



# Guia para Implantação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal





## CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

### Presidente

Synésio Batista da Costa

### Vice-Presidente

Carlos Antonio Tilkian

### Conselheiros

Cleriane Lopes Denipoti, Eduardo José Bernini, Elizabeth Maria Barbosa de Carvalhaes, Euclésio Bragança da Silva, Fernando Vieira de Figueiredo, Fernando Vieira de Mello, Humberto Barbato Neto, José Eduardo Planas Pañella, José Ricardo Roriz Coelho, Luiz Fernando Brino Guerra, Maria Rosemary França Vianna, Morvan Figueiredo de Paula e Silva, Rubens Naves e Vitor Gonçalo Seravalli

### Conselho Fiscal

Almir Rosas Augusto Laranja, Bento José Gonçalves Alcoforado e Sergio Hamilton Angelucci

### Secretaria Executiva

Victor Alcântara da Graça

## FICHA TÉCNICA

### Textos

Cecília Kayano Morais - Coordenadora Executiva e Maria Inês Rosseli Puccia - Coordenadora Pedagógica - Centro de Estudos de Saúde Coletiva (Cesco) da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)

### Colaboração

Juliana Mamona, Maria Lucilene de Almeida Santos e Victor Alcântara da Graça

### Revisão de Texto e Copy Desk

Eros Camel | © Camel Press

### Projeto gráfico e diagramação

Eric Barioni

### ISBN

978-65-87569-20-8

### Impressão

Coktail Gráfica e Editora

### Tiragem

50 exemplares



# Guia para Implantação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

1ª edição

São Paulo

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

2023

# Carta do Presidente

Visando o combate à mortalidade infantil em regiões que possuem um alto índice de óbitos infantis por causas evitáveis, a Fundação Abrinq criou, em 2018, o Programa Mortalidade Zero. Para alcançar tal objetivo, o programa desenvolve uma série de ações em conjunto com os municípios parceiros, sendo elas:

1. Promoção de ações intersetoriais:
  - Auxílio à construção de um plano de redução do óbito infantil por grupo de trabalho (GT) composto por representantes das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência;
  - Fortalecimento/criação de Comitê de Vigilância do Óbito Infantil.
2. Aprimoramento da atenção básica em saúde oferecida às mulheres, gestantes e bebês:
  - Formações com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde;
  - Formação para o estímulo à criação de grupos de gestantes/puérperas.
3. Conscientização de mulheres, gestantes, puérperas e sociedade sobre temas relacionados à gravidez e ao puerpério:
  - Fomento de ações educativas durante a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM).

O principal propósito do programa é propor formalmente estratégias viáveis e alinhadas às necessidades de saúde da população para o enfrentamento à mortalidade infantil e, conseqüentemente, à mortalidade materna. Nesse sentido, a Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, cumprindo com sua missão de sensibilizar e apoiar as equipes de gestão municipal, regional e estadual sobre a importância da implantação dos comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal, organizou este guia com a finalidade de apresentar diretrizes e orientações para a implantação, organização e operacionalização das atividades relativas aos comitês nos municípios e oferecer subsídios para a sistematização de propostas de intervenções para o enfrentamento das mortes maternas e infantis, especialmente as mortes neonatais. Dessa maneira, espera-se contribuir para o alcance das metas da Agenda 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Tenha uma boa leitura!



Synésio Batista da Costa  
Presidente



# Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	<b>07</b>
<b>2. Análise da situação de saúde, segundo indicadores de mortalidade materna e infantil</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Aspectos conceituais e metodológicos sobre os indicadores</b> .....	<b>26</b>
3.1. Mortalidade materna .....	26
3.2. Mortalidade infantil .....	28
3.3. Mortalidade fetal .....	30
3.4. Mortalidade perinatal .....	30
3.5. Oscilações demográficas e fatores de correção .....	31
3.6. Outros conceitos importantes .....	33
<b>4. Comitês de mortalidade materna, infantil e fetal</b> .....	<b>36</b>
4.1. Composição .....	39
4.2. Atribuições .....	40
4.3. Fluxo para implantação do comitê .....	45
<b>5. Vigilância do óbito</b> .....	<b>49</b>
5.1. Investigação dos óbitos .....	52
5.1.1. Identificação.....	52
5.1.2. Seleção dos óbitos para investigação .....	54
5.1.3. Coleta de dados .....	56
5.1.3.1. Investigação domiciliar .....	58
5.1.3.2. Investigação ambulatorial e/ou hospitalar .....	59
5.1.4. Investigação do óbito com causa mal definida .....	60
5.1.5. Análise da evitabilidade .....	61

5.1.5.1. Identificação dos problemas que levaram ao óbito .....	61
5.1.5.2. Métodos de classificação e análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais .....	67
5.1.6. Proposição de medidas, relatório síntese e conclusão da investigação .....	73
<b>6. Encaminhamentos .....</b>	<b>76</b>
6.1. Correção dos dados vitais e causa da morte, conforme necessidade .....	76
6.2. Divulgação dos resultados .....	77
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>78</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>85</b>
Anexo I – Modelo de Portaria de Designação do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal.....	85
Anexo II – Modelo de Regimento Interno do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal .....	89
Anexo III - Modelo do Termo de Confidencialidade e Sigilo.....	93
Anexo IV - Fluxo das Declarações de Óbito (DO) .....	95
Anexo V - Fluxo das Declarações de Nascido Vivo (DNV).....	100
Anexo VI - Modelo de credencial .....	102
Anexo VII - Modelo de carta para apresentação dos profissionais de saúde e membros do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal aos serviços de saúde .....	103

# 1



## Introdução

As mortes de crianças e de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal expressam o mais alto grau de injustiça social e se destacam entre os mais desafiadores problemas para a saúde pública em diversas nações em desenvolvimento, a exemplo do Brasil.

A mortalidade infantil e a mortalidade materna são evitáveis na grande maioria dos casos e, desta forma, configuram-se como violação de direitos fundamentais da pessoa humana. O direito à vida e à saúde em seu mais alto grau, assim como à liberdade, ao respeito e à dignidade, à segurança, à convivência familiar, são garantidos por um amplo arcabouço jurídico-político cujo fundamento se encontra em nossa Constituição Federal (CF) e se desdobra em leis, decretos, normas, resoluções e portarias, que estão em constante diálogo com as conferências e convenções internacionais sobre os direitos humanos, das mulheres e crianças que foram ratificadas pelo Brasil (quadro 1).

### QUADRO 1

#### Principais conferências e convenções sobre direitos humanos das crianças

Ano	Conferência
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos – Organização das Nações Unidas (ONU)
1959	Declaração Universal dos Direitos das Crianças – Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)
1978	Declaração de Alma-Ata – Organização Mundial da Saúde (OMS)

Ano	Conferência
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw) - Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU)
1989	Convenção sobre os Direitos da Criança - Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)
1990	Decreto Federal nº 99.710/1990
1993	Conferência de Direitos Humanos de Viena (Áustria)
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Brasil)
1994 1999	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo e Cairo+5 (Egito)
1995 2000	IV e V Conferências Mundiais sobre a Mulher de Beijing e Beijing+5 (China)
2000	Cúpula do Milênio das Nações Unidas (Estados Unidos)
2015	Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável - Organização das Nações Unidas (ONU)

Desde 1948, quando foi adotada e proclamada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a saúde é reconhecida como um direito inalienável de todas as pessoas. Desde então, o Brasil, na qualidade de país membro da ONU, é signatário dos tratados e convenções internacionais que estabelecem diretrizes e compromissos com a saúde pública, a exemplo da Conferência de Alma Ata (1978), que estabeleceu o compromisso com os cuidados primários de saúde, uma estratégia fundamental para atingir a meta "Saúde para Todos no Ano 2000". Esta meta foi pactuada na 30ª Assembleia Mundial de Saúde realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1977, juntamente com a Conferência de Alma-Ata, as quais representam marcos históricos que redefiniram modelos e práticas da atenção à saúde no mundo todo.

No cenário interno é importante mencionar que a Carta Magna do país, em seu artigo 196, estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para responder a este compromisso com a cidadania brasileira, a própria Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a vigorar em todo o território nacional, a partir da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, quais sejam: a Lei nº 8.142/90, que regulamenta o controle social e a transferência intergovernamental de recursos financeiros, e a Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, e que, em 2011, foi complementada pelo Decreto nº 7.508, o qual dispõe sobre a “organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”.

Também merece destaque a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, no que tange à promoção da vida saudável das crianças e mulheres. Este documento define, no artigo 14, que: “Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde”, afirmação que reverbera no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), marco regulatório fundamental de proteção integral à infância e adolescência, promulgado por força da Lei nº 8.069/90.

Além da Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, outros dois grandes eventos foram importantes para as proposições atuais voltadas à saúde das gestantes, puérperas e crianças no âmbito do arcabouço conceitual dos direitos sexuais e reprodutivos: Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo (Egito), e a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, conhecida como Conferência de Pequim (China), ocorrida em 1995.

Tais conferências internacionais ratificaram a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos para além do ciclo gravídico puerperal, incluindo a atenção às mulheres em situação de abortamento, violência doméstica e sexual, a prevenção do câncer de mama e do colo uterino e o cuidado inclusivo de mulheres, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, como questões essenciais para o campo da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Neste sentido, os direitos sexuais e reprodutivos passaram a integrar as agendas das políticas públicas de saúde, colocando-se como diretriz para as ações e os projetos voltados à saúde materna e infantil, de forma a ampliar as responsabilidades e os compromissos do Estado com a saúde das mulheres, dos adolescentes e das crianças.

Cabe destacar que, ao ratificar estes compromissos internacionais, o país deve empreender os esforços necessários para a implementação de políticas públicas, programas e ações de saúde que garantam melhorias de acesso e cobertura de atendimento nos serviços de atenção básica,

média e alta complexidades, de maneira a fortalecer a capacidade de resposta da rede de atenção em à saúde frente às necessidades específicas de mulheres e crianças. Dessa maneira, aumentam-se as chances de alcance dos resultados esperados no que se refere à redução da mortalidade materna e infantil.

Com o intuito de consolidar o direito à saúde e respeitar os acordos firmados internacionalmente, observou-se, desde os anos 2000, a instituição de políticas, programas e ações (quadro 2, a seguir), atendendo aos marcos legais e regulatórios da saúde, considerando as necessidades da população evidenciadas pelos indicadores de saúde, sociais e demográficos.

QUADRO 2

### Principais programas e políticas de saúde materno-infantil implementadas a partir de 2000 pelo Ministério da Saúde - Brasil, 2000 a 2022

Ano	Conferência
2000	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)
2004	Pacto de redução da mortalidade materna e neonatal
2004	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (Pnaism)
2004	Programa Nacional de Imunizações (PNI)
2006 2009	Pacto da Saúde - Pacto de Gestão, Pacto de Defesa do SUS, Pacto pela Vida
2006 2011 2017	Política Nacional da Atenção Básica (Pnab)
2011	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan)
2011	Rede Cegonha
2015	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidipi) (atualização)
2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc)

As políticas e programas nacionais mais relevantes para a promoção da saúde materna e infantil estabelecem, em seus pressupostos, o enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal a partir da descentralização das ações para os níveis locais de saúde, de forma a atender as especificidades das populações de cada território, como o modo de vida, as condições socioeconômicas, o perfil epidemiológico e sanitário, a cultura, as crenças e os valores, bem como a forma de uso dos serviços de saúde (Bittencourt *et al.*, 2013; Brasil, 2009b).

Este arcabouço programático em saúde propõe o cuidado em rede, articulado entre os diferentes níveis de atenção à saúde, de caráter contínuo. Ou seja, a continuidade do cuidado considera todo o percurso assistencial dos usuários, entre os serviços de maior complexidade tecnológica para o atendimento de agravos menos frequentes e específicos, sob a coordenação da atenção primária em saúde (APS) que responde e resolve as demandas de saúde mais comuns e mais frequentes da população. Desta forma, as equipes da APS devem fundamentar-se no modelo de vigilância à saúde que pressupõe a atenção aos determinantes sociais da saúde, segundo a lógica da integralidade, da equidade, da criação de vínculos, da resolutividade e da responsabilização pelo cuidado oportuno (Starfield, 2022).

Assim, a Rede Cegonha, criada em 2011, veio constituir uma linha de cuidado temática com ênfase na atenção obstétrica e neonatal, que busca atender aos pressupostos das políticas nacionais, integrando demais programas e ações que visam ampliar o acesso e qualificar o cuidado na saúde das gestantes, puérperas e crianças até 2 anos de vida (Brasil, 2011a).

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.459/2011, artigo 3º, são objetivos da Rede Cegonha (Brasil, 2011a):

- I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses;
- II - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

As principais diretrizes da Rede Cegonha apoiam-se na promoção do planejamento reprodutivo e das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, no acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades, na consolidação do sistema de referência e contrarreferência com transporte seguro e na defesa dos direitos reprodutivos e da igualdade de gênero (Brasil, 2011, Brasil, 2017).

A devolutiva do segundo ciclo avaliativo dos resultados para as maternidades vinculadas à Rede Cegonha para as maternidades vinculadas concluiu que, a despeito dos avanços positivos na articulação das ações pela atenção básica, há dificuldades significativas no monitoramento e na avaliação das ações e na disponibilidade de dados secundários sobre boas práticas na atenção obstétrica e neonatal, que dependem, em grande parte, do aprimoramento da gestão e da ampliação do controle social no âmbito da saúde materno-infantil (Silva *et al.*, 2021).

Portanto, os comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal constituem importante estratégia ético-política, na medida em que exercem um papel de grande relevância como instância de apoio à gestão do sistema de saúde, na efetivação das políticas e implementação de ações nas linhas de cuidado em saúde materno-infantil.

Vale destacar que as análises provenientes da vigilância aos óbitos oferecem informações consistentes sobre as condições de vida da população, além das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, particularmente no que se refere à qualidade da atenção e ao acesso em saúde, garantindo subsídios robustos para a formulação de políticas públicas, bem como a tomada de decisão por parte dos gestores no que tange às melhorias no cuidado à saúde, desde o pré-natal até o primeiro ano de vida da criança.



# 2

## **Análise da situação de saúde, segundo indicadores de mortalidade materna e infantil**

Do ponto de vista epidemiológico, a mortalidade materna e infantil são indicadores de saúde de grande relevância para a análise das condições de saúde e seus determinantes sociais. Os óbitos maternos e infantis tendem a ser injustos e evitáveis e a ocorrência desses eventos é inversamente proporcional ao desenvolvimento socioeconômico de um país. Além disso, sua distribuição espacial e temporal varia grandemente conforme a distribuição de riqueza, evidenciando desigualdades em dada população.

As mortalidades materna e infantil são eventos nos quais os determinantes sociais têm grande impacto, afetando sua magnitude e distribuição. E a distribuição dos óbitos acompanha, de maneira inversa, a distribuição da riqueza e o desenvolvimento socioeconômico do país (adaptado de Bittencourt *et al.* 2013, pp. 65 e 106).

Nesse contexto, a razão de mortalidade materna e a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil se enquadram na categoria de indicadores da situação de saúde negativos: quanto mais elevadas forem as taxas ou coeficientes de mortalidade, piores serão as condições de saúde das pessoas que compõem a população analisada.

Por esse motivo, a redução dos óbitos maternos e infantis foi incluída entre as oito metas prioritárias para o desenvolvimento – os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a

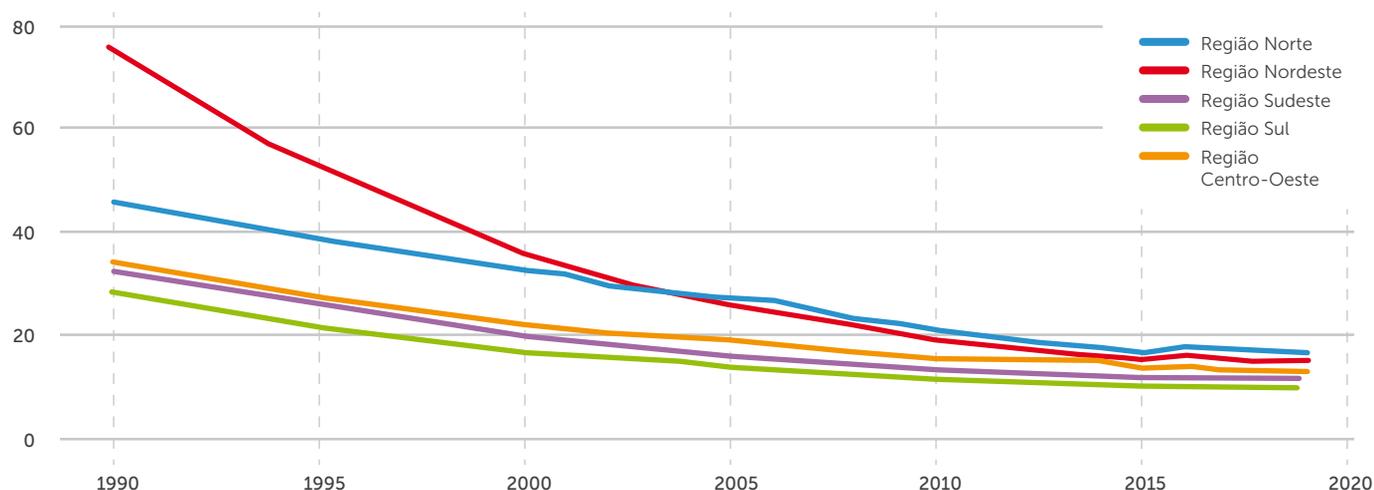
serem atingidos pelos países signatários até o ano de 2015. A delimitação de uma agenda coletiva em função dos ODM representou um marco político e estratégico para o enfrentamento das desigualdades sociais e iniquidades, com ênfase no combate à fome e redução da pobreza, alcance da educação básica para todos, promoção da igualdade gênero e autonomia das mulheres, redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna e controle do vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), a malária e outras doenças.

Dentre estes objetivos, verifica-se uma associação muito estreita com ações promotoras da saúde materna e infantil, seja através dos dispositivos relativos ao ODM 4 e ao ODM 5, que propuseram a redução da mortalidade infantil em dois terços e redução da mortalidade materna em 75%, respectivamente, como também de forma indireta por meio dos demais objetivos direcionados às políticas sociais que impactam sensivelmente na melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil.

Em função dos esforços implementados para o alcance das metas estipuladas, entre 1990 e 2015, houve queda acentuada da taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano de idade) no Brasil, quando o indicador passou de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos para 13,3 óbitos por mil nascidos vivos (figura 1).

FIGURA 1

### Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos - Brasil, 1990 a 2019



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde (MS), 52(37). Outubro de 2021, p. 4.

Ao desagregar os dados por macrorregiões, pode-se observar a queda ainda mais expressiva na Região Nordeste do país. Contudo, na Região Norte, este recorte territorial ainda apresentava, até 2015, taxa elevada (tabela 1).

TABELA

1

### Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) segundo região - Brasil, 1990 a 2015

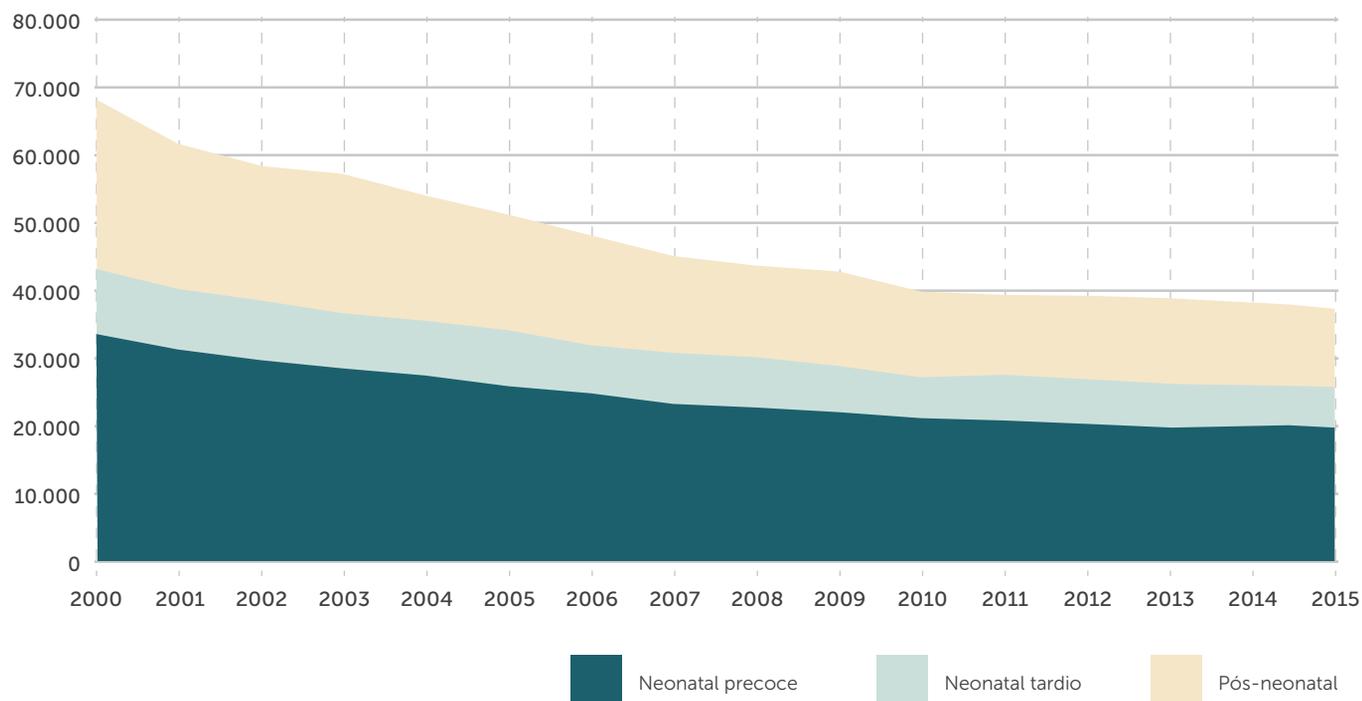
Região	1990	2000	2010	2015
Norte	45,9	32,8	21,0	16,6
Nordeste	75,8	35,9	19,1	15,2
Centro-Oeste	34,3	22,3	15,9	13,7
Sudeste	32,6	20,1	13,4	11,8
Sul	8,3	16,9	11,6	10,4
<b>Brasil</b>	<b>47,1</b>	<b>26,1</b>	<b>16,0</b>	<b>13,3</b>

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde (MS), 52(37). Outubro de 2021.

De modo geral, a redução mais expressiva da mortalidade infantil foi evidenciada no componente pós-neonatal no qual predominam as mortes por doenças respiratórias e diarreicas de causa infecciosa, desnutrição, acidentes na infância e violência, bem como as complicações tardias de problemas perinatais. Na análise dos indicadores, verifica-se que 70% dos óbitos infantis são representados pelo componente neonatal, sendo que pouco mais da metade das ocorrências se dão na primeira semana de vida (figura 2).

FIGURA 2

### Série histórica dos óbitos infantis por local de residência segundo componentes - Brasil, 2000 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

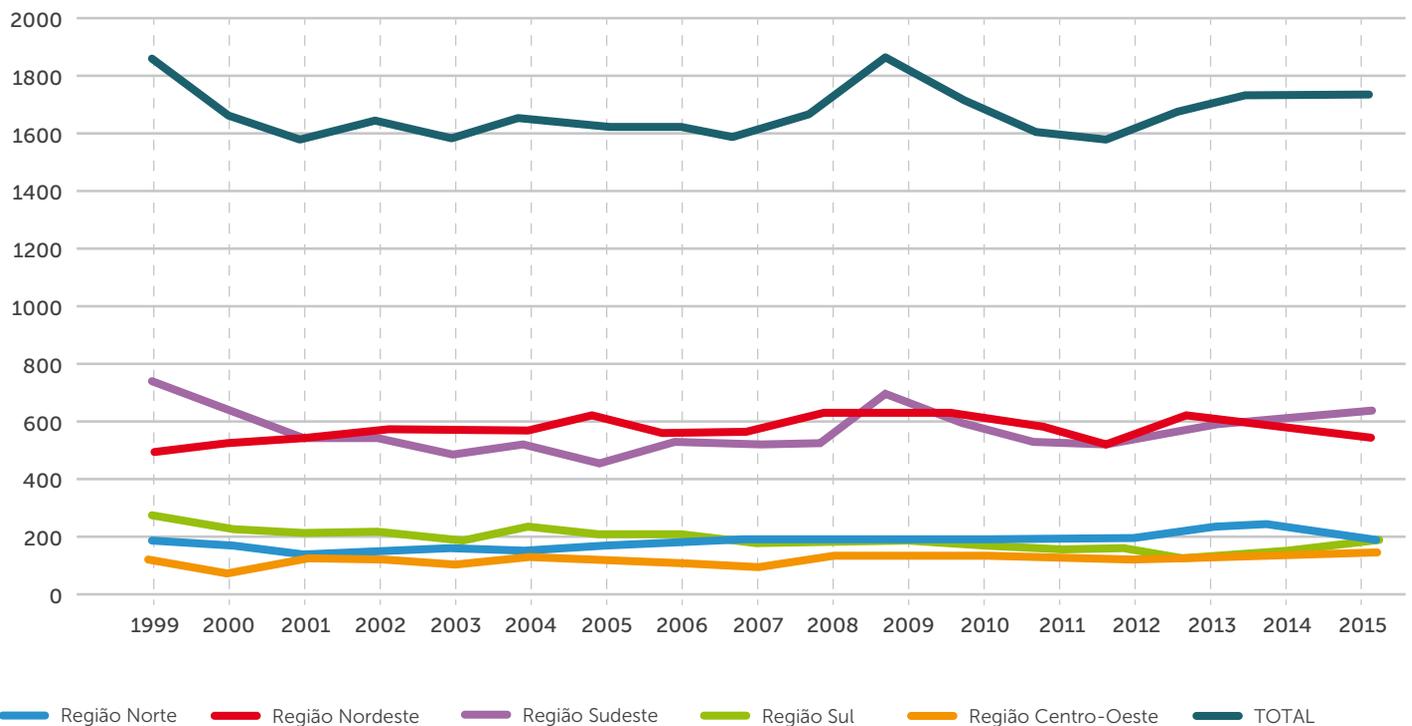
Nesse contexto, prevaleceu a dificuldade histórica em relação ao enfrentamento da mortalidade infantil neonatal, considerada, desde os anos 1990, de difícil controle. Desde então, o combate à mortalidade neonatal passou a ser problema prioritário de saúde pública, cujo enfrentamento se encontra atrelado ao plano de intervenções sobre a saúde materna, já que a matriz de problemas envolvidos na ocorrência de óbitos neonatais também se encontra na gênese de óbitos maternos.

Nesta mesma perspectiva, foi verificada maior dificuldade para atingir a meta do ODM 5, relativa à redução da mortalidade materna para 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. A despeito dos programas e ações implementados com o objetivo de melhorar a saúde materna, em 2015, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (2019), a razão da mortalidade materna no Brasil foi de 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

De acordo com a figura 3, a seguir, é possível notar que os óbitos maternos em números absolutos se mantiveram praticamente estáveis na série histórica de 1999 a 2015, com destaque para o abrupto aumento, em 2009, em virtude da pandemia de Influenza A, causada pelo vírus H1N1, que, já naquele momento, evidenciou a alta vulnerabilidade das gestantes e puérperas às doenças emergentes, caracterizando-as como grupo de risco para infecções respiratórias agudas graves.

**FIGURA 3**

**Série histórica dos óbitos maternos por local de residência segundo região - Brasil, 1999 a 2015**



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

De acordo com as análises da Organização Panamericana da Saúde (Opas), entre 1990 e 2015 a razão de mortalidade materna caiu em torno de 45%. No entanto, o indicador persiste em patamares elevados e/ou estáveis em países em desenvolvimento e nos territórios onde faltam recursos, como nas áreas rurais e comunidades mais pobres, atingindo mais as adolescentes do que as demais mulheres em fase reprodutiva, reforçando que a desigualdade social, assim como as diferenças macrorregionais, representam graves problemas para o enfrentamento das mortes maternas, inclusive no Brasil (figura 3, página 17).

Verifica-se, ainda, maior número de ocorrências no Nordeste e Sudeste, notificadas ao Sistema de Informação em Mortalidade (SIM). Por outro lado, as ocorrências nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul são menos expressivas. Porém, esta distribuição dos óbitos não implica diretamente em uma avaliação favorável da tendência temporal dos eventos, mas possivelmente com os problemas relacionados aos índices de cobertura e regularidade de informações concernentes às estatísticas vitais notificadas ao SIM e ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), conforme abordado anteriormente.

Ao encerramento do ciclo de esforços implementados para o alcance dos ODM, seguiu-se a elaboração de nova agenda para dar continuidade às conquistas e alcançar metas inacabadas até o ano de 2030: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Para acompanhar a implementação da Agenda 2030 no Brasil, foi criada a Comissão Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, vinculada à Secretaria de Governo da Presidência da República, a qual designou o Ipea para prestar assessoria técnica aos seus trabalhos. A Agenda 2030 do Ipea apresenta propostas de adequação das metas globais dos ODS à realidade brasileira, destacando-se as seguintes proposições para a saúde materna e infantil:

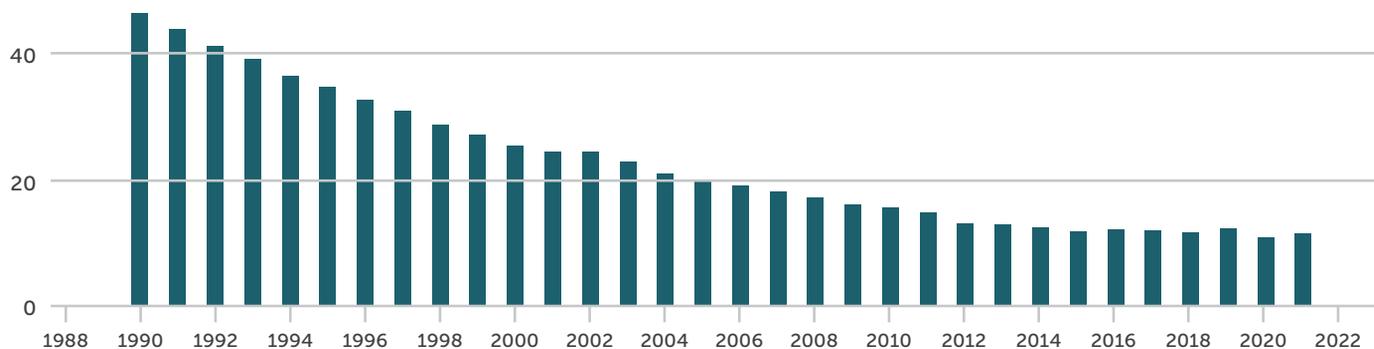
Meta 3.1 – Até 2030, reduzir a mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos;

Meta 3.2 – Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo cinco por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo oito por mil nascidos vivos.

Desde 2015, a taxa de mortalidade infantil vem se mantendo com tendência de queda, com redução mais significativa do número absoluto de óbitos infantis, em 2020, em virtude da pandemia de Covid-19, assim como a redução concomitante do número de nascimentos no país entre 2019 e 2020 (figuras 4 e 5).

FIGURA 4

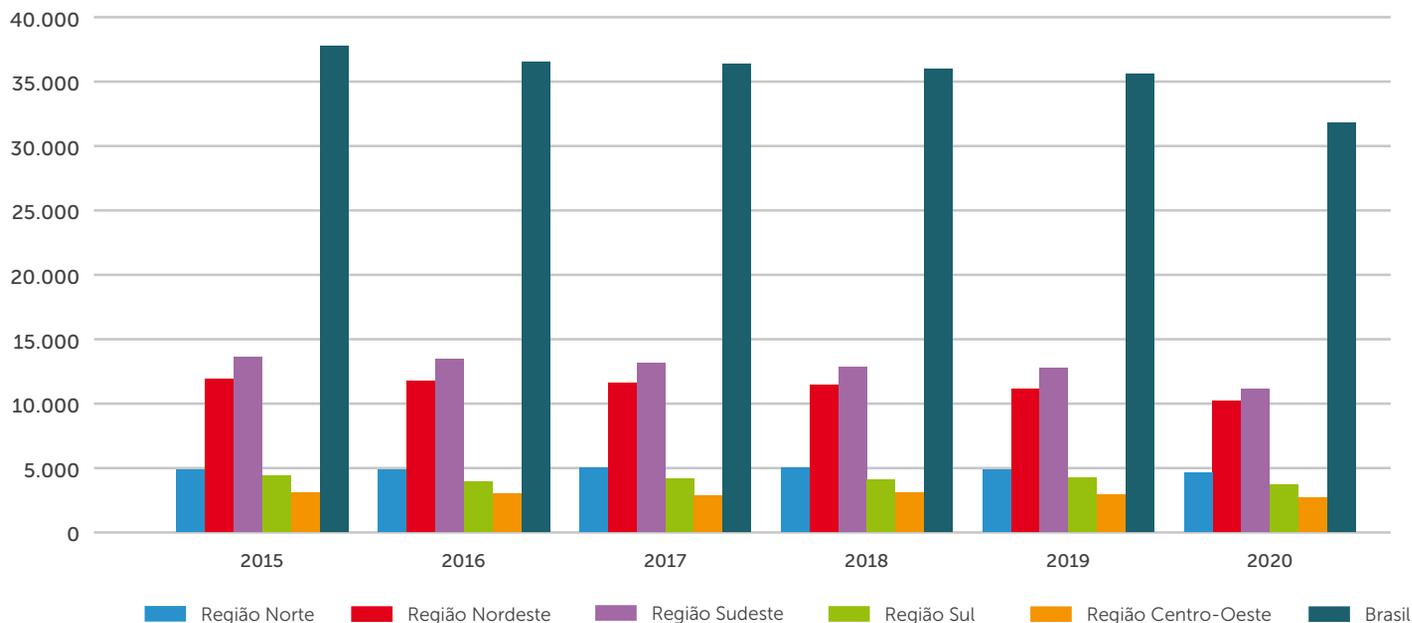
### Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos - Brasil, 1988 a 2022



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

FIGURA 5

### Óbitos infantis por local de residência segundo região - Brasil, 2015 a 2020

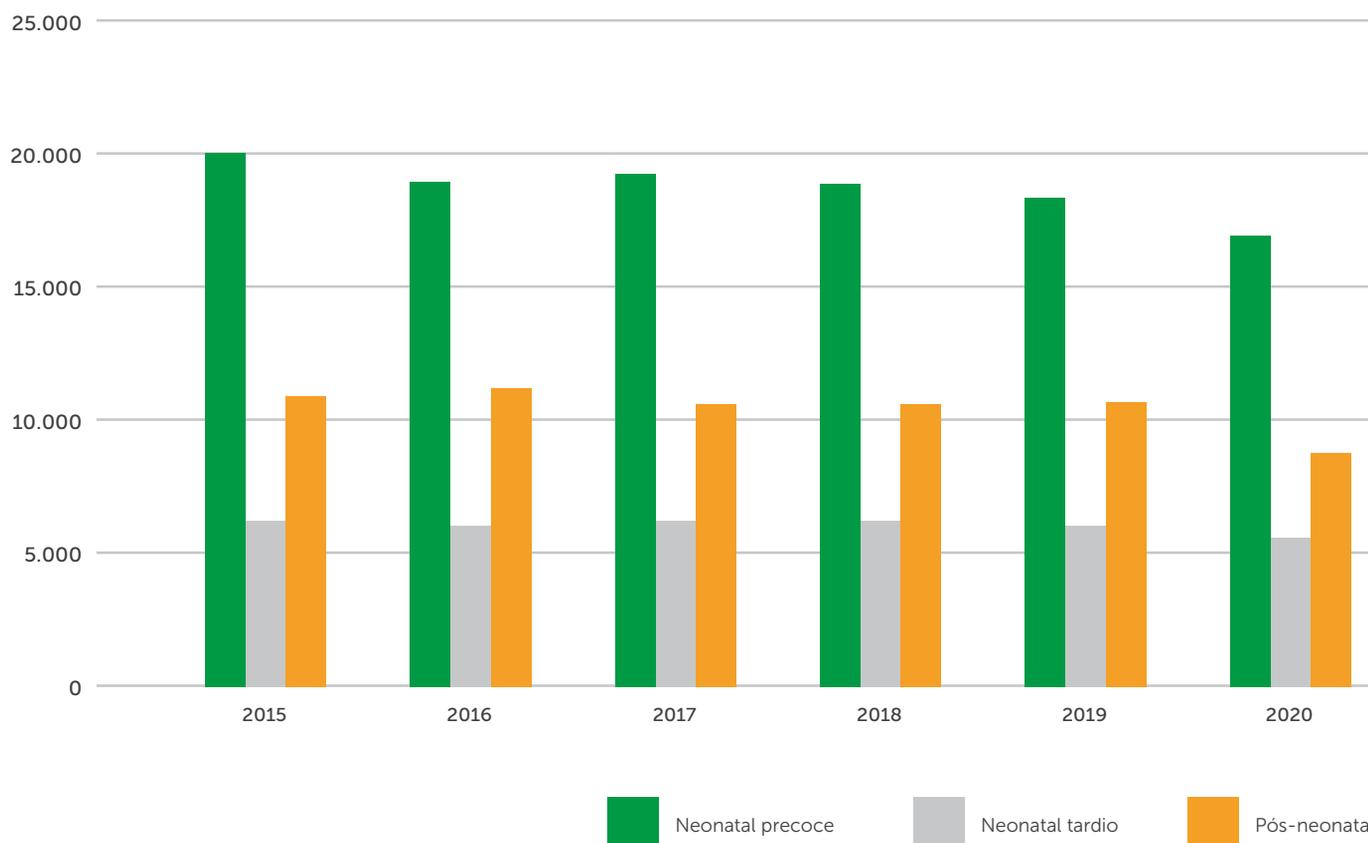


Fonte: Ministério da Saúde (MS/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Entretanto, a análise isolada dos óbitos neonatais permite perceber a tendência de estabilidade, de acordo com a figura 6, com reflexos em uma taxa de mortalidade infantil neonatal aproximada entre nove e dez óbitos por mil nascidos vivos no período, segundo estimativas do Ipea (2019).

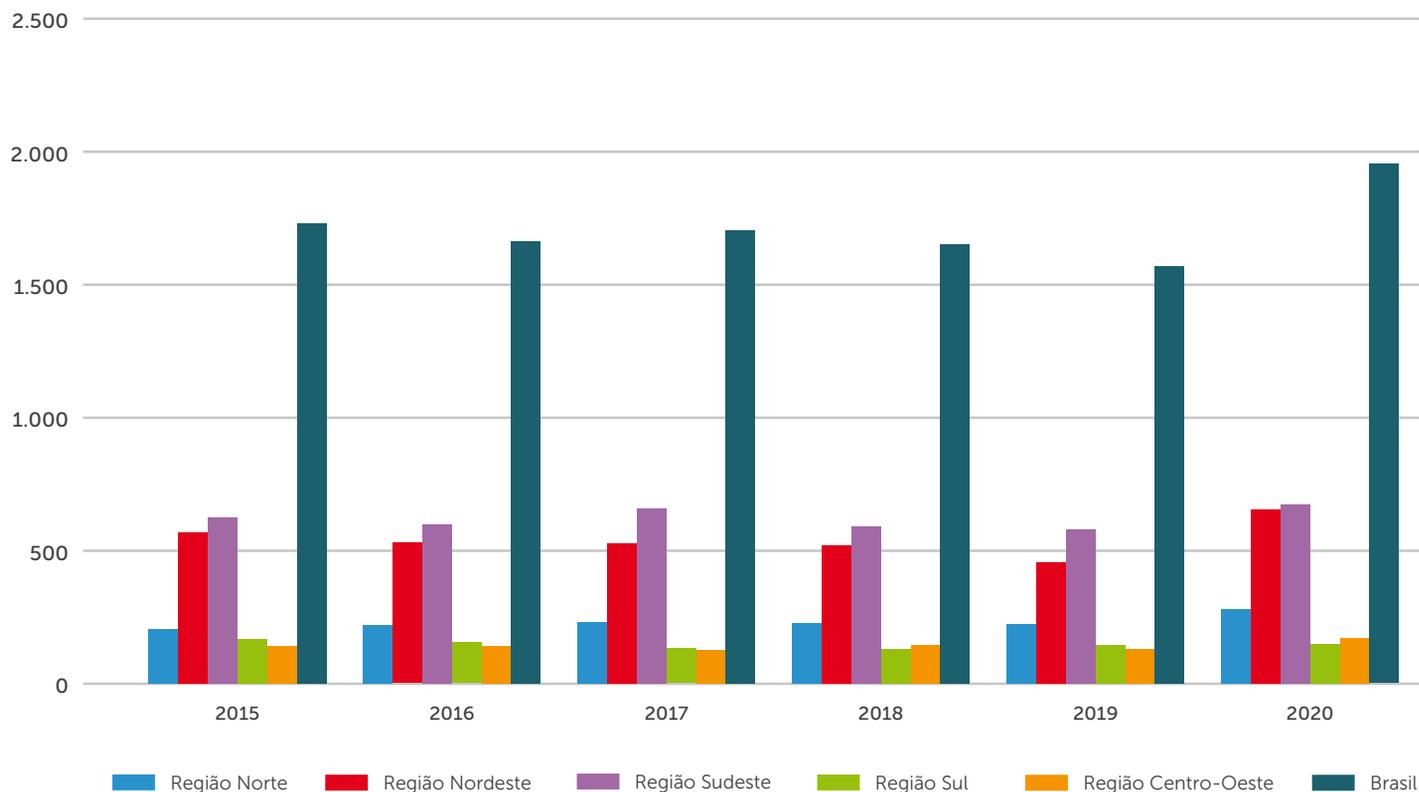
FIGURA 6

### Óbitos infantis por local de residência segundo componentes - Brasil, 2015 a 2020



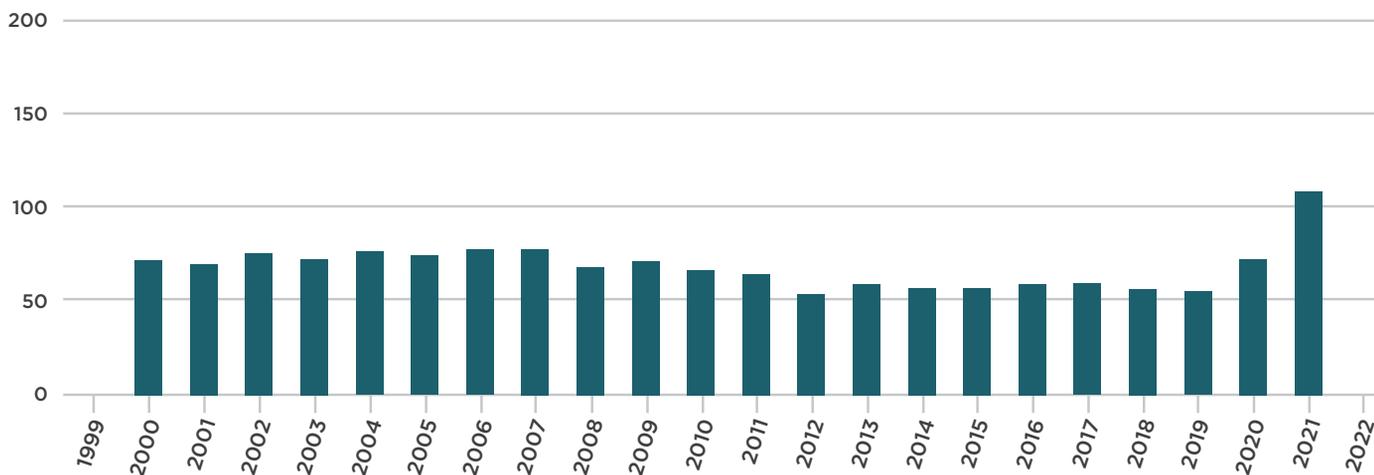
Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Já a razão de mortalidade materna apresentou discreto aumento em 2016 e 2017, recuperando, em seguida, a tendência de redução anteriormente observada. No entanto, a pandemia de Covid-19 teve um enorme impacto sobre a saúde materna, com aumento significativo de mortes entre gestantes e puérperas em 2020 (figura 7).

**Óbitos maternos por local de residência segundo região - Brasil, 2015 a 2020**

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Já no ano de 2021, a razão de mortalidade materna atingiu o patamar de 110,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (figura 8, a seguir). Além de serem incluídas tardiamente no grupo de risco para a infecção, houve falhas importantes no acompanhamento pré-natal e na atenção ao parto, em virtude das demoras na obtenção do cuidado obstétrico, fortemente influenciadas pelas barreiras impostas para atendimento nos serviços de saúde durante as fases mais críticas da pandemia no país. Ademais, houve atraso excessivo na indicação da imunização das gestantes e puérperas contra a Covid-19, além das informações contraditórias e sem fundamentação científica, que corroboraram para que as próprias mulheres evitassem a busca oportuna por cuidados, incluindo a imunização.

**Razão de mortalidade materna para cada 100 mil nascidos vivos - Brasil, 2000 a 2021**

Fonte: Observatório da Criança e do Adolescente – Fundação Abrinq, Brasil, 2023.

Diante desse cenário, a análise mais recente da tendência da mortalidade materna, realizada pelo Instituto Fernandes Figueira e a Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz, 2023), indicou a necessidade de redução da razão da mortalidade materna da ordem de 11,6% ao ano, a partir de 2020, a fim de atender a meta de redução pactuada na Agenda 2030. Taxa, esta, praticamente intangível, considerando-se a série histórica da mortalidade materna e todos os esforços empreendidos para melhorar a saúde materna desde o ano 2000.

Nos anos que antecederam a pandemia, quando foram estabelecidas as metas de redução da mortalidade materna e infantil para a Agenda 2030, vislumbrava-se a perspectiva, entre os países em desenvolvimento, de alcance de uma razão de mortalidade materna inferior a 50 óbitos por 100 mil nascidos vivos, atribuídos majoritariamente às causas indiretas em um contexto de baixos índices de fertilidade, segundo a perspectiva da transição obstétrica.

O fenômeno da transição obstétrica (quadro 3, a seguir), é definido como uma tendência secular de mudanças de um patamar de altas taxas de mortalidade materna, quando predominam as causas diretas (síndromes hipertensivas da gestação, hemorragias e infecções) para um patamar de baixa mortalidade materna, com maior prevalência de causas indiretas associadas aos óbitos (doenças crônico-degenerativas, causas externas e doenças autoimunes, por exemplo).

## Transição obstétrica

### Estágio I

Razão de Morte Materna: menos de mil mortes maternas por 100 mil nascidos vivos: a maioria das mulheres experimentam uma situação próxima da história natural da gravidez e do parto. A Fase I é caracterizada pela mortalidade materna muito alta, com alta fertilidade e a predominância de causas diretas de mortalidade materna, juntamente com uma grande proporção de mortes atribuíveis a doenças transmissíveis, como a malária. A maior parte das mulheres não recebe assistência obstétrica profissional ou não tem acesso a estabelecimentos de saúde.

### Estágio II

Razão de Morte Materna: de 999 a 300 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos: a mortalidade e fertilidade permanecem muito elevadas, com um padrão de causas similar ao Estágio I. No entanto, uma maior proporção de mulheres começa a procurar e receber atendimento nas unidades de saúde.

### Estágio III

Razão de Morte Materna: de 299 a 50 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos: a fertilidade é variável e as causas diretas de mortalidade ainda predominam. Esta é uma fase complexa porque o acesso continua a ser um problema para uma grande parte da população, mas como uma maior proporção de mulheres grávidas chega aos serviços de saúde, a qualidade de atendimento torna-se um dos principais determinantes dos resultados de saúde, especialmente no que diz respeito aos serviços de saúde sobrecarregados. Além da prevenção primária, a prevenção secundária e a terciária são fundamentais para melhorar os resultados de saúde materna neste estágio. Em outras palavras, a qualidade dos cuidados, com atendimento especializado do nascimento e manejo adequado de complicações, é essencial para reduzir a mortalidade materna.

### Estágio IV

Razão de Morte Materna: menos de 50 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos: a mortalidade materna é baixa, há baixa fertilidade e causas indiretas de mortalidade materna; em particular, as doenças crônico-degenerativas adquirem maior importância. Um aspecto que emerge nesta fase é o papel cada vez maior da medicalização como uma ameaça à qualidade e melhor resultados de saúde.

### Estágio V

Todas as mortes maternas evitáveis são de fato evitadas; razão de morte materna < 5 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. A mortalidade materna é muito baixa, a taxa de fertilidade é baixa ou muito baixa e as causas obstétricas indiretas associadas às doenças crônico-degenerativas são as principais causas de mortalidade materna. Os principais desafios deste estágio são a consolidação de avanços contra a violência estrutural (por exemplo, a desigualdade de gênero), manejo efetivo das populações vulneráveis (por exemplo, pessoas imigrantes, refugiadas e deslocadas no próprio país) e a sustentabilidade da excelência na qualidade do atendimento.

Fonte: Souza, 2013, p. 534.

Entretanto, nos anos 2016 e 2017, já se observou uma estagnação da mortalidade materna, quadro que foi agravado pelo contexto pandêmico, tornando mais pessimistas as expectativas e previsões de cumprimento da Agenda 2030 para o Brasil e vários países em desenvolvimento, exigindo ações mais robustas e políticas públicas mais efetivas para o enfrentamento deste problema global que é a mortalidade materna.

É necessário reconhecer que, desde a década de 1990, houve melhora importante dos indicadores, apesar da estagnação na redução da mortalidade infantil e das dificuldades encontradas no enfrentamento dos óbitos neonatais e maternos. As reduções observadas se explicam pela melhoria das condições de vida da população em geral (aumento da renda, programas de infraestrutura urbana, habitação e saneamento básico, e redução do abandono escolar e dos índices de analfabetismo, entre outras), bem como a ampliação da cobertura dos programas e ações de saúde, especialmente no campo da atenção primária em saúde, assistência pré-natal, as ações de humanização do parto e nascimento, a promoção do aleitamento materno, o aumento da cobertura vacinal e o fortalecimento das ações de regionalização do SUS (Souza, 2013; Bittencourt *et al.*, 2013).

Por esse motivo, recomenda-se ampliar a perspectiva utilizada para enquadrar o problema da mortalidade materna e infantil. Nesse sentido, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) representam um conceito de grande relevância em saúde pública, sendo amplamente utilizados para compreender o processo saúde-doença sob uma perspectiva mais abrangente acerca dos fatores relacionados à ocorrência de doenças e agravos à saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as iniquidades relacionadas aos DSS incluem as assimetrias na distribuição de poder, na geração de renda, no acesso aos bens e serviços, com impactos negativos nas condições de vida e no acesso ao cuidado à saúde, aos programas de assistência social e transferência de renda, além da possibilidade de usufruir de condições dignas de moradia, acesso as ações culturais, de lazer e esporte, em territórios e ambientes seguros e sustentáveis (ENSP-FIOCRUZ, 2023; Buss e Pelegrini Filho, 2007).

Quando são evidenciados os DSS, é possível compreender de forma mais ampla porque, em meio a avanços consideráveis ainda persistem as diferenças regionais associadas à inequidades sociais e às fragilidades do sistema de saúde. Tais fragilidades, encontradas no âmbito microestrutural dos municípios, precisam ser enfrentadas com o empenho de toda a sociedade, uma vez que expõem a vulnerabilidade das mulheres imposta pelas desigualdades de gênero, que ainda

podem ser maximizadas em função do quesito raça/cor, baixa escolaridade, desemprego ou renda insuficiente.

Da mesma forma, a mortalidade infantil também pode ser analisada sob a perspectiva da determinação social em saúde, na medida em que as condições de risco e vulnerabilidade social das famílias influenciam o cuidado das crianças, a percepção da doença, a tomada de decisão de buscar assistência em saúde, a forma de uso dos serviços de saúde e serviços sociais, e a continuidade do cuidado da criança pós-convalescença.

Embora seja possível verificar, a partir de 2009, melhora expressiva da qualidade das informações sobre os óbitos infantis (Bittencourt *et al.*, 2013), é preciso manter em mente que tanto a mortalidade infantil como a materna são fenômenos subdimensionados. Desde então, houve aprimoramento dos trabalhos dos comitês de vigilância, bem como a entrada em vigor, em todo território nacional, da Portaria GM/MS nº 72/2010, tornando obrigatória a vigilância dos óbitos infantis e fetais nos serviços que integram o SUS. Contudo, a subenumeração e subinformação em relação a esses eventos ainda representam desafios a serem superados.

A subenumeração dos óbitos refere-se ao sub-registro dos óbitos nos cartórios e, por conseguinte, nos órgãos oficiais de demografia e pesquisa. Já a subinformação resulta das omissões e incorreções no preenchimento das declarações de óbitos. É importante considerar que a subenumeração dos nascimentos interfere consideravelmente no cálculo dos indicadores de mortalidade infantil e materna, tendo em vista que ambos os indicadores consideram o número de nascidos vivos em sua base de cálculo.

Nesse sentido, os comitês de vigilância e prevenção dos óbitos maternos e infantis se colocam como ferramentas indispensáveis para o dimensionamento cada vez mais adequado dos indicadores e para a identificação de problemas e determinantes sociais envolvidos na ocorrência dos óbitos, principalmente quando há ampliação de sua composição, incorporando representantes da sociedade civil e outras instituições relevantes na defesa dos direitos de mulheres e crianças, conforme será discutido mais adiante.

# 3



## Aspectos conceituais e metodológicos sobre os indicadores

### 3.1. Mortalidade materna

A razão de mortalidade materna é definida pelo número de óbitos maternos em relação ao número de nascidos vivos, entre a população de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) residentes em determinado território no ano selecionado para a análise.

Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas como morte materna

**x 100.000**

Número de nascidos vivos de mães residentes

De acordo com a definição da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>1</sup>, o óbito materno é compreendido como “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 devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

<sup>1</sup> As mortes maternas correspondem ao capítulo XV da CID-10: “Gravidez, Parto e Puerpério” (excluídos os códigos O96 e O97).

É importante destacar que os casos de morte materna tardia<sup>2</sup> (que ocorre por causas obstétricas após 42 dias e antes de um ano do desfecho da gestação), bem como de morte materna por sequela de causa obstétrica direta (que ocorre um ano ou mais após o parto) não se incluem no cálculo do coeficiente de mortalidade materna.

Desta forma, a razão ou o coeficiente de mortalidade materna é um indicador que estima a frequência de óbitos entre mulheres por causas relacionadas à gravidez, ao parto e puerpério, de maneira a evidenciar a qualidade insatisfatória da atenção à saúde sexual e reprodutiva, desde os serviços de planejamento familiar, o atendimento pré-natal e ao parto, até a assistência puerperal, sob a perspectiva dos determinantes sociais de saúde, das desigualdades de gênero e autonomia das mulheres.

A morte materna obstétrica direta<sup>3</sup>, aquela que decorre de *“complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas”* (por exemplo, eclampsia, descolamento prematuro de placenta, infecção puerperal e complicações do abortamento); a morte materna obstétrica indireta<sup>4</sup>, por sua vez, ocorre em função de *“doenças que estavam presentes antes da gravidez ou que surgiram durante a gravidez, não provocadas por causas obstétricas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez”*. Quando a causa da morte materna é desconhecida, ela é classificada como *“não especificada”* (Brasil, 2009b; Bittencourt et al., 2013).

São consideradas também as classificações de morte materna declarada, quando as informações estão preenchidas nos campos 42 e 43 da declaração de óbito (DO), ou morte materna não declarada, quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. A morte materna presumível ou mascarada resulta de falhas no preenchimento da causa básica do óbito, sendo omitida a causa relacionada ao estado gravídico-puerperal, dificultando a identificação do óbito materno. Nestes casos, recomenda-se a utilização de máscaras, que serão detalhadas mais adiante.

<sup>2</sup> Código O96 da CID-10.

<sup>3</sup> Código O97 da CID-10.

<sup>4</sup> Códigos O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, a34, B20 a B24 da CID-10 (estes últimos, após criteriosa investigação).

A despeito de algumas diferenças regionais, as principais causas atribuídas à morte materna são decorrentes das síndromes hipertensivas da gravidez, hemorragias (descolamento prematuro de placenta, hemorragia pós-parto e aborto) e infecções (sepse, infecção puerperal e aborto, por exemplo). As mortes obstétricas indiretas respondem por cerca de 25% dos óbitos maternos e são atribuídas a diversas causas, desde as infecciosas (Covid-19, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e pneumonias), câncer, até as causas externas, incluindo-se as causas violentas (IFF/Fiocruz, 2023).

## 3.2. Mortalidade infantil

É definida pelo número de óbitos de menores de 1 ano de idade, em relação ao número de nascidos vivos, entre a população residente de um determinado território, no ano selecionado para a análise.

Número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade

Número de nascidos vivos de mães residentes

**x 1.000**

É um indicador que estima o risco de uma criança morrer ainda no seu primeiro ano de vida, segundo seus componentes (quadro 4, a seguir). Taxas elevadas se relacionam com uma ampla variedade de determinantes sociais, cuja identificação, por meio do trabalho de vigilância do óbito infantil, possibilita a proposição de estratégias de enfrentamento, conforme discutiremos mais à frente. São eles:

- Escolaridade e ocupação materna, renda familiar, condições de moradia e sanitárias (determinantes distais);
- Histórico reprodutivo materno, qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e puericultura, cobertura vacinal e acesso ao cuidado oportuno da criança doente (determinantes intermediários);
- Peso ao nascer e idade gestacional, estado nutricional, idade e morbidade materna, e malformações congênitas (determinantes proximais).

## Componentes da mortalidade infantil segundo subgrupos de idade e risco estimado

Componente	Subgrupo etário	Risco estimado
Mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida, por mil nascidos vivos, na população residente do território e ano selecionados	Óbitos de recém-nascidos, na primeira semana de vida (incompleta), decorrentes de causas relacionadas às condições de saúde materna, malformações congênitas graves e prematuridade extrema, além das deficiências na atenção ao pré-natal e ao parto
Mortalidade neonatal tardia	Número de óbitos de 7 a 27 dias de vida, por mil nascidos vivos, na população residente do território e ano selecionados	Óbitos de recém-nascidos, antes do primeiro mês de vida (incompleto), decorrentes de causas relacionadas à assistência inadequada ao recém-nascido de risco, além das deficiências na atenção ao pré-natal e ao parto, malformações congênitas e condições de saúde maternas
Mortalidade infantil pós-neonatal	Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida, por mil nascidos vivos, na população residente do território e ano selecionados	Óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida até 11 meses e 29 dias, decorrentes de causas relacionadas aos determinantes sociais desfavoráveis, inadequações de infraestrutura, acesso e qualidade da atenção à saúde da criança e causas externas

### 3.3. Mortalidade fetal

Refere-se ao número de óbitos fetais (óbitos de conceptos com peso igual ou superior a 500g e/ou estatura a partir de 25cm ou ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação) por mil nascimentos totais, na população residente do território e ano selecionados.

$$\frac{\text{Número de óbitos fetais (22 semanas e mais) de mães residentes}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes + Óbitos fetais}} \times 1.000$$

A mortalidade fetal estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida, de modo a expressar a proporção destes eventos por causas relacionadas às condições de saúde materna e malformações congênitas, além das deficiências da assistência ao pré-natal.

### 3.4. Mortalidade perinatal

O período perinatal é compreendido entre a 22ª semana de gestação até 7 dias de vida completos do recém-nascido. Portanto, inclui os óbitos fetais, acrescidos dos nascidos vivos que foram a óbito entre 0 e 6 dias de vida (mortalidade neonatal precoce). É representada pela seguinte proporção:

$$\frac{\text{Óbitos fetais* (acima de 22 semanas de gestação) + Óbitos de recém-nascidos de 0 e 6 dias, ambos de mães residentes}}{\text{Número de nascidos vivos + Número de óbitos fetais*, ambos de mães residentes}} \times 1.000$$

(\*) Incluir óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não informada.

A utilização da mortalidade fetal e da mortalidade perinatal é particularmente indicada para a compreensão dos eventos preveníveis por ações efetivas de saúde. No entanto, ambos se tornam bastante limitados em razão da subenumeração dos óbitos fetais e omissão da idade gestacional nas declarações de óbitos dos neomortos, incluindo-se o critério definidor anterior da CID-10, que considerava 28 semanas como idade limítrofe para óbitos fetais.

As dificuldades no cálculo destes indicadores, bem como suas estimativas por métodos indiretos, requerem abordagens metodológicas mais complexas, restringindo-se a indicação de uso dos mesmos para as unidades da Federação e municípios nos quais a taxa de mortalidade infantil é calculada pelo método direto, conforme recomendações do Ministério da Saúde (MS) (2009).

### 3.5. Oscilações demográficas e fatores de correção

Em municípios com números absolutos relativamente pequenos de nascidos vivos, a precisão do cálculo dos coeficientes de mortalidade infantil pode ser prejudicada em razão das oscilações demográficas.

Isto também se aplica quando a cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) está abaixo de 90%, ou não atinge o valor de 80% de um índice composto entre o grau de cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para os óbitos infantis em relação à regularidade das informações dos óbitos infantis.

A estimativa da regularidade é calculada por um coeficiente - Determinação (R2), que associa os óbitos infantis na linha do tempo, através de um cálculo complexo, realizado a partir de função exponencial. Já a cobertura é obtida através da razão entre os óbitos infantis do SIM e os óbitos infantis estimados pelos métodos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O índice composto final (IF) é ponderado com maior peso para a cobertura dos óbitos infantis e menor peso para a regularidade da informação dos óbitos infantis, sendo:

$$\text{IF} = \text{Cobertura (0,6)} + \text{Regularidade (0,4)}$$

Se o valor do IF for maior ou igual a 80%, e a cobertura dos óbitos infantis pelo SIM for maior ou igual a 90%, o cálculo do coeficiente de mortalidade infantil deverá ser realizado pelo método direto.

Se o valor de IF for inferior a 80%, o cálculo do coeficiente de mortalidade infantil deverá ser realizado pelos métodos demográficos indiretos reconhecidos que requerem, contudo, abordagens metodológicas mais complexas. Para a estimativa da mortalidade infantil através dos métodos indiretos, alguns autores recomendam a distribuição de Poisson (previsão de probabilidades) e o modelo de regressão linear multivariada.

Entretanto, o que se observa mais comumente é a utilização de estimativas indiretas da mortalidade infantil calculadas pelo IBGE a partir de informações coletadas através dos censos e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Por sua vez, os dados provenientes de busca ativa de óbitos infantis e nascimentos, inquéritos e pesquisas por amostragem dos municípios apresentam limitações relativas aos vieses de informação e tamanho de amostras insuficientes. Isto pressupõe o incentivo ao aprimoramento dos registros vinculados ao SIM e ao Sinasc para o cálculo do indicador com maior confiabilidade, o que representa uma importante ação dos comitês de mortalidade materna e infantil junto às instâncias de gestão e atenção dos sistemas de saúde público e privado.

Entretanto, quando o fator agravante para o cálculo diz respeito ao número relativamente baixo de nascimentos e/ou número absoluto de óbitos nulos ou próximos de zero, uma alternativa bastante utilizada, quando o número de óbitos é zero, é a “Regra de Três”, que estima o limite superior (numerador) como sendo igual a três, dividido pelo número de nascidos vivos no denominador.

Em ambos os casos, recomenda-se o suporte de técnicos especializados em estatística para auxiliar as equipes dos comitês.

Tal como se observa na mortalidade infantil, o cálculo da razão de mortalidade materna apresenta algumas limitações associadas à subenumeração de óbitos e nascimentos, assim como as flutuações demográficas anuais, particularmente em municípios pequenos ou que apresentam baixa cobertura e regularidade de informações do Sinasc e do SIM, o que exige a adoção de métodos indiretos para a elaboração das estimativas de mortalidade materna, baseados em procedimentos demográficos específicos.

O fator de correção representa a relação entre os óbitos maternos declarados e os óbitos identificados no processo de investigação, recomendando-se o seguinte cálculo (Brasil, 2009b):

$$\frac{\text{Número óbitos maternos declarados} + \text{Número de óbitos maternos identificados após investigação}}{\text{Número de óbitos declarados}} +$$

+

Nas localidades onde a investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade fértil está sujeita a variações, é utilizado um fator de correção que é obtido pela razão entre o número absoluto de mortes maternas evidenciados nas investigações e o número de óbitos maternos declarados nos atestados de óbitos formais. Este fator de correção foi proposto por Laurenti *et al.* (2004), é adotado pelo MS e está padronizado no valor de 1,4, a ser aplicado sobre as mortes maternas declaradas oficialmente nos atestados.

### 3.6. Outros conceitos importantes

Para subsidiar os trabalhos dos comitês de mortalidade e em conformidade aos conceitos adotados pelas referências técnicas do MS (Brasil, 2009a, pp. 24-26; Brasil, 2009b, pp. 54-55) para a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, recomenda-se considerar:

- **Abortamento:** é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido;
- **Aborto:** é o produto da concepção expulso no abortamento;
- **Declaração de Nascido Vivo (DNV):** documento padrão do Sinasc, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de nascimentos vivos, atender princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde;
- **Declaração de Óbito (DO):** documento padrão do SIM, que tem por 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;

- **Idade gestacional calculada:** em geral avaliada pelo obstetra, considerando-se o tempo entre o primeiro dia do último período menstrual normal e o parto;
- **Idade gestacional estimada:** idade gestacional baseada no exame físico do recém-nascido;
- **Morte domiciliar:** é aquela que ocorre dentro do domicílio;
- **Morte em outro serviço de saúde:** ocorre em qualquer estabelecimento de saúde, exceto hospital, Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatório, consultório, serviço de urgência, serviço de referência e especialidade etc.;
- **Morte em via pública:** é aquela que ocorre em local público ou em trânsito num veículo não destinado especificamente ao transporte de pacientes e/ou sob a responsabilidade de pessoa não profissional de saúde; ocorre em local público, no trajeto ou não para o serviço de saúde;
- **Morte hospitalar:** é aquela que ocorre a qualquer momento e em qualquer dependência de um hospital ou estabelecimento de saúde, independentemente do tempo transcorrido entre a chegada do paciente e seu falecimento. O óbito da paciente dentro da ambulância, a caminho do hospital, também é considerado hospitalar.

A morte que ocorre com menos de quatro horas após a chegada no hospital aponta a situação de gravidade da criança e deve ser considerada na análise da evitabilidade. É frequente constar como morte hospitalar na DO os casos em que a criança já chegou morta no hospital, o que também merece análise sobre as circunstâncias do óbito e do acesso aos serviços de saúde;

- **Morte no trajeto para o hospital ou serviço de saúde:** ocorre em qualquer tipo de veículo ou transporte ou não, no trajeto para o serviço de saúde;
- **Morte relacionada à gravidez:** é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das mortes obstétricas com as não obstétricas;
- **Mulher em idade fértil:** o critério internacional considera a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos;
- **Nascido vivo:** é o produto de concepção expulso ou extraído do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, que, depois da separação, respire ou apresente qualquer sinal de vida 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;

- **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 respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária;
- **Partograma:** representação gráfica da curva de dilatação cervical durante o trabalho de parto, para avaliação e acompanhamento do trabalho de parto; recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e considerado importante instrumento para a indicação das intervenções oportunas nas complicações no nascimento;
- **Recém-nascido de baixo peso (RNBP):** recém-nascido com peso ao nascer menor que 2.500 gramas;
- **Recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP):** recém-nascido com peso ao nascer menor que 1.000 gramas;
- **Recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP):** recém-nascido com peso ao nascer menor que 1.500 gramas;
- **Recém-nascido pós-termo:** recém-nascido com idade gestacional maior ou igual a 42 semanas;
- **Recém-nascido pré-termo extremo:** recém-nascido com idade gestacional menor que 32 semanas de gestação, ou seja, entre 22 e 31 semanas e seis dias;
- **Recém-nascido pré-termo tardio:** recém-nascido com idade gestacional entre 32 e 36 semanas de gestação;
- **Recém-nascido pré-termo:** recém-nascido com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação, ou seja, até 36 semanas e seis dias;
- **Recém-nascido adequado para a idade gestacional (RN AIG):** recém-nascido com peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intrauterino;
- **Recém-nascido grande para a idade gestacional (RN GIG):** recém-nascido com peso acima do percentil 90 para a curva de crescimento intrauterino;
- **Recém-nascido pequeno para a idade gestacional (RN PIG):** recém-nascido com peso ao nascer abaixo de percentil 10 para a curva de crescimento intrauterino.



# 4

## Comitês de mortalidade materna, infantil e fetal

Os Comitês de Vigilância da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são organismos permanentes de assessoramento técnico-científico, de natureza interinstitucional, multiprofissional, educativa, não coercitiva e não punitiva, com caráter ético e sigiloso, destinados a discutir, analisar, avaliar e monitorar os óbitos maternos, infantis e fetais, incluindo a proposição de medidas de intervenção para a redução destas ocorrências no território de sua abrangência.

Representam importantes instâncias de assessoramento da gestão em saúde, que atuam no monitoramento e avaliação da atenção à saúde materna, perinatal e infantil, oferecendo subsídios provenientes da identificação, investigação, análise e recomendação de medidas que podem interferir sensivelmente na redução e prevenção dos óbitos:

- De mulheres durante a gravidez, parto e puerpério;
- Fetais;
- Neonatais precoces e tardios;
- Pós-neonatais.

Os comitês de mortalidade estão fundamentados no escopo das ações de vigilância epidemiológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definidas pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 como:

(...) 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).

Por meio da Portaria GM/MS nº 1.172/2004, o Ministério da Saúde (MS) estabelece o monitoramento da mortalidade infantil e materna como atribuição das instâncias municipal e estadual de Vigilância em Saúde, devendo os estados atuarem de forma complementar junto aos municípios. Acrescenta que estas instâncias de gestão devem designar equipe técnica responsável pela vigilância dos óbitos nos seus respectivos territórios.

Desde 2010, a vigilância dos óbitos infantis e fetais passou a ser obrigatória por parte dos serviços públicos e privados que integram o SUS, por meio Portaria GM/MS nº 72/2010, que também estabelece o fluxo especial para declarações de óbito com informação acerca de óbitos infantis e fetais, definindo o prazo de 120 dias após a data do óbito para que os responsáveis pela vigilância dos óbitos infantis concluam o caso e informem os resultados da investigação.

Outrossim, é de fundamental relevância considerar a necessidade de integração dos comitês de mortalidade infantil e fetal com os comitês de mortalidade materna. Tal medida fundamenta-se nos dispositivos legais vigentes, assim como na otimização de recursos de toda ordem, especialmente os recursos humanos que deverão ser mobilizados pelos municípios e estados para garantir as ações de vigilância e prevenção dos óbitos maternos e infantis.

Sob a perspectiva epidemiológica e de acordo com as séries históricas dos óbitos infantis apresentadas na seção anterior, é importante considerar a alta magnitude da mortalidade infantil neonatal, que representa em torno de 70% dos óbitos em menores de 1 ano de idade em todo o país, com tendência de estabilidade em patamares elevados. O enfrentamento deste problema exige intervenções prioritárias sobre a melhoria da saúde materna, desde o pré-natal até o parto, justificando a necessidade de integrar as ações de investigação das mortes maternas, fetais e neonatais.

Cabe destacar que a Portaria GM/MS nº 1.119/2008 regulamenta esta prática estabelecendo os fluxos conjuntos de investigação, com vistas ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com desdobramentos para as metas da atual Agenda 2030, que inclui a

redução da mortalidade neonatal e materna como indicadores sensíveis da qualidade de vida e que representam grandes desafios globais.

Desde 2004, foi aprovado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, propondo que óbitos integrem a Lista de Notificação Compulsória nos serviços públicos e privados em todo o território brasileiro, além de indicar a necessidade de medidas concretas e assertivas para a melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil neonatal, de forma integrada e articulada com diversos atores sociais no sentido da redução de óbitos maternos, infantis e fetais, que são evitáveis em sua grande maioria.

Portanto, os comitês de mortalidade materna e infantil representam uma responsabilidade sanitária dos estados e municípios, que devem empreender esforços continuados para apoiar os trabalhos dos comitês, bem como fomentar a reorganização de comitês que se encontram inativos, além de acelerar a implantação de novos comitês, com o propósito de estabelecer políticas e ações mais eficazes para a atenção na saúde materno infantil (quadro 5).

QUADRO

5

## Principais políticas e ações de impacto na redução da mortalidade materna e infantil

Promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar

---

Enfrentamento da violência contra as mulheres, os adolescentes e as crianças

---

Acompanhamento pré-natal e atenção ao parto e puerpério em consonância com as boas práticas da atenção obstétrica

---

Incentivo ao aleitamento materno exclusivo

---

Ampliação das ações do programa de imunização de crianças, gestantes e puérperas

---

Implantação da linha de cuidados em saúde materna e infantil

---

Aprimoramento do sistema de regulação obstétrica, neonatal e infantil

Fonte: autores.

## 4.1. Composição

Os manuais técnicos de vigilância dos óbitos maternos e infantis do Ministério da Saúde (MS) preconizam que os comitês sejam compostos por equipe multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, dada a importância de análises e proposições que contemplem a amplitude de causas e determinantes da ocorrência destes eventos.

Nesse contexto, recomendam-se as seguintes representações de acordo com as especificidades de cada município ou estado:

- Representante da equipe técnica do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) e/ou do Comitê de Óbitos Hospitalares e/ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), dentre outros profissionais que atuem na investigação hospitalar dos óbitos;
- Gestores hospitalares da obstetrícia e da enfermagem ou enfermeiros e demais profissionais da equipe com atuação direta na atenção ao parto;
- Gestores ou representantes da Vigilância em Saúde;
- Gestores ou representantes das áreas técnicas de média e alta complexidades;
- Representantes do movimento de mulheres;
- Representantes do movimento em defesa da igualdade racial;
- Representantes do Ministério Público (MP), especialmente nos municípios com maior população;
- Conselho Regional de Medicina (CRM);
- Conselho Regional de Enfermagem (CRE);
- Sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras);
- Representantes de universidades e faculdades, que ofereçam cursos de medicina e enfermagem;
- Representantes do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde;

- Representantes das Secretarias ou Coordenadorias de Assistência Social e/ou Conselhos de Defesa dos Direitos da Mulher e da Criança;
- Representantes das instituições de apoio aos trabalhadores rurais.

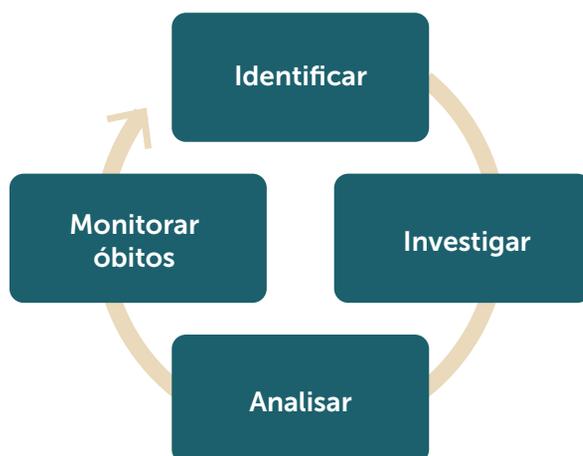
É imperativo que os comitês sejam constituídos com as representações mínimas das áreas de gestão citadas e os profissionais de saúde que integrem seu núcleo técnico sejam designados formalmente pelas autoridades de saúde competentes da esfera de governo municipal ou estadual, mediante publicização por meio de portaria governamental.

## 4.2. Atribuições

Os comitês de mortalidade materna, infantil e fetal são responsáveis pelo processo de vigilância epidemiológica, ou seja: identificar, investigar, analisar e monitorar as ocorrências, segundo local de residência e/ou ocorrência, conforme seu território de abrangência (figura 9).

FIGURA 9

### **Etapas da vigilância dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida**



Tendo em vista que uma das funções mais importantes dos comitês é executar as ações de vigilância epidemiológica dos óbitos visando à prevenção de novas ocorrências, a investigação e análise dos óbitos deve desdobrar-se em trabalho formativo e educativo.

Dentre as principais atribuições dos comitês municipais, fazem-se imprescindíveis:

- Efetuar a triagem dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), óbitos maternos e infantis declarados, além dos óbitos presumíveis;
- Alimentar os bancos de dados para as estatísticas;
- Desencadear os tramites necessários para o processo de investigação das ocorrências;
- Investigar a ocorrência do óbito infantil e fetal;
- Realizar ou acompanhar a investigação domiciliar e/ou hospitalar;
- Analisar a sequência de eventos que levaram ao desfecho do óbito;
- Integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais;
- Elucidar os fatores que influenciam na mortalidade infantil e fetal;
- Discutir os casos de óbito com uma equipe multiprofissional;
- Determinar a causa real do óbito;
- Classificar os óbitos de acordo com a sua evitabilidade;
- Coletar dados de certidões de nascimento e de óbito, e de relatórios de autópsia;
- Corrigir a causa básica do óbito;
- Dar recomendações às instituições de saúde;
- Estabelecer uma rede de vigilância do óbito infantil e fetal;
- Fornecer ferramentas às instituições de saúde para melhorar o serviço prestado;
- Mobilizar parcerias;
- Produzir dados estatísticos sobre mortalidade infantil e fetal;
- Promover discussão com os profissionais envolvidos na assistência;
- Propor estratégias de intervenção através de medidas educativas e informativas para prevenção, promoção e reorganização dos serviços de saúde;

- Propor estratégias para serem implementadas como medidas de prevenção;
- Realizar campanhas de prevenção;
- Realizar programas de educação em saúde;
- Sensibilizar os profissionais para o correto preenchimento da Declaração de Óbito (DO);
- Divulgar informações acerca dos indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal, por meio de seminários, boletins informativos, publicações científicas, congressos e outros eventos científicos.

É importante que o trabalho dos comitês esteja fundamentado nas disposições da Portaria GM/MS nº 1.172/2004 (Brasil, 2004a), que dispõe sobre as atribuições interfederativas no campo da vigilância em saúde, destacando-se as atribuições prioritárias da União, dos estados e municípios na vigilância dos óbitos maternos e infantis, que seguem sistematizadas no quadro 6.

QUADRO 6

**Atribuições da União, estados e municípios na vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais, conforme disposições da Portaria GM/MS nº 1.172/2004 (Brasil, 2004a)**

Seção	Artigo	Atribuição
I - Da União	1º	<p>II - Coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;</p> <p>III - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar à atuação dos estados;</p> <p>IV - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação estadual;</p> <p>X - Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo:</p> <p>a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;</p> <p>b) consolidação dos dados provenientes dos estados;</p> <p>c) retroalimentação dos dados.</p>

Seção	Artigo	Atribuição
II - Dos estados	2º	<p>I - Coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;</p> <p>II - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar a atuação dos municípios;</p> <p>III - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;</p> <p>IV - Execução das ações de Vigilância em Saúde, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta portaria;</p> <p>V - Definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde (PPI-VS), em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS);</p> <p>VI - Assistência técnica aos municípios;</p> <p>VII - Participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos artigos de 14 a 19 desta portaria;</p> <p>X - Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:</p> <p>a) Consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinam), do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;</p> <p>b) Envio dos dados ao nível federal regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;</p> <p>c) Análise dos dados;</p> <p>d) Retroalimentação dos dados.</p> <p>XI - Divulgação de informações e análises epidemiológicas;</p> <p>XII - Execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência estadual;</p> <p>XIII - Capacitação de recursos humanos;</p> <p>XIV - Definição de Centros de Referência Estaduais de Vigilância em Saúde;</p> <p>XV - Normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;</p> <p>XVI - Supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, programadas na Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde (PPI-VS), incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.</p>

Seção	Artigo	Atribuição
<p>III - Dos municípios</p>	<p>3º</p>	<p>I - Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;</p> <p>II - Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;</p> <p>III - Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;</p> <p>IV - Busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;</p> <p>XIII - Vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna;</p> <p>XV - Gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:</p> <p>a) Coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;</p> <p>b) Envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;</p> <p>c) Análise dos dados;</p> <p>d) Retroalimentação dos dados.</p> <p>XVI - Divulgação de informações e análises epidemiológicas;</p> <p>XVII - Participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta portaria;</p> <p>XVIII - Participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na definição da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde (PPI-VS), em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).</p>

### 4.3. Fluxo para implantação do comitê

O primeiro passo para a implantação é a realização de um evento (encontro ou seminário) sobre mortalidade materna e infantil, com o objetivo de sensibilizar e estabelecer parcerias e ampliar as representações que farão parte do comitê.

Neste evento, devem estar presentes os gestores municipais e/ou estaduais, profissionais de saúde das diversas áreas da Secretaria de Saúde (atenção básica, média e alta complexidade, representantes da obstetrícia, neonatologia, pediatria e enfermagem da referência hospitalar, vigilância em saúde, coordenadorias de programas da criança, mulher e afins, áreas de regulação, gestão administrativa e atenção pré-hospitalar, entre outras), além de representantes da sociedade civil, organizações sociais de saúde, rede privada de saúde complementar ao SUS, universidades, conselhos de saúde, assistência social, conselhos de direitos da criança e da mulher e defensoria pública, entre outros.

Em seguida, recomenda-se a elaboração e publicação de portaria designando a equipe que fará parte do núcleo técnico do comitê, constando suas representações como membros titulares ou suplentes e atribuição técnica-executiva ou consultiva. Sugerimos, no anexo I, modelo de portaria.

Após a instituição formal do comitê, deverá ser realizada reunião com a presença do gestor municipal de saúde para a posse dos membros. Sugere-se que a posse seja realizada em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde com o intuito de garantir maior legitimidade ao comitê. É recomendável que neste momento já tenham sido designadas e aprovadas as representações dos cargos de coordenação técnica, coordenação técnica adjunta e secretaria executiva para viabilização dos trabalhos operacionais do comitê.

Na sequência, serão realizadas as reuniões de trabalho do núcleo técnico do comitê, sistematizadas conforme cronograma anual de reuniões ordinárias mensais com a equipe técnica e reuniões ampliadas, de caráter consultivo, com demais representantes da sociedade civil e instituições externas.

A primeira deliberação necessária será a respeito dos principais documentos que nortearão os trabalhos do comitê, tais como: Portaria de Designação do Comitê (Anexo I); Regimento Interno do Comitê (Anexo II); Termo de Confidencialidade e Sigilo (Anexo III); Fluxo de Trabalho; Fluxo das Declarações de Óbito (Anexo IV); e Fluxo das Declarações de Nascido Vivo (Anexo V). Portanto, é recomendável a presença da representação ampliada dos membros efetivos do comitê.

O Regimento Interno é um documento essencial para o funcionamento e a operacionalização das atividades do comitê e, no seu escopo, devem estar contempladas as seguintes disposições: objetivos e finalidades, estruturação e composição (representações e funções), atribuições, processo de trabalho (cronograma de reuniões e atividades), disposições gerais que podem incluir especificidades concernentes a cada instância (municipal ou estadual), métodos de análise, estratégias de divulgação dos resultados das análises e recursos essenciais para a operacionalização das atividades, entre outras.

O Termo de Confidencialidade e Sigilo é um documento que deve ser assinado por todos os membros que integram o comitê de mortalidade, por meio do qual se comprometem em manter o sigilo e a confidencialidade das informações, sob pena de sofrer todas as sanções nas esferas penal, civil e administrativa que possam advir da quebra do compromisso.

O Fluxo de Trabalho do comitê deve utilizar as seguintes fichas de investigação atualizadas e documentos recomendados pelo MS:

- **Óbito infantil e fetal:**

- F1 - Ficha de Investigação do Óbito Fetal: serviço de saúde ambulatorial;
- F2 - Ficha de Investigação do Óbito Fetal: serviço de saúde hospitalar;
- F3 - Ficha de Investigação do Óbito Fetal: entrevista domiciliar;
- I1 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: serviço de saúde ambulatorial;
- I2 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: serviço de saúde hospitalar;
- I3 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: entrevista domiciliar;
- IF4 - Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necrópsia;

- IF5 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal: síntese, conclusões e recomendações;
- IF6 - Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal.

Fichas disponíveis em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-infantil-fetal/>.

- **Óbito materno:**

- M1 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: serviço de saúde ambulatorial;
- M2 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: serviço de saúde hospitalar;
- M3 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: entrevista domiciliar;
- M4 - Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necrópsia: óbito materno;
- M5 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: síntese, conclusões e recomendações;
- M6 - Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Materno;
- MIF - Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil: identificação de possível óbito materno.

Fichas disponíveis em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-materna/>.

- **Óbitos por causas mal definidas:**

- AV1 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: complemento da entrevista domiciliar. Autópsia Verbal: criança menor de 1 ano de idade;
- AV2 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: complemento da entrevista domiciliar. Autópsia Verbal: criança com 1 ano de idade ou mais e menos de 10 anos de idade;
- AV3 - Ficha de Investigação de Óbito: causa mal definida. Autópsia Verbal: pessoa com 10 anos de idade ou mais;
- AV3.1 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: complemento da entrevista domiciliar. Autópsia Verbal: pessoa com 10 anos de idade ou mais - mulher em idade fértil;
- IOCMD - Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida.

Fichas disponíveis em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/causas-mal-definidas/>.

- **Documentação sugerida:**

- Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito;
- Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo;
- Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno;
- Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal;
- Instrutivo: busca direcionada de registro de nascimentos e óbitos em municípios da Região Nordeste e Amazônia Legal;
- Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno;
- Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida;
- Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

Documentos disponíveis em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/>.

Após a etapa de implantação, o núcleo técnico do comitê ficará incumbido de desencadear os fluxos de trabalho e de investigação dos óbitos. Contudo, é recomendável que sejam realizadas reuniões com as equipes da atenção básica, atenção hospitalar e vigilância em saúde para divulgar o trabalho do comitê, bem como a capacitação das equipes que realizarão as investigações domiciliares e hospitalares dos óbitos.



# 5

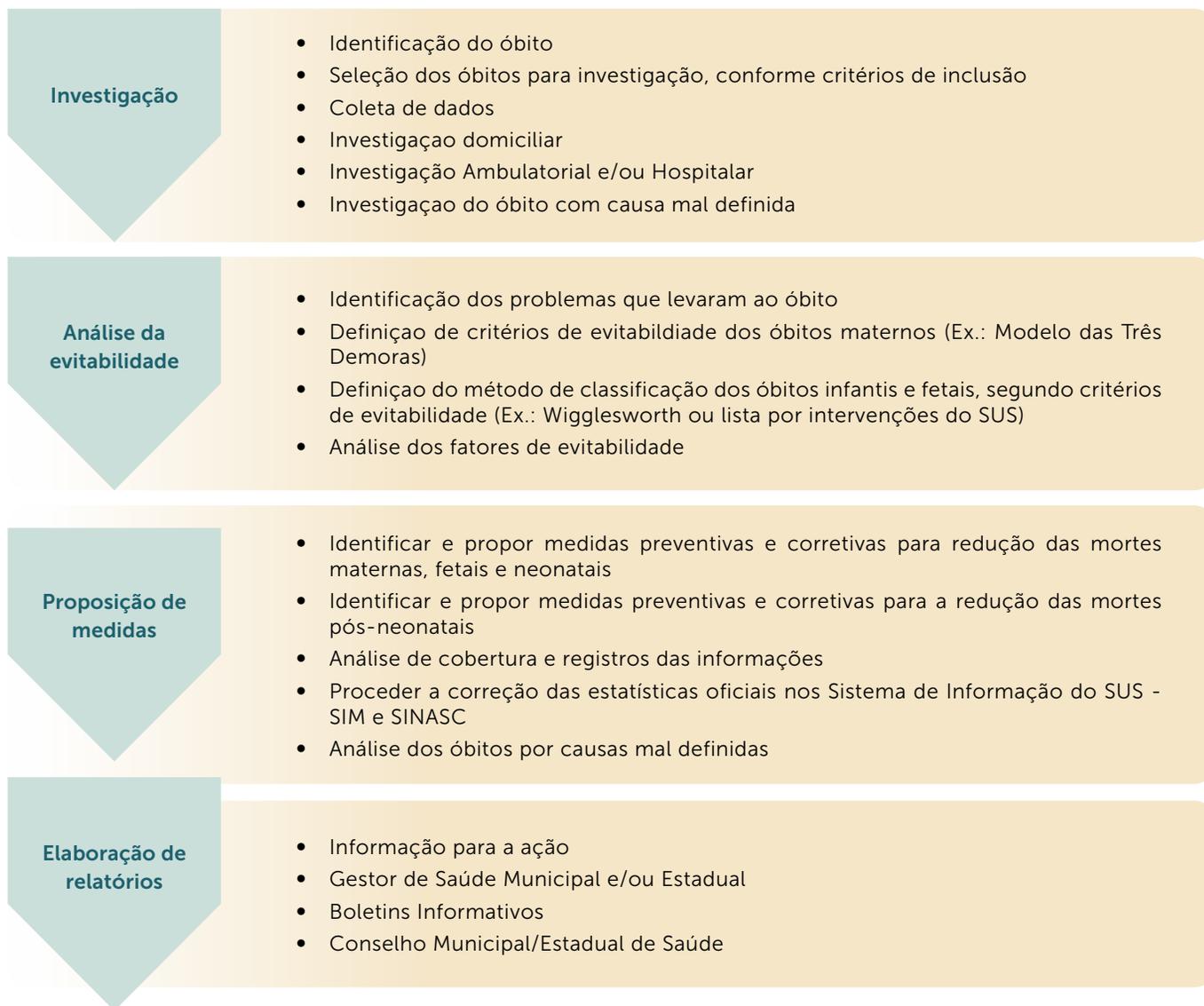
## Vigilância do óbito

Conforme abordado na seção anterior, a mortalidade materna, infantil e fetal representa grave problema de saúde pública. Os indicadores relacionados a estes eventos oferecem parâmetros sensíveis sobre as condições de saúde e de vida da população, além de subsídios fundamentais acerca dos fatores de evitabilidade e recomendação de medidas de prevenção e controle destas ocorrências. Por esse motivo, a vigilância das mortes maternas, infantis e fetais constituem responsabilidade sanitária dos municípios e estados, inserindo-se no escopo de atribuições de vigilância epidemiológica (figura 10, a seguir).

Independentemente da subordinação hierárquica do comitê de mortalidade, estabelecida no organograma da Secretaria de Saúde, as ações de vigilância desenvolvidas exigem a responsabilidade compartilhada das áreas da atenção básica, atenção hospitalar, vigilância em saúde e ações programáticas de saúde, cada uma delas representadas por profissionais de saúde designados pelos gestores locais.

Para operacionalizá-la, devemos observar seus quatro componentes.

## Etapas da vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais

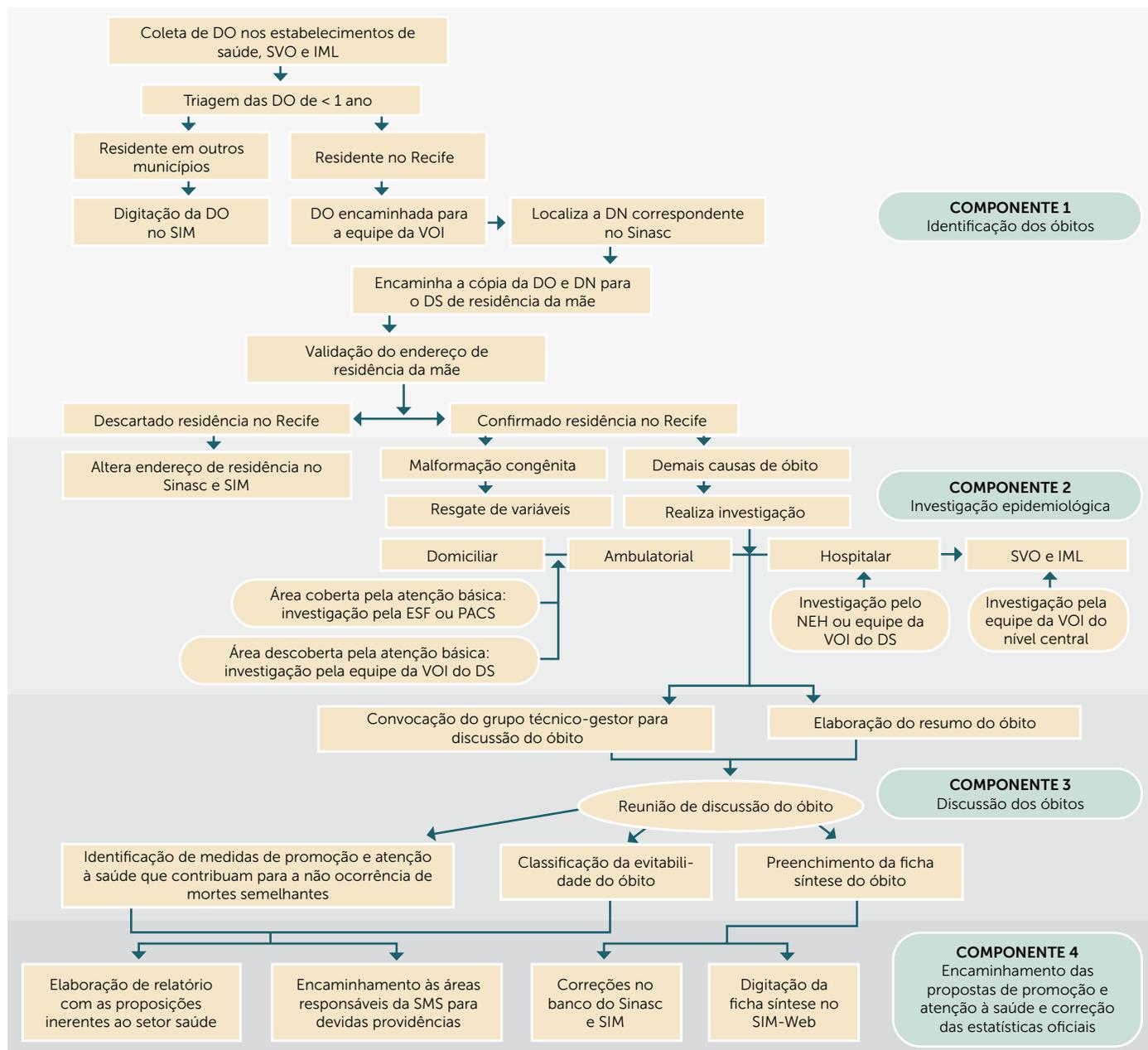


Fonte: adaptado de Bittencourt et al., 2013.

É importante que os fluxos que garantem que a vigilância dos óbitos atenda às etapas necessárias estejam bem detalhados. Para tanto, é preciso considerar as recomendações técnicas do MS e pode-se recorrer à literatura para identificação de boas práticas e experiências exitosas na operacionalização desse tipo de trabalho.

FIGURA 11

## Fluxograma da vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais



Fonte: adaptado de Oliveira *et al.*, 2017.

A seguir, serão discutidas detalhadamente as etapas de vigilância dos óbitos maternos e dos óbitos infantis e fetais.

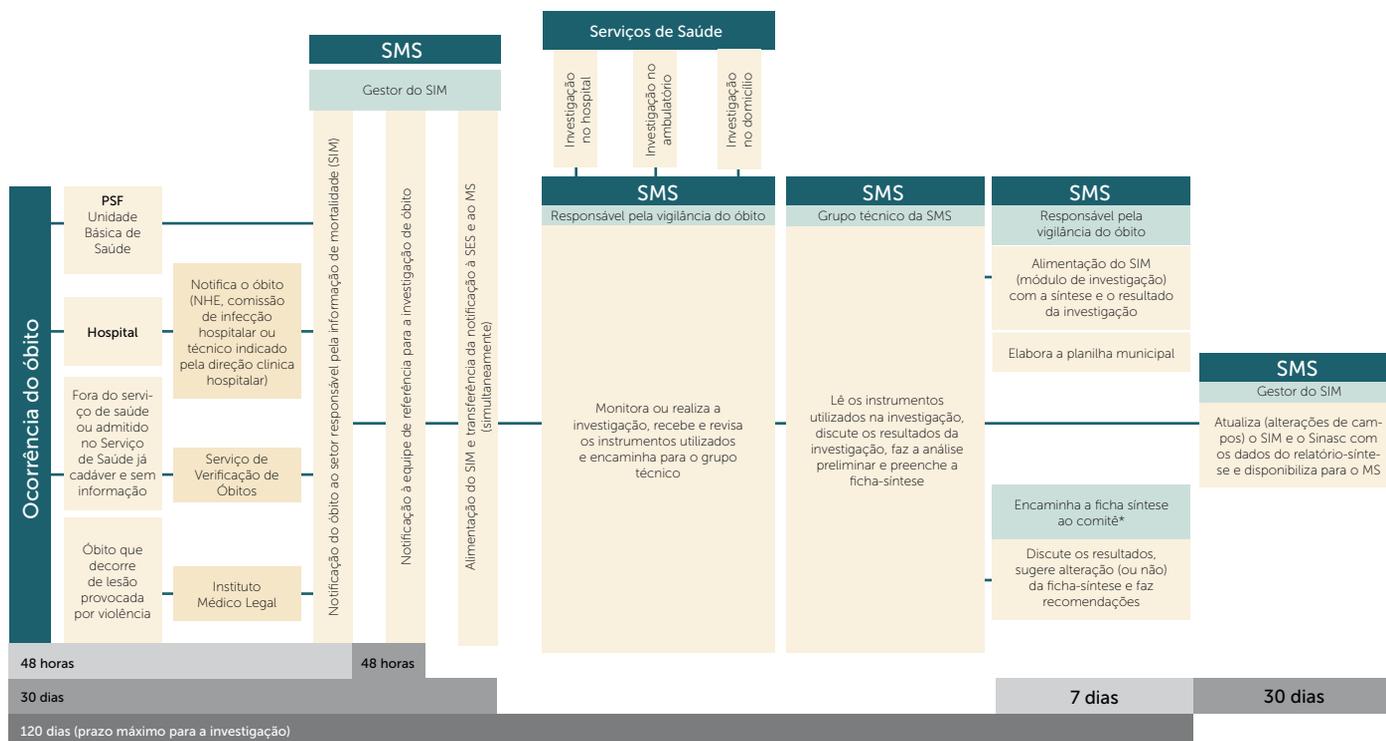
## 5.1. Investigação dos óbitos

### 5.1.1. Identificação

A notificação dos óbitos é a primeira ação para a identificação das ocorrências e deve ser realizada pelo profissional da saúde designado pelo serviço de saúde onde ocorreu o óbito no prazo de até 48 horas, mediante envio da primeira via da Declaração de Óbito (DO) ao profissional responsável pela gestão do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) municipal. Este terá o prazo de 48 horas para atualizar o sistema de informação e proceder o encaminhamento da cópia da DO para a coordenação do comitê de mortalidade que, no prazo de 120 dias, deverá ter concluído a investigação e análise epidemiológica referente ao caso (figura 12).

FIGURA 12

#### Fluxos e prazos estabelecidos para a vigilância do óbito materno, infantil e fetal



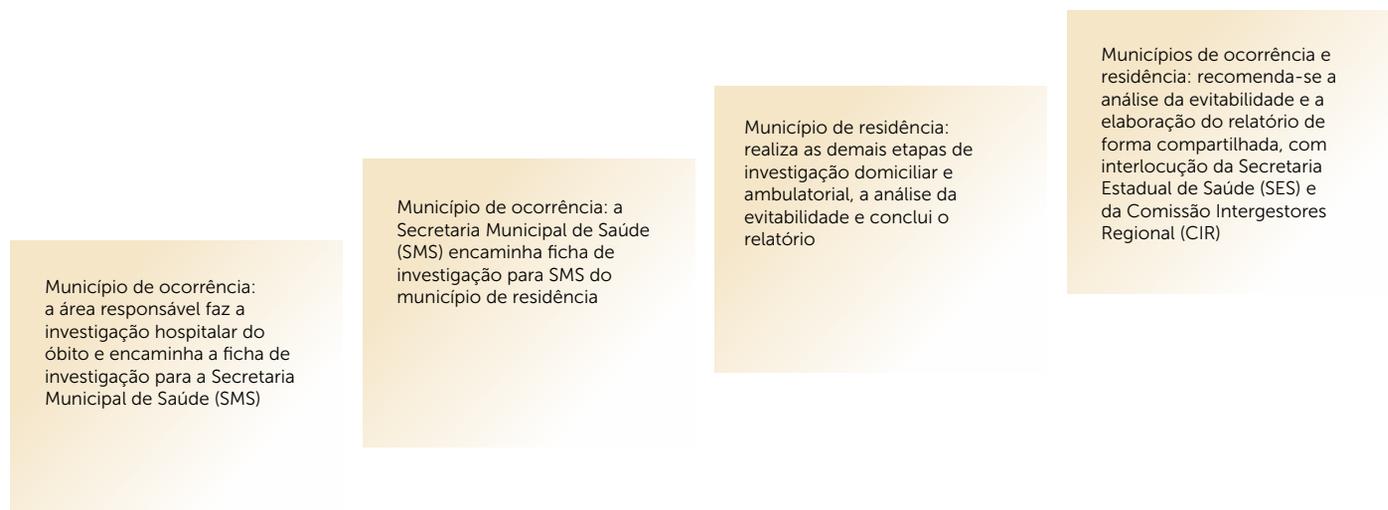
Fonte: Bittencourt et al., 2013, p. 236.

Nesta etapa de identificação, é necessário que a equipe técnica responsável pela operacionalização dos trabalhos do comitê tenha organizado o fluxo de busca ativa e/ou recebimento das cópias das DOs e Declarações de Nascimento (DN), de acordo com os fluxos padronizados para estes documentos (Anexos III e IV). Essa rotina é de fundamental importância para identificar os eventos vitais oportunamente, o local de ocorrência e o tipo de assistência recebida, de maneira a orientar os procedimentos de investigação.

Recomenda-se, também, que seja formalizada, junto à Comissão Intergestores Regional (CIR), a interlocução entre os comitês de mortalidade dos demais municípios e estado acerca dos fluxos necessários para atualização dos sistemas de informação (SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)) relativos aos nascimentos e óbitos de residentes, aos óbitos ocorridos fora do município e aos fluxos de investigação epidemiológica destes óbitos (figura 13).

FIGURA 13

### Fluxo de investigação epidemiológica dos óbitos ocorridos fora do município de residência



É necessário considerar que o subregistro dos óbitos representa um dos principais entraves para a identificação dos óbitos. Mais frequente nos municípios com extensas áreas rurais, onde os cartórios são distantes e a população é menos esclarecida sobre implicações legais, o subregistro decorre de sepultamentos em cemitérios clandestinos, sem a exigência de certidões de óbitos, especialmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

Situação semelhante também é observada com relação ao subregistro de nascimentos, que ocorrem em localidades distantes, com apoio de parteiras tradicionais, levando as famílias a postergarem o registro de nascimento das crianças. Esta condição agrava sobremaneira as estatísticas vitais relativas aos óbitos neonatais e fetais.

Para dirimir o problema, as equipes das Secretarias Municipais de Saúde devem efetuar a busca ativa sistemática e periódica dos óbitos não declarados nos demais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos seguintes locais: Instituto Médico Legal (IML), Serviço de Verificação de Óbito (SVO), cartórios, funerárias, cemitérios oficiais e clandestinos, junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), corpo de bombeiros, delegacias de polícia, parteiras tradicionais e demais informantes-chave das comunidades.

### **5.1.2. Seleção dos óbitos para investigação**

Para a seleção dos óbitos que serão investigados, recomenda-se os seguintes critérios de inclusão:

- Óbitos de mulheres em idade fértil, ou seja, entre 10 e 49 anos de idade de causa declarada ou não declarada, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.119/2008. Caso a investigação confirme que a mulher estava grávida até 12 meses antes do óbito, ou se a causa básica do óbito estiver mal definida, a investigação deverá ser continuada. Caso contrário, será concluída;
- Óbitos de todas as crianças menores de 1 ano de idade, sendo facultativa a investigação dos óbitos por malformações congênitas graves, complexas e letais, em conformidade com a Portaria DM/MS nº 72/2010;
- Óbitos fetais, com prioridade para os produtos conceptuais acima de 1.500 gramas, para os quais, geralmente, se aplicam mais fatores de evitabilidade.

Tratando-se das mortes maternas presumíveis ou mascaradas, é importante considerar a recomendação do uso de máscara para a busca ativa e seleção dos óbitos, de acordo com o manual do comitê de mortalidade materna do MS (Brasil, 2009b, pp. 53-54). Sendo elas:

- 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.

### 5.1.3. Coleta de dados

A coleta de dados representa a ação central do processo de investigação dos óbitos, a partir da qual serão detalhadas todas as informações que elucidam as circunstâncias que levaram ao desfecho do óbito.

Tão logo o comitê tenha sido notificado sobre a ocorrência do óbito, a coleta de dados deverá ser iniciada. Esta urgência se aplica principalmente para a investigação domiciliar, para evitar oportunidades perdidas para a obtenção de informações junto à família, em especial quando se tratar de óbito materno, quando há maiores chances de desagregação familiar, mudança de endereço e perda de informações importantes que possam elucidar as circunstâncias da morte.

A coleta de dados é sistematizada a partir das fichas de investigação domiciliar e hospitalar dos óbitos maternos, infantis e fetais, de acordo com o fluxo padronizado na figura 11 (pág. 51) e instrumentos do quadro 7.

QUADRO

7

#### Instrumentos para a coleta de dados dos óbitos maternos, infantis e fetais segundo objetivos principais

Instrumentos para a coleta de dados	Objetivos
Cópia da Declaração de Óbito (DO) e DO Epidemiológica Cópia da Declaração de Nascimento (DN) e Declaração de Nascido Vivo (DNV) Epidemiológica	Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação
MIF = Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil	Identificar o possível óbito materno e determinar a continuidade e o fluxo da investigação

Instrumentos para a coleta de dados	Objetivos
<p>I1 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil – ambulatorial            I2 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil - hospitalar            F1 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal – ambulatorial            F2 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal – hospitalar            M1 = Ficha de Investigação do Óbito Materno - ambulatorial            M2 = Ficha de Investigação do Óbito Materno - hospitalar</p>	<p>Coletar dados referentes à assistência da mãe e da criança ou da mulher, gestante e/ou puérpera em serviços de saúde nos registros do atendimento na atenção básica, urgência/emergência e hospitalar</p>
<p>I3 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil - entrevista domiciliar            F3 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal - entrevista domiciliar            M3 = Ficha de Investigação do Óbito Materno - entrevista domiciliar</p>	<p>Coletar as informações verbais do cuidador, mãe ou familiar responsável, da criança falecida ou da própria falecida (familiar ou pessoa do convívio) acerca da história de vida e de saúde da mãe e da criança ou da falecida e da assistência em serviços de saúde, inclusive durante a doença que levou à morte</p>
<p>AV3.1 = Autópsia Verbal – Formulário 3: pessoa com 10 anos de idade ou mais – mulher em idade fértil</p>	<p>Coletar as informações verbais do cuidador da falecida (irmã ou familiar) para esclarecer a causa da morte quando mal definida ou desconhecida</p>
<p>IF4 = Ficha de coleta de dados de Laudo de Necrópsia            M4 = Ficha de coleta de dados de Laudo de Necrópsia</p>	<p>Coletar dados registrados nos Institutos Médicos Legais (IMLs) ou Serviços de Verificação de Óbito (SVOs) e nos relatórios de encaminhamento médico para esses serviços</p>
<p>IF5 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações            M5 = Ficha de Investigação do Óbito Materno - Síntese, Conclusões e Recomendações</p>	<p>Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso            Organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)</p>
<p>IF6 = Planilha Municipal de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal            M6 = Planilha Municipal de Vigilância do Óbito Materno</p>	<p>Organizar os eventos investigados para acompanhamento e monitoramento da investigação dos óbitos e para avaliação situacional da mortalidade fetal e infantil para subsidiar o planejamento e as intervenções de saúde local e regional</p>

Fonte: adaptado de Brasil (2011a, p. 7) e Brasil (2011b, p. 7).

As fichas de investigação dos óbitos estão disponíveis em:

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-infantil-fetal/>;

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-materna/>;

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/causas-mal-definidas/>.

### 5.1.3.1. Investigação domiciliar

A investigação domiciliar é baseada em uma entrevista estruturada com familiares, responsáveis legais e/ou demais pessoas de convívio com a pessoa falecida acerca de elementos complexos que culminaram com o desfecho do óbito. Deve ser investigada uma ampla variedade de informações pessoais, atualização de dados para contato, características da dinâmica familiar, histórico progresso de saúde, histórico de saúde atual, incluindo o percurso assistencial de saúde até a ocorrência do óbito, além das impressões do entrevistador, repercussões do óbito para a família, data e local da entrevista. A pessoa a ser entrevistada é fundamental para o sucesso da investigação, deve ter mais de anos de idade e dispor de informações sobre a pessoa falecida e demais condições relacionadas ao óbito.

Antes de iniciar a entrevista, o entrevistador deverá se apresentar, explicando o objetivo da visita, mantendo escuta ativa, empática e respeitando os limites e o tempo de elaboração das respostas por parte da pessoa entrevistada. É desaconselhado qualquer tipo de interrupção da entrevista por alguém da equipe da saúde (atender ao telefone, por exemplo), como também a complementação de informação por parte do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Todas as informações devem ser anotadas e no final é necessário checar se há alguma informação omitida na ficha, além de agradecer ao entrevistado, colocando-se à disposição para esclarecimentos.

Recomenda-se que a entrevista domiciliar seja realizada pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) (enfermeiro ou médico com a presença do agente comunitário), considerando-se o vínculo destas equipes com as famílias, conhecimento sobre o percurso assistencial da pessoa falecida, maior facilidade de acesso, agilidade e rapidez para concluir a investigação domiciliar.

Além disso, a equipe da ESF poderá complementar os dados disponíveis em prontuário com maior facilidade. Entretanto, é necessário que os profissionais estejam qualificados para realizar este tipo de investigação, e mantenham o sigilo e a confidencialidade das informações, justificando-se as capacitações prévias, sugeridas na seção anterior.

Diante da impossibilidade ou indisponibilidade da equipe para as entrevistas domiciliares, deverá ser indicado um profissional da vigilância epidemiológica do município, ou a própria equipe técnica do comitê de mortalidade deverá realizar a investigação.

É importante lembrar, conforme mencionado anteriormente, que a investigação domiciliar e ambulatorial, a análise e conclusão da vigilância dos óbitos que tenham ocorrido fora do município de residência da gestante ou puérpera falecida, bem como das mães de crianças ou recém-nascidos ou fetos falecidos, seja de responsabilidade da equipe do município de residência, ficando apenas a investigação hospitalar sob responsabilidade do município de ocorrência, e as ações complementares para a investigação dos óbitos com causa mal definida junto ao SVO e ao IML, entre outros.

Para obter instruções detalhadas sobre o preenchimento das fichas de investigação domiciliar, acesse:

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-investigacao-obito-infantil-fetal.pdf>;

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-fichas-investigacao-obito-materno.pdf>.

### **5.1.3.2. Investigação ambulatorial e/ou hospitalar**

Esta etapa da investigação é mais objetiva e baseada na pesquisa e leitura dos dados secundários do atendimento hospitalar da pessoa falecida ou da mulher que sofre a perda gestacional.

A pesquisa será fundamentada no preenchimento da ficha de investigação, a partir do prontuário hospitalar, laudos dos exames de apoio diagnóstico e terapêutico, procedimentos realizados,

tratamentos, encaminhamentos, condições de remoção e transporte, atendimento pré-hospitalar, se for o caso, com atenção à elaboração de uma linha do tempo dos fatos, incluindo horários e datas de maior importância dos eventos. A investigação inclui entrevistas com profissionais envolvidos no atendimento à pessoa falecida ou à gestante que sofreu a perda fetal, caso se faça necessária a complementação de informações. Recomenda-se que estas informações complementares sejam anotadas em campo específico da própria ficha de investigação.

A etapa de investigação nos serviços de saúde poderá ser realizada por profissionais da equipe hospitalar designados para esta finalidade, da equipe técnica do comitê de mortalidade hospitalar (se existente) ou da comissão de controle de infecção hospitalar, do núcleo de epidemiologia hospitalar, da vigilância epidemiológica do município ou da própria equipe técnica do comitê de mortalidade (indicada sempre que houver possível conflito de interesse por parte da equipe do serviço onde ocorreu o óbito).

Recomenda-se que as visitas de investigação epidemiológica sejam previamente agendadas, mediante comunicação formal, a fim de que sejam garantidas as condições adequadas para o trabalho (acesso ao serviço de saúde, disponibilidade de prontuários e infraestrutura adequada). O profissional externo ao serviço também deverá portar crachá de identificação e/ou credencial de identificação como membro da equipe técnica do comitê de mortalidade (Anexo VI), ou uma carta apresentação (Anexo VII), bem como as informações básicas do óbito, fichas de investigação e materiais necessários para realizar o procedimento.

#### **5.1.4. Investigação do óbito com causa mal definida**

Os óbitos com causa mal definida referem-se a “toda a afecção para a qual não houve o necessário estudo do caso para estabelecer um diagnóstico final”, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Nestas situações, não houve assistência médica ou a assistência prestada à pessoa falecida não reuniu evidências suficientes para definir a causa da morte. Mortes violentas ou decorrentes de acidentes podem resultar em causa mal definida.

Para elucidar estas ocorrências sob a perspectiva da investigação epidemiológica, utilizam-se as fichas de investigação de óbitos com causa mal definida e a autópsia verbal junto as pessoas do convívio com a pessoa falecida, além da coleta de dados dos laudos de necrópsia.

A autópsia verbal consiste em um procedimento complementar à investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, nas situações em que a causa do óbito estiver mal definida. São levantadas informações mais detalhadas junto aos familiares e demais pessoas do convívio da pessoa falecida, incluindo, hábitos de vida, condições de saúde, sinais e sintomas, incluindo-se a investigação de situações de vulnerabilidade, como violência e uso abusivo de substâncias, entre outras questões que podem elucidar a causa do óbito.

Neste sentido, reitera-se a necessidade de seguir o protocolo inicial de apresentação e a justificativa da visita domiciliar, mantendo postura ética, empática e solidária, pois as pessoas entrevistadas podem apresentar dificuldades para responder aos questionamentos. É recomendado manter distanciamento e não emitir quaisquer juízos de valor durante a entrevista, permitindo que a pessoa exponha livremente seu depoimento sobre as condições que culminaram com o trágico desfecho.

No final, a ficha de autópsia verbal devidamente preenchida e assinada pela pessoa que realizou o procedimento deverá ser enviada ao médico certificador para a conclusão da investigação relativa ao campo IV do instrumento. O próprio profissional médico generalista da ESF poderá atuar como certificador, desde que esteja apto para esta tarefa, seguindo todos os preceitos éticos e legais inerentes ao processo de investigação epidemiológica.

## **5.1.5. Análise da evitabilidade**

### **5.1.5.1. Identificação dos problemas que levaram ao óbito**

Partindo-se de uma reflexão mais ampla, é necessário destacar que a análise da evitabilidade dos óbitos representa uma ação de grande relevância para a vigilância em saúde, tendo em vista o fato de que:

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (Brasil, 2010b, p. 16).

Ainda sob o ponto de vista conceitual, entende-se a análise da evitabilidade como o momento da investigação epidemiológica em que se identificam os problemas que levaram ao óbito. Reunindo as informações mais relevantes e completas de forma possível, será estabelecido o nexos causal entre o desfecho (óbito) e as circunstâncias de sua ocorrência (causas e fatores determinantes) (quadros 8 e 9, a seguir), com o propósito de serem produzidas recomendações à prevenção de novas ocorrências, tendo em vista seu alto potencial de evitabilidade.

QUADRO

8

## **Determinantes mais comuns e frequentes que estão associados ao óbito materno, neonatal e fetal segundo a linha de cuidado em saúde nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal**

### **Problemas no planejamento reprodutivo**

Barreiras de acesso à informação sobre direitos reprodutivos e ao atendimento de rotina, indisponibilidade de exames, métodos contraceptivos, situações de vulnerabilidade

Acolhimento, utilização de protocolos, matriciamento dos casos de vulnerabilidade individual e social, atuação intersetorial

### **Problemas na atenção ao pré-natal**

Barreiras de acesso à informação, plano de parto e educação perinatal, falhas no atendimento, indisponibilidade de exames, medicamentos, falhas na identificação do risco gestacional, baixa cobertura vacinal de gestantes, violência obstétrica, profissionais insuficientes e/ou despreparados para o cuidado

Acolhimento, utilização de protocolos, identificação do risco gestacional em cada consulta pré-natal, garantia de exames, medicamentos e insumos para o cuidado em saúde, implementação de linha de cuidado materno-infantil, qualificação do sistema de referência e contrarreferência, matriciamento dos casos de vulnerabilidade individual e social, atuação intersetorial e educação permanente em saúde

### **Problemas na atenção ao parto**

Barreiras de acesso ao hospital de referência para o parto, falhas no encaminhamento desde o pré-natal, acolhimento, atendimento oportuno, leitos de alto risco, remoção e transporte, intervenções excessivas e desnecessárias no parto, violência obstétrica, dificuldades no manejo das situações de risco obstétrico e neonatal, profissionais insuficientes e/ou despreparados para o cuidado

Acolhimento, utilização de protocolos de boas práticas obstétricas e neonatais, identificação oportuna das situações de obstétrico e perinatal, garantia de exames, medicamentos (sulfato de magnésio, por exemplo), sangue, hemoderivados e insumos para o cuidado em saúde, leitos (incluindo cirúrgicos) implementação de linha de cuidado materno-infantil, qualificação do sistema de referência e contrarreferência, incluindo atendimento pré-hospitalar e alta complexidade, educação permanente em saúde

## Problemas na atenção ao neonato

Barreiras de acesso para assistência, indisponibilidade de medicamentos, insumos, exames e leitos para cuidados intermediários e de terapia intensiva, dificuldades no manejo das situações de risco neonatal, profissionais insuficientes e/ou despreparados para o cuidado

Utilização de protocolos de boas práticas neonatais desde a sala de parto, identificação oportuna das situações de risco perinatal, garantia de exames (incluindo triagem neonatal), medicamentos (surfactante, por exemplo), sangue, hemoderivados e insumos para o cuidado em saúde, banco de leite humano, leitos (incluindo cirúrgicos) implementação de linha de cuidado materno-infantil, qualificação do sistema de referência e contrarreferência, incluindo atendimento pré-hospitalar e unidade de terapia intensiva neonatal, educação permanente em saúde

## Causas externas

Identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao Instituto Médico Legal (IML)

## Vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas

Baixa escolaridade materna, desemprego, condição de pobreza ou pobreza extrema, exclusão social de mães e/ou mulheres em situação de rua ou privadas de liberdade, violências doméstica e sexual, uso abusivo de substâncias, desigualdades relacionadas ao gênero, raça e etnia, deficiências

Fonte: adaptado de Bittencourt *et al.*, 2013.

### QUADRO 9

## Determinantes mais comuns e frequentes que estão associados aos óbitos infantis pós-neonatais segundo a linha de cuidado em saúde

### Determinantes

Problemas na atenção básica à saúde da criança  
Barreiras de acesso na assistência, no acolhimento, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na imunização no atendimento em situações agudas, exames e medicamentos, situações de vulnerabilidade

### Linha de Cuidado em Saúde

Acolhimento, utilização de protocolos, identificação de risco, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado, matriciamento dos casos de vulnerabilidade individual e social, atuação intersetorial, além do aprimoramento da gestão do cuidado

## Determinantes

Problemas na atenção hospitalar e de urgência e emergência em saúde da criança

Barreiras de acesso ao atendimento não programado na atenção básica, serviços de urgência e emergência, falhas no acolhimento e classificação de risco, indisponibilidade de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, medicamentos e insumos para o cuidado, profissionais insuficientes e/ou despreparados para o cuidado

Acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos

## Linha de Cuidado em Saúde

Acolhimento e classificação de risco adequada e oportuna, utilização de protocolos de boas práticas em saúde da criança, baseados em evidências, garantia de exames, medicamentos, sangue, hemoderivados e insumos para o cuidado em saúde, banco de leite humano, leitos (incluindo cirúrgicos) implementação de linha de cuidado materno-infantil, qualificação do sistema de referência e contrarreferência, incluindo atendimento pré-hospitalar e unidade de terapia intensiva neonatal, educação permanente em saúde

## Causas externas

Identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao Instituto Médico Legal (IML)

## Vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas

Baixa escolaridade materna, desemprego, condição de pobreza ou pobreza extrema, exclusão social da família em situação de rua, violência doméstica e sexual, uso abusivo de substâncias, desigualdades relacionadas às questões étnico-raciais e deficiências

## Problemas na organização do sistema de saúde

Falhas na gestão do cuidado (monitoramento do seguimento dos protocolos e dos indicadores de processo e resultado), cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, regulação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (incluindo cirurgias eletivas e de urgência) e leitos de internação ou de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), transporte inter-hospitalar, medicamentos, propeidética, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde da criança, banco de leite, recursos humanos e equipes incompletas, entre outros

Fonte: adaptado de Bittencourt *et al.*, 2013.

Em que pese a recomendação do Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (Brasil, 2009b) sobre a análise da evitabilidade dos óbitos maternos, atualmente, a avaliação de barreiras de acesso, de restrições nos atendimentos e de falhas assistenciais tem sido agregada ao Modelo das Três Demoras (Thaddeus e Maine, 1994).

A grande maioria das complicações obstétricas que resultam no óbito materno ocorrem em mulheres sem risco obstétrico identificável previamente e, desta forma, a análise das três demoras na atenção obstétrica tem se mostrado muito útil na análise de evitabilidade da morte materna (Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2023). Por esse motivo, o Modelo das Três Demoras tem sido utilizado no Brasil e em outros países para a proposição de melhorias para a saúde materna, partindo-se do pressuposto de que grande parte dos óbitos de mulheres no ciclo gravídico-puerperal pode ser evitada, desde que as mulheres obtenham cuidados obstétricos de emergência, no momento oportuno e no local de referência adequado (Pacagnella, 2011).

Trata-se de um modelo de fácil aplicabilidade, que permite a identificação mais precisa das causas relacionadas à ocorrência dos óbitos maternos, segundo a demora pela procura por cuidado de saúde por parte da família ou paciente; a demora no acesso ao serviço de saúde de referência em decorrência de problemas relacionados às pacientes, familiares e ao próprio sistema de saúde e, por fim, a demora em receber a assistência adequada, associada às falhas nos serviços de saúde (IFF/Fiocruz, 2023) (quadro 10).

#### QUADRO 10

### A influência das “Três Demoras” (Thaddeus & Maine, 1994) na obtenção do cuidado obstétrico oportuno

#### FASE 1: demora na decisão de procurar cuidado de saúde (família/paciente)

Demora na identificação da condição

Demora na tomada de decisão para buscar o cuidado

Recusa do cuidado ou tratamento oferecido

Conhecimento insuficiente acerca dos sinais de risco e sua gravidade. Baixa escolaridade, barreiras socioculturais e/ou religiosas, que afetam a decisão de procurar cuidados e utilização de serviços de saúde

## FASE 2: demora no acesso ou obtenção de um serviço de saúde adequado para o cuidado

Ausência ou inadequação dos serviços de saúde

---

Dificuldade com transporte

---

Barreiras geográficas

Indisponibilidade ou baixa cobertura de serviços de saúde. Dificuldade de acesso aos serviços por problemas de infraestrutura urbana para o transporte, e do próprio sistema de saúde, incluindo custos gerais e falhas de comunicação (sistema de referência e contrarreferência)

## FASE 3: demora no acesso ou obtenção de um serviço de saúde adequado para o cuidado

Demora na realização do diagnóstico

---

Falhas na regulação do sistema de saúde

---

Equipes insuficientes e despreparadas para o cuidado

---

Demora na transferência do caso

---

Demora para instituir tratamento adequado

---

Falhas na gestão do cuidado e dos serviços de saúde

Atrasos na identificação dos riscos maternos, neonatais e infantis, na prestação de cuidados oportunos em conformidade aos protocolos assistenciais e de humanização do cuidado, incluindo problemas de infraestrutura dos sistemas de saúde (medicamentos, insumos, exames etc.)

**Fonte:** adaptado de Thaddeus e Maine, 1994; Pacagnella, 2011; Governo do Estado do Ceará, 2022.

Portanto, compreendendo que a grande maioria das mortes maternas e infantis são evitáveis, o Modelo pode representar uma ferramenta adicional para nortear o processo de análise dos comitês de mortalidade. Muito embora tenha sido proposto para o estudo da mortalidade materna, ele contempla e complementa a investigação dos óbitos fetais e neonatais.

## 5.1.5.2. Métodos de classificação e análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais

Com relação aos óbitos infantis e fetais, são utilizadas as classificações de evitabilidade para análise, levando-se em consideração a possibilidade de prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente evitáveis.

O objetivo é esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores para a mortalidade materna, infantil e fetal, e avaliar a efetividade dos serviços. A análise das ocorrências se dá a partir da verificação dos fatores de evitabilidade, tendo em vista que o óbito infantil é considerado um evento sentinela, cuja ocorrência se dá quando o sistema de saúde apresenta falhas significativas de acesso, qualidade e gestão. Parte-se do pressuposto que seus fatores determinantes são passíveis de detecção e de intervenção oportuna e adequada (Rutstein *et al.*, 1976).

No entanto, o primeiro passo para analisar a mortalidade infantil se depara com o problema de seleção de um método de classificação das causas do óbito, uma vez que existem vantagens e fragilidades em função do seu objetivo. O MS recomenda três métodos de análise da evitabilidade: a classificação adotada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), a lista de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do SUS proposta por Malta *et al.* (2007) e a classificação de Wigglesworth expandida.

A classificação Seade foi o primeiro método de classificação do óbito infantil utilizado no Brasil. Foi desenvolvido por Ortiz (2000), inicialmente com o intuito de investigar a evitabilidade dos óbitos na população do estado de São Paulo e, posteriormente passou a ser adotado pelos comitês de mortalidade de outros estados. Este método leva em consideração oito grupos de doenças, de acordo com a causa básica do óbito com base na CID-10. Os grupos de doenças, a seguir relacionados, permitem explorar as possibilidades de intervenção que poderiam ter sido realizadas para prevenir o óbito de crianças menores de 5 anos de idade:

- Grupo 1 – Redutíveis por imunoprevenção;
- Grupo 2 – Redutíveis por adequado controle na gravidez;

- Grupo 3 – Redutíveis por adequada atenção ao parto;
- Grupo 4 – Redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces;
- Grupo 5 – Redutíveis através de parcerias com outros setores;
- Grupo 6 – Não evitáveis;
- Grupo 7 – Mal definidas;
- Grupo 8 – Não classificadas/outras.

Em 2007, Malta e seus colaboradores propuseram a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa nova classificação brasileira representa uma versão modificada da classificação Seade, visto que também se baseia no agrupamento de doenças, segundo a CID-10 em:

- Causas evitáveis:
  - Reduzíveis por ações de imunoprevenção;
  - Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido:
    - Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação;
    - Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto;
    - Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido;
    - Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento;
    - Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.
- Causas mal definidas;
- Demais causas (não claramente evitáveis).

No entanto, esta classificação acrescenta fatores de evitabilidade que levam em consideração as tecnologias assistenciais disponíveis no Brasil através do SUS e acessíveis para a maioria da população, independentemente do fato de terem sido utilizadas ou não. Outra diferença é que ela exclui as causas de óbito evitáveis por ações não contempladas no SUS, como proposto por outros métodos de classificação internacional, e inclui as doenças intestinais e pneumonias que tendem a incidir no período pós-neonatal.

A terceira classificação recomendada pelo MS foi proposta em 1980 por Wigglesworth, patologista pediátrico. Trata-se de uma classificação europeia, baseada em uma versão mais simplificada, segundo informações clínicas de fácil acesso que dispensa dados de necrópsia. É realizada em duas etapas:

- Etapa 1, quando são calculados os coeficientes de mortalidade infantil, com base em faixas de peso;
- Etapa 2, mediante a alocação dos óbitos em grupos, segundo a classificação de peso.

Esta classificação constitui um método simples, confiável e eficaz, possibilitando a comparação entre localidades, com a vantagem adicional de analisar o óbito perinatal (fetais e neonatais precoces). No entanto, não inclui a análise relativa ao acesso ao pré-natal e o acesso à assistência ao parto. Ou seja, problemas estes que são recorrentes no Brasil.

A classificação de Wigglesworth expandida (figuras 14 e 15, páginas 71 e 72) propõe nove grupos de causas de óbitos e aponta os principais grupos de causas de óbito fetal e infantil, considerando o peso ao nascer e a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde, sendo eles:

- Grupo 1 – Malformação congênita:
  - Grave ou letal ou potencialmente letal, qualquer defeito genético. reconhecido como de alto risco para o óbito.
- Grupo 2 – Morte fetal antes do trabalho de parto:
  - Morte de criança nascida viva decorrente de problemas durante o anteparto deve ser incluída em “outras causas específicas” (Grupo 6).
- Grupo 3 – Morte intraparto:
  - Asfixia, anóxia, sofrimento fetal agudo ou trauma, de bebês que sobreviveriam se não tivessem ocorrido as complicações.
- Grupo 4 – Imaturidade/prematuridade:
  - Crianças nascidas vivas que morrem devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intraventricular ou outras consequências tardias de prematuridade.

- Grupo 5 – Infecção:
  - 5a – Infecções perinatais/materna;
  - 5b – Pneumonias, diarreias e outras infecções.
- Grupo 6- Outras causas específicas de morte:
  - Condições fetais – hidropsia fetal, transfusão feto-fetal;
  - Condições neonatais – hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido à perda prolongada de líquido, persistência de circulação fetal, perda sanguínea não associada a trauma;
  - Condições pediátricas – bronquite, bebê chiador, desnutrição, câncer, quadro abdominal agudo.
- Grupo 7 – Causa externa – acidente ou violência;
- Grupo 8 – Morte súbita de causa desconhecida;
- Grupo 9 – Não classificada – usada como último recurso.

## Classificação de Wigglesworth Expandida (CEMACH, 2005)

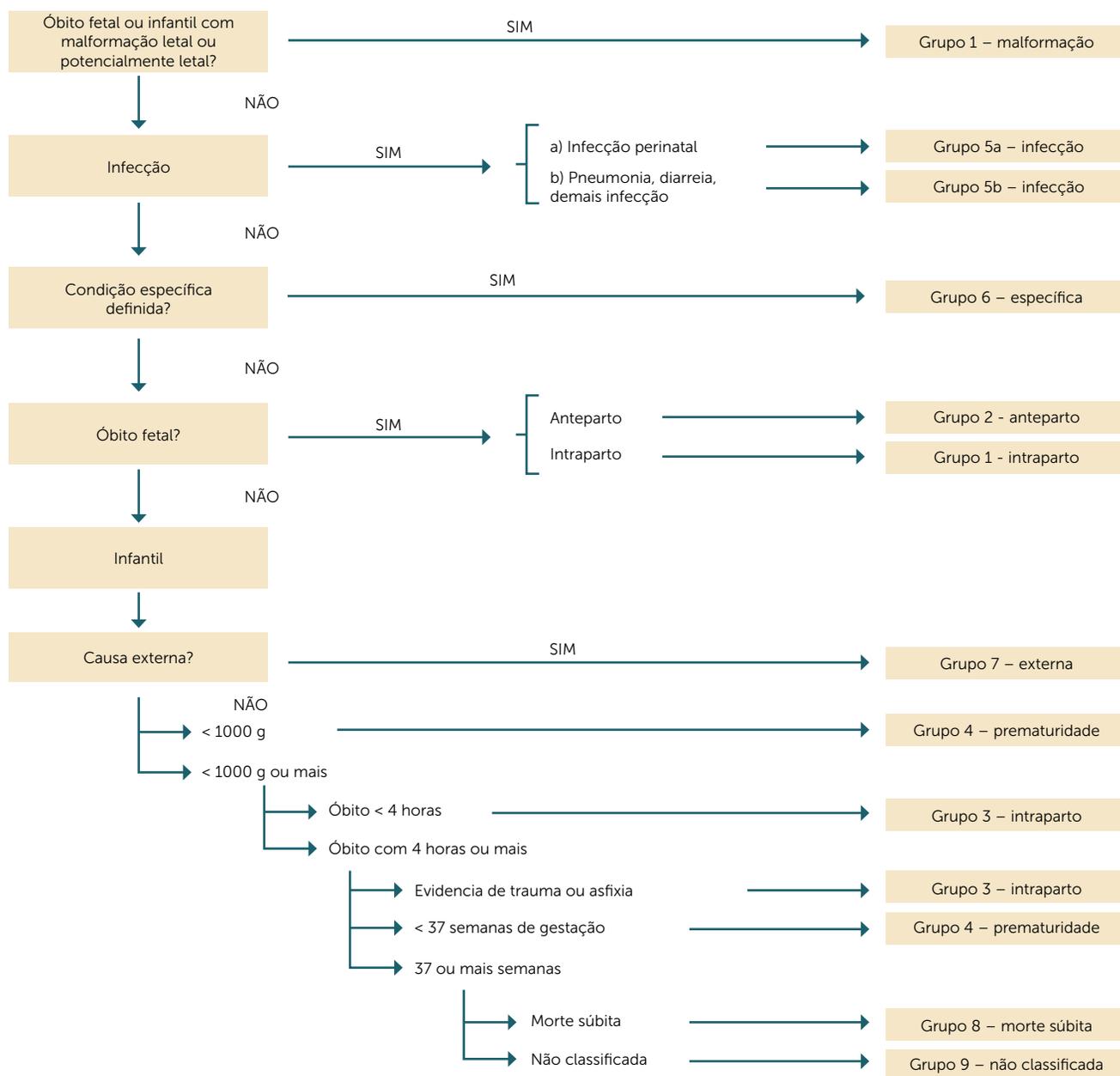
- **Grupo 1 - Malformação congênita (grave ou letal/potencialmente letal):** apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidades bioquímicas graves ou severas como a doença de Tay Sach's e qualquer defeito genético reconhecido 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 indício/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-sentinel. 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 consequências 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 previa);
  - Condições pediátricas: bronquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como volvo sem antecedente de ma-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.

Fonte: Brasil, 2009a, p. 35 (tradução e adaptação de Lansky S.).

FIGURA 15

## Fluxograma para classificação dos óbitos investigados

CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS E INFANTIS – ADAPTADA PARA O BRASIL  
(SEGUNDO WIGGLESWORTH EXPANDIDA – CEMACH, 2005)



Fonte: Brasil, 2009a, p. 36 (tradução e adaptação de Lansky S.).

Estudo desenvolvido por Dias *et al.* (2017) comparou os diferentes métodos de análise e concluiu que os altos índices da mortalidade infantil neonatal demandam estudos para avaliar a qualidade da assistência obstétrica ofertada nos serviços de saúde. Os resultados desse estudo comparativo entre os diferentes métodos de análise de evitabilidade sugerem que, dentre os três métodos mencionados, a Lista Seade foi capaz de classificar a maior quantidade de óbitos em “evitáveis” e “não evitáveis” em uma proporção de 94,4%, além de distinguir a evitabilidade das causas de mortes de forma mais precisa, visto que inclui as causas não evitáveis, diferentemente da Lista Brasileira de Causas Evitáveis de Morte, que não especifica as causas evitáveis, incorrendo em maior proporção de óbitos classificados como causas mal definidas. Portanto, a escolha do método de análise é um produto de ampla discussão técnica por parte das equipes técnicas de saúde que de forma direta ou indireta atuam na vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais.

Acrescenta-se, ainda, a necessidade de atualização sistemática das listas de classificação, segundo as diretrizes da prática baseada em evidências, tendo em vista que o método de análise elegido terá impactos significativos sobre a definição das políticas de atenção à saúde materna e infantil. Neste sentido, é essencial considerar a frequente incorporação tecnológica no SUS, incluindo-se neste rol as tecnologias assistenciais propostas pelos novos programas e projetos implementados.

Por fim, destacamos que a análise da evitabilidade e a conclusão do processo de investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais caberá aos Comitês Regionais e/ou Estaduais, nas situações em que o município de residência da pessoa falecida não dispõe de equipe técnica ou de comitê de mortalidade operante. De qualquer forma, as conclusões elaboradas no nível regional e/ou estadual devem retornar para os municípios de origem, a fim que de as medidas necessárias para a prevenção dos óbitos sejam implementadas.

### **5.1.6. Proposição de medidas, relatório síntese e conclusão da investigação**

A última fase do processo de investigação corresponde à emissão de relatórios e divulgação dos resultados das investigações ao comitê de mortalidade ampliado, aos gestores da saúde, ao conselho municipal e/ou estadual, às equipes técnicas da saúde e à sociedade civil,

por meio de estratégias específicas e direcionadas a cada público. A responsabilidade de elaboração destes documentos é de toda a equipe técnica responsável pela vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais, incluindo demais membros do comitê e profissionais da assistência, além de profissionais de notório saber quando houver circunstâncias adversas e complexas.

Em primeira instância, o relatório é um instrumento de grande interesse para a gestão de saúde municipal e/ou estadual, fomentando o planejamento e a implementação de ações para a redução dos óbitos maternos, infantis e fetais. Ou seja, cada óbito por causa evitável que foi investigado representa uma situação particular e complexa que foi analisada de modo a fornecer informações precisas para que novas ocorrências sejam prevenidas e evitadas.

Portanto, o relatório à gestão deve descrever as circunstâncias dos óbitos e fatores determinantes, a análise quantitativa descritiva dos indicadores de mortalidade, a análise qualitativa da evitabilidade segundo o método escolhido, as conclusões e as recomendações para a prevenção de novas ocorrências, contemplando os seguintes pré-requisitos:

- Metas pactuadas para a redução dos indicadores e cobertura de investigações;
- Principais problemas identificados na assistência, gestão do cuidado e gestão do sistema de saúde;
- Principais indicadores de processo e resultado relacionados aos resultados (taxa de cesarianas, prematuridade, baixo peso ao nascer, internações em terapia intensiva, cobertura vacinal, taxas de internação por doenças respiratórias e diarreicas na infância e proporção de nascidos vivos, entre outros);
- Proposição de medidas de curto, médio e longo prazos para a prevenção e redução dos óbitos potencialmente evitáveis, segundo as necessidades de intervenções nos processos de trabalho, investimentos em recursos físicos e materiais, educação permanente em saúde, ações de educação e promoção da saúde junto a população e aprimoramento dos processos de gestão e de vigilância em saúde, além de ações intersetoriais e a participação social.

Recomenda-se a utilização de planilhas consolidadas de dados, padronizadas pelo MS a seguir relacionadas e que tenham sido sistematicamente preenchidas ao longo das investigações:

- IF5 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal: síntese, conclusões e recomendações;
- IF6 - Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal;
- M5 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: síntese, conclusões e recomendações;
- M6 - Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Materno.

Acesse estes instrumentos em:

[https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-infantil-fetal/;](https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-infantil-fetal/)

[https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-materna/.](https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-materna/)

Acrescenta-se que o prazo para a finalização da investigação do óbito é de 120 dias a partir da data de sua ocorrência, e de sete dias para a inserção da Ficha Síntese (IF5 e M5) no Módulo de Investigação de Óbito pela equipe técnica responsável pela gestão dos sistemas de informação.

# 6



## Encaminhamentos

### 6.1. Correção dos dados vitais e causa da morte, conforme necessidade

A correção dos dados vitais visa ampliar a cobertura e a regularidade de informações registradas nos sistemas de informação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Recomenda-se, inicialmente, que sejam realizados os cálculos de cobertura e regularidade, conforme abordado anteriormente, com o objetivo de avaliar as deficiências em todo o processo de notificação e gestão da informação acerca das estatísticas vitais.

A despeito de se observarem resultados favoráveis em termos de cobertura e regularidade das informações, é necessário manter a sistemática busca ativa de ocorrências vitais nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, cartórios e cemitérios (incluindo-se os clandestinos), além das áreas rurais junto às parteiras tradicionais e demais informantes-chave.

Quando forem identificadas ocorrências de nascimentos e óbitos sem a devida emissão das declarações de nascimentos e óbitos, recomenda-se a adoção de todas as medidas possíveis para que os registros sejam feitos por meio da articulação intersetorial de caráter ético e legal, seguindo as recomendações da vigilância em saúde, que, em última instância, poderá recomendar apenas a emissão da Declaração de Óbito (DO) ou a Declaração de Nascimento (DN) epidemiológica (sem validade para registro civil). Nos casos em que a DO ou a DN

foram emitidas e não processadas no sistema, recomenda-se que elas sejam inseridas no mesmo sem a necessidade de gerar a DO ou DN epidemiológica. Nesse processo, faz-se necessária atenção especial para que não haja duplicidade de registro.

Da mesma forma, os dados adicionais resultantes da investigação epidemiológica dos óbitos devem ser inseridos no SIM e no SINASC, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos registros. Frente à necessidade de mudança da causa básica do óbito, uma nova codificação poderá ser efetuada no SIM, para fins estatísticos e epidemiológicos, mas não implicará em mudanças na Certidão do Óbito.

## **6.2. Divulgação dos resultados**

Por fim, além dos relatórios e recomendações à gestão, aconselha-se que os resultados sejam divulgados amplamente por meio de boletins informativos, fóruns intersetoriais, eventos científicos e reuniões técnicas com representantes das universidades, sociedades científicas e conselhos profissionais. Também podem ser utilizados os meios de comunicação à disposição para que haja divulgação entre outras representações da sociedade civil, com o objetivo de promover a articulação destes setores, firmar parcerias e ampliar compromissos para o enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal.

# Referências bibliográficas

Almeida WS. *Estimação da mortalidade infantil nos municípios brasileiros* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2016. 181 pp.

Ayres JR de CM, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids*. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. pp. 49-72.

Bittencourt SD de A, Dias MAB, Wakimoto MD. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro: EaD/ENSP; 2013. 268 pp.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. 1990, setembro de 20; 182 (seção I):18055-59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56 pp.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. *Regulamenta a NOB SUS nº 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências*. Diário Oficial da União. 2004a Jun 17; Seção I:56.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 12p. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2004/marco/2-a-pacto-reducao-mortalidade.pdf/view>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 6 de junho de 2008. *Regulamenta a vigilância de óbitos maternos*. Diário Oficial da União. 2008a, junho, 6; Seção I: 48-50.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento da Análise da Situação de Saúde. *Manual para investigação do óbito com causa mal definida* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.56p. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_investigacao\\_obito.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf). Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 96 pp. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf). Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 84 pp. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf). Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. *Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2010a. 143 (Seção 1): 56.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. 108 pp. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_vigilancia\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf). Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 47 pp. Disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-investigacao-obito-infantil-fetal.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. 47 pp. Disponível em <https://svs.aids.gov.br/>

[daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-fichas-investigacao-obito-materno.pdf](https://daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-fichas-investigacao-obito-materno.pdf). Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Análise Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis: vigilância do óbito* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/apresentacao/>. Acesso em 23 de março de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. [internet]. 2021; 52(37):4. Disponível em [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_37\\_v2.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf). Acesso em 23 de março de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). *Óbitos infantis de mães residentes, segundo capítulo da CID-10 e regiões do Brasil em 2020* [internet]. Brasília, Ministério da Saúde. 2023. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>. Acesso em 16 de abril de 2023.

Buss PM, Pellegrini Filho A. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* [internet]. 2007; 17(1):77-93. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/19550/BUSSPELLEGRINI.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em 23 de março de 2023.

Dias BAS, Neto ET dos S, Andrade MAC. *Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões?* *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017; 33(5):e00125916. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125916>. Citado em 23 de março de 2023.

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP. FIOCRUZ. *DSSBR, promovendo a equidade em saúde: o que é DSS?* [internet]. 2020. Disponível em <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Frias PG de, Szwarcwald CL, Lira PIC de. *Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11 (4): 463-470.

Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. *Termo de Sigilo e Confidencialidade* [internet]. 2023. Disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2016/3-jul-ago-set/12-07\\_Anexo-02\\_Termo-de-Confidencialidade-e-Sigilo.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/3-jul-ago-set/12-07_Anexo-02_Termo-de-Confidencialidade-e-Sigilo.pdf). Acesso em 11 de abril de 2023.

Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Estado da Saúde. *Manual técnico ara atuação dos comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal* [internet]. Fortaleza: SEPOS; 2022. 26p. Disponível em [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/09/Manual\\_Tecnico\\_comites\\_0922.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/09/Manual_Tecnico_comites_0922.pdf). Acesso em 23 de março de 2023.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 873/2022. *Dispõe sobre a instituição do Comitê Regional de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências*. PROA nº 22/2000-0066403-3. Diário Oficial do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 29 ago 2022. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202209/01141128-873.pdf>.

Guará, IMFR. Redes de proteção social [internet]. São Paulo. Associação Fazendo História. *NECA-Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente*; 2010. 96 pp. Disponível em <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. *Postagens: Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020* [internet]. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz; c2023. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>. Citado em 11 de abril de 2023.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ipea. *Caderno ODS3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil?* [internet]. Brasília: IPEA; 2019. 46 pp. Disponível em [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos\\_ODS\\_Objetivo\\_3\\_Assegurar%20uma%20vida%20saudável%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetivo_3_Assegurar%20uma%20vida%20saudável%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf). Acesso em 23 de março de 2023.

Laurenti, R, Mello-Jorge, MHP, Gotlieb, SLD. *A mortalidade materna nas capitais brasileiras:*

*algumas características e estimativa de um fator de ajuste*. Rev. bras. Epidemiol. 2004; 7(4): 449-460.

Lima AMP de, Santos HPG dos, Luz LA da, Flores-Quispe M del P, Martufi V, Anjos EF dos, et al. *Evolution of policies related to child care within the scope of primary health care (PHC) in Brazil* [internet]. SciELO Preprints. 2022. 35 pp. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4524/8730>. Acesso em 23 de março de 2023.

Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias, MAS, Moraes Neto OL, Moura L et al. *Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2007;16(4):233-244.

Malta, DC e col. *Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010; 19(2):173-176.

Marinho C da S R, Flor TBM, Pinheiro JMF, Ferreira M F. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças*. Cad. Saúde Pública [internet]. 2020 ;36(10):e00191219. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191219>. Acesso em 23 de março de 2023.

Matijasevich A, Cortez-Escalante JJ, Rabello Neto D, Fernandes RM, Victora CG. *Método para estimação de indicadores de mortalidade infantil e baixo peso ao nascer para municípios do Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde [internet]. 2012 ; 25(3):637-646. Disponível em <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300020>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. *Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?* Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2007 ;Mar;12(2):319–24. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Murray J. et al. *Ênfase comportamental na saúde materno-infantil: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades: relatório técnico*. [internet] Arlington: BaSICS; 1997. 14 pp. Disponível em [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNaCm891.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNaCm891.pdf). Acesso em 17 de abril de 2023.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)*. 4. ed. v.2. São Paulo: Edusp; 1998. p. 143.

Organização Panamericana da Saúde (Opas). *Saúde Materna* [internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2023.. Disponível em <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em 23 e março de 2023.

Ortiz LP. *Agrupamento das causas evitáveis de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças*. São Paulo: Fundação Seade, 2000. Mimeografado.

Pacagnella, RC. *Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2011. 117 p.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Viana AB. *Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal*. ReTEP [internet]. 2019;11(1):3-9. Disponível em <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-analise-temporal-final.pdf>. Citado em 22 de março de 2023.

Ruoff AB, Andrade SR, Schmitt MD. *Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa*. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(1):e67342.

Rutstein DD et al. *Measuring the quality of medical care: a clinical method*. The New England Journal of Medicine. 1976;294(11):582-588.

Silva AB dos S, Araújo AC de M, Frias PG de, Vilela MBR, Bonfim CV do. *Avoidable deaths in the first 24 hours of life: health care reflexes*. Rev Bras Enferm [internet]. 2022 ; 75(1): e20220027. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0027>. Acesso em 17 de abril de 2023.

Soncin E, Santos MD, Menezes EBC, Vieira SM, França KL, Gaia PMC, et al. *Linha de Cuidado Integral sobre Saúde Materno Infantil*. Rev. Tec. Cient. CEJAM [internet]. 2023 ;2:e202320015. Disponível em <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202320015/16>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Souza JP. *Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil*. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(12):533-5.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 pp.

Thaddeus S, Maine D. *Too far to walk: maternal mortality in context*. Soc Sci Med. [internet]. 1994;38(8):1091-110. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042057/>. doi:10.1016/0277-9536(94)90226-7. PMID: 8042057.

*Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division* [internet]. Geneva: World Health Organization. c2023. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em 23 de março de 2023.

UNAIDS. *Novo relatório da ONU avalia implementação mundial dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)* [internet]. Brasília: UNAIDS Brasil; c2015. Disponível em <https://unaids.org.br/2015/07/novo-relatorio-da-onu-avalia-implementacao-mundial-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-odm/>. Acesso em 23 de março de 2023.

Wigglesworth JS. *Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach*. Lancet. 1980;27:684-686.

# Anexos

## ANEXO I – Modelo de Portaria de Designação do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal

**PORTARIA Nº \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_.**

Dispõe sobre a Instituição do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências.

**O (A) SECRETÁRIO (A) DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_** no uso das suas atribuições legais; e,  
CONSIDERANDO:

- O disposto no artigo 6º, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que define a proteção à maternidade e à infância como direitos sociais;

- O artigo 227, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece ser dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

- A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);

**Fonte:** adaptado do Comitê Regional de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal/RS. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202209/01141128-873.pdf>.

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

- A Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, que 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);

- A Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004, que definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119, de 5 de junho, que regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação;

- Que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 buscam, até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por mil nascidos vivos;

- Que as mortalidades materna, infantil e fetal constituem indicadores sensíveis da qualidade de vida de uma população por evidenciarem, em sua maioria, mortes precoces que poderiam ser evitadas;

- O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o qual foi aprovado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 18 de março de 2004;

- Que os óbitos maternos e infantis compõem a Lista de Notificação Compulsória nos serviços públicos e privados em todo o território nacional;

- Que a manutenção do ritmo de redução das taxas de mortalidade materna no (município/regional de/estado) suscita a adoção de medidas permanentes e concretas;

- Que a redução da mortalidade infantil se deve ao componente pós-neonatal, enquanto o componente neonatal vem se mantendo pouco alterado, refletindo principalmente as condições de assistência à gestante e ao recém-nascido;

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Instituir o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;

**Art. 2º** - O Comitê é interinstitucional e multiprofissional, tendo caráter consultivo, educativo, técnico e científico visando à prevenção dos condicionantes de óbitos materno, infantil e fetal, propondo medidas e ações para reduzi-los e para aprimorar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e à criança;

**Art. 3º** - Ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal cabe:

I - Realizar monitoramento permanente da situação da mortalidade materna, infantil e fetal da 3ª CRS, enfocando os múltiplos aspectos de seus determinantes;

II - Propor diretrizes, instrumentos legais e ações que concretizem estratégias de redução da mortalidade materna, infantil e fetal;

III - Acompanhar as ações regionais no processo de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na questão;

IV - Oferecer, em conjunto com os Comitês Regional e Estadual, subsídios que contribuam para o aperfeiçoamento de ações para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal e para a redução desses indicadores;

V - Articular com os diversos setores da sociedade afetos à questão, visando à melhoria da atenção integral à mulher e à criança;

VI - Elaborar relatório anual sobre a situação da mortalidade materna, infantil e fetal no âmbito do município, elencando as recomendações efetuadas no período.

**Art. 4º** - O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal vincula-se à \_\_\_\_\_ (instância de gestão) e será composto pelos seguintes membros representantes de cada um dos órgãos e entidades adiante especificados:

### **Equipe Técnica:**

(listar membros, incluindo a Coordenação do Comitê, designando as representações titulares e suplentes).

**Grupo Ampliado (ou consultivo):**

(listar membros, incluindo a Coordenação do Comitê, designando as representações titulares e suplentes).

Parágrafo único. A coordenação do Comitê será exercida pelo \_\_\_\_\_ (instância de gestão) da Secretaria Municipal de Saúde.

**Art. 5º** - O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal terá seu funcionamento regido por Regimento Interno, elaborado pela Coordenação.

**Art. 6º** - O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal poderá convidar, quando se fizer necessário, especialistas e representantes de órgãos e entidades públicos ou privados e de organizações da sociedade civil, com reconhecida atuação no campo de estudo, vigilância e prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal no estado, para contribuir em ações pontuais do Comitê.

**Art. 7º** – Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.

(Local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (dia) de \_\_\_\_\_ (mês) de 20\_\_\_\_ (ano).

Nome/Assinatura

Secretário(a) da Saúde

# ANEXO II – Modelo de Regimento Interno do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal

Adequar o texto conforme o nível de gestão (estadual, regional, municipal ou local - hospitalar etc.) e os demais detalhes indicados.

## REGIMENTO INTERNO

### Título I – Da Caracterização e dos Objetivos

**Art. 1º**- A Secretaria Estadual/Municipal de Saúde ou o Conselho Estadual/Regional/Municipal de Saúde institui o Comitê Estadual/Regional/Municipal de Prevenção do Óbito Materno Infantil e Fetal (CEPOMIF/CRPOMIF/CPOMIF) do Estado \_\_\_\_\_/da Regional \_\_\_\_\_/do Município \_\_\_\_\_ de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

**Art. 2º** – O CEPOMIF/CRPOMIF/CPOMIF é um Comitê interinstitucional, com o objetivo de monitorar a ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais, identificar e discutir as circunstâncias e os determinantes da mortalidade ,e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

### Título II – Das Finalidades

**Art. 3º** – São finalidades do CEPOMIF/CRPOMIF/CPOMIF:

- Envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade materna, infantil e fetal, e sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;
- Divulgar a necessidade de instalação dos Comitês Regionais/Municipais de Prevenção do Óbito Materno Infantil e Fetal;

**Fonte:** adaptado de Brasil, 2009a, pp. 94-96; Brasil, 2009b, pp. 30-31.

- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;
- Monitorar a situação e distribuição dos óbitos maternos, infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;
- Conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência;
- Avaliar a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança pelos serviços de saúde;
- Identificar os óbitos maternos, infantis e fetais evitáveis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;
- Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança;
- Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na área de atuação dos serviços;
- Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis;
- Estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas;
- Elaborar relatório analítico semestralmente/anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

### **Título III – Da Composição**

**Art. 4º** – Serão membros natos: representantes das equipes de vigilância de óbitos estadual/regional/municipal e representantes de instituições governamentais participantes (listar).

**Art. 5º** – Serão membros indicados: representantes de instituições não governamentais e técnicas de reconhecida atuação no campo (listar).

**Art. 6º** – Serão membros convidados: \_\_\_\_\_ (listar).

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

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

#### **Título IV – Do Funcionamento**

**Art. 8º** – O CEPOMIF/CRPOMIF/CPOMIF receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância em Saúde/outro.

**Art. 9º** – (para comitês estaduais) O CPOIF estará representado no nível regional/estadual pelo Comitê Regional/Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

**Art. 10º** – O CEPOMIF/CRPOMIF/CPOMIF reunir-se-á ordinariamente uma/duas/... vez(es) a cada um/dois/... mês(es), e extraordinariamente quantas vezes forem necessárias, por convocação de seu presidente/coordenador.

**Art. 11** – As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao presidente/coordenador o voto de desempate.

**Art. 12** – A atuação do CEPOMIF/CRPOMIF/CPOMIF se dará conforme o seguinte fluxo: \_\_\_\_\_.

#### **Título V – Da Competência**

**Art. 13** – Ao presidente/coordenador compete \_\_\_\_\_.

**Art. 14** – Ao vice-presidente/coordenador compete \_\_\_\_\_.

**Art. 15** – Ao secretário executivo compete \_\_\_\_\_.

**Art. 16** – Aos membros do Comitê compete \_\_\_\_\_.

## Título VI – Das Disposições Gerais

**Art. 17** – Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.

**Art. 18** – Este regimento entrará em vigor após sua publicação.

(Local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (dia) de \_\_\_\_\_ (mês) de 20\_\_\_\_ (ano).

---

Nome/Assinatura

Coordenador(a) do Comitê de Prevenção  
da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

# ANEXO III – Modelo do Termo de Confidencialidade e Sigilo

## TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu \_\_\_\_\_, portador de CPF nº \_\_\_\_\_ na atribuição e qualidade de membro do Comitê Estadual/Regional/Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do \_\_\_\_\_ (município/estado), assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações relativas ao instrumento de coleta e investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, relatórios técnicos complementares ou outros instrumentos epidemiológicos que contenham dados de identificação do paciente, falecido ou não, do estabelecimento ou unidade prestadora de serviço de saúde e dos profissionais de saúde que façam menção.

Por este termo de confidencialidade e sigilo, comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso, salvo em estrito atendimento às ações que me competem;
3. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas;
4. A não praticar qualquer medida fora das minhas atribuições com a finalidade de obter, para mim ou para terceiros, vantagens pessoais ou financeiras relativas às informações que tiver acesso;

5. A notificar imediatamente ao Comitê Estadual/Regional/Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (do município/estado) quando do meu desligamento junto ao Comitê;
6. A não fazer cópias, registros escritos ou em mídias eletrônicas de quaisquer dados ou informações que não sejam necessários por força de minhas atribuições e responsabilidades;
7. A tomar precauções e as devidas medidas de segurança para que, no âmbito de minhas atribuições e responsabilidades, tais dados e informações não sejam copiados, revelados ou venham a ser usados indevidamente ou sem autorização;
8. Quando da divulgação de dados epidemiológicos, informações e indicadores, que estes não permitam a identificação dos pacientes, estabelecimentos e profissionais envolvidos.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fico ciente de todas as sanções nas esferas penal, civil e administrativa que poderão advir.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data).

\_\_\_\_\_

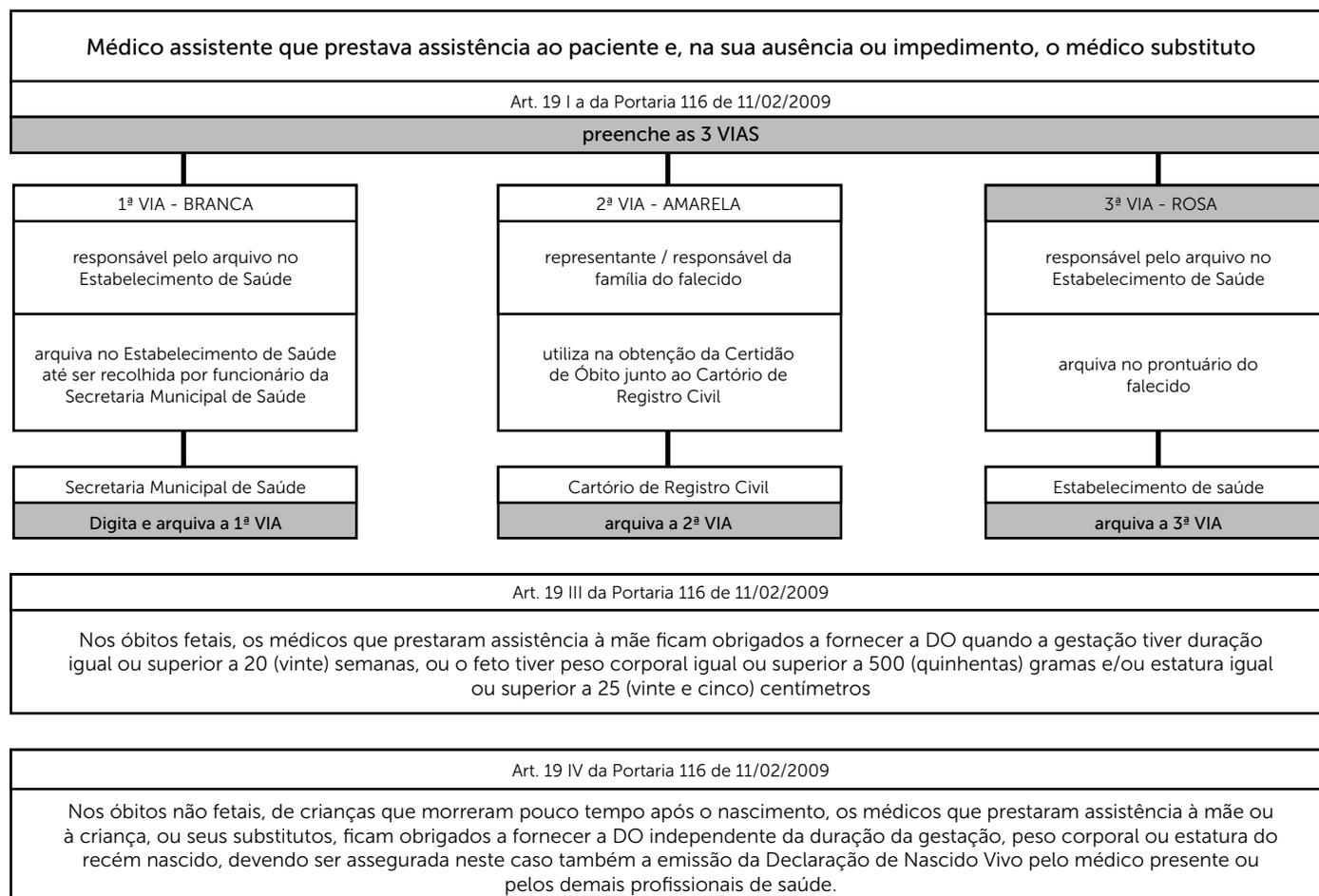
Assinatura (identificar por extenso quando for inelegível)

Disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2016/3-jul-ago-set/12-07\\_Anexo-02\\_Termo-de-Confidencialidade-e-Sigilo.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/3-jul-ago-set/12-07_Anexo-02_Termo-de-Confidencialidade-e-Sigilo.pdf).

**Fonte:** adotado pelo CEPMMIF/SES-MG.

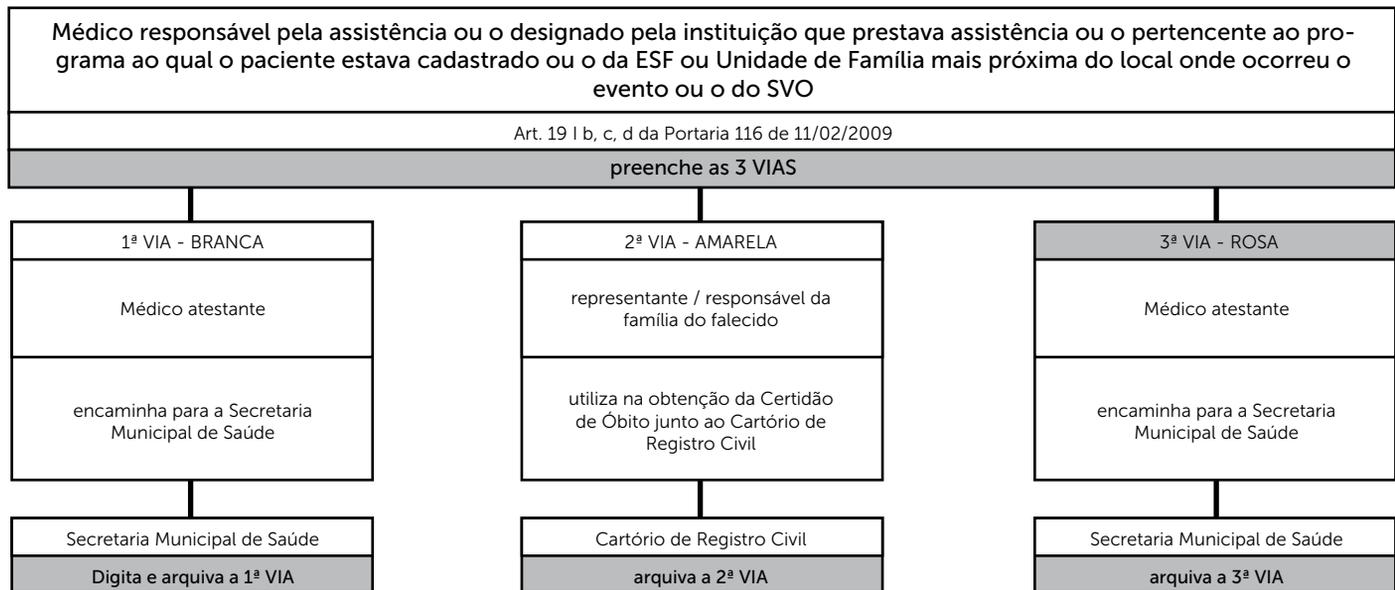
# ANEXO IV – Fluxo das Declarações de Óbito (DO)

## Fluxo da Declaração de Óbito (DO) – Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde



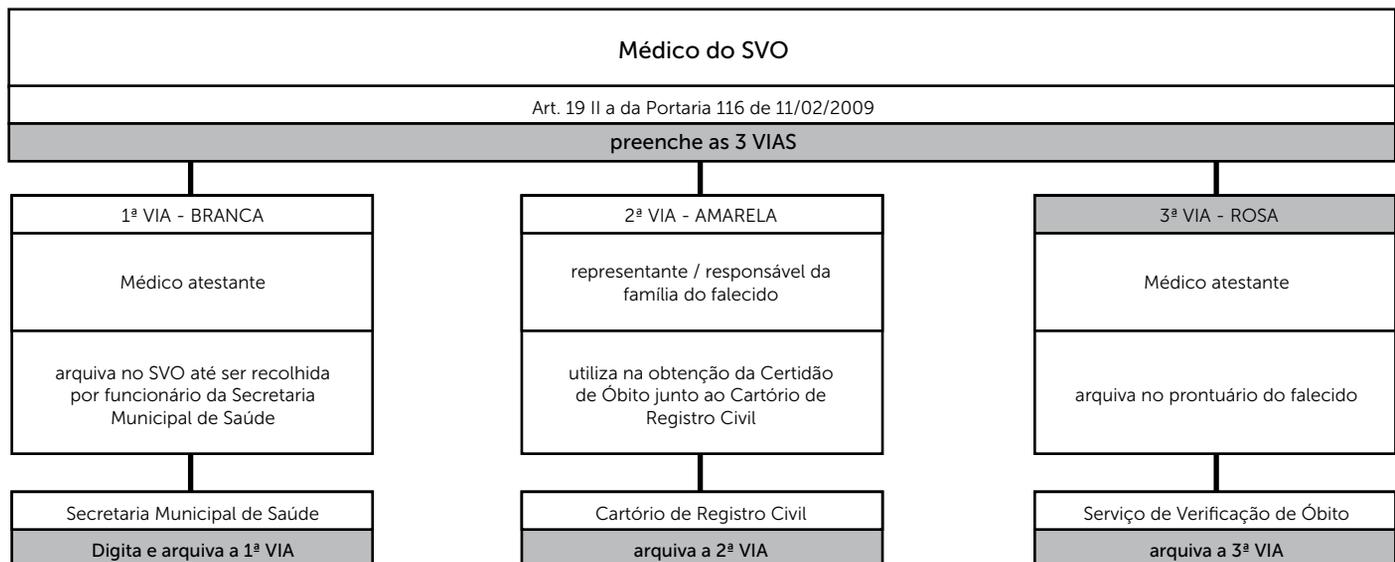
Fonte: Brasil, 2011d.

## Fluxo da Declaração de Óbito (DO) – Óbito por causa natural ocorrido fora do estabelecimento de saúde, com assistência médica



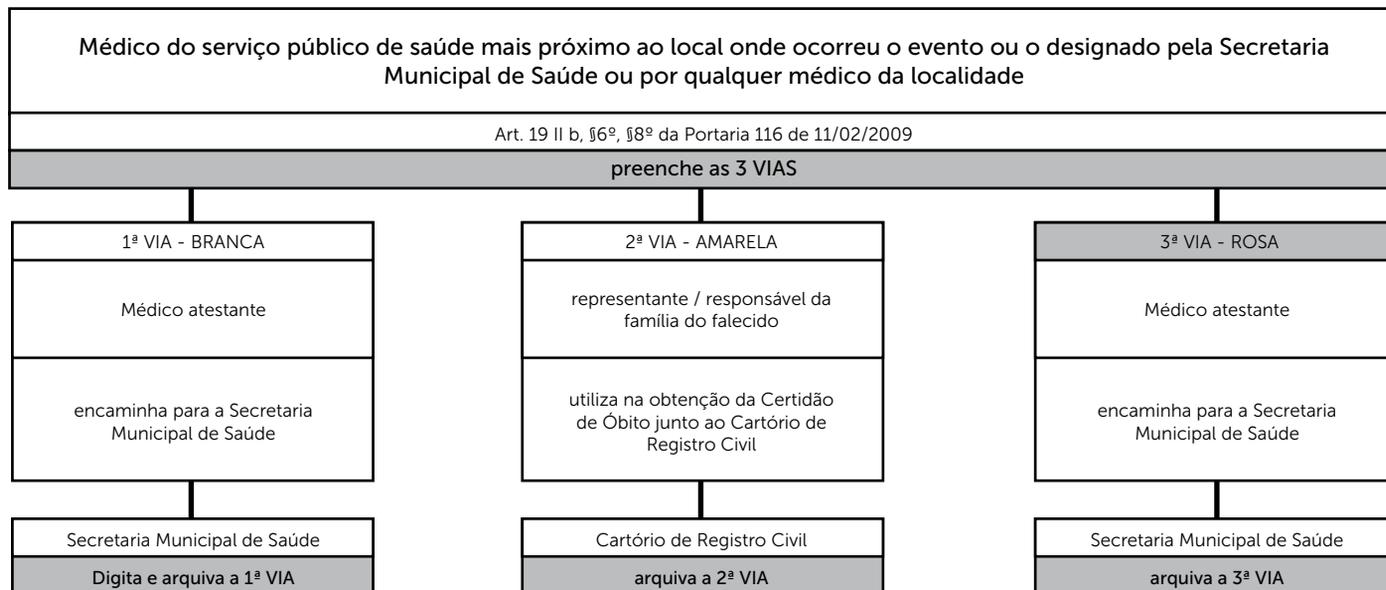
Fonte: Brasil, 2011d.

## Fluxo da Declaração de óbito (DO) – Óbito por causa natural ocorrido fora do estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade com Serviço de Declaração de Óbito (SVO)



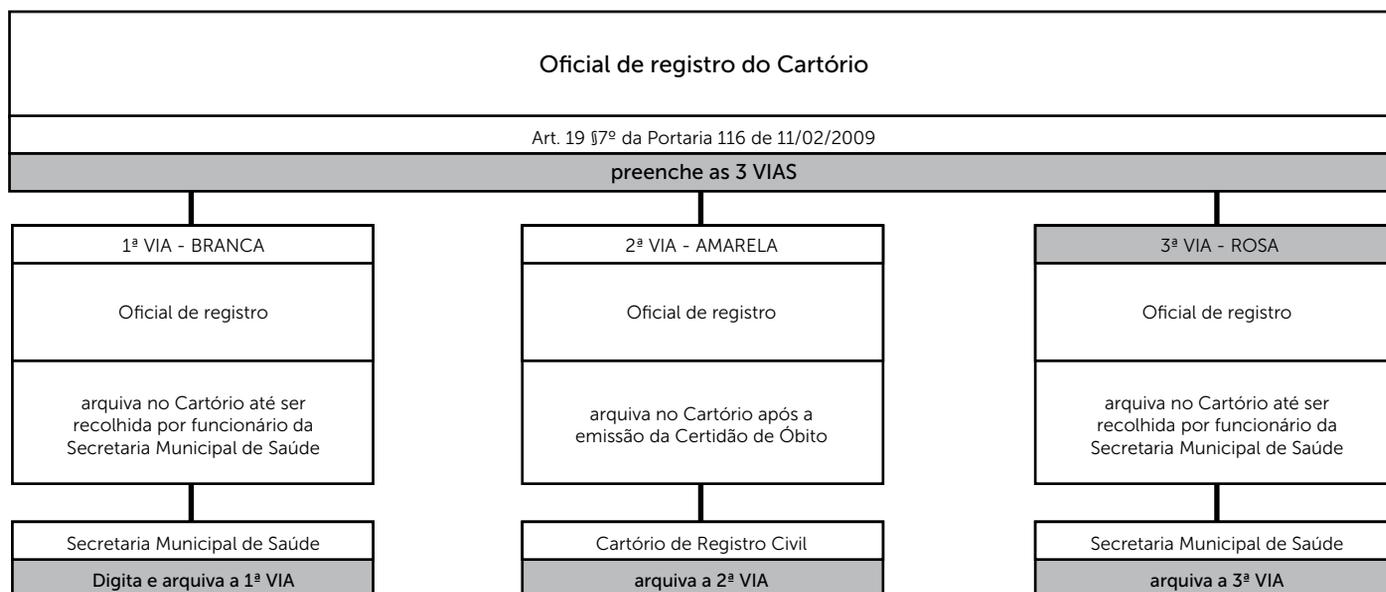
Fonte: Brasil, 2011d.

## Fluxo da Declaração de Óbito (DO) – Óbito por causa natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde sem assistência médica, em localidade sem Serviço de Declaração de Óbito (SVO)



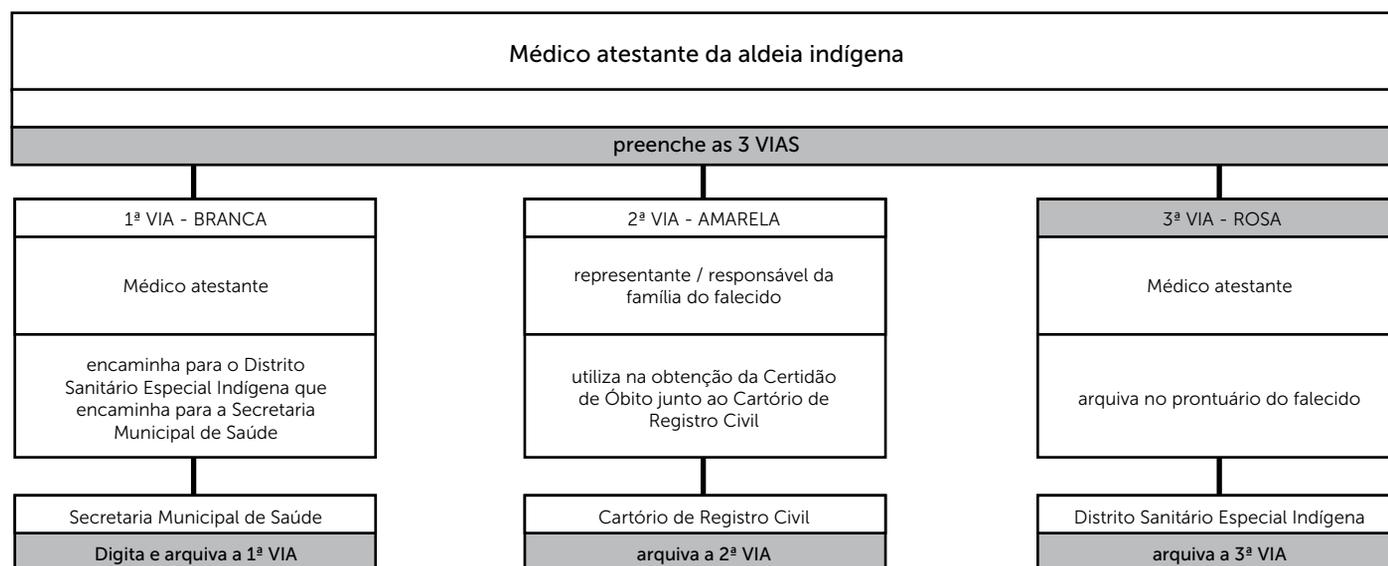
Fonte: Brasil, 2011d.

## Fluxo da Declaração de Óbito (DO) – Óbito por causa natural ocorrido em localidade sem médico



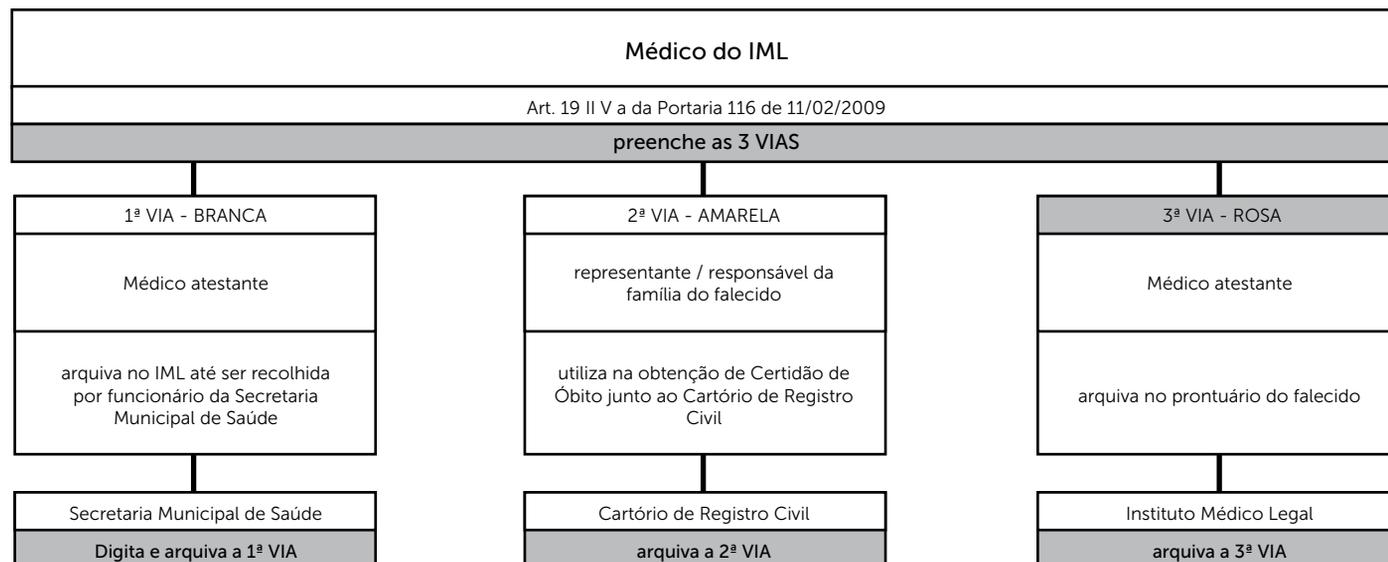
Fonte: Brasil, 2011d.

## Fluxo da Declaração de Óbito (DO) – Óbito por causa natural ocorrido em aldeia indígena com assistência médica



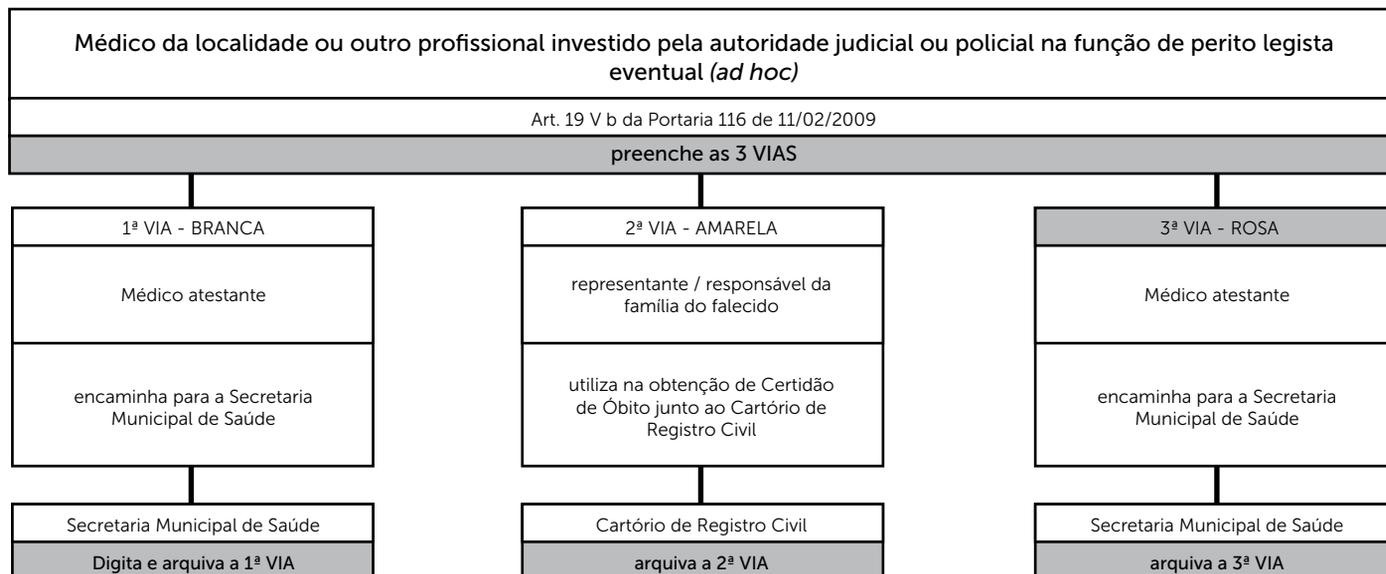
Fonte: Brasil, 2011d.

## Fluxo da Declaração de Óbito (DO) – Óbito por causa acidental e/ou violenta ocorrido em localidade com Instituto Médico Legal (IML)



Fonte: Brasil, 2011d.

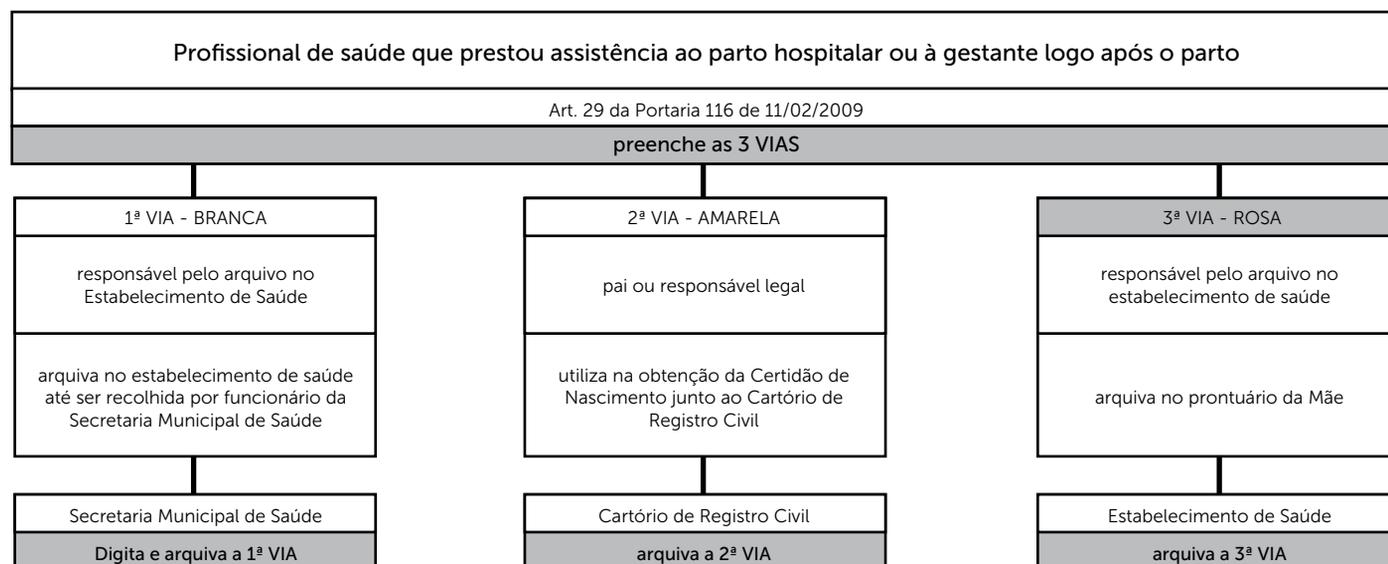
## Fluxo da Declaração de Óbito (DO) – Óbito por causa acidental e/ou violenta ocorrido em localidade sem Instituto Médico Legal (IML)



Fonte: Brasil, 2011d.

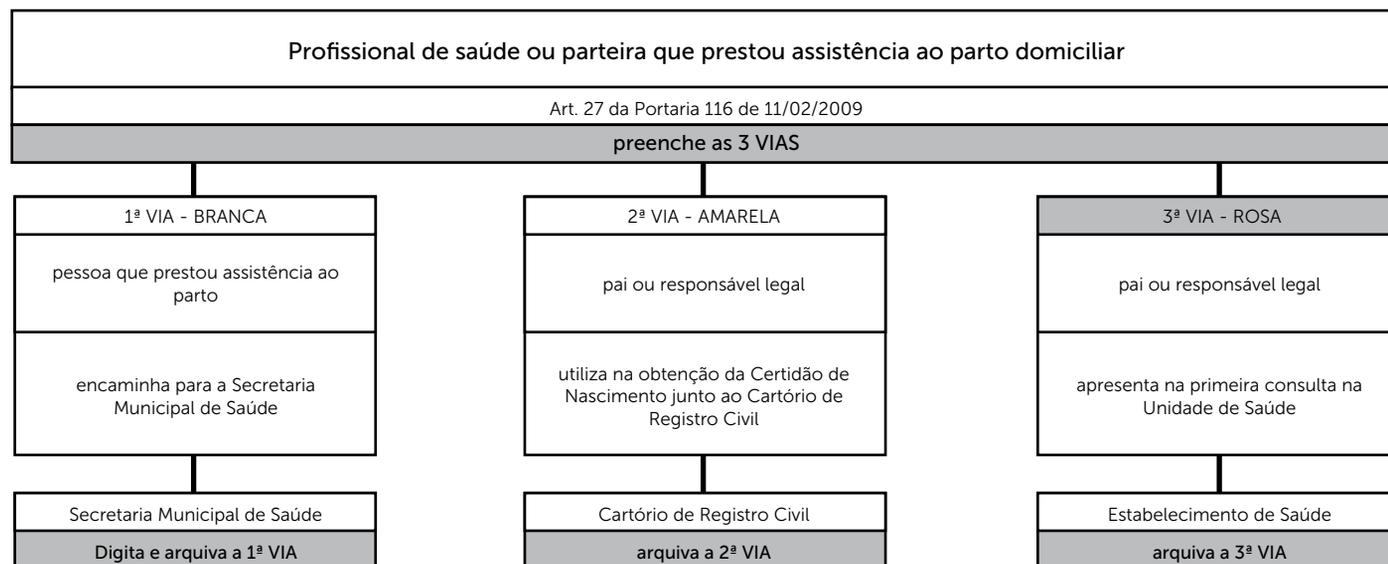
# ANEXO V – Fluxo das Declarações de Nascido Vivo (DNV)

## Fluxo da Declaração de Nascido Vivo (DNV) – Parto hospitalar ou domiciliar com assistência hospitalar posterior



Fonte: Brasil, 2011e.

## Fluxo da Declaração de Nascido Vivo (DNV) – Parto domiciliar com assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional



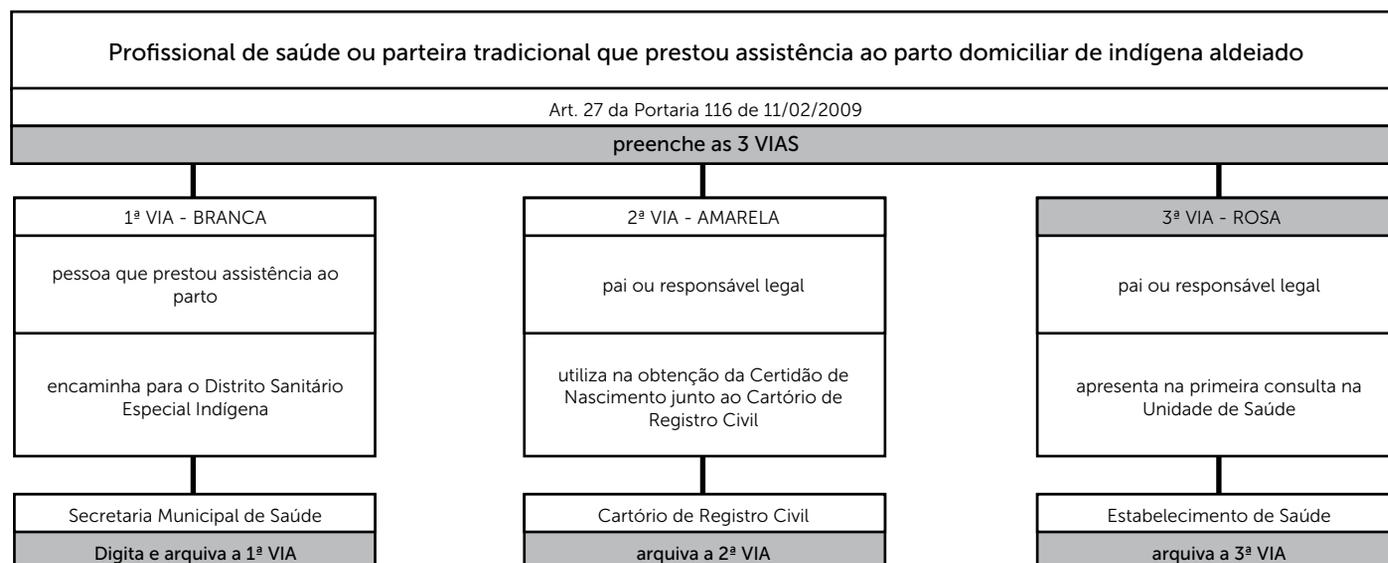
Fonte: Brasil, 2011e.

## Fluxo da Declaração de Nascido Vivo (DNV) – Parto domiciliar sem assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional



Fonte: Brasil, 2011e.

## Fluxo da Declaração de Nascido Vivo (DNV) – Parto domiciliar de indígena aldeado com assistência



Fonte: Brasil, 2011e.

## ANEXO VI – Modelo de credencial

Ofício nº \_\_\_\_\_

Prezado(a) Senhor(a),

Temos a honra de confirmar a participação de Vossa Senhoria no Comitê de Morte Materna, Infantil e Fetal instalado neste estado/região/município.

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

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

Atenciosamente,

Presidente do Comitê de Morte Materna ou Secretário de Saúde


<b>SECRETARIA DE SAÚDE COMITÊ DE MORTE MATERNA</b>
Nome:
RG:
<b>MEMBRO</b>

Fonte: Brasil, 2009, p. 83.

## **ANEXO VII – Modelo de carta para apresentação dos profissionais de saúde e membros do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal aos serviços de saúde**

Ofício nº \_\_\_\_\_

Senhor diretor/gerente de Unidade de Saúde

A Secretaria de Saúde do Município/Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, criado pela Portaria nº \_\_\_\_\_, está procedendo a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico dessas mortes e sugerir intervenções de saúde que visam reduzi-las.

Para tanto, é necessário que os responsáveis pela vigilância de óbitos tenham acesso à equipe de profissionais que atendeu aos pacientes e/ou os respectivos prontuários, assim como para que os membros do Comitê possam realizar reuniões e atividades educativas junto à equipe de saúde.

Portanto, solicitamos que Vossa Senhoria nos apoie neste trabalho, facilitando todos os procedimentos necessários, participando dessa forma do processo que visa melhorar a atenção à saúde da mulher e da criança no nosso município/regional/estado. Qualquer outra colaboração de Vossa Senhoria será bem recebida por este comitê/esta secretaria.

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

Atenciosamente,

Secretário(a) de Saúde/Coordenador(a) do Comitê

**Fonte:** adaptado de Brasil, 2009a, p. 60.



Rua Araguari, 835 • 7º andar  
Vila Uberabinha • 04514-041 • São Paulo - SP  
55 11 3848-8799

[www.fadc.org.br](http://www.fadc.org.br)

 /fundabrinq

 /fundacaoabrinq