

2022

# Manual Técnico para Atuação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Secretaria Executiva de Políticas de  
Saúde (SEPOS)

Coordenadoria de Políticas em Gestão  
do Cuidado (COGEC)

Célula de Políticas de Rede de Atenção  
à Saúde (CEPRA)



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Governadora do Estado do Ceará**

Maria Izolda Cela Arruda Coelho

**Secretário da Saúde do Ceará**

Carlos Hilton Albuquerque Soares

**Secretária Executiva de Políticas de Saúde**

Mônica Souza Lima

**Coordenador de Políticas em Gestão do Cuidado**

Israel Guimarães Peixoto

**Orientadora da Célula de Políticas de Rede de Atenção à Saúde**

Ana Cecília Saunders

**Equipe de elaboração**

Luciene Alice da Silva - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)

Lindelia Sobreira Coriolano - Coordenação Técnica Comitê Estadual/SESA

Marley Carvalho Feitosa Martins - Coordenação Técnica Comitê Estadual/SESA

Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

**Revisão Técnica**

Ana Vitória Gonçalves Lacerda Linard Holanda - Médica obstetra

Shirley Virino Lopes - Médica neonatologista

E-mail: [comite.estadualmif@gmail.com](mailto:comite.estadualmif@gmail.com)

*“Existe uma história por trás de cada óbito: sonhos, saudades, uma mãe, um filho, uma família que sofre pela perda de um ente querido. Abrange mais do que lições a serem aprendidas, envolve uma atitude de responsabilização e de cuidado humano com o outro. Não é mais um número nas estatísticas. Cada vida é o AMOR da vida de alguém.”*

(Marley Carvalho)



## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>03</b>
<b>I. Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal</b>	<b>04</b>
1. Conceitos	04
2. Objetivos	04
3. Responsabilidades técnicas e competências	04
3.1 Compete ao Comitê Estadual	04
3.2 Compete aos Comitês Regionais	05
3.3 Compete às Comissões de Vigilância dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais	07
3.4 Compete aos Comitês Hospitalares	07
4. Reestruturação e organização dos Comitês	08
4.1 Etapas para reestruturação e organização dos Comitês	08
4.2 Composição dos Comitês	08
5. Fluxograma de ações e atribuições dos Comitês e Comissões de prevenção do óbito materno, infantil e fetal	10
<b>II. Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal</b>	<b>11</b>
1. Conceitos importantes	11
2. Etapas da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, Infantil e Fetal	14
2.1 Notificação do óbito	14
2.2 Investigação do óbito	16
2.3 Análise de evitabilidade e identificação dos problemas	18
2.4 Elaboração e encaminhamento de propostas de intervenções / Recomendações	22
2.5 Divulgação dos estudos dos casos e propostas de intervenção	22
2.6 Correção dos dados vitais	22
3. Análise da mortalidade materna, infantil e fetal pelo Modelo das Três Demoras - Modelo “Three Delays”	24
<b>Referências</b>	<b>26</b>

## APRESENTAÇÃO

---

Este Manual possui a finalidade de apresentar as diretrizes para a qualificação e padronização da atuação dos profissionais dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, possibilitando o monitoramento e avaliação da tendência dos indicadores de saúde da mulher e da criança, mediante a análise da evitabilidade desses óbitos.

Este documento instrucional sobre a Atuação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal foi produzido e organizado pela Secretaria Executiva de Políticas em Saúde em parceria com a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com importante contribuição da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz.

A inserção ético-política dos **Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal** é uma estratégia para fortalecer a capacidade de formulação de políticas, programas e diretrizes eficazes para responder às necessidades de saúde da população, com a finalidade de buscar garantir maternidade segura às mulheres cearenses.

## I. COMITÊS DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL

### 1. Conceito:

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são espaços de discussão e troca de experiências, de natureza interinstitucionais, multiprofissionais, confidenciais, não coercitivos, ou punitivos, com caráter formativo e educativo que visam analisar todos os óbitos maternos, infantis e fetais e apontar medidas de intervenção para a redução dessas mortes. Representa um instrumento gerencial de avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher e da criança.

### 2. Objetivos:

- Identificar os problemas relacionados aos óbitos investigados e realizar a classificação de evitabilidade;
- Qualificar as estatísticas vitais para gerar os indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal, o conhecimento de suas causas e os fatores de risco associados, além de garantir a comparabilidade dos dados de mortalidade em nível regional e local e identificar os subgrupos vulneráveis da população;
- Recomendar ações adequadas para o enfrentamento das mortes maternas, infantis e fetais no que se refere à legislação, distribuição de recursos, organização de serviços, formação continuada de recursos humanos e participação comunitária;
- Avaliar o impacto das intervenções sobre a morbidade, a mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher, durante o período gravídico-puerperal e das crianças até o primeiro ano de vida;
- Informar aos gestores, as instituições de assistência, as equipes de saúde e a comunidade sobre a gravidade desses óbitos, seus efeitos sociais e de saúde e as formas de evitá-los;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Cartão da Criança).

### 3. Responsabilidades técnicas e competências

#### 3.1 Compete ao Comitê Estadual:

- Produção e divulgação de informações sobre a mortalidade materna, infantil e fetal com a realização de oficinas, seminários, publicação de boletins e outras iniciativas.

- Incentivar e apoiar a formação e a estruturação dos Comitês Regionais e Hospitalares.
- Elaborar normas de funcionamento dos Comitês Regionais.
- Acompanhar e assessorar as atividades dos Comitês Regionais por meio de reuniões sistemáticas.
- Avaliar periodicamente, juntamente aos serviços e os atores envolvidos, os principais fatores associados aos óbitos maternos, infantis e fetais e as medidas de intervenção implementadas para redução desses no âmbito do Estado.
- Divulgar sistematicamente os resultados por meio da elaboração de material específico, com a descrição dos resultados sobre a situação das Regiões de Saúde e do Estado.
- Subsidiar os gestores na elaboração de protocolos, normas, diretrizes e políticas direcionadas à redução da mortalidade materna, infantil e fetal no âmbito do Estado.

## 3.2 Compete aos Comitês Regionais:

### 3.2.1 - Investigação dos óbitos:

- Apoiar a investigação dos óbitos coordenada pelas equipes de Vigilância em Saúde, resguardando os aspectos éticos e o sigilo das informações, conforme legislação vigente.
- Acompanhar e agilizar o fluxo das Fichas de Investigação pelas Secretarias dos Municípios das áreas de abrangência.
- Encaminhar as fichas de investigação ao município de residência da falecida e/ou de seu filho, caso o óbito tenha ocorrido em outro município.
- Colaborar com a organização e constituição dos Comitês Hospitalares e das atribuições da Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal dos municípios em consonância com a Portaria GM/MS Nº 1693, de 23/07/2021.

### 3.2.2 - Análise dos óbitos:

- Promover a análise e a discussão de casos com a presença de especialistas (ginecologista e pediatra) e equipes de saúde responsáveis pela população da área de abrangência do óbito: atenção básica, secundária, serviços de urgência e hospitais.
- Analisar cada óbito segundo a possibilidade de sua evitabilidade.
- Identificar os problemas relacionados aos óbitos: assistência de saúde prestada à gestante e à criança, organização do sistema de saúde, condições sociais, da família e da comunidade.

- A equipe de Vigilância de cada município preenche a Ficha Síntese após a análise do caso.
- Elaborar material específico aos órgãos e as instituições competentes, sobre os resultados das análises, incluindo as recomendações para correção dos problemas observados na assistência à saúde.

### **3.2.3 - Qualificação da informação:**

- Monitorar e recomendar aos municípios de ocorrência sobre a melhoria da informação em saúde, a correção das estatísticas oficiais e a qualificação da informação registrada nos registros de saúde.

### **3.2.4 - Recomendações / definição de medidas de prevenção:**

- Elaborar propostas, medidas de intervenções necessárias para prevenção de novas ocorrências e encaminhar para o poder público/órgãos competentes.
- Acompanhar a execução das medidas propostas de saúde, de maneira a prevenir novas ocorrências.
- Comunicar aos Conselhos Profissionais de Classe sobre a necessidade de avaliação de condutas e procedimentos de seus afiliados relacionadas aos casos que evoluíram para Morte Materna, Infantil e Fetal.

### **3.2.5 - Divulgação / educação:**

- Promover ações educativas e sensibilizadoras, promoção de debates, seminários, boletins e outras iniciativas de socialização das informações.
- Divulgar relatórios para todas as instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas, infantis e fetais.
- Consolidar e enviar ao Comitê Estadual o Relatório trimestral das análises de óbitos maternos, infantis e fetais realizados pelos Comitês da Região de Saúde.
- Promover a formação continuada dos profissionais e produção de material educativo.

### **3.2.6 - Mobilização social:**

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

### 3.3 Compete às Comissões de Vigilância dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais (ADS e municípios):

#### Áreas Descentralizadas em Saúde (ADS):

- Discussão e Identificação dos problemas.
- Na presença de especialistas, realizar a análise dos óbitos investigados (ADS).
- Organização dos documentos de cada caso para apresentação aos Comitês Regionais.
- Preencher a Ficha Síntese.
- Participação e colaboração nas Reuniões dos Comitês Regionais.
- Divulgar e dar visibilidade ao problema, com a realização de ações educativas sensibilizadoras.
- Apoiar os municípios na elaboração e execução do Plano de ação para redução dos óbitos.

#### Comissões Municipais:

- Identificação dos óbitos maternos, infantis e fetais através da coleta de informações nas DO e/ou busca ativa dos óbitos nos hospitais, serviços funerários;
- Investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais por meio dos dados da DO, declaração de nascimento, dados do prontuário (hospitalar ou ambulatorial), visita domiciliar e entrevista com a equipe de saúde, se necessário;
- Análise dos óbitos maternos, infantis e fetais, por meio das informações dos prontuários, da caderneta da gestante e do cartão da criança.

### 3.4 Compete aos Comitês Hospitalares:

- Investigar e analisar os óbitos maternos, infantis e fetais segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional/Estadual/Regional de acordo com a realidade, assumindo como responsabilidade institucional e incorporando como rotina do serviço.
- Definir a evitabilidade do óbito no âmbito hospitalar; realizar discussões clínicas, com todos os profissionais de saúde, sobre os eventos ocorridos.
- Promover a integração com o Comitê Regional para troca de informações e análise dos casos.
- Divulgar sistematicamente os resultados com a elaboração de materiais específicos (relatórios, boletins periódicos) para sensibilização dos profissionais.

- Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos (DOs), prontuários e de outros documentos disponíveis no hospital, incentivando seu correto preenchimento e melhoria na qualidade das informações.
- Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.
- Disponibilização e acesso dos prontuários para equipe de vigilância do óbito.

## 4. Reestruturação e organização dos Comitês

### 4.1 Etapas para a reestruturação e organização dos Comitês Regionais:

- I. Realização de eventos de sensibilização dos gestores, profissionais, instituições de saúde e entidades da sociedade civil.
- II. Reunião de formação/eleição de Coordenação e Presidência.
- III. Elaboração do Regimento Interno.
- IV. Elaboração do Planejamento Estratégico com definições sobre:
  - A. Metodologia de análise dos casos; da Divulgação dos resultados da análise; da Correção das informações dos registros civis; da Elaboração das propostas de intervenção;
  - B. Estratégias de articulação com os gestores e elaboração dos planos municipais, regionais e estaduais de redução da mortalidade materna, infantil e fetal;
  - C. Prazos e responsáveis para conclusão das investigações, análises dos óbitos e entrega de relatórios.

### 4.2 Composição dos Comitês:

É de fundamental importância a participação de representantes e instituições diretamente envolvidos na assistência de saúde da gestante e da criança, além dos técnicos que lidam com as estatísticas vitais. Sugere-se, como composição básica:

#### 4.2.1 Comitê Estadual:

- I. Representantes da Secretaria de Saúde do Estado.
- II. Representantes dos Hospitais Estaduais.

- III. Conselho Estadual de Saúde.
- IV. Conselhos Regionais de Entidades Profissionais.
- V. Faculdades de Medicina, Enfermagem e de Saúde Pública.
- VI. Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.
- VII. Sociedades científicas: obstetrícia, pediatria, enfermagem, entre outras.
- VIII. Entidades da sociedade civil organizada.

#### **4.2.2 Comitês Regionais:**

- I. Médicos especialistas em obstetrícia e pediatria para avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados à mulher, bem como fazer a análise de evitabilidade e conclusão do caso.
- II. Representantes das Áreas Descentralizadas em Saúde (ADS).
- III. Representantes da Superintendência: Célula de Gestão do Cuidado, Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
- IV. Representantes dos Hospitais locais (Polo, Regional).
- V. Conselhos Regionais de Entidades Profissionais.
- VI. Faculdades de Medicina, Enfermagem e de Saúde Pública.
- VII. Conselhos de Direitos da Criança, da Mulher e do Adolescente.
- VIII. Sociedades científicas: obstetrícia, pediatria, enfermagem, entre outras.
- IX. Entidades da sociedade civil organizada (Pastorais e outras).

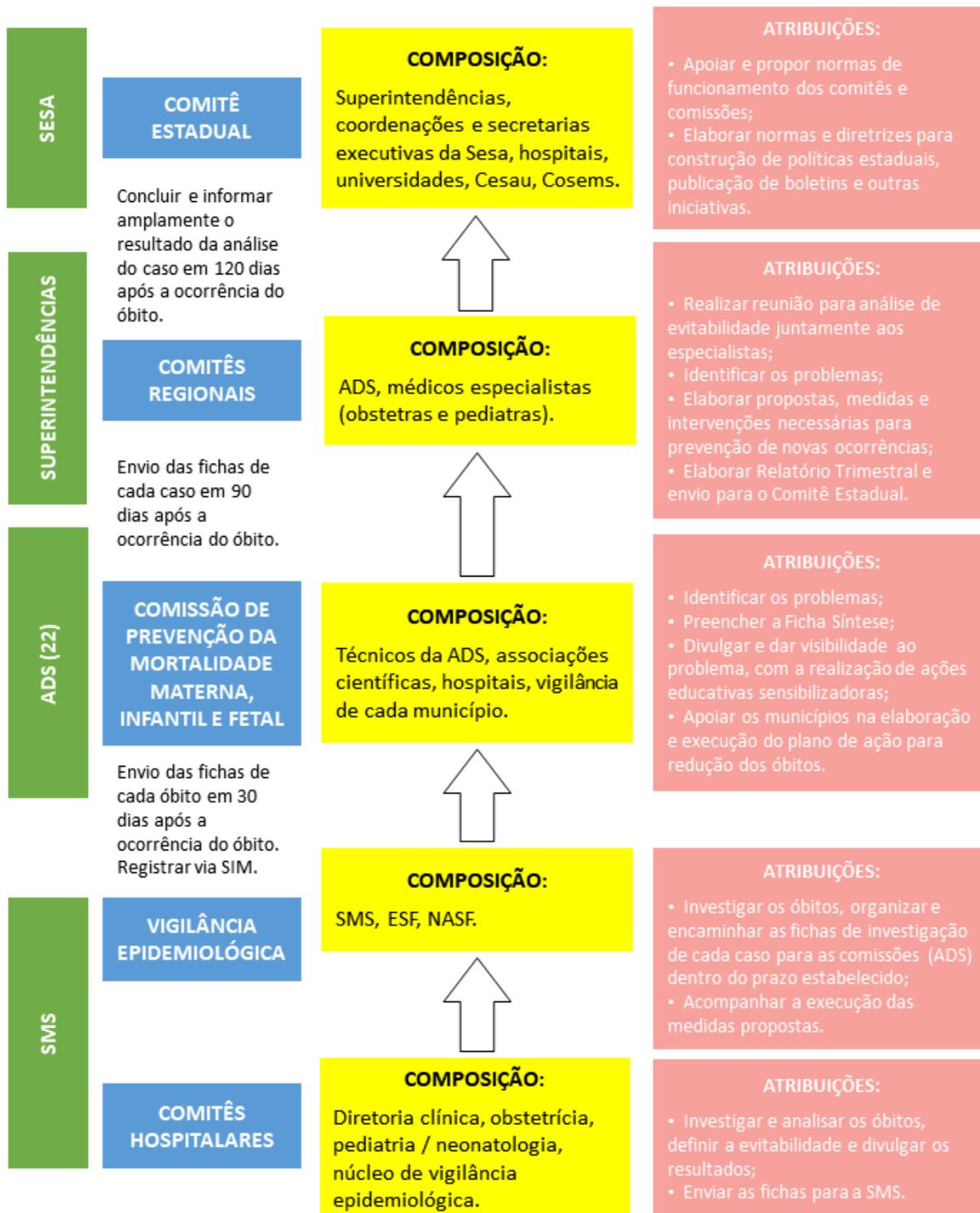
#### **4.2.3 Comissões:**

- I. Vigilância Epidemiológica dos Municípios.
- II. Coordenação da Atenção Primária.
- III. Representantes dos hospitais municipais.
- IV. Entidades da sociedade civil organizada.

#### **4.2.4 Comitês Hospitalares:**

- I. Diretoria Clínica.
- II. Profissionais das equipes: obstetrícia, pediatria/neonatologia, núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar, enfermagem e demais interessados.
- III. Profissionais responsáveis pela Epidemiologia no hospital (CCIH, NHE).

## 5. Fluxograma de ações e atribuições dos Comitês e Comissões de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal



## II. VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL

A Vigilância Epidemiológica constitui parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde no seu Art. 6º, Parágrafo 2º, que diz:

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990)

### 1. Conceitos importantes:

Os conceitos básicos aqui apresentados têm como referência a publicação da RIPSAs (2008) com base nas seguintes fontes:

- Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão. São Paulo: Edi/USP, 2008.

**Morte Materna** - *“É a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais.”* (CID 10, VOL 2, 8ª EDIÇÃO, 2008). Deve-se analisar a natureza do óbito (materno, materno tardio, não obstétrico, obstétrico direto, obstétrico indireto, não relacionado à gravidez, materno declarado ou não).

**Mulher em Idade Fértil** - Pela definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No território brasileiro esta faixa foi ampliada, considerando-se mulher em idade fértil aquela mulher na faixa etária entre 10 e 49 anos.

**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 término da gravidez.

**Morte Materna Declarada** - Quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

**Morte Materna Não Declarada** - Quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

#### **Mortalidade materna por grupos de causas:**

- Mortes por Causas Obstétricas Diretas - *“Aqueles resultantes de complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devido a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.”* (CID 10, VOL 2, 8ª EDIÇÃO, 2008).
- Mortes por Causas Obstétricas Indiretas - *“Aqueles resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.”* (CID 10, VOL 2, 8ª EDIÇÃO, 2008).
- Abortamento - é a interrupção da gravidez pela morte do feto ou embrião, junto com os anexos ovulares. Pode ser espontâneo ou provocado. O feto expulso com menos de 500g ou inferior a 22 semanas de gestação é considerado aborto.

**Nascido Vivo:** é o produto de concepção expulso ou extraído do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, que, depois da separação apresente qualquer sinal de vida como respiração, batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

**Óbito Infantil** - morte de crianças menores de um ano, subdividida em dois componentes principais: mortalidade neonatal e pós-neonatal.

- Óbito Neonatal Precoce - óbitos do nascimento ao 6º dia de vida completos, ocorridos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Óbito Neonatal Tardio - óbitos do 7º ao 27º dia de vida completos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

- Óbito pós-neonatal - óbitos do 28º ao 364º dia de vida completos, ocorridos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Óbitos Perinatais - Correspondem aos óbitos fetais ocorridos após 22 semanas de gestação e aos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias após o nascimento).
- Natimorto ou Óbito fetal: é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não apresentar sinais vitais como respiração, batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

#### **Taxa de Mortalidade Fetal (coeficiente de mortalidade fetal):**

**Conceituação:** 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 25cm) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais.

#### **Cálculo da MF:**

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)*, de mães residentes}}{\text{Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1.000$$

#### **Razão de Mortalidade Materna:**

**Indicador:** Razão de Mortalidade Materna (RMM), mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal.

**Cálculo da RMM:** Número de óbitos maternos registrados no SIM, pelo total do número de nascidos vivos registrados no SINASC, de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado, por 100 mil.

Com esses dados, recalculamos a RMM por meio da fórmula:

$$\text{RMM} = \frac{\text{Número de mortes maternas}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100.000$$

A Organização Mundial de Saúde adota os seguintes níveis de classificação da RMM:

- Baixo - até 20/100.000 NV
- Médio - entre 20 e 49/100.000 NV
- Alto - entre 50 e 100/100.000 NV
- Muito alto - acima de 100/100.000 NV

Em 2015, novos objetivos foram propostos para serem atingidos até 2030, nomeados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A nova meta brasileira relacionada à razão de mortalidade materna (RMM) é de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, até o ano de 2030.

## 2. Etapas da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, Infantil e Fetal:

### 2.1 Notificação do óbito:

A notificação do óbito se faz pelo preenchimento e encaminhamento da Declaração de Óbito (DO) gerada na fonte notificadora para a Secretaria Municipal de Saúde.

- A Declaração de Óbito (DO) deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimento de saúde, domicílios ou outros locais.
- O médico é o responsável por todas as informações contidas na DO, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina no 1779/2005.
- Nos casos de morte natural ocorrida sem assistência médica, a DO deve ser emitida pelo médico do Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
- Caso este serviço não esteja disponível no local, deverá ser emitida por médico do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

- Para os óbitos ocorridos no hospital, a DO deverá ser fornecida pelo médico assistente, e na sua ausência, por médico substituto pertencente à instituição.
- Sob regime ambulatorial a DO deve ser fornecida pelo médico designado pela instituição que prestava a assistência ou pelo SVO.
- Para os óbitos ocorridos no domicílio, a DO deve ser emitida pelo médico do Programa de Saúde da Família e outros, pelo qual vinha sendo acompanhada.
- O SVO pode ser acionado para emissão da DO, em qualquer das situações acima, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições.
- Na ocorrência de morte por causa externa (ou não natural) - *“óbito que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte”* (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005) - a DO deve obrigatoriamente ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML) e, nos municípios sem IML, qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual.
- As DO devem ser preenchidas de forma a permitir a correta identificação das causas da morte e da causa básica.
- As DO são registradas no local em que ocorreu o óbito para emissão da Certidão de Óbito, o que permite identificar os casos por local de ocorrência e de residência.
- A Secretaria Municipal de Saúde deve definir o fluxo da DO, enviando cópia ao setor de Vigilância Epidemiológica para investigação, análise e conclusão do caso.
- Os dados da DO são digitados no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM - pelas Secretarias Municipais de Saúde ou pela Secretaria de Estado de Saúde que encaminha os dados consolidados para a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS (Portaria MS/SVS de 12/02/2009).
- Após a ocorrência do óbito, o serviço de saúde ou o profissional médico tem o prazo de 48 horas para enviar a 1ª via da DO ao profissional responsável pela gestão do SIM municipal, cabendo ao último, no mesmo prazo de 48 horas, encaminhar cópia da declaração ao grupo técnico da SMS, a fim de iniciar a investigação.
- O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação é a Declaração de Óbito (DO). Portanto, deve-se incentivar e promover a agilidade do fluxo da DO. É necessário formalizar este fluxo e adotar medidas que assegurem a chegada das DO nas secretarias municipais, o mais breve possível.

## 2.2 Investigação do óbito:

A vigilância epidemiológica do óbito materno, infantil e fetal, depende do compromisso e envolvimento dos gestores e da capacitação da equipe responsável pela investigação de óbitos, a qual precisa ter uma escuta atenta e respeitosa que desperte a confiança, e assim, permita a busca de novos dados.

Com o objetivo de obter informações detalhadas sobre a ocorrência do óbito, deve ser realizado o levantamento de dados de múltiplas fontes, de forma a reconstruir a história de vida e de morte, para melhor entendimento dos problemas ocorridos.

### 2.2.1 Profissionais envolvidos na vigilância do óbito:

- Instituir um grupo técnico da vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária), bem como dos Comitês/Núcleos Hospitalares.
- A conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência no município de residência da mãe e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local em que faleceu ou recebeu assistência pré-natal, parto, aborto ou puerpério.

### 2.2.2 A investigação é composta por:

- Levantamento de dados dos serviços de saúde: Prontuários de unidades básicas de saúde (UBS), dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades; Prontuários hospitalares; Laudos de necropsia.
- Entrevista domiciliar: buscar informações com a família sobre: Dificuldades em reconhecer riscos à saúde, Dificuldades de acesso aos serviços e ao tratamento indicado, e outras.

### Importante:

- Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF): O artigo 2º da Portaria GM N° 1119 define que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Assim, devem ser separadas todas as DO de mulheres em idade fértil para que sejam investigadas.
- Autópsia Verbal (AV): método a ser aplicado para os óbitos que não esclarecem as causas de morte. Trata-se de um questionário sistematizado para a coleta de informações sobre as circunstâncias, sinais

e sintomas, aplicado aos familiares e/ou cuidadores da falecida que conviveram com ela durante a doença que levou à morte.

- Nas regiões onde há elevada omissão de registro de óbitos e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, é conveniente checar fontes alternativas de informação, como igrejas, cemitérios não oficializados, associações de moradores, curandeiros e parteiras, entre outras.
- Após a investigação, a equipe de vigilância de óbitos encaminha o resumo do caso aos Comitês Regionais para análise ampla e detalhada, juntamente às fichas de investigação confidencial dos óbitos confirmados, cópia do prontuário hospitalar e do pré-natal e as entrevistas com familiares e profissionais. Sugere-se que as fichas de cada caso estejam dentro de envelopes individuais.

### 2.2.3 Prazos:

Instituição	Ação	Prazo
Serviço onde ocorreu o óbito ou o médico que emitiu a Declaração de Óbito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o óbito com o envio da primeira via da DO ao gestor municipal do SIM, Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno.</li> <li>• Facilitar o acesso aos prontuários das mulheres falecidas sob seus cuidados, para viabilizar o início oportuno da investigação da ocorrência.</li> </ul>	<p>48 horas</p> <p>(contados a partir da ocorrência do óbito)</p>
Secretaria Estadual de Saúde.	Disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde, para a detecção eficaz do maior número de casos de óbitos maternos e a captação de informações detalhadas sobre cada uma dessas mortes.	30 dias
Equipes responsáveis pelas investigações.	Concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica.	120 dias

## 2.3 Análise de evitabilidade e identificação dos problemas

### 2.3.1 Análise dos óbitos maternos:

Para análise dos óbitos maternos, recomenda-se a utilização das seguintes Classificações:

#### I. Análise dos fatores determinantes:

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

#### II. Avaliação da Assistência:

- **Problemas no Planejamento Familiar:** Dificuldade de acesso aos serviços, às informações sobre métodos, sobre serviços, aos insumos, e aos exames.
- **Problemas na Assistência Pré-natal:**
  1. Falta de captação precoce e busca ativa da mulher.
  2. Falta de recursos humanos.
  3. Desqualificação do profissional de saúde (negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais, falha diagnóstica, inadequação de procedimentos e métodos recomendados, não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno entre outros).
  4. Inexistência de protocolos no serviço.
  5. Referência e contra referência não formalizada.

- **Problemas na assistência ao parto, puerpério e intercorrências:**

1. Dificuldade de acesso: aos serviços, à informação, aos insumos e medicamentos, aos exames.
2. Falta de recursos humanos.
3. Desqualificação do profissional de saúde (demora ou não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno, falha diagnóstica e inadequação de procedimentos e tratamento, entre outros).
4. Falha de preenchimento dos instrumentos de registro.
5. Falta de equipamento ou de manutenção para equipamentos.
6. Inexistência de protocolos no serviço.
7. Referência e contra referência não formalizada.
8. Carência de leitos obstétricos e de UTI.
9. Falta de sangue, hemoderivados.

**IMPORTANTE:**

O preenchimento da Ficha de Investigação do Óbito Materno-Síntese, Conclusões e Recomendações deve ser realizada pelos membros dos Comitês Regionais após a análise de evitabilidade do óbito, a identificação dos problemas e as intervenções necessárias.

### **2.3.2 Análise dos óbitos infantis e fetais:**

Após a conclusão do processo de investigação dos óbitos infantis e fetais pela Comissão de Vigilância do Óbito dos Municípios, é recomendável realizar o resumo da história de cada caso, ressaltando os pontos mais importantes do caso. Estes resumos e os documentos de cada caso deverão ser encaminhados ao Comitê Regional para análise da evitabilidade, identificação dos problemas e elaboração das recomendações a todos os níveis de atenção para evitar casos similares.

#### **I. Análise dos problemas observados:**

Realizar a análise sobre a assistência de saúde, de modo que propicie a avaliação de evitabilidade do óbito por ação oportuna e resolutiva do setor saúde.

Fatores a serem considerados na identificação e análise dos problemas:

- Problemas no planejamento familiar e pré-natal (acesso e assistência);

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

## II. Análise de evitabilidade dos óbitos infantis e fetais:

- Para análise dos óbitos infantis, recomenda-se a utilização da seguinte Classificação:

**Lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS para menores de cinco anos de idade (MALTA et al, 2010):**

### 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).

- Para análise do óbito fetal, recomenda-se a utilização da seguinte classificação:

### Classificação de Wigglesworth Expandida:

Propõe nove grupos de causas de óbitos, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde.

#### Quadro 3. Classificação dos óbitos fetais e infantis – adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005)\*

- **Grupo 1. Malformação congênita (grave ou letal / potencialmente letal):** apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidades bioquímicas graves ou severas como a doença de Tay Sach's e qualquer defeito genético reconhecido como de alto risco para o óbito devem ser incluídos.
- **Grupo 2 – Morte fetal anteparto:** mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indicio/ relato / evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes/perdas fetais tardias deveria ser incluída neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. A morte de uma criança nascida viva decorrente de problemas durante o período anteparto deve ser considerada na categoria "outras causas específicas" (categoria 6).
- **Grupo 3 – Morte intraparto ('asfixia', 'anóxia', sofrimento fetal agudo ou 'trauma'):** Óbitos fetais ou infantis; Esta categoria reúne bebês que sobreviveriam se não tivessem ocorrido complicações/problemas durante o trabalho de parto e parto. Esses bebês geralmente são bem formados, natimortos e/ou receberam baixo escore de Apgar, sofreram aspiração meconial ou tiveram evidências de acidose ao nascimento. Bebês muito prematuros (menor que 1000 gramas) podem sofrer asfixia durante o nascimento, mas não devem ser registrados neste grupo de causas – devem ser classificados no grupo Imaturidade/ prematuridade, ou outro específico como o grupo 5 ( Infecção).
- **Grupo 4 – Imaturidade/ prematuridade:** Aplica-se apenas a bebês nascidos vivos que morrem devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intra-ventricular ou outras conseqüências tardias da prematuridade – incluindo dano pulmonar crônico. Incluir todo neonato com peso ao nascer menor que 1000 gramas.
- **Grupo 5 – Infecção:** Aplica-se aos óbitos fetais e infantis em que há evidência clara de infecção microbiológica que pode ter causado a morte, p.ex., infecção materna por estreptococo do grupo B, rubéola, parvovírus, sífilis, etc, morte por septicemia, outras infecções, incluindo as pneumonias e diarreias. Podem ser enquadrados em duas subcategorias:
  - 5a- Infecções perinatais/materna
  - 5b- Pneumonias, diarreias, outras infecções
- **Grupo 6 – Outras causas específicas de morte:** Em caso de condição fetal, neonatal ou pediátrica específica reconhecida, não contemplada nos grupos anteriores de causas. Exemplos:
  - Condições fetais: transfusão feto-fetal e hidropsia fetal
  - Condições neonatais: hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido a perda prolongada de líquido (hipoplasia pulmonar primária deve ser classificada como malformação), persistência de circulação fetal (na ausência de infecção, aspiração ou deficiência de surfactante), perda sanguínea não associada a trauma (p. ex., vasa praevia);
  - Condições pediátricas: bronquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como vôlvo sem antecedente de má-rotação congênita).
- **Grupo 7 – Causa externa:** Morte provocada por acidente ou violência confirmada deve ser codificada neste grupo.
- **Grupo 8 – Morte súbita, causa desconhecida:** Inclui mortes de causa desconhecida de bebês nascidos vivos. Pode ser modificada após exame postmortem.
- **Grupo 9 – Não classificada:** Deve ser usada como último recurso (óbito infantil) e maior detalhamento deve ser fornecido se esta opção é registrada.

\* Tradução e adaptação: Lansky S.

## 2.4 Elaboração e encaminhamento de propostas de intervenções / Recomendações

A principal tarefa dos Comitês Regionais é analisar e identificar em cada caso investigado o que deve ser modificado, as recomendações e as medidas necessárias para evitar novas mortes preveníveis e encaminhar às autoridades responsáveis (gestores de saúde, diretores de hospitais e de serviços de saúde) para a realização das mudanças necessárias.

Os Comitês Regionais analisam os óbitos e definem as medidas que podem resultar na melhoria do registro e na redução dos óbitos, encerrando o preenchimento dos instrumentos de investigação com a Ficha Síntese. Este fluxo é indispensável para a identificação e execução de políticas ou ações estaduais com vistas à redução da mortalidade.

## 2.5 Divulgação dos estudos dos casos e propostas de intervenção

- As recomendações deverão ser encaminhadas aos gestores de saúde de todos os níveis como parte do trabalho da vigilância de óbitos.
- Devem ser apontadas as medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e medidas de intervenção para a reorganização da assistência.
- É necessário promover a articulação permanente da equipe de vigilância de óbitos e dos Comitês com os gestores da saúde, para elaboração dos Planos de Guia de vigilância epidemiológica.
- Promover a divulgação dos resultados e a integração com as demais políticas públicas sociais e de educação.
- Os resultados obtidos devem ser divulgados para entidades científicas, Instituições de ensino e pesquisa de medicina, enfermagem e demais profissionais de saúde, Conselhos de Saúde e de Direitos da Mulher, sociedade civil.
- Devem ser considerados os canais de divulgação, como publicações médicas das secretarias de saúde, revistas, publicações oficiais do Sistema de Saúde, os boletins informativos da vigilância epidemiológica e outros meios de comunicação.

## 2.6 Correção dos dados vitais

1. Após o recebimento do formulário padrão (ficha-síntese) com o sumário da investigação de óbito materno preenchido, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no município

digitará esses dados no módulo de investigação de óbitos do SIM, no prazo máximo de 7 (sete) dias, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local.

2. Em seguida, realiza a primeira atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultada durante a investigação e a data da sua conclusão.

3. Caso a investigação epidemiológica aponte para a necessidade de alterar ou complementar a D.O, inclusive com novas causas de óbito, ou permita a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, as causas deverão ser indicadas e, no caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem passar por um processo de recodificação, e de nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna.

4. Em complemento, a equipe de vigilância de óbitos maternos deverá acompanhar a conclusão do estudo de óbito e a emissão de pareceres pelos Comitês de Prevenção de Mortalidade e comunicar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município para que este possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito (s) no SIM.

### III. ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL PELO MODELO DAS TRÊS DEMORAS - MODELO “THREE DELAYS”

---

A análise das três demoras na assistência obstétrica pode fornecer dados precisos sobre os determinantes da mortalidade materna, infantil e fetal. Considerando que a mortalidade é uma combinação de fatores inter relacionados, Thaddeus e Mayne (1990) propuseram um modelo teórico de três demoras conhecido como "Three Delays Model", compreendendo que as demoras entre o início de uma complicação e seu tratamento adequado podem ocorrer em três fases:

**Fase I:** Demora na decisão de procurar cuidados pelo indivíduo e/ou família;

**Fase II:** Demora no acesso a uma unidade de cuidados adequados de saúde;

**Fase III:** Demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência.

#### **Análise das Três Demoras: identificando fatores modificáveis**

Um fator modificável é algo que poderia ter impedido a morte se tivesse tomado um curso diferente de ação. Muitos fatores modificáveis envolvem oportunidades perdidas dentro do sistema de saúde. Identificar esses fatores modificáveis, portanto, pode oferecer potencial para mudança positiva.

Embora à primeira vista uma morte possa sugerir uma única causa biológica, uma análise mais aprofundada, geralmente, revela fatores contribuintes ou causas subjacentes. Muitas vezes, explorando o evento e obtendo uma melhor compreensão das causas, soluções e estratégias, tornam-se mais aparentes. O exame desses fatores fornece uma visão sobre a evitabilidade de cada morte e potenciais soluções que podem evitar mortes semelhantes no futuro.

**Critérios padronizados para análise das “Três Demoras” (THADDEUS; MAINE, 1994):**

<b>FASE 1: Demora em reconhecer a necessidade de cuidado (família/paciente)</b>	
Desconhecia os sinais de risco.	Subutilização dos serviços influenciada por desconhecimento dos sinais de risco e falta de reconhecimento da gravidade para justificar cuidados médicos.
Recusa do cuidado.	Fatores, "barreiras" ou "restrições" que afetam a decisão de procurar cuidados e utilização de serviços.
<b>FASE 2: Demora no acesso ao cuidado adequado</b>	
Ausência ou inadequação do pré-natal.	A dificuldade de acesso aos serviços influencia a tomada de decisão e determina o tempo gasto em alcançar o serviço adequado em tempo oportuno.
Dificuldade com transporte.	
Barreira geográfica.	
<b>FASE 3: Demora em receber cuidado de qualidade na unidade</b>	
Demora no Diagnóstico.	Atrasos no reconhecimento de transtornos maternos de alto risco e prestação de cuidados inadequados nas unidades de saúde.
Dificuldade de comunicação com centro regulador.	
Falta de pessoal treinado.	
Demora na transferência do caso.	
Atraso no início do tratamento.	
Conduta inadequada com a paciente.	

## REFERÊNCIAS

---

PEREIRA, M.G. Mortalidade. In: Epidemiologia: Teoria e Prática. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Brasília, 2002.

Brasil. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

AIMABLE, M. Review of perinatal deaths with application of a three-delay analysis of hospitals in Kigali, Ruanda. University of Uppsala, Department of International Maternal and Child Health (IMCH).

<http://www.diva-portal.org/smash/record>.

THADDEUS'S, MAINE D. Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context- Sm. Sci. Med. Vol. 38. Elsevier Science Ltda. Printed in. N.º. 8, pp. 1091-1110, 1994.

LEE, A. C.; LAWN, J. E.; COUSENS S. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? Int J Gynaecol Obstet. 2009 Oct; Volume 107. Pages S65–S88. Published by Elsevier Ireland Ltd. on behalf of International Federation of Gynecology and Obstetrics.

PACAGNELLA, R. C. Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico. Campinas, SP: [s.n.], 2011. [Tese] - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP\\_29e4f0b9e1fdb7ef5f82a767ba8335](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_29e4f0b9e1fdb7ef5f82a767ba8335). Acesso em: 20 set. 2011

Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, ET al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(2):173-176, abr-jun 2010 <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>.