital no mesmo município
	SR
	domicílio em outro município
	encaminhada de hospital em outro município
	transferida de outro hospital no mesmo município
	encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município
	transferida de hospital em outro município
	encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município
11	Motivo da internação – Copie ou faça um resumo do motivo da internação
12	Hipótese diagnóstica registrada no prontuário
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, utilize o verso da folha.	
13	Evolução e tratamento médico
14	Anotações de enfermagem
15	Anotações do anestesista
16	Causa(s) da morte registradas no prontuário
ASSISTÊNCIA AO PARTO OU ABORTO	
17	Data da última menstruação
	SR



18	Data provável do parto	____	____	____	____	____	SR																								
19	Data do parto/aborto	____	____	____	____	Hora do parto/aborto	____																								
20	Idade gestacional cronológica	____	semanas ou	____	meses	____	ignorada																								
21	Esteve grávida antes deste bebê	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					SR																								
21.1	Número de gestações (inclusive esta):	____	Número de partos:	____	Número do abortos:	____	SR																								
21.2	Tipo(s) de parto(s)	partos normais	____	partos com fórceps	____	partos cesáreos	____																								
21.3	Filhos nascidos vivos (incluir este)	____	Filhos nascidos mortos	____			SR																								
22	Patologias/fatores de risco durante a gravidez: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infecção urinária</td> <td><input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh</td> <td><input type="checkbox"/> HIV/Aids</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatias</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorragias</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gestação múltipla</td> <td><input type="checkbox"/> Gestação prolongada</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toxoplasmose</td> <td><input type="checkbox"/> Sífilis</td> <td><input type="checkbox"/> Rubéola</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)</td> <td><input type="checkbox"/> Tireotoxicose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional</td> <td><input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências</td> <td><input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)			<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____		
<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/Aids																													
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite																													
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia																													
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola																													
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose																													
<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro																													
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)																															
<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____																															
23	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					SR																								
23.1	Quais medicamentos usou?																														
24	A gestação terminou em: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> aborto provocado</td> <td><input type="checkbox"/> parto vaginal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> não houve expulsão do embrião/feto</td> <td><input type="checkbox"/> parto forceps</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> aborto espontâneo</td> <td><input type="checkbox"/> cesariana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> aborto induzido permitido por lei</td> <td><input type="checkbox"/> SR</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> aborto provocado	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> não houve expulsão do embrião/feto	<input type="checkbox"/> parto forceps	<input type="checkbox"/> aborto espontâneo	<input type="checkbox"/> cesariana	<input type="checkbox"/> aborto induzido permitido por lei	<input type="checkbox"/> SR																
<input type="checkbox"/> aborto provocado	<input type="checkbox"/> parto vaginal																														
<input type="checkbox"/> não houve expulsão do embrião/feto	<input type="checkbox"/> parto forceps																														
<input type="checkbox"/> aborto espontâneo	<input type="checkbox"/> cesariana																														
<input type="checkbox"/> aborto induzido permitido por lei	<input type="checkbox"/> SR																														
25	O parto ou aborto ocorreu <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> No domicílio</td> <td><input type="checkbox"/> Na maternidade</td> <td><input type="checkbox"/> Via pública</td> <td>SR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade	<input type="checkbox"/> Via pública	SR	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____																		
<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade	<input type="checkbox"/> Via pública	SR																												
<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____																														
26	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea	SR																										
27	Profissional que fez/acompanhou o parto ou o aborto <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médico obstetra</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz</td> <td><input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo</td> <td><input type="checkbox"/> Parteira</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médico não obstetra</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Médico obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz	<input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo	<input type="checkbox"/> Parteira	<input type="checkbox"/> Médico não obstetra	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____																		
<input type="checkbox"/> Médico obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz	<input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo	<input type="checkbox"/> Parteira																												
<input type="checkbox"/> Médico não obstetra	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____																														
28	Tempo de bolsa rota	____	horas	<input type="checkbox"/> Não se aplica	SR																										
28.1	Aspecto do líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Com mecônio	<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Fétido	SR																									
29	A gestação resultou em aborto? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não SR																														
29.1	Qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto? – Pode ser assinalada mais de uma alternativa.																														
	<input type="checkbox"/> amiu/sucção	<input type="checkbox"/> substâncias cáusticas	<input type="checkbox"/> micro-cesárea	<input type="checkbox"/> SR																											
	<input type="checkbox"/> curetagem	<input type="checkbox"/> físicos (sondas,etc)	<input type="checkbox"/> chás caseiros	<input type="checkbox"/> drogas qual?																											
29.2	Intorrências do aborto																														
	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> infecção																												
	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> perfuração																												
	<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> nenhum problema																												
	<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão	<input type="checkbox"/> não sabe																												
			<input type="checkbox"/> outro																												
30	A gestação resultou em parto, após 22 semanas de gestação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não SR																														
30.1	Duração do trabalho de parto	____	horas	SR																											

30.2	Intercorrências no trabalho de parto	<input type="checkbox"/> sem intercorrências	<input type="checkbox"/> TP prolongado	<input type="checkbox"/> sofrimento fetal
		<input type="checkbox"/> eclâmpsia	<input type="checkbox"/> obstrução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> corioamnionite
		<input type="checkbox"/> pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/> hipertonia	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
30.3	Intercorrências no parto	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> laceração de partes moles	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> retenção placentário	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto ou aborto ocorridos em hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 55.				
31	Estabelecimento onde ocorreu o parto			
	Nome _____	Código CNES: _____		
32	Tipo de hospital/maternidade			
	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	
33	Data da internação _____ Hora da internação _____			
				<input type="checkbox"/> SR
34	Condição à internação:			
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)		
	<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea		
	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____			<input type="checkbox"/> SR
35	Registros à admissão da gestante na maternidade:			
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial: Anotar valores.	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Rota		<input type="checkbox"/> SR
36	Foram realizados na admissão:			
	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV	<input type="checkbox"/> SR
37	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)			
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
38	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	_____	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
39	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	_____	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
40	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	Avaliação da mãe	_____ hora/minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto – BCF	_____ hora/minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
41	Medicação utilizada:			
	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: _____	
	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____
				<input type="checkbox"/> SR
42	Se foi realizada cesárea, qual a indicação:			
	<input type="checkbox"/> não se aplica, o parto foi vaginal	<input type="checkbox"/> duas ou mais cesáreas anteriores	<input type="checkbox"/> Iterativa	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> morte materna iminente ou post mortem	<input type="checkbox"/> Prematuridade	
	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrâmnio	<input type="checkbox"/> distocia funcional	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez/eclâmpsia	
	<input type="checkbox"/> prolapso de cordão	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta/feto vivo	
	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	<input type="checkbox"/> iminência e/ou rotura uterina	
43	Anestesia durante o trabalho de parto			
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
43.1	Se sim, qual?			
	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raqui
				<input type="checkbox"/> SR
43.2	Outros métodos de alívio da dor			
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR

43.3	Quem realizou a anestesia?	<input type="checkbox"/> anestesista	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR
43.4	Complicações da anestesia?	<input type="checkbox"/> sim, qual?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
44	Outros procedimentos foram realizados além do parto ou do aborto?	<input type="checkbox"/> não foi necessário	<input type="checkbox"/> ligadura de artérias hipogástricas	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> histerectomia	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	
45	Houve prescrição de sangue ou derivados?	<input type="checkbox"/> sim, recebeu	<input type="checkbox"/> sim, mas não recebeu	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
45.1	De que natureza?	<input type="checkbox"/> para de hemácias	<input type="checkbox"/> crioprecipitado	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> congelado de plaquetas	<input type="checkbox"/> outro
45.2	Qual o tempo decorrido entre a prescrição e a administração do produto?	<input type="text"/> horas		<input type="checkbox"/> SR
45.3	Qual a quantidade de bolsas administradas?	<input type="text"/> bolsas		<input type="checkbox"/> SR
46	Foi avaliada por um profissional de saúde nas primeiras 2 horas após o parto ou aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
47	Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> placenta acreta	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
48	Há registro de medidas de pressão arterial e temperatura a cada 6 horas até a alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
49	Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> embolias	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal
				<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
50	Intercorrências da alta até 42 dias pós término da gestação.	<input type="checkbox"/> depressão puerperal	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal
				<input type="checkbox"/> embolias <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
51	Houve necessidade de UTI?	<input type="checkbox"/> sim, foi encaminhada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi encaminhada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
51.1	Qual o tempo decorrido entre o encaminhamento e a transferência?	<input type="text"/> horas		<input type="checkbox"/> SR
51.2	Se não foi encaminhada, por que não?			<input type="checkbox"/> SR
52	Condições de alta após o parto ou o aborto	<input type="checkbox"/> bom estado geral	<input type="checkbox"/> transferência para	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
53	Foi solicitada a necropsia?	<input type="checkbox"/> sim, foi realizada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi realizada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO</b>				
Se for o caso de natimorto ou neomorto, encaminhar a investigação do óbito infantil ou fetal.				
54	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento	
55	Índice de Apgar	<input type="checkbox"/> 1º minuto	<input type="checkbox"/> 5º minuto	<input type="checkbox"/> não se aplica, nasceu morto <input type="checkbox"/> SR
56	Peso ao nascer	<input type="text"/> gramas		<input type="checkbox"/> SR
57	Observações gerais	  		
58	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>		
59	Responsável pela investigação	Nome _____ Carimbo e rubrica _____		



\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

### Entrevista domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA		
1	Nome da Falecida	
2	Nº da Declaração de Óbito	
3	Data do óbito	
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av.)	
	Nº	
	Compl.	
Bairro	Distrito/Povoado	
	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural	
5	Município de residência	
	UF	
6	Nº do Cartão SUS	
7	Equipe/PACS/PSF	
	<input type="checkbox"/> sem cobertura	
8	Centro de Saúde/UBS	
9	Distrito Sanitário/Administrativo	
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO		
10	Nome do(a) entrevistado(a)	
10.1	Relação com a Falecida <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA		
11	Qual a idade da falecida? _____ anos	
12	Qual era a raça/cor da falecida? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> não sabe	
13	Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação) <input type="checkbox"/> série <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> não sabe	
13.1	Assinalar qual a escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Não frequentou a escola <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Não sabe	
14	Ela vivia com um companheiro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
15	Qual o estado civil? <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> não sabe	
16	A falecida tinha algum convênio privado de saúde? <input type="checkbox"/> sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
17	Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas <input type="checkbox"/> não sabe	
18	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? _____ torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA		
Para este bloco, excluir a gestação atual.		
19	Quantas vezes esteve grávida antes desta? _____ vezes <input type="checkbox"/> não sabe	
19.1	Essas gravidezes resultaram em <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe	
19.2	Tipo(s) de parto(s) <input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos com fórceps <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe	
20	Qual a data do último parto ou aborto _____ <input type="checkbox"/> não sabe	
21	Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?	
<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro
<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES									
Solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.									
22 Ela tinha algum problema de saúde, anterior à gravidez?									
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	Pressão alta	<input type="checkbox"/>	Cirurgia, qual	<input type="checkbox"/>	D. pulmonar, qual _____
<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Obesidade	<input type="checkbox"/>	Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	Câncer, qual _____
<input type="checkbox"/>	Deficiência mental	<input type="checkbox"/>	HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	Febre reumática	<input type="checkbox"/>	Outra doença _____	<input type="checkbox"/>	não sabe
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Cadeirante	<input type="checkbox"/>	Internado por transtorno mental				
<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	Acamado crônico						
23 Fazia algum tratamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe									
23.1 Qual? (Anotar todos que referir)									
24 Ela menstruava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe									
24.1 Sangrava muito durante o período menstrual? <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe									
24.2 Sangrava entre os períodos menstruais? <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe									
25 Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe									
25.1 Em caso negativo, por que não? <input type="checkbox"/> Queria engravidar <input type="checkbox"/> Não tinha acesso ao serviço <input type="checkbox"/> não sabe									
<input type="checkbox"/> O serviço de saúde não tinha método <input type="checkbox"/> Outra situação									
26 Tinha as trompas ligadas (laqueadura)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe									
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL									
27 A gravidez foi <input type="checkbox"/> única <input type="checkbox"/> gemelar <input type="checkbox"/> trigemelar ou mais <input type="checkbox"/> não sabe									
28 Quando ela morreu? <input type="checkbox"/> Durante o aborto <input type="checkbox"/> No parto, até uma hora após o parto									
<input type="checkbox"/> Após o aborto <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação									
<input type="checkbox"/> Na gestação <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação									
<input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> não sabe									
29 Ela fez pré-natal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe									
29.1 Com quantos meses de gestação ela estava quando começou o pré-natal? <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> não sabe									
29.2 Com quantos meses de gestação ela estava quando fez a última consulta do pré-natal? <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> não sabe									
29.3 Quantas consultas fez no pré-natal? <input type="checkbox"/> consultas <input type="checkbox"/> não sabe									
29.4 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal									
Código CNES									
29.5 Transcrever para o quadro abaixo o cartão de pré-natal <input type="checkbox"/> cartão não disponível									
Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	Edema	Apresentação	Intercorrências	Conduta
30 Foi considerada gestante de alto risco? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe									

30.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	Com quantas semanas?	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas	<input type="checkbox"/> não sabe	
30.3	Local do PN de alto risco	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe	
31	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes	<input type="checkbox"/> não sabe	
31.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe	
31.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
		2ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Cardiopatas <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe		
32.1	Em que época da gravidez?	no <input type="text"/> <input type="text"/> mês de gestação	ou a partir do <input type="text"/> <input type="text"/> mês de gestação	
33	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Quais medicamentos usou?	<input type="text"/>		
34	Se não fez pré-natal, por quê não?	<input type="checkbox"/> não se aplica		
35	Estava grávida quando morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?	<input type="text"/>		
35.2	Durante a gravidez apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> inchaço, onde <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> ameaça de parto prematuro <input type="checkbox"/> dores de cabeça <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> visão embaçada ou turva <input type="checkbox"/> doença febril <input type="checkbox"/> infecção urinária <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> palidez e falta de ar (ambos) <input type="checkbox"/> outra		
<b>PARTO OU ABORTO</b>				
36	Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> Não. Por que <input type="text"/>		
37	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Sim, quem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer?	<input type="checkbox"/> Sim, data do parto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não, passe a Questão XX	<input type="checkbox"/> não sabe
38.1	Morreu quanto tempo depois de dar à luz?	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
38.2	Estava grávida de quantos bebês?	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três ou mais
38.3	Teve muito sangramento antes do início do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.4	Teve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.5	Teve muito sangramento depois do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.6	Teve dificuldade de expulsar a placenta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.7	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe

38.8	O parto foi	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> com fórceps	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe
38.9	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.10	Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?	<input type="checkbox"/> por opção da mulher	<input type="checkbox"/> outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> por indicação médica. Qual? _____	<input type="checkbox"/> não sabe
38.11	O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós-parto tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.12	Onde deu à luz?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
38.13	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> pariu sozinha <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
38.14	O bebê nasceu	<input type="checkbox"/> vivo	<input type="checkbox"/> vivo, mas faleceu depois	<input type="checkbox"/> morto	<input type="checkbox"/> não sabe
38.15	Após o parto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema	
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro	
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão		
39	Teve aborto nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim, data do aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
39.1	Morreu durante o aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.2	Quanto tempo antes da morte teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> semanas		
39.4	Sangrou muito durante/depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.5	Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.6	O aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido	<input type="checkbox"/> provocado	<input type="checkbox"/> não sabe
39.7	Qual foi a causa do aborto?				
39.8	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.9	Fêz curetagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.10	Onde ocorreu o aborto?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
39.11	Após o aborto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema	
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro	
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão		
40	Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?				
41	Onde ela morreu?	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na casa da parteira	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Na via pública	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
41.1	Endereço do local do óbito				<input type="checkbox"/> não sabe
41.2	Nome do serviço de saúde onde faleceu				<input type="checkbox"/> não se aplica
				Código CNES _____	
41.3	Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito?	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> não sabe		
		<input type="checkbox"/> Centro obstétrico	<input type="checkbox"/> outro		

42	Em algum momento precisou ir para a UTI?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
42.1	A UTI era	<input type="checkbox"/> no mesmo hospital	<input type="checkbox"/> não conseguiu vaga	<input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro hospital. Qual _____
43	Teve alta após o parto ou aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
43.1	Qual o problema de saúde que a levou à morte depois do parto ou aborto?			
44	Ela foi internada novamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
44.1	Nome do serviço de saúde onde foi internada	Código CNES _____		
Para as questões 47 e 48, procure identificar problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vaga, falta de medicamento, discriminação do serviço em relação à família, etc.				
45	Como você avalia o atendimento no pré-natal?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> não sabe
	Por que?			
46	Como você avalia o atendimento no hospital?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> não sabe
	Por que?			
47	Do que você acha que ela morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?			
Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?".				
48	O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da falecida?			
Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?".				
49	Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal AV3.1 – Formulário 3.1: pessoa com 10 anos ou mais – mulher em idade fértil?			
		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
50	Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)			
51	Repercussões do óbito na família			
52	Data da entrevista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53	Responsável pela investigação			
Nome				Carimbo e rubrica





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



Nº do Caso  
L L L L

## Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necrópsia

### Óbito Materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da Falecida
2	Nº da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Número do Laudo de Necrópsia
	Data de emissão do Laudo
	Órgão Emissor do Laudo
	Município
5	Município de ocorrência do óbito
	UF
6	Causas da morte, que constam no Laudo de Necrópsia
7	Descrição do caso no Laudo e/ou informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento do médico ou serviço de saúde
8	Exame macroscópico – transcrever os principais achados
9	Exame microscópico e/ou toxicológico – transcrever os principais achados
10	Data da coleta de dados
11	Responsável pela investigação
Nome	Carimbo e rubrica



Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

Síntese, conclusões e recomendações

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da Falecida
2	Nº da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)
	Nº
	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado
	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
	Município de residência da família
	UF
5	Nº do Cartão SUS
6	Equipe/PACS/PSF
	<input type="checkbox"/> sem cobertura
7	Centro de Saúde/UBS
8	Distrito Sanitário/Administrativo
9	Município de ocorrência do óbito
	UF
Resumo do caso	
10	Fontes dos dados consultados
	<input type="checkbox"/> Prontuário ambulatorial <input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
	<input type="checkbox"/> Prontuário hospitalar <input type="checkbox"/> Entrevista com profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Autópsia verbal
11	Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual)
	<input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Ign
12	Resultado das gestações anteriores
	<input type="checkbox"/> abortos/perdas fetais <input type="checkbox"/> partos vaginais (NV) <input type="checkbox"/> partos cesáreos (NV) <input type="checkbox"/> Ign
13	Data da última menstruação
	<input type="checkbox"/> Ign
14	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal
	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal
	Nome
	Código CNES
	Nome
	Código CNES
	Nome
	Código CNES
14.1	Tipo de estabelecimento
	<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal <input type="checkbox"/> Ign
15	Número de consultas no pré-natal
	<input type="checkbox"/> consultas <input type="checkbox"/> Ign
16	Idade gestacional na primeira consulta do pré-natal
	<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Ign
17	Idade gestacional na última consulta do pré-natal
	<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Ign
18	Foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco?
	<input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
19	Estabelecimento de saúde onde foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome
	Código CNES
20	Foi cadastrada no SISPRENATAL?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
21	Local do parto ou aborto:
	<input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Ign
	<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde. Qual?
22	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome
	Código CNES
22.1	Tipo de estabelecimento
	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado conveniado <input type="checkbox"/> Privado não conveniado <input type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Ign
23	Idade Gestacional no momento do parto ou aborto
	<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ign

24	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
25	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
26	A mulher teve acompanhante no momento do parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
27	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> Durante o abortamento <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Após o abortamento <input type="checkbox"/> No parto ou até uma hora após o parto <input type="checkbox"/> Mais de um ano após o parto <input type="checkbox"/> Durante a gestação <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação <input type="checkbox"/> A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito					
28	Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido legalmente	<input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/> Ign			
29	Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> parto com fórceps	<input type="checkbox"/> cesariana <input type="checkbox"/> Ign			
30	A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	<input type="checkbox"/> Não acrescentou nem corrigiu informação <input type="checkbox"/> Sim permitiu o resgate de novas informações <input type="checkbox"/> Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente					
31	Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original						
Parte I	a)						
	b)						
	c)						
	d)						
Parte II							
32	A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
33	Quais campos e que alterações						
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
34	Foi descartado óbito materno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
35	Foi descartado óbito materno após	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> Investigação hospitalar <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Investigação ambulatorial <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outras fontes					
36	Classificação do óbito	<input type="checkbox"/> óbito de MIF não relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico tardio (43 dias a 1 ano) <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico direto(até 42 dias) <input type="checkbox"/> declarado <input type="checkbox"/> inconclusivo <input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico indireto(até 42 dias) <input type="checkbox"/> não declarado <input type="checkbox"/> não obstétrico					
37	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Descrever os problemas identificados após a investigação		Falha no acesso			Falha na assistência		
Assinalar com um X as alternativas mais adequadas		1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
38	Planejamento familiar	1	2	3	1	2	3
39	Pré-natal	1	2	3	1	2	3
40	Assistência ao parto	1	2	3	1	2	3
41	Assistência na maternidade	1	2	3	1	2	3
42	Assistência no Centro e Saúde/UBS	1	2	3	1	2	3
43	Assistência na urgência	1	2	3	1	2	3

44	Assistência no hospital	1	2	3		1	2	3	
45	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3	
46	Causas externas					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
						2	2	3	
47	Organização do sistema/serviço de saúde					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
47.1	Cobertura da atenção primária					2	2	3	
47.2	Referência e contra-referência					2	2	3	
47.3	Pré-natal de alto risco					2	2	3	
47.4	Leito de UTI – gestante de alto risco					2	2	3	
47.5	Central de regulação					2	2	3	
47.6	Transporte inter-hospitalar					2	2	3	
47.7	Bancos de sangue					2	2	3	
48	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> provavelmente evitável	<input type="checkbox"/> provavelmente inevitável	<input type="checkbox"/> Inconclusivo				
48.1	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso								
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Inconclusivo
49	Recomendações e medidas de prevenção								
49.1	Planejamento familiar								
49.2	Pré-natal								
49.3	Assistências ao parto								
49.4	Assistência na maternidade								
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS								
49.6	Assistência na urgência/emergência								
49.7	Assistência no hospital								
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde								
49.9	Outras								
50	Encaminhamentos								
51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?								
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda						
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê						
55	Data da conclusão da investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56	Responsável	Carimbo e rubrica							



## Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Materno

Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Numero de óbitos de mulheres em idade fértil:	Numero e proporção de investigados:	Numero de óbitos maternos:
Assiquanto causas de morte mais frequentes foram:		
Os problemas identificados mais frequentes foram:		
As recomendações mais importantes são:		

**Orientações:** Para problemas identificados, digitar 1 = sim ou 0 = não. Classificação de evetabilidade: utilizar os códigos da Lista Brasileira – IB.  
 Problemas identificados após a investigação: 1. Planejamento familiar; 2. Pré-natal; 3. Assistência ao parto; 4. Assistência na maternidade; 5. Assistência no Centro de Saúde/USP/PSF/MCS; 6. Assistência na urgência/emergência; 7. Assistência no hospital; 8. Dificuldades na família; 9. Causas externas; 10. Organização do sistema/serviço de saúde.

Número do caso	Número do DO	Data do óbito	Identificação do óbito		Investigação do caso			Causa da morte		Problemas identificados	Classificação de evetabilidade	
			Idade	Local de ocorrência (município, distrito, ESF)	Local de realização do pré-natal	Local do parto ou aborto	Causa da morte no DO original	Causa da morte após a investigação	Óbito materno: Obterido tardio			Não obtido





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



Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

### Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1 Nome da falecida	
2 Nº da Declaração de Óbito	3 Data do óbito
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)	Nº
	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado
	Local
	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5 Município de residência	UF
6 Nº do Cartão SUS	7 Equipe/PACS/PSF
8 Centro de Saúde/UBS	9 Distrito Sanitário/Administrativo
OCORRÊNCIA	
10 Local de ocorrência do óbito	
Nome do estabelecimento	Código CNES
11 Município de ocorrência	UF
IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO	
12 A falecida estava grávida no momento do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
13 A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 – Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar. Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da Autópsia Verbal devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.	
14 Resumo do caso – Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.	
15 Data da investigação	
16 Responsável pela investigação	
Nome	Carimbo e rubrica



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

Av. Almirante Barroso, 600, Praia de Iracema • CEP 60060-440 • Fortaleza, CE  
Telefone: (85) 3101.6200 • Fax: (85) 3101.5123 • [www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br) • [saude@saude.ce.gov.br](mailto:saude@saude.ce.gov.br)