

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA GABRIELA BARROSO LEAL

**AS DIFICULDADES NO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE
INVESTIGAÇÃO HOSPITALAR DE ÓBITO FETAL E INFANTIL NA
MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA**

TERESINA (PI)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA GABRIELA BARROSO LEAL

**AS DIFICULDADES NO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE
INVESTIGAÇÃO HOSPITALAR DE ÓBITO FETAL E INFANTIL NA
MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Rachel Salvatori

TERESINA (PI)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **AS DIFICULDADES NO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO HOSPITALAR DE ÓBITO FETAL E INFANTIL NA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA** de autoria da aluna Ana Gabriela Barroso Leal foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Dra. Rachel Salvatori
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus e a toda minha família e, em especial, ao meu esposo Francisco Júnior pelo carinho e dedicação. Aos meus filhos Pedro Vitor e Giovana pela alegria de viver. Agradecimento aos meus pais e a todos que incentivaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
3 MÉTODO.....	10
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16
APÊNDICES E ANEXOS	18

RESUMO

A boa qualidade das informações em prontuários e declarações de óbito são de extrema importância para uma boa investigação do óbito infantil e fetal. O presente estudo é um relato de experiência de tecnologia de educação e administração, no qual o cenário foi o serviço de investigação de óbito fetal e infantil, do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, maternidade pública e estadual, no município de Teresina-Piauí, compreendido no período de novembro de 2013 à março de 2014. Nele, buscou-se identificar as principais dificuldades levantadas no preenchimento das fichas de investigação, e elaborar uma cartilha para conscientização dos profissionais que preenchem as DOs, e que fazem registro nos prontuários.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo uma atenção diferenciada em relação à saúde da mulher e da criança. A redução da mortalidade materna, infantil e fetal é umas das suas principais preocupações.

As estatísticas sobre mortalidade constituem ferramenta de grande valor em administração sanitária, demográfica e epidemiológica de um país, bem como para planejamento e gestão de políticas e ações em saúde, tornando-se imprescindível que sejam fidedignas, tempestivas e acessíveis. Nesse indicador de saúde, os coeficientes de mortalidade infantil e fetal são, certamente, os mais amplamente empregados na avaliação do desenvolvimento de distintas regiões (MARTINS et al., 2013).

Entretanto, segundo Caetano et al. (2013) para que haja uma avaliação criteriosa desse indicador, é necessário o preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO), que é um instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde para a coleta de dados de mortalidade no Brasil pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Além de atestar o óbito, este documento permite que a investigação do óbito seja entendida do ponto de vista médico-epidemiológico, com finalidade de qualificar a vigilância do óbito, permitir a realização de pesquisas científicas e oferecer subsídios para diferentes objetivos, particularmente àqueles que se referem ao estudo da causa da morte (BARBUSCIA; JÚNIOR, 2011).

O preenchimento incompleto e incorreto das DOs denotam, em sua maioria, uma relativa negligência por parte da classe médica, determinando perda de dados relevantes ao setor nacional de saúde, que trazem prejuízos às ações de políticas efetivas direcionadas ao setor. Para Santana et al. (2011), as falhas na declaração da causa básica, elevado percentual de causas mal definidas ou utilização de termos vagos, equívocos no preenchimento da declaração de óbito e a elevada incompletude das variáveis limitam a utilização das DOs para as estatísticas nacionais e investigação do óbito.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) tem a função de realizar busca ativa diária dos óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos ou atestados em suas dependências, notificar os óbitos ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, disponibilizar o acesso aos prontuários para a

equipe de vigilância de óbitos, preferencialmente, por profissionais de saúde não envolvidos diretamente na assistência ao óbito e realizar a investigação dos óbitos.

Segundo a Nota Técnica 001 de 02 de outubro de 2012, que versa sobre a investigação de óbitos infantis e fetais para os municípios piauienses, os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais de saúde (da vigilância em saúde e da assistência em saúde), visando a identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis, além de contribuir para a identificação do número real de óbitos infantis e fetais, à medida que permitem a identificação daqueles que não foram informados corretamente e os que não têm declarações de óbitos registrados ou não entraram no sistema de informação.

Diante do contexto apresentado, a qualidade das informações dos prontuários e das DOs preenchidas contribuem, para análise da situação sanitária e oferecem subsídios para o planejamento, tomada de decisões baseadas em evidências, organização dos serviços de saúde e construção de indicadores com ênfase no SIM, além contribuir para a elaboração de medidas preventivas, visando à redução dos óbitos potencialmente evitáveis.

Dessa forma, **o objetivo geral desse estudo constituiu-se em descrever as principais dificuldades na coleta de dados do prontuário e das DOs fetais e infantis durante o preenchimento das fichas de investigação do óbito fetal e infantil**, ocorridos na Maternidade Dona Evangelina Rosa, no município de Teresina/Piauí. Como **objetivo específico, foi proposta a elaboração de duas cartilhas educativas para as equipes médicas e de enfermagem** visando a melhor sistematização dos registros em prontuário e nas respectivas DOs.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O óbito perinatal é um evento não muito comum nos países desenvolvidos, porém, nos países menos favorecidos sócio-economicamente os dados ainda são alarmantes e pouco valorizados. Barbuscia e Júnior (2011) definem esse tipo de óbito como a soma dos óbitos fetais, que ocorrem a partir de 500g ou 22 semanas de gestação, e dos óbitos neonatais precoces, que ocorrem a partir do nascimento até seis dias de vida. Esses óbitos têm ganhado maior importância por ser um indicador sensível da saúde materno infantil, além de refletir aspectos relativos à saúde reprodutiva, ao acesso e à qualidade de recursos disponíveis para a assistência ao pré-natal, ao parto e ao neonato (ALMEIDA et al, 2011).

Outro indicador que também reflete a situação de uma nação é o óbito fetal. No entanto, são historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para sua redução (BRASIL, 2009). A mesma referência reitera ao considerar como óbito fetal a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Esse tipo de óbito partilha das mesmas circunstâncias e etiologia dos óbitos infantis, sendo grande parte, considerados evitáveis (ALMEIDA et al. 2011).

Assim, o Brasil acompanha a tendência internacional, com raros estudos sobre mortalidade fetal. Esse indicador não faz parte dos nossos indicadores básicos de saúde. Oito unidades da federação possuem seus dados sobre mortalidade perinatal divulgados, cujas estatísticas vitais são consideradas de boa qualidade. A sub numeração dos óbitos fetais e a baixa completitude dos dados registrados nas DOs contribuem para esse quadro. No entanto, as mortalidades infantil e fetal deverão ocupar espaço importante na agenda nacional de pesquisas em saúde, em face a sua progressiva importância (SANTANA et al. 2011).

De acordo com Maia, Souza e Mendes (2012), o óbito infantil e fetal como ocorrências evitáveis por serviços de saúde eficazes constituem-se em eventos sentinelas da qualidade da atenção à saúde. Em países onde o risco de morrer dos menores de um ano é elevado, a necessidade de se obter indicadores de qualidade que evidenciem esta problemática não é apenas uma exigência metodológica, mas ética,

porque implica a mortalidade consentida de crianças. Com essa preocupação, a Organização das Nações Unidas colocou a redução da mortalidade infantil como uma das metas do desenvolvimento do milênio 1990-2015, uma vez que esse indicador reflete as condições de vida da sociedade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 50% entre 1990 e 2008, graças às intervenções ambientais, melhoria de acesso e qualidade dos serviços de saúde, diminuição da taxa de fecundidade, nível educacional mais elevado e melhoria nutricional, fatores que, quando associados, contribuíram para sua redução. Apesar do declínio, o óbito infantil permanece como uma grande preocupação em saúde pública, pois os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país, haja vista que a taxa atual é de 19,3/1000 nascidos vivos, semelhante à dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Por essa razão, a vigilância do óbito infantil e fetal é uma das prioridades do Ministério da Saúde, pois dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidade no país, contribuindo para melhorar o registro dos óbitos e possibilitar a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Para tanto, esse serviço de vigilância requer participação de profissionais de saúde do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), do Comitê de Óbitos Hospitalar e/ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), dentre outros, na investigação hospitalar (BRASIL, 2009).

Considerando-se as prioridades para a redução da mortalidade infantil e fetal com maior potencial de prevenção, recomenda-se a adoção de critérios mínimos de referência para investigação, de modo a permitir o dimensionamento dos óbitos investigados no âmbito estadual e municipal. Dessa forma, respeita-se a realidade e as iniciativas locais de implantação da vigilância de óbitos. São critérios mínimos os óbitos fetais (natimortos), neonatais (0 a 27 dias de vida) e pós natais (28 dias a 01 ano incompleto de vida) (BRASIL 2009).

Para Santana, Aquino e Medina (2012) a vigilância epidemiológica de eventos vitais é uma das principais estratégias para melhorar a qualidade do dado,

principalmente nos países mais pobres, em que a sub-notificação de nascimentos, óbitos e causas de morte é elevada. Além disso, permite aferir a qualidade da assistência, identificando pontos de estrangulamento que requerem alterações no processo e organização do trabalho para a melhoria do cuidado e prevenção de óbitos evitáveis.

Nesse contexto, o preenchimento correto e completo da DO é de suma importância para vigilância epidemiológica e, conseqüentemente, investigação do óbito infantil e fetal, haja vista que este documento fornece informações vitais, por meio das quais são desenvolvidas estatísticas relacionadas a diversas variáveis sobre mortalidade, que constituem ferramentas essenciais para a programação e avaliação das ações e investigações epidemiológicas, de ensino e pesquisa (SILVA et al. 2013).

Pesquisas realizadas em 2013 revelaram que 96,5% das DOs não são completamente preenchidas, fato que demonstra desconhecimento ou negligência por parte dos médicos quanto ao preenchimento completo da DO. Além disso, o equívoco mais encontrado nas declarações está na utilização de termos vagos, como natimorto ou causa do óbito desconhecida, termos que não são específicos para análise da qualidade da assistência prestada (SILVA et al. 2013).

Conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1779/2005 artigo 1º

O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte. Portanto, o médico não deve assinar uma DO em branco ou deixá-la previamente assinada e ainda deve verificar se todos os itens de identificação estão corretamente preenchidos (2005).

Portanto, embora seja possível constatar importantes avanços no estudo da mortalidade infantil e fetal, especialmente em virtude da melhoria da qualidade das informações, e apesar de não se pretender esgotar a discussão desse tema complexo, a identificação da existência de desigualdades regionais na distribuição dos óbitos infantis e nos fatores de risco permite revelar as dificuldades e as potencialidades dos sistemas de informações, auxiliando a vigilância epidemiológica e subsidiando uma melhor integração entre os sistemas de informação e serviços que a compõem.

3 MÉTODO

O presente estudo é um relato de experiência, enquadrando-se na opção tecnologia de educação e administração, no qual o cenário foi o serviço de investigação de óbito fetal e infantil, do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, maternidade pública e estadual, no município de Teresina-Piauí, realizada no período de novembro de 2013 à março de 2014.

Segundo Nietsche (2000) e Prado et al. (2009), este tipo de estudo permite proceder à organização dos equipamentos, tempos e movimentos relativos ao trabalho da enfermagem, bem como proceder à organização de todas as tecnologias que indiquem um modo sistematizado e controlado do cuidado, ensino e gerenciamento.

Esse estudo foi desenvolvido em dois momentos: o primeiro foi a identificação das principais dificuldades levantadas pela autora do trabalho no preenchimento das fichas de investigação, e o segundo foi a elaboração das cartilhas para conscientização dos profissionais que preenchem as DOs, e que fazem registro nos prontuários.

A investigação dos óbitos fetais e infantis na MDER tem início com a identificação dos óbitos pelos setores de internação e prossegue com a coleta de dados no prontuário do paciente por meio da ficha de investigação de óbito. A investigação é feita no Serviço de Arquivo Médico Estatístico - SAME, com busca dos prontuários da mãe, do recém-nascido (no caso de óbito infantil) e declaração de óbito.

Ao iniciar a investigação dos óbitos fetais e infantis surgiram várias dúvidas quanto ao preenchimento das fichas de investigações, modelo elaborado pelo Ministério da Saúde (ANEXOS IA, IB). Alguns campos geravam muitas dificuldades para serem preenchidos, seja pela ausência ou pela falha no registro das informações contidas nos prontuários e nas DOs.

Além disso, outras dificuldades apareceram como a qualidade das informações dos prontuários e das DOs, que eram insuficientes para coleta de dados, problema de localização dos prontuários maternos, pois a mãe, geralmente, recebe alta hospitalar antes do recém-nascido e, neste caso, o prontuário materno segue para o faturamento e retorna ao SAME para o setor de arquivo, que se encontra com espaço físico reduzido, com superlotação de prontuários, o que dificulta sua localização.

Tendo em vista tais complicações, foi realizado um levantamento das dificuldades no preenchimento das fichas de investigação hospitalar de óbito fetal e óbito infantil, campos com registros inadequados ou ausentes. Também verificou-se a identificação das falhas no registro nas DOs (ANEXO II) e prontuários.

A partir dos resultados desse levantamento, foram elaboradas duas cartilhas para a equipe que assistiu diretamente os pacientes que foram a óbito. Uma foi voltada para a equipe médica, destacadamente pediatras e obstetras (APÊNDICE I) e a outra para a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) (APÊNDICE II).

O conteúdo das cartilhas teve o objetivo de descrever as principais informações que são relevantes nos prontuários e que durante as investigações encontraram-se com registros inadequados comprometendo, assim, a qualidade das investigações dos óbitos em questão. Elas foram elaboradas com fundamento na pedagogia sócio construtivista de Paulo Freire. Esse educador defende a perspectiva da conscientização como um ciclo contínuo, o qual é composto por diálogo e ação. A interação entre as pessoas, quando é permeada por reflexão crítica e dialógica, capacita o desenvolvimento de uma ação coletiva e participativa. Essas ações, por sua vez, geram novas reflexões e ações. Então, um ciclo constante de ações e reações é constituído (FREIRE, 2003).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Os resultados deste trabalho foram divididos em dois tópicos distintos. O primeiro relativo à identificação de falhas nos registros de prontuários e DOs, que geraram dificuldades na investigação do óbito infantil e fetal. O outro foi sobre a elaboração da cartilha.

- **Identificação de falhas de registros nos prontuários e DOs:**

Durante o preenchimento das fichas de investigação de óbitos, alguns campos tiveram seu preenchimento mais difícil devido à ausência ou à falha no registro das informações contidas nos prontuários e nas DOs. A seguir, estão listados os principais campos com registros inadequados:

- Declaração de óbito (ANEXO II):
 - Campo 21 - 25 - Endereço
 - Campo 27- Idade Materna.
 - Campo 30 - número de filhos tidos: nascidos vivos e perdas fetais (aborto)
 - Campo 31- número de semanas de gestação, neste campo alguns médicos realizam de forma equivocada registram o número de gestação.
 - Campo 36 - número da Declaração de Nascido Vivo
 - Campo 40 - As causas da morte fetal, em alguns óbitos investigados, ainda não demonstram clareza, como por exemplo, as descritas, muitas vezes, como natimorto, desconhecido ou ignorado.
- Ficha de investigação do óbito fetal (ANEXO I-A):
 - ITEM 7 - Número de cartão SUS da paciente
 - ITEM 14 - Tempo bolsa rota e aspecto do líquido
 - ITEM 17, 17.2, 17.3 – Relacionado ao tipo de parto, número de gestação e informação de filhos nascidos vivos e nascidos mortos.
 - ITEM 19 – Informação sobre os fatores de risco e patologias durante a gravidez.
 - ITEM 20 – Uso de medicação durante a gravidez
 - ITEM 25 – Registro de informação da gestante durante admissão: Pressão arterial, dinâmica uterina, dilatação do colo, batimentos cardíofetais, apresentação e da membrana amniótica.
 - ITEM 27 - Utilização de partograma após 4cm de dilatação.

- ITEM 32 – Em caso de parto cesariana, qual a indicação.
- ITEM 35, 36 e 37 - Dados sobre assistência à criança na sala de parto, condições de nascimento e listar quais problemas fetais ou maternos que levou ao óbito fetal.
- o Ficha de investigação de óbito infantil (ANEXO I-B):
 - ITEM 5 - Número de Declaração de Nascido Vivo.
 - ITEM 16 - Tempo de bolsa rota e aspecto do líquido.
 - ITEM 19 - Relacionado ao tipo de parto número, de gestação e informação de filhos nascidos vivos e nascidos mortos.
 - ITEM 20 - Informação sobre os fatores de risco e patologias durante a gravidez.
 - ITEM 21 - Uso de medicação durante a gravidez.
 - ITEM 26 - Registro de informação da gestante durante admissão: Pressão arterial, dinâmica uterina, dilatação do colo, batimentos cardíofetais, apresentação e da membrana amniótica.
 - ITEM 28 - Utilização de partograma após 4cm de dilatação.
 - ITEM 33 - Em caso de parto cesariana, qual a indicação.
 - ITEM 37 - Registro de procedimentos usados na assistência imediata ao recém-nascido.
 - ITEM 40 - Classificação do recém-nascido quanto a idade gestacional: AIG,GIG ou FIG.
 - ITEM 42 e 43 – Registro de informações sobre resultados de exames maternos de VDRL e Fator Rh.
- o Ficha de acolhimento e classificação de risco da gestante (ANEXO III):
 - A Ficha de Acolhimento e Classificação de Risco da MDER foi implantada com o objetivo de avaliar o risco da gestante e classificar a paciente de acordo com seus fatores de riscos maternos e fetais. Nessa ficha, encontram-se dados de anamnese, sinais vitais e informações valiosas sobre o pré-natal e condições à admissão. Infelizmente, essas fichas encontram-se preenchidas de forma incompleta e até mesmo ausentes de informação em alguns prontuários investigados.

Segundo Caetano, Vanderlei e Frias (2013), o preenchimento incompleto e incorreto desses documentos não permitem a construção de indicadores, com ênfase no SIM, para a tomada de decisões baseadas em evidências, muito menos a análise da

situação sanitária, organização dos serviços de saúde e planejamento de uma determinada região de saúde. Isso impede o reconhecimento da real situação de saúde da população e dificulta atitudes e ações planejadas que visam à melhoria do setor (JORGE; LAURENTI; NUBILA, 2010).

Com isso, a implantação de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia é uma boa alternativa para minimizar os problemas relacionados à deficiência de informações geradas no âmbito hospitalar (STUQUE; CORDEIRO; CURY, 2013).

- **Construção da Cartilha Educativa:**

A cartilha foi elaborada para os profissionais que assistiram diretamente os pacientes que foram a óbito, a saber: médicos obstetras, pediatras e equipe de enfermagem. O conteúdo dessa cartilha teve o objetivo de descrever as principais informações que são relevantes nos prontuários e que durante as investigações encontraram-se com registros inadequados, comprometendo assim a qualidade das investigações dos óbitos em questão.

É necessário esclarecer que a cartilha deve ser considerada como recurso de conscientização da equipe profissional, haja vista que sua construção, buscou superar a hegemonia que tem sido estabelecida na educação em saúde. Essa experiência significa reconhecer as limitações do conhecimento estabelecido e admitir outros saberes, que são especializados para a identificação das necessidades de saúde.

Esse serviço de conscientização também caracteriza-se como processo de educação continuada, onde há estímulo da aprendizagem crítica a partir de uma atividade de rotina do profissional, bem como pode sensibilizá-lo para o registro adequado das estatísticas vitais. Assim, as informações geradas dão visibilidade ao problema e ajudam no diagnóstico, planejamento e avaliação das ações (BRASIL, 2011).

Para Kurcgant (2010), a educação continuada tem a finalidade precípua de promover o desenvolvimento profissional e pessoal, onde há oportunidade de capacitação da equipe envolvida, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, para profissão e para a sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade das informações contidas nos prontuários e nas declarações de óbito são de suma importância para o sucesso da investigação de óbito infantil e fetal no serviço hospitalar, haja vista que a partir dessas informações são geradas estatísticas vitais, assim como registro da assistência prestada na MDER. Esta experiência evidenciou que tais informações ainda são insuficientes para concluir uma investigação de qualidade.

A cartilha como instrumento de educação continuada foi a maneira mais adequada encontrada para a qualificação e sensibilização dos profissionais que assistiram diretamente os pacientes que foram a óbito. Assim, espera-se mudar a realidade das informações produzidas, tornando-as sistematizadas e padronizadas, facilitando a avaliação dos determinantes do óbito fetal e infantil, e da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F.; et al. Qualidade das informações registradas nas declarações de óbito fetal em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública** 2011;45(5):845-53.

BARBUSCIA, D.M.; JÚNIOR, A.L.R. Completude da informação nas Declarações de Nascido Vivo e nas Declarações de Óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. **Cad. Saúde Pública** 2011; 27(6):1192-1200.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e fetal**. Brasília: DF 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e fetal**. Brasília: DF 2011.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica 001 de 02 de outubro de 2012.

CAETANO, S.F.; VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, P.G. Avaliação da completude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas. **Cad. Saúde Colet.** 2013; 21 (3): 309-17.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37a. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

FUNDA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Mortalidade infantil e desenvolvimento. **Situação mundial da infância**. São Paulo: SP, 2008.

JORGE, M.H.P.M.; LAURENTI, R.; NUBILA, H.B.V. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(4): 561-76.

KURCGANT P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU; 2010.

MAIA, L.T.S.; SOUZA, W.V.; MENDES, A.C.G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad. Saúde Pública**. 2012; 28(11):2163-2176.

MARTINS, E.F.; et al. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Esc Anna Nery** 2013; 17 (1):38-45.

MEDONÇA, F.M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A.M.P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **R. bras. Est. Pop.** 2010; 27(2): 285-295.

NIESTCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória-possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem.** Ijuí (RS): Unijuí, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **World Health Statistics.** 2010.

PRADO, M. L. do et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul./set. 2009.

SANTANA, M.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância de óbitos infantis. **Rev Saúde Pública** 2012;46(1):59-67.

SANTANA, I.P.; et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm** 2011; 24(4):556-62.

SILVA, J.A.C.; et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. **Rev Assoc Med Bras.** 2013; 59(4):335–340.

STUQUE, C.O.; CORDEIRO, J.A.; CURY, P.M. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial.** 2003; 39 (4): 361-364.

APÊNDICES E ANEXOS
ANEXO I-A



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

12

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde hospitalar

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

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

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

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE					
Aplicar apenas no caso de criança que recebeu alta de maternidade e reinternou durante a doença que levou à morte. Pesquisar em prontuário ou ficha de atendimento da criança.					
62	Estabelecimento em que a criança ficou internada durante a doença que levou à morte Nome _____ Código CNES _____				
63	Tipo de serviço <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Conveniado SUS <input type="checkbox"/> Particular				
64	Data da internação _____		Hora da internação _____ SR		
65	Peso da criança na internação _____ gramas			SR	
66	A criança foi transferida de outro serviço de saúde / hospital para este? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SR				
66.1	Nome _____ Código CNES _____				
66.2	Por qual motivo?				
66.3	Por quanto tempo ficou internada no outro serviço?				
67	Foi indicado UTI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SR				
67.1	Se sim, qual o motivo				
67.2	Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI? SR				
67.3	Se mais de 3hs, porque? <input type="checkbox"/> Falta de vaga <input type="checkbox"/> instabilidade da criança <input type="checkbox"/> dificuldade com transporte <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ SR				
68	Estado geral no momento da hospitalização <input type="checkbox"/> Em parada cardio-respiratória <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Moderado/regular SR				
69	Sinais vitais à admissão		Frequência Cardíaca _____ bpm SR		
			Frequência Respiratória _____ irpm SR		
			Temperatura Axilar _____ °C SR		
			Perfusão <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída SR		
70	Estado nutricional da criança à admissão <input type="checkbox"/> Desnutrida / baixo peso <input type="checkbox"/> Eutrófica SR				
71	Estado de hidratação da criança à admissão <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Hidratada SR				
72	Queixa principal à admissão				
73	Diagnósticos à admissão (motivo da internação)				
74	Evolução do quadro clínico				
	Data	Exame clínico e evolução	Exames complementares	Diagnóstico	Conduta

75	Alguns medicamentos, procedimentos ou condutas prescritas deixaram de ser realizados?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
75.1	Especificar			
76	Data do óbito	<input type="text"/>	Hora do óbito	<input type="text"/> horas <input type="checkbox"/> SR
77	Se o óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de internação, quanto tempo após a internação?	<input type="text"/>	horas	<input type="checkbox"/> SR
78	Se o óbito ocorreu no hospital, indique o setor de ocorrência	<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Emergência
		<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
79	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
80	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver			

81	Observações gerais			

82	Segundo o investigador o que aconteceu neste caso?			

83	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>		
84	Responsável pela investigação			
	Nome _____	Carimbo e rubrica _____		

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

ANEXO II (DO)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito: <input type="checkbox"/> Data de óbito: _____ Nome: _____ <input type="checkbox"/> Cartão SUS: _____ <input type="checkbox"/> Nacionalidade: _____ <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/> Não Póster	<input type="checkbox"/> Naturalidade: _____ Município / UF de nascimento (nome, sigla)
		<input type="checkbox"/> Nome do Falecido: _____	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe: _____
II	Residência	<input type="checkbox"/> Nome do Pai: _____ <input type="checkbox"/> Nome do Mãe: _____ <input type="checkbox"/> Data de nascimento: _____ <input type="checkbox"/> Idade: _____	<input type="checkbox"/> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Sexo desconhecido <input type="checkbox"/> Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Não informado
		<input type="checkbox"/> Ocupação habitual: _____ (descrever atividade, se aposentado / desempregado)	<input type="checkbox"/> Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Não informado
III	Ocorrência	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outrora (outro local) <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outrora <input type="checkbox"/> Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Município do residência: _____ <input type="checkbox"/> Estado: _____
		<input type="checkbox"/> Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou de residência (rua, praça, avenida, etc.): _____	<input type="checkbox"/> Município do ocorrência: _____ <input type="checkbox"/> Estado: _____
IV	Feto ou menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> Mãe: _____ <input type="checkbox"/> Nascimento: _____	<input type="checkbox"/> Sexo: _____ <input type="checkbox"/> Ocupação habitual: _____ (descrever atividade, se aposentado / desempregado)
		<input type="checkbox"/> Número de filhos vivos: _____ <input type="checkbox"/> Nº de gestações de gestação: _____	<input type="checkbox"/> Tipo de gravidez: <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Extra-uterino <input type="checkbox"/> Múltiplo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informado
V	Características e causa do óbito	<input type="checkbox"/> ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL: <input type="checkbox"/> A morte ocorreu: <input type="checkbox"/> No período: <input type="checkbox"/> De 45 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu: <input type="checkbox"/> Não ocorreu: <input type="checkbox"/> Não ocorreu:	<input type="checkbox"/> Assistência médica: <input type="checkbox"/> Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informado
		<input type="checkbox"/> CAUSAS DA MORTE: <input type="checkbox"/> PARTE I: <input type="checkbox"/> PARTE II:	<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado por: <input type="checkbox"/> Necropsia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informado
VI	Médico	<input type="checkbox"/> Nome do Médico: _____ <input type="checkbox"/> CRM: _____	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Município e UF do SVO ou IML
		<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.): _____ <input type="checkbox"/> Data do atestado: _____ <input type="checkbox"/> Assinatura: _____	<input type="checkbox"/> Assessorado: <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outrora
VII	Causas externas	<input type="checkbox"/> Tipo: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Intencional <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informado	<input type="checkbox"/> Parte de informação: <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Polícia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outrora
		<input type="checkbox"/> Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____	<input type="checkbox"/> Município e UF do SVO ou IML: _____
VIII	Cartório	<input type="checkbox"/> Nº de ocorrência por em via pública, ANOTAR O ENDEREÇO: _____	<input type="checkbox"/> Lagartim (rua, praça, avenida, etc.): _____
		<input type="checkbox"/> Cartório: _____ <input type="checkbox"/> Registro: _____ <input type="checkbox"/> Estado: _____	<input type="checkbox"/> Município: _____ <input type="checkbox"/> UF: _____
IX	Localidade Médica	<input type="checkbox"/> Declarante: _____	<input type="checkbox"/> Testemunhas: _____
		<input type="checkbox"/> Assinatura: _____	<input type="checkbox"/> Assinatura: _____

ANEXO III (FICHA DE ACOLHIMENTO)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
REDE CEGONHA / COMISSÃO PERINATAL DO PIAUÍ



Ficha **02**

ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE - MATERNIDADE

I – IDENTIFICAÇÃO:	
	Nº SISPRENATAL: _____
Nome: _____	Idade: _____ Cor: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Fone: () _____
Maternidade: _____	Data atendimento: ____/____/____ Horário: _____

BREVE HISTÓRIA E EXAME FÍSICO

II – BREVE HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G ____ A ____ P ____ (PN ____/PC ____) DUM: ____/____/____ IG ____ sem ____ dias DPP: ____/____/____
QUEIXA PRINCIPAL: _____
HISTÓRIA CLÍNICA SUMÁRIA _____
USO DE MEDICAMENTOS: () NÃO () SIM Qual (is): _____
III – AGRAVOS OU FATORES DE RISCO (Gestação Anterior e/ou Atual):
() Gestação múltipla () Cirurgia uterina < 2 anos Pré-natal: () < 6 consultas () Não realizado
IV – SINAIS VITAIS: PA: ____ X ____ mmHg Tax: ____ °C FR: ____ irpm P: ____ bpm Glicemia Capilar: ____ mg/dl
Escala de Dor (1/10): ____ BCF: ____ bpm MF (+/-): ____ CONTRAÇÃO UTERINA: ____/10min DILATAÇÃO CERVICAL: ____ cm
EDEMA (+/4): ____ SANGRAMENTO VAGINAL: () NÃO () SIM Tempo (h/min) ____ PERDA DE LÍQUIDO: () SIM () NÃO Tempo (h/min) ____

APÊNDICE I

MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA



**A VIDA COMEÇA
AQUI**



**A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES NAS DECLARAÇÕES DE
ÓBITO E PRONTUÁRIO PARA A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO
INFANTIL E FETAL: CARTILHA EDUCATIVA (MÉDICOS
OBSTETRAS E PEDIATRAS)**

ANA GABRIELA BARROSO LEAL

TERESINA-PI, 2014.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	3
2 UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL.....	4
3 UTILIZAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL.....	6
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
REFERÊNCIAS.....	10

1. APRESENTAÇÃO

A redução de mortalidade fetal e infantil ainda é um desafio para os serviços de saúde, as altas taxas de mortalidade são um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente classes sociais, com maior prevalência em classes com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) tem a função de realizar busca ativa diária dos óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos ou atestados em suas dependências, notificar os óbitos ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, disponibilizar o acesso aos prontuários para a equipe de vigilância de óbitos, preferencialmente, por profissionais de saúde não envolvidos diretamente na assistência ao óbito e realizar a investigação dos óbitos.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, implantou suas atividades de investigação de óbito fetal e óbito infantil em Agosto de 2013. O Processo de investigação se inicia com a identificação dos óbitos pelos setores de internação, e prossegue com a coleta de dados no prontuário do paciente por meio da ficha de investigação de óbito. A investigação é feita por uma Enfermeira, no Serviço de Arquivo Médico Estatístico - SAME, com busca dos prontuários da mãe, do recém-nascido (no caso de óbito infantil) e declaração de óbito.

2. UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL



Os prontuários hospitalares quando adequadamente preenchidos são documentos de fundamental importância para investigação de óbitos hospitalares. As ficha de Investigação de óbito Fetal e óbito Infantil, no serviço hospitalar, permite coletar dados do pré-natal, assistência ao parto e nascimento e no caso do óbito Infantil, a assistência antes e durante a doença que causou a morte infantil.

A seguir estão listadas as informações necessária para a investigação de óbito fetal e infantil, e que no momento encontram-se preenchidas de forma inadequadas:

- Número de cartão SUS da paciente.
- Tempo bolsa rota e aspecto do líquido.
- Informações relacionadas ao tipo de parto, número de gestação e informação de filhos nascidos vivos e nascidos mortos.
- Informação sobre os fatores de risco e patologias durante a gravidez.

- Registro de informação da gestante durante admissão: Pressão arterial, dinâmica uterina, dilatação do colo, batimentos cardíacos, apresentação e da membrana amniótica.
- Utilização de partograma após 4cm de dilatação.
- Em caso de parto cesariana, qual a indicação.
- Dados sobre assistência à criança na sala de parto, condições de nascimento e listar quais problemas fetais ou maternos que levou ao óbito fetal.

- Número de Declaração de Nascido Vivo (em óbito infantil).
- Registro de procedimentos usados na assistência imediata ao recém-nascido (em óbito infantil).
- Classificação do recém-nascido quanto a idade gestacional: AIG, GIG ou PIG (em óbito infantil).
- Registro de informações sobre resultados de exames maternos de VDRL e Fator Rh (em óbito infantil).



3. UTILIZAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

Conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1779/2005 artigo 1º:



O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte. Portanto, o médico não deve assinar uma DO em branco ou deixá-la previamente assinada e ainda deve verificar se todos os itens de identificação estão corretamente preenchidos (2005).

A causa básica de morte pode desencadear complicações (causas consequenciais) que devem ser registradas nas linhas acima (c, b ou a); a última causa consequencial, registrada na linha "a", é chamada causa terminal ou imediata. Deve-se, preferencialmente, registrar um diagnóstico por linha. O tempo aproximado entre o início da doença e a morte, importante na seleção da causa básica, pode ser registrado em minutos, horas, dias, semanas, meses, ou anos ou ainda, "Ignorado".

A causa pode ser declarada nas linhas "c", "b" ou mesmo na "a", quando houver um único elo na cadeia de acontecimentos. É

imprescindível que o médico declare corretamente a causa básica dos óbitos, para a produção de dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade, de forma a se construir o perfil epidemiológico dos óbitos da população e subsidiar as políticas de saúde. Um erro comum a ser evitado é utilizar termos vagos, tais como parada cardíaca, parada respiratória, parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos como causa básica da morte. (BRASIL, 2009).

O preenchimento incorreto ou incompleto de Declaração de óbitos compromete a qualidade da investigação do óbito, as principais falhas encontradas são referentes as informações sobre:

- Campo 21-25 - Endereço
- Campo 27 - Idade Materna.
- Campo 30 - número de filhos tidos: nascidos vivos e perdas fetais (aborto).
- Campo 31 - número de semanas de gestação, neste campo alguns médicos realizam de forma equivocada registram o número de gestação.
- Campo 36 - número da Declaração de Nascido Vivo (no caso de óbito infantil)
- Campo 40 - morte em relação ao parto.

- Causas da morte em Óbito Fetal:

As causas da morte fetal, em alguns óbitos investigados, ainda não demonstram clareza, como por exemplo, as descritas, muitas vezes, como natimorto, desconhecido ou ignorado.

- Causas de morte em Óbito Infantil:

As causas da morte infantil, em alguns óbitos investigados, ainda não demonstram clareza, pois os fatos que levam a morte não estão distribuídos em ordem cronológica dos acontecimentos.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise e a conclusão dos óbitos investigados devem ser discutidas por todos os atores envolvidos no processo de assistência. Dessa forma, a vigilância dos óbitos pode ser incorporada pelos profissionais para que possam construir um olhar crítico e avaliativo com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e a organização do serviço de saúde buscando prevenir novas ocorrências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e fetal**. Brasília: DF 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e fetal**. Brasília: DF 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.

APÊNDICE II

MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA



**A VIDA COMEÇA
AQUI**



**A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES NAS DECLARAÇÕES DE
ÓBITO E PRONTUÁRIO PARA A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO
INFANTIL E FETAL: CARTILHA EDUCATIVA (EQUIPE DE
ENFERMAGEM)**

ANA GABRIELA BARROSO LEAL

TERESINA-PI, 2014.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	3
2 UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL.....	4
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	8
REFERÊNCIAS.....	9

1. APRESENTAÇÃO

A redução de mortalidade fetal e infantil ainda é um desafio para os serviços de saúde, as altas taxas de mortalidade são um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente classes sociais, com maior prevalência em classes com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER, implantou suas atividades de investigação de óbito fetal e óbito infantil em Agosto de 2013. O Processo de investigação se inicia com a identificação dos óbitos pelos setores de internação, e prossegue com a coleta de dados no prontuário do paciente por meio da ficha de investigação de óbito. A investigação é feita por uma Enfermeira, no Serviço de Arquivo Médico Estatístico - SAME, com busca dos prontuários da mãe, do recém-nascido (no caso de óbito infantil) e declaração de óbito.

Ao iniciar o preenchimento das fichas de investigações dos óbitos fetais e infantis surgiram várias dúvidas, pois alguns campos geravam muitas dificuldades para serem preenchidos, seja pela ausência ou pela falha no registro das informações contidas nos prontuários e nas Declarações de Óbitos – DOs.

Esta cartilha foi elaborada para equipe de enfermagem: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem com o objetivo de descrever as principais informações que são relevantes nos prontuários e que durante as investigações encontram-se com registros inadequados comprometendo assim a qualidade das investigações dos óbitos em questão.

2. UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

O prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1.638 como:

Documento único constituído de conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (2002).



De acordo com a resolução do COFEN nº 429/2012, art. 1º: é de responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e qualidade da assistência.

Os prontuários hospitalares quando adequadamente preenchidos são documentos de fundamental importância para investigação de óbitos hospitalares. As ficha de Investigação de óbito Fetal e óbito Infantil, no serviço hospitalar, permite coletar dados do pré-natal, assistência ao parto e nascimento e no caso do óbito Infantil, a assistência antes e durante a doença que causou a morte infantil.

A seguir estão listadas as informações necessária para a investigação de óbito fetal e infantil, e que no momento encontram-se preenchidas de forma inadequadas:

- Número de cartão SUS da paciente.
- Tempo bolsa rota e aspecto do líquido.
- Informações relacionadas ao tipo de parto, número de gestação e informação de filhos nascidos vivos e nascidos mortos.
- Informação sobre os fatores de risco e patologias durante a gravidez.





- Uso de medicação durante a gravidez.
- Registro de informação da gestante durante admissão: Pressão arterial, dinâmica uterina, dilatação do colo, batimentos cardíofetais, apresentação e da membrana amniótica.
- Exames realizados na admissão.
- Avaliação da mãe e do feto, após 4 cm de dilatação.
- Checagem de medicações prescritas.
- Checagem de procedimentos prescritos.
- Em caso de óbito fetal, dados sobre assistência à criança na sala de parto, condições de nascimento, peso e listar quais problemas fetais ou maternos que levou ao óbito.



- Número de Declaração de Nascido Vivo (em óbito infantil).
- Em caso de parto cesariana, qual a indicação.
- Em óbito infantil, registro de procedimentos usados na assistência imediata ao recém-nascido: medicamento venoso, aspiração das vias aéreas, passagem de sonda orogastrica, oxigênio com máscara ou ambú, entubação, oxigênio inalatório, cateterismo umbilical dentre outros.
- Registro de informações sobre resultados de exames maternos de VDRL e Fator Rh (em óbito infantil).
- Na admissão, informações da Fichas de Acolhimento e Classificação de Risco.



A Ficha de Acolhimento e Classificação de Risco da MDER foi implantada com o objetivo de avaliar o risco da gestante e classificar a paciente de acordo com seus fatores de riscos maternos e fetais. Nessa ficha, encontram-se dados de anamnese, sinais vitais e informações valiosas sobre o pré-natal, condições à admissão, patologia e fatores de risco durante a gravidez, uso de medicamentos durante a gravidez, dentre outros. Essas informações devem ser preenchidas de forma detalhada, pois são de fundamental importância para o preenchimento adequado das ficha de investigação de óbito fetal e infantil.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que essas informações sejam conhecidas e avaliadas por toda equipe de enfermagem que se dedica ao atendimento e ao bem estar dos pacientes e que correções na rotina de registros de prontuários de pacientes internados sejam permanentes e constantes sempre com o objetivo maior de melhorar a qualidade da assistência e do serviço prestado pela enfermagem nesta maternidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e fetal**. Brasília: DF 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito infantil e fetal**. Brasília: DF 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.