

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LIZIANE SANDRA SILVA MENDONÇA

**ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A VIGILANCIA DO
ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DE RONDÔNIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LIZIANE SANDRA SILVA MENDONÇA

**ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A VIGILANCIA DO
ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DE RONDÔNIA**

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.

Prof.^a Orientadora: Mariana Fonseca-Machado

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL NO ESTADO DE RONDÔNIA** de autoria da aluna **LIZIANE SANDRA SILVA MENDONÇA** 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. Mariana Fonseca Machado
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela conquista, à Universidade Federal de Santa Catarina, à minha família que todo tempo me deu apoio, à minha tutora Margarete Maria de Lima pelos seus ensinamentos que muito contribuíram na prática de minha profissão, aos colegas da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia por me incentivar na realização desse trabalho e especialmente a minha orientadora Mariana Fonseca-Machado pela sua dedicação e ajuda.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Óbitos infantis e fetais e número de investigações, Rondônia no período de 2009 a 2013. **13**

Figura 2. Proporção de óbitos infantis por componente em Rondônia, no período de 2010 a 2013. **14**

RESUMO

A vigilância do óbito infantil e fetal é uma importante estratégia na redução de mortalidade infantil e fetal. Este projeto teve como objetivo elaborar uma proposta de Protocolo para a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal para os profissionais de saúde do Estado de Rondônia, com a perspectiva de oferecer subsídios e orientações aos profissionais. Com base na análise das ações da vigilância no estado foi utilizado o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), módulo web, no qual é inserida os registros de todos os óbitos e as informações das investigações, conclusões e recomendações para evitar ocorrência de eventos semelhantes. Rondônia apresentava um banco de informações muito heterogêneo, apesar dos avanços na vigilância, com considerado aumento dos percentuais de óbitos infantis investigados (2010 5,6%, 2011 20,8%, 2012 40%, 2013 38%) as fichas sínteses inseridas no SIM, apresentam um número considerado de investigações sem as informações com parte II (análise da evitabilidade, recomendações e medidas de prevenção) em brancas ou incompletas (mais de 90%), tornando o nosso banco de dados frágil, impossibilitando a visibilidade dos determinantes para este evento. Essa deficiência comprometia o objetivo principal da vigilância que era utilizar as informações para subsidiar medidas de prevenção da mortalidade infantil. E que os municípios apresentavam fragilidade em algum momento do processo da vigilância, na estruturação, ou na operacionalização, ou ainda em ambos. Para a elaboração deste protocolo foi feita revisão do notas técnicas, manuais e portarias estaduais e do Ministério da Saúde, baseado nestes instrumentos, foram feitas algumas definições que torne as informações na vigilância mais homogêneas, com orientações práticas e algumas definições de competência do Estado como definição da análise da evitabilidade.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Vigilância. Protocolo.

1 INTRODUÇÃO

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é reconhecida como um indicador sensível às condições de saúde, nível de desenvolvimento e qualidade de vida de uma população. Esse indicador pode refletir também a efetividade de intervenções governamentais, além de poder ser interpretado como uma medida do comprometimento da sociedade com suas futuras gerações (BRASIL, 2012).

Segundo Lansky e França (2009) “A mortalidade infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais, relacionadas às condições de vida da população, quanto de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde”.

A taxa de mortalidade infantil além de subsidiar o planejamento de ações, [...], contribui para a avaliação das ações de Saúde desenvolvidas pelo País e reitera a importância do cumprimento dos compromissos governamentais com os pactos nacionais, como a Rede Cegonha, e internacionais, como os Objetivos do Milênio (ODM), relacionados com a melhoria da saúde infantil (BRASIL, 2012).

Em 2010, o Estado de Rondônia registrou taxa de mortalidade infantil de 18,09 óbitos por 1.000 nascidos vivos, seguindo a tendência de redução, porém ainda apresenta iniquidades regionais, pois no mesmo ano o país apresentou uma taxa menor e a região norte maior, com 16 e 21 óbitos por mil nascidos vivos respectivamente (IBGE, 2013).

A vigilância do óbito infantil e fetal é uma importante estratégia de redução da mortalidade na medida em que contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos profissionais de saúde, segundo (BRASIL, 2011). Neste contexto, os Comitês de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal são organismos interinstitucionais, com participação multiprofissional, cuja atribuição é dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade (BRASIL, 2009).

A proporção de óbitos infantis e fetais investigados no país ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste. É necessário o esforço dos três

níveis de governo – federal, estadual e municipal – para que a investigação dos óbitos seja efetivamente implementada, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal (BRASIL, 2009).

No Estado de Rondônia a vigilância de óbito apresenta muitas dificuldades principalmente em organizar e manter comitês de mortalidade ativos. A falta de condições de operacionalização fragiliza o processo da vigilância em todos os seguimentos, os quais necessitam de ações diferenciadas para organização dos serviços e as responsabilidades de cada um dentro desse processo.

É atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “*vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna*”, e dos Estados, Distrito Federal e da União, “*de forma complementar a atuação dos municípios*” (BRASIL, 2009).

Neste contexto, a vigilância do óbito deverá ser reconhecida como ponto de partida para o enfrentamento da mortalidade, com demanda de ações a fim de organizar discussões pelos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil e Grupos Técnicos. Porém, é fato que o número de municípios no Estado de Rondônia com comitês estruturados e ativos é discreto (20,0%). Diante das dificuldades do Estado, desde 2010, vem se aplicando uma nova estratégia, já vivenciada em outros Estados. Esta proposta visa discutir os óbitos dentro de uma nova organização que é o Grupo Técnico, composto pelos profissionais da atenção básica e da assistência, com a coordenação da epidemiologia municipal. Essa experiência oportuniza a maior visibilidade dos determinantes a serem solucionados em cada região, e colabora para a sensibilização dos profissionais e gestores.

Contudo, essa nova dinâmica ainda é tímida, fato demonstrado pelos baixos percentuais de investigações e pelo número reduzido de municípios que não realizam investigação. Ainda assim tem sido registrada uma melhora nos percentuais de investigação de óbitos infantis, apesar das dificuldades em se concluir as etapas do processo da vigilância de óbitos.

Dentro de uma perspectiva de fortalecer a vigilância de óbito infantil e fetal no Estado de Rondônia, a partir da nova dinâmica proposta, propomos a elaboração de uma proposta de protocolo de investigação do óbito infantil e fetal, baseada na Nota

Técnica Estadual, Guia de Vigilância e portarias do Ministério da Saúde. Este instrumento visa a atualizar e a qualificar os profissionais de saúde e gestores.

Justificativa

O desenvolvimento desta proposta justifica-se a partir da análise das investigações que demonstraram insuficiência nas informações, contribuindo para o comprometimento dos resultados conclusivos das investigações dos óbitos. Além da incompletude das informações há também duplicidade das classificações de evitabilidade, que deveria ser definida entre as propostas pelo Ministério da Saúde. Faz parte da competência do Estado à organização dos fluxos locais e padronizar as análises dos óbitos tornando nosso banco homogêneo.

O protocolo define qual classificação deverá ser utilizada para análise da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais no Estado, o que irá contribuir para qualificação das fichas sínteses e tornar as informações no SIM mais homogêneas. O Ministério da Saúde propõe duas classificações e definimos qual o Estado deve usar.

Esse protocolo também reafirma os prazos e fluxo da Nota Técnica Estadual da Vigilância do Óbito de 2011, porém formalizar o fluxo via e-mail dos dois principais hospitais Estaduais relevantes nas investigações, dará celeridade no fluxo e apoio aos municípios na conclusão dos casos.

Objetivo geral

- Elaborar uma proposta de protocolo de vigilância de óbito Infantil e fetal para os profissionais de saúde do Estado de Rondônia.

Objetivos específicos

- Elaborar e disponibilizar a proposta de protocolo estadual da vigilância do óbito infantil e fetal para os profissionais de saúde da rede pública dos 52 municípios;
- Fornecer subsídios e orientações para as equipes de vigilância epidemiológica e grupos técnicos, reafirmando a regulamentação da Portaria 72/2010 MS e Nota Técnica 01/2011 Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia;

- Padronizar as ações da vigilância epidemiológica no Estado, especialmente a classificação da evitabilidade dos óbitos infantis e fetais;
- Contribuir para melhorar as informações sobre mortalidade infantil e fetal no Estado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma das prioridades do Ministério da Saúde. Contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em defesa da criança. (BRASIL, 2009).

A vigilância do óbito infantil é uma importante estratégia para a redução da mortalidade infantil e fetal e tem o objetivo de incorporar o uso de informações qualificadas no planejamento, a avaliação de políticas públicas e a ação em saúde. (BRASIL, 2009). Nesse contexto em 2010 o Ministério da Saúde estabelece a Vigilância do óbito infantil e fetal e torna obrigatória a investigação dos óbitos infantis e fetais (BRASIL, 2010).

Ressaltamos que o Estado de Rondônia ainda apresenta subnotificação de óbitos, resultando na limitação de não calcular sua taxa de mortalidade infantil pelo método direto (o número de óbitos menores de 1 ano e de nascidos vivos de mães residentes no período), por ainda não ter coberturas adequadas de registros de óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e de nascimentos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), sendo submetido ao método de cálculo indireto (estimativas por técnicas demográficas especiais) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (SIM/SINASC/Rondônia, 2012).

Todos os óbitos infantis e fetais têm prazo de 30 dias para ser notificados, a contar da data da ocorrência do óbito, segundo (BRASIL, 2010). Nesse contexto, o Estado de Rondônia demonstra fragilidade na captação e registro desses óbitos, mesmo apresentando melhora na captação dos óbitos em até 30 dias quando comparamos o ano de 2009 e 2013. Em 2009 foi registrado 780 óbitos infantis e fetais e apenas 123 (15,76%) foram notificados dentro do prazo, enquanto que em 2013 foi registrado 693 óbitos infantis e fetais e notificados 349 (50,36%) dentro do prazo oportuno (SIM, 2014). Segundo (BRASIL, 2011) a cobertura da captação dos óbitos é dos critérios de qualidade das informações no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

A implantação de Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal no país foi impulsionada, em 1995, pelo lançamento do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (FRIAS et al., 2013, p. 251). Em 2010, o Ministério da saúde lançou o Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal, fornecendo subsídios e orientações para o seu

funcionamento e para vigilância dos óbitos, bem como disponibiliza modelos atualizados de formulários de investigação e análise (BRASIL, 2009).

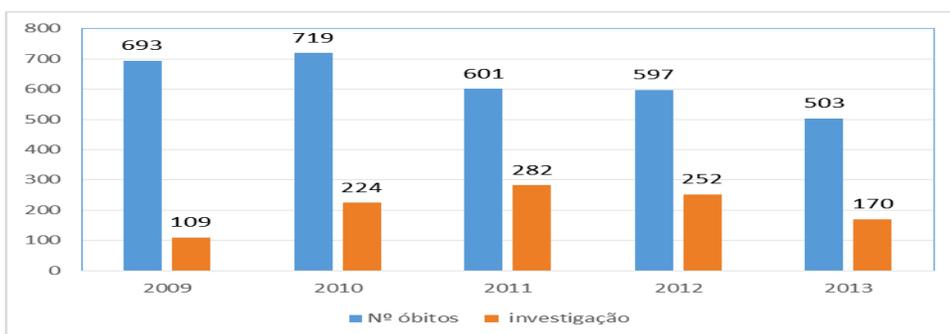
A utilização das fichas de investigação é importante para padronizar o processo de vigilância do óbito infantil e fetal e assim possibilita a comparação das informações geradas nas diversas Unidades Federativas, qualificando os dados inseridos no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, segundo (BRASIL, 2011).

O processo da investigação do óbito infantil e fetal compreende várias fases [...] com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde, por meio da utilização dos formulários de investigação do óbito.(MS, 2011). Nesse contexto, as secretarias municipais de saúde devem instituir a vigilância do óbito, envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. Segundo (BRASIL, 2009).

Esses dados reunidos permitirão à equipe de vigilância de óbitos e ao comitê em qualquer nível de gestão realizar a análise das informações e orientar as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis (BRASIL, 2011).

O Brasil vem avançando na redução da mortalidade infantil, mas ainda é preciso grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares aceitáveis. A relevância do tema faz com que a redução da mortalidade infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal seja uma das quatro prioridades estipuladas pelo governo federal como estratégia de redução das desigualdades regionais no País. A mobilização não só do governo, mas de toda a sociedade e de cada cidadão é importante para consolidar essa redução, num movimento em defesa da vida. (BRASIL, 2009, p. 5)

GRÁFICO 1 – Óbitos infantis e fetais e número de investigações, Rondônia no período de 2009 a 2013.



Fonte: SIM

A Proporção de Investigação de óbitos integra o rol dos indicadores pactuados no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), do tipo de indicador universal, no qual expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de Considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema IDSUS (Índice de Desempenho do SUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente, segundo (BRASIL, 2013). A investigação de óbito no Estado apresentou aumento de 130% quando comparamos os anos de 2009 e 2012 (último banco fechado), observamos também uma redução no número de óbitos

TABELA: Proporção de óbitos infantis por componente em Rondônia, no período de 2010 a 2013.

Proporção de óbitos infantis por componente Rondônia, 2010 a 2013				
Componente infantil	2010	2011	2012	2013
< 7dias	58,2	50,5	51,3	46,0
07-27	13,7	14,2	12,6	15,9
28d-<1	28,1	35,2	36,1	38,2

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade.

A Redução da mortalidade infantil em Rondônia em 2011 apresentou maior queda no componente neonatal precoce (< de 7dias), diferenciando da tendência nacional no qual apresentou maior redução no componente pós-neonatal (BRASIL, 2011).

Considerando que em 2012 o Estado apresentou taxa de percentuais de nascidos vivos (NV) com baixo peso ao nascer; de NV de gestações de menos de 37 semanas; dos que nasceram de parto cesáreo e dos NV de mães que realizaram menos de 07 consultas de pré-natal (6,7%, 11,4%, 65,7% e 54,9% respectivamente) (SINASC, 2013) valores que mostram o quanto necessitamos promover ações de prevenção e melhor assistência as gestantes e crianças, uma vez que estas são extremamente vulneráveis as iniquidades sociais.

3 MÉTODO

Local

O presente projeto será desenvolvido no Estado de Rondônia, localizado na região norte do país, possui uma área de 237.576 km², faz fronteiras com o Acre, Mato Grosso, Amazonas e a Bolívia. O Estado foi criado em 1981, é dos mais novos da federação tem apenas 33 anos. Sua população geral é de 1,590.011, tem percentual de urbanização de mais de 70%, sendo o número de população urbana 1.149,189 e rural de 413.229, com maioria do sexo masculino. Em 2010, obteve o 15º Índice de Desenvolvimento Humano, considerado médio 0.699 (PNUD, IPEA e FJP, 2010). Possui 52 municípios e cinco municípios com população acima de 80 mil, e destes apenas Porto Velho, Ji-Paraná e Ariquemes com população acima de 100 mil habitantes.

Sujeitos alvo da tecnologia da concepção

Profissionais de saúde que atuam na rede de monitoramento dos óbitos infantis e fetais e nas investigações inseridas no Sistema Informação sobre Mortalidade (SIM) do Estado.

Problematização

Percebemos na avaliação das investigações inseridas incompletudes, principalmente na parte II que corresponde a análise dos óbitos. Com isso observamos a qualidade das informações da ficha síntese, e que apesar da mobilização da inserção das fichas síntese no módulo, estava sendo feita de forma inadequada, então iniciamos uma avaliação de todas as investigações.

Para avaliação das ações da vigilância do óbito temos como principal instrumento o Sistema de informação sobre mortalidade SIM, como: as notificações de óbitos e o preenchimento da ficha IF5 – síntese, conclusões e recomendações preenchidas adequadamente e inseridas no SIM – módulo web. É de competência do município de ocorrência a digitação da declaração de óbito D.O e de competência do município de residência a digitação da ficha síntese.

Apesar dos avanços na vigilância, com considerado aumento dos percentuais de óbitos infantis investigados (2010 5,6%, 2011 20,8%, 2012 40%, 2013 38%). Rondônia apresentava um banco de informações muito heterogêneo, as fichas sínteses inseridas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/WEB), apresentam um número considerado de investigações sem as

informações com parte II (análise da evitabilidade e definições de medidas de prevenção) em brancas ou incompletas (mais de 90%), tornando o nosso banco de dados frágil, impossibilitando a visibilidade dos determinantes para este evento. Essa deficiência comprometia o objetivo principal da vigilância que era utilizar as informações para subsidiar medidas de prevenção da mortalidade infantil. E que os municípios apresentavam fragilidade em algum momento do processo da vigilância, na estruturação, ou na operacionalização, ou ainda em ambos.

Então pensando em fortalecer todo o processo da vigilância nos municípios propomos a elaboração do protocolo, com a perspectiva de modificar essa situação, padronizando as ações da vigilância e assim torna-la efetiva no Estado.

Nesse contexto, os protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009)

A proposta de protocolo da vigilância óbito infantil e fetal foi elaborado com o objetivo de fortalecer todo processo da vigilância, e principalmente padronizar as ações da vigilância em todo o Estado de Rondônia.

Para a elaboração deste protocolo foi feita revisão do notas técnicas, manuais e portarias estaduais e do Ministério da Saúde, baseado nestes instrumentos, foram feitas algumas definições que torne as informações na vigilância mais homogêneas, com orientações práticas e algumas definições de competência do Estado como definição da análise da evitabilidade.

Tipo de estudo

Este trabalho refere-se ao desenvolvimento de um projeto, uma proposta de ação – Tecnologia da Concepção. Assim, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não serão utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

Tecnologia da Concepção

O protocolo foi elaborado no formato de itens e subitens, baseado no manual do Ministério da Saúde e Portarias que regulamentam a Vigilância do Óbito Infantil. Com linguagem sucinta e adequação ao nível técnico e intelectual do público-alvo.

O Protocolo será impresso em folha A4 (210x297mm) em formato de configuração "retrato", com 23 páginas. Os textos foram escritos utilizando-se a fonte Time New Roman MS de tamanho 12, com itens e subitens em negrito.

O Desenvolvimento do Protocolo foi baseado nos manuais sobre a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde e do Estado, a saber (Manual de Vigilância Infantil e Fetal e Atuação em Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2009 e Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal, 2011).

O Protocolo está estruturado em 6 itens com subitens seguintes:

- 1 – Neste item foi realizado uma breve introdução sobre a importância da taxa de mortalidade infantil como indicador de saúde e sobre a importância da vigilância do óbito infantil e fetal;
- 2 – Neste item foi abordado conceitos básicos sobre alguns coeficientes de mortalidade infantil e fetal, e detalhados nos subitens;
 - 2.1 – Neste subitem apresentamos o Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes, neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 a 364 dias de vida), o que cada indicador representa e o método de cálculo;
 - 2.2 – Neste subitem apresentamos o coeficiente de mortalidade perinatal (a soma dos óbitos fetais mais os neonatais precoces) e o coeficiente do óbito fetal (22 semanas de gestação ou mais), o que ele representa e o método de cálculo;
- 3 – Neste item serão mostradas as duas etapas da vigilância do óbito infantil e fetal, a investigação e a análise do óbito;
 - 3.1 – Neste subitem focamos a primeira etapa da vigilância que é investigação, a mesma é desenvolvida em mais três etapas;
 - 3.1.1 – Neste subitem serão tratados sobre a identificação dos óbitos e suas fontes de identificação;
 - 3.1.2 – Neste subitem serão apresentados os critérios a serem aplicados para inclusão e exclusão de óbitos para investigação, com a priorização para os óbitos acima de 1.500g;
 - 3.1.3 – Neste subitem apresentamos os objetivos, meios (entrevista domiciliar e levantamentos de dados) e orientações para as coletas de dados, ainda apresentamos todas as fichas de investigação com o nome de cada instrumento, sigla, local a ser utilizado, objetivos e conteúdo do módulo de cada ficha;

3.2 – Neste subitem serão apresentados aos profissionais a segunda etapa da vigilância do óbito que é a análise do óbito,

3.2.1 – Neste subitem focalizamos a etapa que precede a investigação do óbito, ou seja o resumo do caso, discursões sobre o caso e a conclusão do caso;

3.2.2 – Neste subitem apresentamos a identificação dos problemas, seu objetivo e os possíveis problemas a serem identificados na análise;

3.2.3 – Neste subitem apresentamos aos profissionais quais as classificações a serem utilizadas para análise da evitabilidade do óbito;

3.2.4 – Neste subitem apresentamos aos profissionais as orientações sobre o objetivo da identificação das medidas preventivas;

3.2.5 – Neste subitem orientamos sobre a importância da correção dos dados vitais, que alimentam o SIM e o SINASC;

4 – Neste item apresentamos sobre a operacionalização da vigilância do óbito a ser instituída pelo gestor de cada município;

5 – Neste item apresentamos os fluxos e os prazos estabelecidos no Estado, em relação a declaração de óbito (D.O) e a investigação;

5.1 – Neste subitem apresentamos o fluxo e prazo referente a D.O;

5.2 – Neste subitem apresentamos o fluxo da investigação;

6 – Neste item apresentamos os seguintes anexos: A lista de classificação do óbito infantil, B lista de classificação do óbito fetal e C o fluxo da classificação de óbitos fetais e perinatais.

Deixamos algumas notas importantes:

- Priorizar investigação de óbitos infantis e fetais acima de 1.500g;

- As classificações de evitabilidade dos óbitos infantis podem haver mais de uma classificação por lista;

- A investigação só será considerada encerrada com o preenchimento e digitação da ficha síntese no sistema SIM (módulo *on line*).

- As investigações dos óbitos ocorridos no Hospital Infantil Cosme e Damião e Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, em Porto-Velho. Seguirão o fluxo das investigações via e-mail.

4 RESULTADOS

PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

1 INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil é considerada um sensível indicador da qualidade de vida e das condições de saúde de uma população. Já a taxa de mortalidade perinatal (que inclui óbitos fetais e de recém-nascidos até 6 dias de vida) tem sido reconhecida como um indicador da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao RN.

A vigilância do óbito infantil e fetal é uma importante estratégia de redução da mortalidade na medida em que contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos profissionais de saúde, segundo (MS, 2011).

2 CONCEITOS BÁSICOS

2.1 Coeficientes de Mortalidade Infantil e Componentes

O Coeficiente de Mortalidade Infantil ou Taxa de Mortalidade Infantil, indicador do nível de vida da população.

- Coeficiente de mortalidade infantil:

Representa o número de óbitos de menores de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

$$\frac{\text{óbitos menores de 1 ano}}{\text{nascidos vivos}} \times 1000$$

Este coeficiente pode ser desdobrado em três componentes:

- Mortalidade neonatal precoce:

Representa o número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

óbitos de 0 a 6 dias de vida x 1000
nascidos vivos

➤ Mortalidade neonatal tardia:

Representa o número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

óbitos de 7 a 27 dias de vida x 1000
nascidos vivos

➤ Mortalidade pós-neonatal:

Representa Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

óbitos de 28 a 364 dias de idade x 1.000
nascidos vivos

2.2 Mortalidade Perinatal e Fetal

➤ Mortalidade Perinatal: indicador de qualidade da assistência obstétrica e neonatal.

Representa o número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

óbitos fetais* + óbitos neonatais precoces (0-6 dias)

óbitos fetais* + nascidos vivos

➤ Mortalidade Fetal: indicador de qualidade da assistência prestada à gestação e ao parto.

Representa o número de óbito fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso $\geq 500\text{g}$ ou estatura a partir de 25cm) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico.

Óbitos fetais (22 semanas e mais), de mães residentes X 1000

*Nascimentos totais de mães residentes

*Nascimentos totais (nascidos vivos + óbitos fetais)

3 ETAPAS DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO

➤ Investigação

- Identificação do óbito.
- Aplicação dos critérios de inclusão / exclusão.
- Coleta de dados:
 - Entrevista domiciliar;
 - Serviço de saúde ambulatorial
 - Serviço de saúde hospitalar

- Análise do óbito
 - Resumo, discussão e conclusão sobre o caso.
 - Análise de evitabilidade.
 - Identificação dos problemas relacionados aos óbitos.
 - Identificação das medidas de prevenção/intervenção necessária.

3.1 Investigação

3.1.1 Identificação do óbito

A identificação do óbito é fundamental para ampliar a cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pode ser feita através de integração dos sistemas de informação de saúde, busca ativa de D.O em diferentes locais, notificação do hospital e fontes alternativas.

Fontes de identificação dos óbitos:

- Sistemas de informação de saúde: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH)
- Locais de busca ativa: hospital, Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Instituto Médico Legal (IML), cartório, serviço funerário e cemitérios oficiais e irregulares (pelo responsável da vigilância do óbito). Área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) (pelo Agente Comunitário de Saúde e outros membros da equipe).
- Notificação do hospital
- Fontes alternativas como líderes religiosos, líderes comunitários, curandeiros, parteiras entre outros informantes-chave.

3.1.2 Aplicação dos critérios de inclusão / exclusão:

São investigados, com exclusão dos óbitos por mal formação congênita grave, os seguintes óbitos de residentes em Rondônia:

- Todos os óbitos infantis (de 0 à < 1 ano de vida);
- Óbitos fetais

IMPORTANTE: as equipes de vigilância devem priorizar os óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) e óbitos fetais com peso de nascimento acima de 1500g;

3.1.3 Coleta de dados

Esta etapa tem como objetivo levantar dados e informações relevantes para o adequado esclarecimento quanto às condições e circunstâncias que determinaram, condicionaram ou favoreceram a ocorrência do óbito.

Vale à pena lembrar que ambas as técnicas não são excludentes, ao contrário, são complementares. É importante que os dados sejam coletados de forma isenta de julgamentos, com responsabilidade, confidencialidade e honestidade.

A coleta de dados deve ser iniciada logo após a ocorrência do óbito, respeitando os prazos estipulados pela portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Quanto mais cedo for iniciada a investigação, maiores serão as possibilidades de obter, junto à família, informação sobre fatos

relevantes para o desfecho, bem como dispor de documentos esclarecedores sobre as circunstâncias que culminaram no óbito.

A coleta de dados é realizada por meio de entrevista domiciliar e de resgate dos dados nos serviços de saúde, através de formulários de investigação do óbito.

- Entrevista domiciliar: Tem o objetivo de avaliar as condições de ambientais e físicas em que vivia a criança e sua família, assim como obter outros dados relevantes que muitas vezes não são registrados nos documentos dos estabelecimentos de saúde.
- Levantamento de dados dos serviços de saúde: Tem o objetivo de transcrever os dados contidos nos prontuários e em outros documentos disponíveis nos estabelecimentos de saúde que atuaram na assistência do falecido (a). São duas Fichas de Investigação de Óbito Infantil e Fetal: serviço ambulatorial e serviço hospitalar.

Instrumentos utilizados na investigação do óbito infantil e fetal

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Ficha de investigação de Óbito Infantil – Serviço de saúde ambulatorial	I1	Serviços ambulatoriais (atenção básica, urgência e emergência).	Identidade da criança (óbito infantil) ou identidade da mãe (óbito fetal), assistência ao pré-natal, assistência à criança: centro de saúde, consultórios, serviço de urgência/emergência (óbito infantil).	Coletar informações referentes à assistência da mãe e da criança em prontuário, fichas de atendimento, cartão da gestante e da criança (infantil).
Ficha de Investigação de Óbito Fetal – Serviço de saúde ambulatorial	F1			
Ficha de Investigação de Óbito Infantil – Serviço de saúde hospitalar	I2	Serviço hospitalar	Identidade da criança (óbito infantil) ou identidade da mãe (óbito fetal), assistência ao parto; assistência hospitalar ao recém-nascido após o nascimento (óbito infantil); assistência à criança no hospital durante a doença que levou à morte (óbito infantil);	Coletar informações referentes à assistência da mãe e da criança em prontuários, fichas de atendimento.
Ficha de Investigação de Óbito Fetal – Serviço de saúde hospitalar	F2			

			anotações complementares sobre o natimorto (óbito fetal).	
Ficha de Investigação de Óbito Infantil – Serviço de saúde ambulatorial	I3	Domicílio	Identificação da criança e mãe (óbito infantil) ou identidade da mãe (óbito fetal); característica da mãe e da família; gestação e pré-natal; assistência ao parto; informações sobre o natimorto (óbito fetal) ou informações sobre o atendimento da criança na maternidade (óbito infantil);	Coletar informações sobre as características e condições de vida da mãe e da família, dados sobre a gestação, nascimento, antecedentes maternos, assistência pré-natal, assistência ao parto e ao RN por meio de entrevista com o cuidador da criança falecida.
Ficha de Investigação de Óbito Fetal – Serviço de saúde ambulatorial	F3			
Ficha de Coleta de Dados de Laudos de Necropsia	IF 4	Instituto Médico Legal (IML) ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	Identidade da criança/feto; causa da morte e descrição do caso que consta no laudo de necropsia; exame macroscópico; exame microscópico ou toxicológico.	Coletar informações de dados de laudo de necropsia.
Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal – Síntese, conclusões e recomendações	IF5	Secretaria Municipal de Saúde	Identificação do óbito, dados sobre a investigação realizada, características e marcadores selecionados sobre a assistência à gestação, ao aborto, ao parto e recém-nascido, causas da morte, problemas identificados nos diversos momentos da assistência e classificação da evitabilidade e alteração dos dados no SIM e SINASC.	Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para a análise e a interpretação dos problemas identificados nos diversos momentos da assistência e as recomendações específicas para o caso.

Instrumentos utilizados na investigação de óbito infantil com causa mal definida

Nome do instrumento	Sigla	Local de investigação	Módulos integrantes da ficha	Objetivo
Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida	IOCMD	Estabelecimentos de saúde (ambulatorial e hospitalar) e outras fontes de informação como Sinan, IML, SVO, Funasa, imprensa junto ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.	Informações da declaração de óbito; investigação na unidade de saúde do PSF; investigação no estabelecimento de saúde da internação; investigação da causa da morte em outros locais; investigação domiciliar (autópsia verbal); conclusão da investigação	Reunir e organizar, de forma sumaria os princípios dados coletados para análise e interpretação dos problemas identificados nos diversos momentos da assistência e as recomendações específicas para o caso.
Autópsia Verbal – Formulário 1 (criança menor de 1 ano)	AV1	Domicílio	Identificação do falecido; local da entrevista; identificação do entrevistado; óbito devido à causa externa; fatores de saúde e história da gravidez da mãe; condições de nascimento; sinais e sintomas da doença que levou a morte o bebê que nasceu vivo história de ferimentos/acidente/ violência; serviços de saúde e cuidados/tratamentos utilizados durante a doença que levou à morte; anotações complementares; conclusão da investigação da autópsia verbal.	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar) acerca da história de vida e de saúde da mãe, da assistência em serviços de saúde, com atenção especial à assistência ao pré-natal, parto e recém-nascido, e circunstâncias durante a doença que levou à morte.

3.2 Análise do Óbito

O Objetivo desta etapa é estabelecer os nexos entre as múltiplas fontes e informantes com vistas ao esclarecimento das circunstâncias que determinaram e /ou favoreceram o óbito.

A análise é realizada após o término da investigação e são avaliados os seguintes aspectos:

- Qualidade de preenchimento dos instrumentos de registro da assistência e do óbito;
- Condição socioeconômica da criança que faleceu;
- assistência prestada no pré-natal, parto, atenção ao recém-nascido ou a criança até 1 ano de idade.

A análise preliminar do óbito é de responsabilidade da equipe de vigilância por meio do grupo técnico que deve ter um conceito amplo e flexível, adequado ao contexto local.

O grupo técnico é responsável pela análise das fichas de investigação, pelo preenchimento da ficha síntese e pela alimentação do módulo de investigação SIM (SIM-web).

As secretarias de saúde dos municípios que têm comitês atuantes devem envidar esforços para assegurar o estudo conclusivo do óbito. Assim, logo após o término da investigação e da elaboração de resumo dos casos, devem promover uma reunião com seus membros para fazerem juntos uma análise ampla e detalhada de cada resumo e definição de medidas para evitar novos óbitos.

3.2.1 Resumo, discussão e conclusão sobre o caso (página 1 da IF5)

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

O propósito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro. Por isso, a importância das discussões no sentido de promover a correção imediata de problemas que influenciaram o óbito e sensibilizar as pessoas diretamente envolvidas na assistência e no preenchimento dos registros de atendimento e da DO.

3.2.2 Identificação dos problemas relacionados ao óbito (página 4 da IF5)

Esta identificação objetiva avaliar criticamente os possíveis problemas ocorridos nos diversos momentos da assistência à saúde prestada à mulher, feto e aos menores de 1 ano de idade, de modo que a análise propicie concluir sobre a evitabilidade do óbito e definir medidas efetivas de prevenção.

Possíveis problemas identificados no momento da assistência

Problemas no planejamento familiar	
Acesso à informação, atendimento, exames, métodos contraceptivos	Acolhimento, utilização de protocolos
Problemas na assistência pré-natal	
Acesso à informação, atendimento, exames, medicamentos, pré-natal de alto risco	Utilização de protocolos, identificação de gravidez de risco, referência e contrarreferências
Problemas na assistência ao parto	
Acesso à assistência, encaminhamento desde o pré-natal, acolhimento, atendimento oportuno, leitos de alto risco, transporte	Uso de partograma, utilização de protocolos adequados, encaminhamento para alto risco, presença de acompanhante
Problemas na assistência ao recém-nascido na maternidade	
Acesso à assistência, leito de cuidados intermediário, UTI neonatal	Exames, medicamentos, utilização de protocolos na sala de parto, unidade neonatal, transporte adequado
Problemas na assistência à criança no Centro de Saúde/UBS	
Acesso à assistência, acolhimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, atendimento em situações agudas, exames, medicamentos	Utilização de protocolos, identificação de risco, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado
Problemas na assistência à criança na urgência	
Acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	Utilização de protocolos, referência e contrarreferência
Problemas na assistência à criança no hospital	
Acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	Utilização de protocolos, avaliação de risco, referência e contrarreferência
Causas Externas	
Identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao IML	
Dificuldades sócio-familiares	
Para reconhecimento de risco, para seguir as orientações fornecidas, recusa de tratamento proposto, situação de risco, entre outras	
Problemas na organização do sistema de saúde	
Cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, pré-natal de alto risco, leitos para gestante e recém-nascido de alto risco, central de regulação, central de internação ou de leitos, leitos de UTI neonatal, transporte inter-hospitalar, medicamentos, propedêutica, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde ao recém-nascido de risco e à criança, banco de leite, recursos humanos, equipes incompletas, entre outros.	

3.2.3 Análise de evitabilidade dos óbitos infantis e fetais

O objetivo é esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores que contribuem para a mortalidade infantil e fetal e avaliar a efetividade dos serviços.

Para análise de Evitabilidade do óbito infantil utilizar a lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS (MALTA, et al, 2007) Anexo F do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, Ministério da Saúde, 2009;

- **Lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS (óbito infantil) (ANEXO A)**

Organiza os óbitos utilizando como referência grupamentos de causa básica, segundo a Classificação Internacional de Doenças, com a seguinte organização para causas de óbitos entre menores de cinco anos de idade.

Para análise de Evitabilidade do óbito fetais utilizar a lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS (MALTA, et al, 2007) páginas 35 e 36 do Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, Ministério da Saúde, 2009;

IMPORTANTE: Para cada caso pode haver mais de uma classificação

Lista Brasileira 1.1 1.2.1 1.2.2 1.2.3 1.3 1.4 2 3

- **Classificação de Wigglesworth Expandida (óbitos fetais) (ANEXO B e C)**

Essa classificação 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.

Os grupos de causas são excludentes, ou seja, cada caso deve ser categorizado em apenas um grupo de causas. Para a classificação dos casos, utilizam-se informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise de prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços.

Wigglesworth w1 w2 w3 w4 w5 w6 w7 w8 w9
Expandida

3.2.4 Identificação das medidas de prevenção/intervenção necessária

Esta etapa objetiva definir medidas que possa resultar na melhoria da assistência com redução dos óbitos e assim evitar novas ocorrências. Também procuram melhorar a qualidade dos registros de atendimento de saúde. A análise de evitabilidade e a definição de medidas

preventivas são organizadas pelos setores de vigilância, comitê de mortalidade ou grupo técnico. É fundamental a inserção do profissional médico nas equipes de vigilância de cada município, qualificando as discussões e as recomendações para prevenção do óbito.

3.2.5 Correção dos dados vitais

Após a conclusão da investigação, o Serviço de Epidemiologia deve inserir e/ou corrigir os dados no SIM e/ou no SINASC com base na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5). Esse procedimento é importante para qualificar as informações sobre os óbitos já disponíveis nos sistemas, como a causa básica, o endereço de residência, o peso ao nascer, entre outras.

No caso de identificação de um óbito não notificado deve-se preencher a DO Epidemiológica (sem as causas de morte) e inserir os dados no SIM, com o cuidado de não causar duplicidade de registro, conforme orientação recente do MS.

4 Operacionalização da Investigação

- As Secretarias Municipais de Saúde devem instituir a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, envolvendo os profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica.
- A investigação deverá ser iniciada na unidade de saúde de ocorrência do óbito. Nessa unidade a investigação hospitalar (infantil, fetal e causa mal definida), será realizada pelos técnicos dos próprios hospitais (públicos e conveniados ao SUS), preferencialmente pelo núcleo de vigilância epidemiológica, CCIH ou outro indicado pela direção, mas preferencialmente por profissionais não envolvidos diretamente na assistência ao óbito, e encaminha a investigação, em até 7 dias.
- Se o município de residência do óbito pertencer a outro Estado, encaminhar a Ficha de Investigação Hospitalar para a AGEVISA;
- O município que dispuser de Comitê de Mortalidade Materna e Infantil deverá encaminhar as fichas de investigação dos óbitos (provável materno e infantil) ao comitê, para que este faça uma análise quanto à causa, a evitabilidade, e dê o parecer final;
- O município que não dispuser de comitê, deverá organizar o chamado Grupo Técnico, responsável por preencher a ficha síntese. Esse grupo técnico deve ser composto minimamente por: um representante da vigilância epidemiológica, um da atenção básica, um do núcleo hospitalar ou equivalente, um que realize investigação;
- Se, após a investigação, houver necessidade de alteração da causa básica no sistema, somente o município de ocorrência (que digitou a DO) poderá fazer essas alterações. Portanto, há uma necessidade de interação intensa entre o município de ocorrência com o município de residência, antes e depois da conclusão da investigação;

- O encerramento da investigação deve ocorrer no prazo máximo de 120 dias, após a data do óbito;
- A causa mal definida deverá ser investigada no município de ocorrência (investigação hospitalar), pelos técnicos do núcleo de vigilância epidemiológica, CCIH ou outro indicado pela direção. Se o caso não for concluído neste nível, será solicitado ao município de residência que realize a autópsia verbal;
- A investigação hospitalar nos hospitais privados deverá ser realizada pela equipe do próprio hospital e supervisionada pela Secretaria Municipal de Saúde do município de ocorrência.
- Recomenda-se que a investigação domiciliar e ambulatorial seja realizada pelas equipes de saúde da família. A vigilância epidemiológica do município só fará diretamente a investigação, nas áreas sem cobertura da Estratégia Saúde da Família.

IMPORTANTE: A investigação só será considerada encerrada com o preenchimento e digitação da ficha síntese no sistema SIM (módulo *on line*).

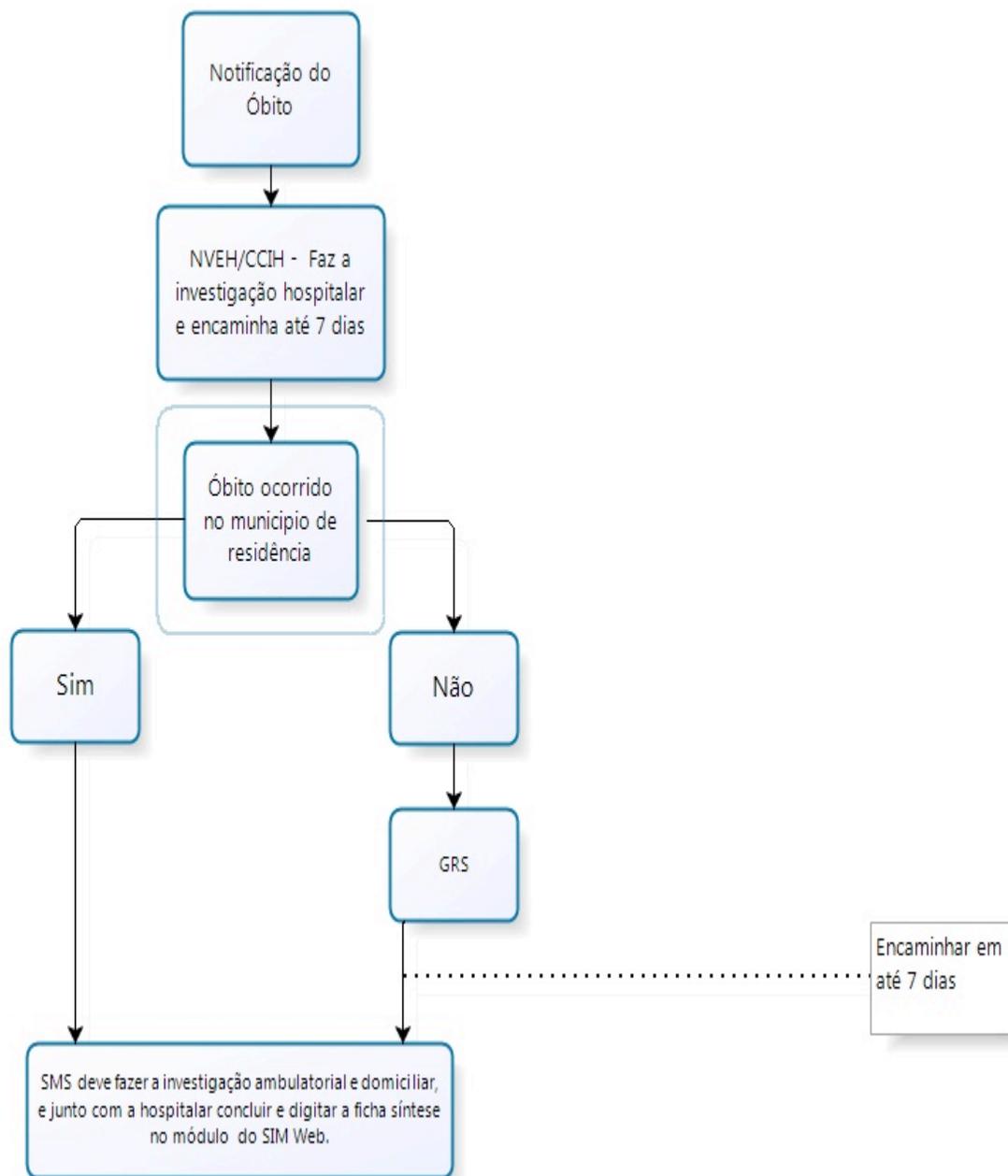
5 Fluxos e Prazos

5.1 Fluxo e Prazo da Declaração de Óbito - DO

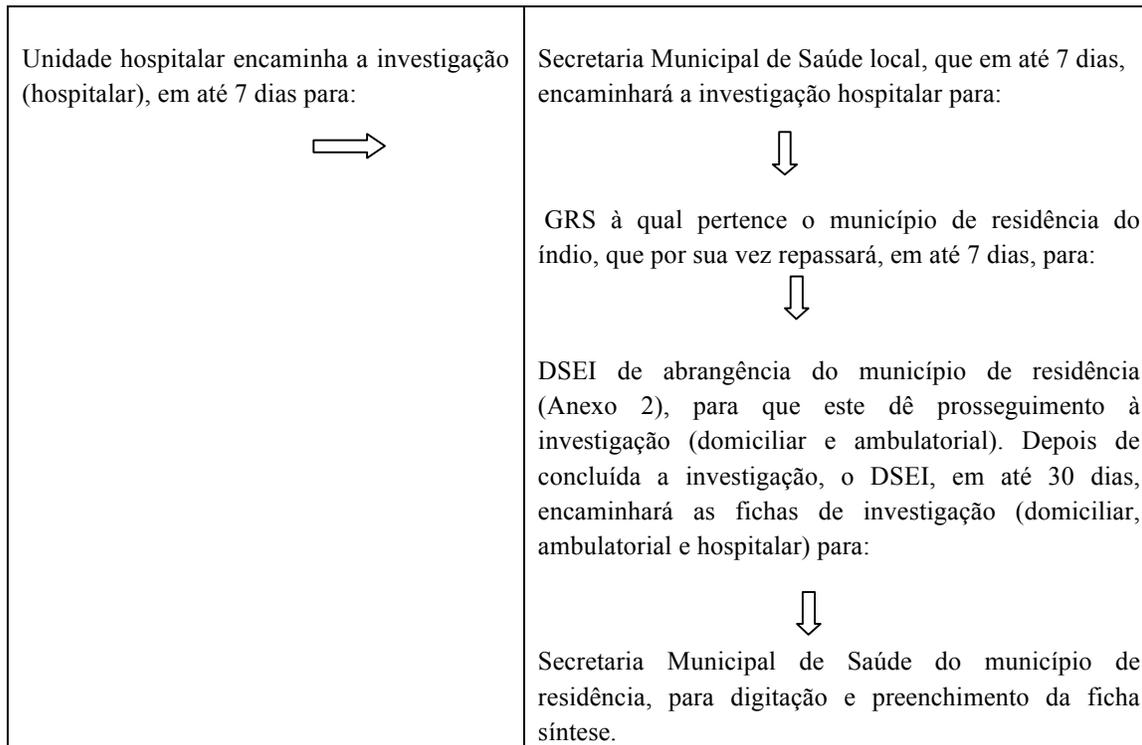
As unidades de saúde devem notificar a ocorrência do óbito, através do envio da 1ª via (branca) de TODAS as Declarações de Óbito (DO), para a Secretaria Municipal de Saúde do município de ocorrência, em até 48 horas da data do óbito (Portarias 1.119/2008, 116/2009 e 72/2010);

A Secretaria Municipal de Saúde de ocorrência notifica à equipe de vigilância de óbitos local; digita todas as DO no sistema de informação (SIM); e transfere o banco para o Estado (AGEVISA). A AGEVISA repassa ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 30 dias da data do óbito.

5.2 Fluxo e prazo da investigação



5.2.1 Fluxo no caso de óbitos indígenas



IMPORTANTE:

As investigações dos óbitos ocorridos no Hospital Infantil Cosme e Damião e Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, em Porto-Velho. Seguirão o fluxo das investigações via e-mail.

Lista de Causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS – Lista Brasileira (MALTA et al, 2007)

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
Causas evitáveis		
1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção		
I	Tuberculose Tétano neonatal Outros tipos de tétano Difteria Coqueluche Poliomielite aguda Sarampo Rubéola Hepatite B Caxumba	A15 a A19 A33 A35 A36 A37 A80 B05 B06 B16 B26.0
VI	Meningite por Haemophilus	G00.0
XVI	Rubéola congênita Hepatite viral congênita	P35.0 P35.3
1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido		
1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação		
I	Sífilis congênita Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	A50 B20 a B24

Classificação das causas evitáveis pela CID-10		
Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
XVI	Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas a isoimunização Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido	P00; P04 P01 P05 P07 P55.0; P55.1 P55.8 a P57.9
1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto		
XVI	Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer Traumatismo de parto Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer Aspiração neonatal	P03 P08 P10 a P15 P20; P21 P24
1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido		

XVI	Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	P23; P25 a P28 P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3 P50 a P54 P58; P59 P70 a P74 P60; P61 P75 a P78 P80 a P83 P22 P90 a P96
	Infecções específicas do período perinatal	
	Hemorragia neonatal	
	Outras icterícias perinatais	
	Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido	
	Transtornos hematológicos do recém-nascido	
	Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido	
	Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido	
Desconforto respiratório do recém-nascido		
Outros transtornos originados no período perinatal		

1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento

I	Outras doenças causadas por clamídias Outras doenças bacterianas	A70 a A74 A30; A31; A32; A38; A39; A40; A41; A46; A49
III	Anemias nutricionais	D50 a D53
IV	Hipotireoidismo congênito <i>Diabetes mellitus</i> Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria e deficiência congênita de lactase Desidratação	E03.0; E03.1 E10 a E14 E70.0 e E73.0 E86
VI	Meningite Epilepsia	G00.1 a G03 G40; G41

IX	Febre reumática e doença cardíaca reumática	I00 a I09
X	Infecções agudas das vias aéreas superiores Pneumonia	J00 a J06 J12 a J18
	Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores Edema de laringe	J20 a J22 J38.4
	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J40 a J47, exceto J43 e J44
	Doenças pulmonares devidas a agentes externos	J68 a J69

Capítulo	Grupo de causas	Códigos CID-10
XIV	Infecção do trato urinário	N39.0
XVII	Síndrome de Down	Q90

1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde

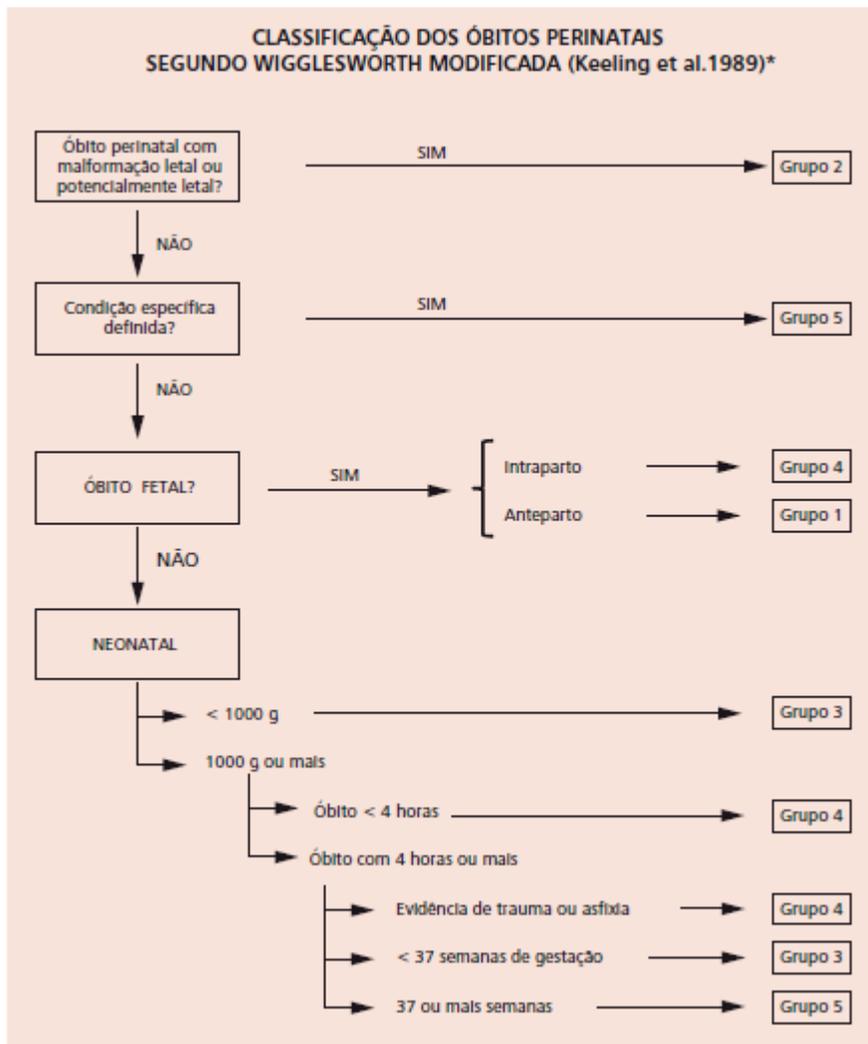
I	Doenças infecciosas intestinais	A00 a A09 A20 a A28 A90 a A99 A75 a A79 A82 B50 a B64 B65 a B83 B99
	Algumas doenças bacterianas zoonóticas	
	Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	
	Rickettsioses	
	Raiva	
	Doenças devidas a protozoários	
	Helminthoses	
	Outras doenças infecciosas	

IV	Deficiências nutricionais	E40 a E64
XX	Acidentes de transportes Envenenamento accidental por exposição a substâncias nocivas Intoxicação accidental por outras substâncias Quedas accidentais Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas Exposição às forças da natureza Afogamento e submersão accidentais Outros riscos accidentais à respiração Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente Agressões Eventos cuja intenção é indeterminada Exposição a forças mecânicas inanimadas Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	V01 a V99 X40 a X44 X45 a X49 W00 a W19 X00 a X09 X30 a X39 W65 a W74 W75 a W84 W85 a W99 X85 a Y09 Y10 a Y34 W20 a W49 Y60 a Y69 Y83 a Y84 Y40 a Y59
2. Causas de morte mal-definidas		
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	R00 a R99, exceto R95
3. Demais causas (não claramente evitáveis)		
	As demais causas de morte	

Classificação dos óbitos fetais e infantis – adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005) *

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

Fluxograma para classificação dos óbitos investigados perinatais



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho, podemos perceber que a elaboração do protocolo oferece subsídios para padronizar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam na vigilância, descrevendo como fazer e quais os objetivos dessas ações. Essas ações seguem bases de diretrizes definidas pelas políticas do Sistema Único de Saúde – SUS. Portanto atingindo os objetivos para o enfrentamento dos problemas detectados.

A ausência de padronização resulta em modos diferentes de realizar as ações, fragilizando o alcance do objetivo, ou mesmo na descontinuidade das mesmas. O protocolo deve interferir efetiva e positivamente na qualidade das ações propostas, atingindo os objetivos de qualificar as informações sobre a mortalidade infantil e fortalecer as ações da vigilância epidemiológica no Estado.

A implementação do protocolo deve ser acompanhada, tanto pelos gestores estaduais como municipais da vigilância epidemiológica do óbito infantil e fetal, com avaliação dos resultados alcançados. Este instrumento pode ser atualizado com base em alterações nas linhas guias ou no resultado das avaliações de sua implementação.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**, 2ª edição, Brasília-DF: Editora MS, 2009. 96 p.
- BITTENCOURT, S.; DIAS, M.; DUARTE, M. **Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade** – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.
- RONDÔNIA. Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia. **Nota Técnica N° 01 da Vigilância dos Óbitos** – Porto Velho, 2011. 14 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 72 Vigilância do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília-DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **Nota Técnica Vigilância Epidemiológica dos Óbitos Infantis e Fetais**. Brasília – DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal**. 1ª edição. Brasília-DF, Editora MS, 2011.47 p.
- BRASIL.Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. 1ª edição. Brasília - DF, 2011.54 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. 1ª edição. Brasília. Editora Ministério da Saúde, 2013.156 p.