

GUIA DIGITAL COM ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÕES DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

ANA MARIA CAVALCANTE E SILVA
THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA



FORTALEZA—CEARÁ
2022

ISBN nº 978-65-00-58852-1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE

ANA MARIA CAVALCANTE E SILVA
THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Contato:
anamaria.silva@aluno.uece.br

Silva, Ana Maria Cavalcante e

GUIA DIGITAL COM ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE INVESTIGAÇÕES DE ÓBITO INFANTIL E FETAL/ Ana Maria Cavalcante e Silva. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2022.

17 p. : il. color.; 21x29,7 cm.

Orientador: Thereza Maria Moreira Magalhães.

Inclui bibliografia.

ISBN: XXXXXXXXXX

Guia criado como produto de Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Fortaleza, 2022.

1. Saúde. 2. Gestão. 3. Vigilância em Saúde. 4. Óbito fetal.

ISBN nº 978-65-00-58852-1

APRESENTAÇÃO

Esse Guia é sobre o preenchimento das fichas de investigações de óbitos fetais e infantis que os profissionais da saúde utilizam para investigar o evento que ocorreu na sua área de atuação.

A ideia da construção do guia me ocorreu por integrar o Comitê de Prevenção de Óbito infantil e Fetal da Regional III do município de Fortaleza (CE) desde 2010.

As fichas das investigações chegam até nós após serem preenchidas pelos profissionais que estão na assistência direta à gestante e à crianças menores de um ano e, muitas vezes, encontram-se incompletas ou sem nenhum registro, prejudicando a investigação do evento pelo Comitê, inclusive se este era passível de ser evitado ou não, além de impossibilitar a proposição de medidas preventivas que venham a evitar novos óbitos, inferindo amplos prejuízos a qualidade da assistência materno infantil.

Dado exposto, neste guia, será instruído acerca do preenchimento adequado das fichas de investigação dos óbitos fetais e infantis nos diferentes cenários da prática, além de reiterar a importância do preenchimento adequado do instrumento.

Boa leitura!

SUMÁRIO

Apresentação	
Introdução.....	04
Objetivo.....	06
Capítulo 1 – Como fazer uma investigação de óbito Fetal e Infantil...	07
Capítulo 2 – Ficha de investigação de Entrevista Domiciliar.....	09
Capítulo 3 – Ficha de Investigação Ambulatorial.....	22
Capítulo 4 – Ficha de Investigação Hospitalar.....	29
Referências.....	36
Sobre os autores.....	35

INTRODUÇÃO

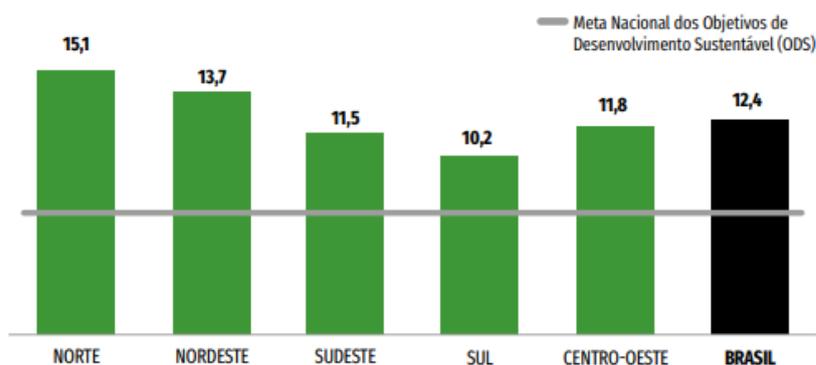
A mortalidade infantil e fetal no Brasil ainda representa uma preocupação a saúde pública e um desafio para os serviços de saúde, apesar do seu declínio.



A mortalidade infantil é classificada em :

- Neonatal precoce (0-6 dias de vida);
- Neonatal tardia (7-27 dias de vida);
- Pós-neonatal (28 dias a 1 ano incompletos);
- Fetais (natimortos).

Taxa de mortalidade infantil (menores de um ano de idade) – Brasil e Grandes Regiões, 2019 (para cada mil nascidos vivos)



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

Nos últimos 20 anos (1996-2016), o Brasil tem mostrado um avanço importante na redução da taxa de mortalidade infantil, equivalente a 50%.

- O Nordeste se destaca com a maior redução 51,1 % (MARQUES, 2018).
- O marco para avaliação dos óbitos infantis e fetais no Brasil se dá em 2010, ano no qual passa a ser obrigatória a vigilância nas instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).
- No entanto, as pesquisas sobre as etapas da investigação e instrumentos que são utilizados ainda são escassas (HERÁCLIO, 2018).

Para investigação do **óbito fetal e infantil**, são usados os critérios da portaria GM/MS nº 72/2010, em que todos os óbitos fetais ou ocorridos até 364 dias do nascimento devem ser investigados.

Em vista disso, o Ministério da Saúde elaborou três fichas de investigação:

- 1) **Entrevista domiciliar**, realizada com a mãe ou pessoa que saiba responder as perguntas contidas na ficha;
- 2) **Ambulatorial**, feita no serviço de saúde para a gestante ou a criança foram acompanhadas, colocando todos dados sobre consultas e atendimentos realizados.
- 3) **Hospitalar**, respondida por profissional da saúde, de preferência da vigilância epidemiológica do hospital onde ocorreu o óbito, buscando preencher todos os dados que levaram ao evento.

Para melhor coleta desses dados, o profissional da saúde deve ser capacitado e integrar uma Equipe de Saúde da Família e/ou Unidade de Atenção Básica da área em questão, dado vínculo estabelecido com o território, facilitando a obtenção de respostas.

É muito importante que todas as perguntas das fichas sejam respondidas, pois é através delas que o comitê de prevenção de óbito fetal e infantil poderá analisar o caso e, ao final, inferir quanto a sua evitabilidade ou inconclusão, além de propor medidas direcionadas que qualifiquem a assistência materno infantil ao território e, assim, evitar novos eventos.



Para o Ministério da Saúde (2011, p. 5)

“As informações obtidas nas diversas fontes serão de grande valia para o planejamento de ações e avaliação dos serviços de saúde não só no nível municipal, mas também regional e estadual segundo a lógica da assistência. Além disso, os dados obtidos após investigação possibilitam a qualificação do SIM e o entendimento das mudanças dos padrões de mortalidade nos diferentes grupos da população”.

Esse guia irá conter orientações de como fazer uma investigação de óbito fetal e infantil através das fichas de notificação do Ministério da Saúde, que são utilizadas pelo município de Fortaleza para investigação do evento, subsidiando os profissionais de saúde no processo.

OBJETIVO

Orientar os profissionais da saúde sobre o preenchimento das fichas de investigação de óbito fetal e infantil



Capítulo 1 - Como fazer uma investigação de óbito fetal e infantil

Quando o óbito fetal e infantil é identificado pela vigilância epidemiológica, esta entra em contato com a unidade de saúde onde a gestante e a criança são cadastradas, para que a equipe responsável de saúde faça a investigação através da entrevista domiciliar, ambulatorial e/ou com o hospital onde ocorreu o óbito para o preenchimento da ficha do serviço hospitalar.



É dado um prazo para retorno dessas informações para à vigilância, para que o comitê de prevenção possam analisar e investigar o que levou a esse evento. O Ministério estipula um prazo de **120 dias para conclusão**. É de suma importância que o evento seja investigado o mais breve, para que não haja perda de informações.

“Os instrumentos de investigação de óbitos permitem orientar e organizar a coleta de dados sobre óbitos infantis e fetais, pois reúne os dados de forma sistemática e padronizada, facilitando o raciocínio na avaliação dos determinantes do óbito e da atenção à saúde, na elaboração do resumo do caso, na identificação dos problemas relacionados ao caso investigado e da classificação de evitabilidade assim como elaborar as recomendações para prevenir a repetição de um evento semelhante” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 12).

Quando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) recebe a notificação para realizar a investigação, deve identificar onde mora a família e planejar, junto ao ACS da área, o melhor momento para realização da entrevista domiciliar.



Em relação à ficha ambulatorial, a investigação do óbito será realizada no prontuário dos envolvidos, tanto da gestante, quanto da criança. Utilizando todos os dados existentes disponíveis.

Quanto ao serviço hospitalar, o profissional que faz a investigação busca os dados no prontuário e em outros onde haja informações a respeito do caso.

É importante registrar todas as ações realizadas, para saber as variáveis associadas ao desfecho, tais como:

- Procedimentos.
- Medicamentos.
- Período de hospitalização, entre outras informações.



É de suma importância que todas as perguntas das fichas sejam respondidas adequadamente, podendo fazer no final um **relatório** com mais informações que não estejam contempladas e que ele julgue importantes, visando obter um panorama completo sobre o que pôde contribuir para o evento, de modo a facilitar a análise pelo comitê de prevenção de mortalidade fetal e infantil.

Capítulo 2- Ficha de Investigação de entrevista domiciliar

No município de Fortaleza, o profissional de saúde da ESF do território da família é quem faz a entrevista domiciliar. Visto que é pressuposto vínculo com os sujeitos, o que pode ajudar na hora da entrevista, por se tratar de uma pessoa conhecida e de confiança, facilitando na hora de responder às questões.

“É essencial que as informações sejam mantidas em sigilo. O entrevistador não poderá comentar sobre o caso investigado e deve garantir que a ficha preenchida esteja guardada em segurança. Seu trabalho não é fácil - algumas questões são difíceis de serem aplicadas. Não poderá escolher atalhos para concluí-lo. As anotações deverão corresponder com exatidão às informações prestadas pelo entrevistado. Tudo isso toma tempo e requer autocontrole” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 10).



Durante a entrevista, deve-se demonstrar empatia e respeitar o tempo que a pessoa leva para responder, dar apoio e explicar o por que de estar lá para fazer a entrevista, não influenciar nas respostas e não fazer juízo sobre as respostas.

Para o Ministério da Saúde (2011, p. 10): “Durante a entrevista, a família rememora os últimos momentos da pessoa falecida dentro da percepção que tiveram dos fatos. Não se pode esquecer que o óbito ocorreu há pouco tempo, que se está invadindo um terreno emocional e que essa entrevista pode ser difícil para a família. No entanto, o distanciamento é necessário para a realização da entrevista. O entrevistador deve deixar seus próprios valores e ideias distantes ao registrar o que foi relatado e proceder às anotações da forma mais isenta possível”.

Deve-se preencher todas as questões e, se deixar alguma em branco, informar o motivo, para que o comitê consiga identificar todos os eventos que levaram ao óbito.

É importante, ainda, inserir informações sobre as **consultas de pré natal** contidas no cartão da gestante, pois este poderá ter sido realizado em hospital da rede pública ou privada e, em vista disso, não constar no prontuário da unidade de saúde.



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

F3

Ficha de Investigação do óbito fetal

Nº do Caso

Entrevista domiciliar

--	--	--	--

1	Nome da mãe		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao nascer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas
6	Idade gestacional <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe	
7	Nº do Cartão SUS da mãe	8	Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
9	Centro de Saúde / UBS	10	Distrito Sanitário / Administrativo
11	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)		Nº <input type="text"/> Compl. <input type="text"/>
	Bairro <input type="text"/>	Distrito / Povoado <input type="text"/>	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
12	Município de residência		UF <input type="text"/> <input type="text"/>
CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA			
13	Nome do(a) entrevistado(a)		
13.1	Relação com a criança falecida <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> outro. Especificar <input type="text"/>		
14	Quantas pessoas moram nesta casa? <input type="text"/> <input type="text"/> pessoas		<input type="checkbox"/> não sabe
15	Quantos cômodos são usados para dormir? <input type="text"/> <input type="text"/> cômodos		<input type="checkbox"/> não sabe
16	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? <input type="text"/> <input type="text"/> torneiras (pontos de água)		<input type="checkbox"/> não sabe
17	Há algum fumante residente nesta casa? <input type="checkbox"/> Sim, quantos <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
18	Qual a idade da mãe? <input type="text"/> <input type="text"/> anos	19	A mãe tem trabalho remunerado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
20	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação) <input type="text"/> série <input type="text"/> grau <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> não sabe
21	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
22	Qual a cor da pele da mãe da criança?		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> não sabe

23	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	vezes	<input type="text"/>	não sabe			
23.1	Essas gravidezes resultaram em	<input type="text"/>	abortos	<input type="text"/>	nascidos vivos	<input type="text"/>	nascidos mortos	<input type="text"/>	não sabe
23.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="text"/>	partos normais	<input type="text"/>	partos cesáreos	<input type="text"/>	não sabe		
23.3	Qual a data do último parto?	<input type="text"/>	não sabe						
24	Dos filhos que nasceram vivos, algum morreu?	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	não se aplica	<input type="text"/>	não sabe
24.1	Que idade tinha e de quê morreu?								
	Idade	<input type="text"/>	Causa da morte	<input type="text"/>					
	Idade	<input type="text"/>	Causa da morte	<input type="text"/>					
	Idade	<input type="text"/>	Causa da morte	<input type="text"/>					

1 • Formulário F3

25	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	<input type="text"/>	Mãe	<input type="text"/>	Pai	<input type="text"/>	parente adulto
		<input type="text"/>	Outra criança	<input type="text"/>	Outro. Especificar	<input type="text"/>	não sabe

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

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

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

2 • Formulário F3

31.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal								
Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

32 Durante a gravidez, a mãe apresentou			
<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____			
32.1 Houve tratamento?			
<input type="checkbox"/> sim, qual _____		<input type="checkbox"/> não, por que? _____	
<input type="checkbox"/> não sabe			
32.2 Em que época da gravidez?			
no _____ mês de gestação		ou a partir do _____ mês de gestação	
33 Durante a gestação, a mãe fez uso de			
<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	vezes por dia _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	_____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
<input type="checkbox"/> Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	_____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
ASSISTÊNCIA AO PARTO			
34 Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/maternidade) na ocasião do parto?			
<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê	
<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe	
<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____			
34.1 Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto?			
_____ horas		_____ dias	<input type="checkbox"/> Não sabe
34.2 Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?			
_____ horas		_____ dias	<input type="checkbox"/> Não sabe
35 Quando rompeu a bolsa d'água?			
<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto		<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto		
35.1 Como estava o líquido?			
<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Escuro	<input type="checkbox"/> Com sangue	<input type="checkbox"/> Não sabe
35.2 O líquido tinha mau cheiro?			
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe

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

44.1 Por quê?

INFORMAÇÕES SOBRE O NATIMORTO

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

 Sim. Por quanto tempo? _____ Não não sabe

46 Foi tentada reanimação?

 Sim Não não sabe

46.1 Qual profissional tentou a reanimação?

 Pediatra / neonatologista Outro. Qual? _____

47 A morte do bebê ocorreu

 Antes do trabalho de parto Depois do trabalho de parto
 Durante o trabalho de parto Não sabe

48 Qual o peso ao nascer?

 gramas

49 Prematuro?

 Sim Não não sabe

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

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

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

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52.

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

53 Repercussões do óbito na família

54 Data da entrevista

55 Responsável pela investigação

Nome _____

Carimbo e rubrica _____



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

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Entrevista domiciliar

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

28	Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? (excluir este caso)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe				
28.1	Que idade tinha e de quê morreu?								
	Idade _____ Causa da morte _____								
	Idade _____ Causa da morte _____								
	Idade _____ Causa da morte _____								
29	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Parente adulto					
		<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe					
30	A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem	<input type="checkbox"/> não sabe				
GESTAÇÃO E PRÉ NATAL									
Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.									
31	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
32	A gravidez foi	<input type="checkbox"/> única	<input type="checkbox"/> gemelar	<input type="checkbox"/> trigemelar ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe				
33	A mãe fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
33.1	Se não fez pré-natal, por quê não?								
33.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe						
33.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?	<input type="checkbox"/> não sabe							
33.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	<input type="text"/> consultas	<input type="checkbox"/> não sabe						
33.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe					
33.6	Quantas doses?	<input type="text"/> doses	<input type="checkbox"/> não sabe						
33.7	Qual o grupo sanguíneo e o Fator Rh (tipo de sangue) da mãe?	Grupo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> não sabe				
33.8	Local (is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)								
33.9	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> não sabe				
33.10	Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a								
	Consulta no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe					
	Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe					
	Exames	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe					
	Ultra-som	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe					
	Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe					
34	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe					
34.1	Qual o nome da maternidade indicada?								
35	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim				
	Por que? _____								
36	O cartão de pré-natal está completo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> cartão/caderneta não disponível	<input type="checkbox"/> não se aplica				
36.1	Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal								
	Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

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

44	Como a mãe foi transportada na hora do parto?			
	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Carro da polícia <input type="checkbox"/> Ônibus
	<input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/Não foi transportada		<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ <input type="checkbox"/> não sabe	
45	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?			
	<input type="checkbox"/> menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/> duas horas ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
46	Estava com acompanhante na sala de parto?		<input type="checkbox"/> sim, quem? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe

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

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

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

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

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

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

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

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

Problemas (encontrados)

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

73.1 Observações sobre esta questão

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

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

74.1 C.S./Consultório/ Serviço de urgência

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

74.2 Hospital (na doença que causou a morte)

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

75 O óbito ocorreu no hospital em outro estabelecimento de saúde no domicílio no trajeto para o serviço de saúde

em via pública outro. Especificar _____ Não sabe

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

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

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

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

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

79 Repercussões do óbito na família

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

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

81 Data da entrevista _____

82 Responsável pela investigação

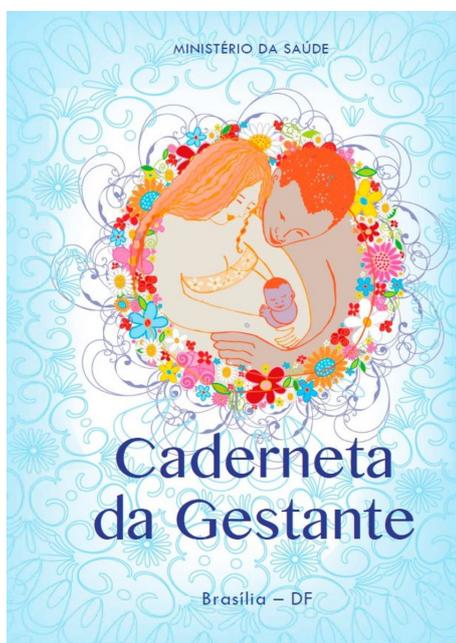
Nome _____ Carimbo e rubrica _____

Capítulo 3 – Ficha de investigação ambulatorial

A investigação ambulatorial é realizada no local onde ocorreu o pré-natal e a criança é acompanhada pela ESF. No município de Fortaleza, existe prontuário eletrônico, a partir do qual serão retiradas as informações para o preenchimento da ficha.

Por isso, é importante que os profissionais da assistência contemplem todas as informações durante as consultas de pré-natal, puericultura e consulta de emergência, para que haja o registro do quadro clínico, queixas e intervenções, visando futuras investigações.

Reitera-se a importância do registro de intervenções, exames, vacinas, medicamentos, dentre outros procedimentos realizados), igualmente na assistência pediátrica. Em caso de evasão e abandono, estes também devem ser registrados.



Existe um local na ficha para colocar as consultas de pré-natal. Durante a entrevista domiciliar, o entrevistador deverá inserir os dados que não constam no prontuário eletrônico e, assim, complementar o preenchimento com consultas realizadas em outros serviços.



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

F1

Nº do Caso

Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde ambulatorial

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



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

I1

Nº do Caso

--	--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde ambulatorial

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

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA								
30 Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e Cartão da criança								
A criança estava em acompanhamento pelo serviço de saúde? (puericultura, crescimento/desenvolvimento)						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
31 Estabelecimento que prestou atendimento								
Nome _____				Código CNES _____				
32 Tipo de serviço								
<input type="checkbox"/> C.S./SUS		<input type="checkbox"/> Consultório convênio		<input type="checkbox"/> ConsultórioParticular				
33 atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito								
Atendimentos na Atenção Básica	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*
Atendimentos em serviço de urgência/emergência								
*Assinalar: 1.Médico Generalista; 2.Médico Pediatra; 3.Enfermeiro; 4. Outro								
34 Existe informação no prontuário sobre Aleitamento Materno?						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
34.1 Se sim, houve Aleitamento Materno exclusivo (apenas leite materno)						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
34.2 Se houve Aleitamento Materno exclusivo, por quanto tempo?					<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não se aplica	
34.3 Se houve aleitamento misto, qual a duração do aleitamento misto?					<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não se aplica	
35 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência / emergência?						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
35.1 Por qual motivo? _____								

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

Capítulo 4- Ficha de investigação hospitalar

A investigação hospitalar é realizada por um profissional do núcleo de epidemiologia do hospital onde ocorreu o óbito. O profissional deve compreender os fatores envolvidos no desfecho e estar munido do conhecimento necessário a ser inserido nas fichas de investigação do óbito. Uma das estratégias é a consulta do prontuário da criança e/ou gestante, acompanhada da ordenação cronológica dos fatos.



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

F2

Nº do Caso

--	--	--	--

Ficha de Investigação do Óbito Fetal

Serviço de saúde hospitalar

1	Nome da mãe		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
5	Peso ao Nascer	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gramas
6	Idade gestacional	<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses
7	Número do Cartão Sus da mãe	<input type="checkbox"/> Ignorado	
8	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação	Nome <input type="text"/> Código CNES <input type="text"/>	
9	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio
		<input type="checkbox"/> Particular	
ASSISTÊNCIA AO PARTO			
10	Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc.)		
	Data do parto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hora do parto
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SR
11	O parto ocorreu	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade
		<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Via pública
		<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar <input type="text"/>	
12	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fórceps
		<input type="checkbox"/> Cesárea	
13	Profissional que fez o parto	<input type="checkbox"/> Médico obstetra	<input type="checkbox"/> Médico não obstetra
		<input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz	<input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar <input type="text"/>	
14	Tempo de bolsa rota	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> Não se aplica
14.1	Aspecto do líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Com mecônio
		<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Fétido
15	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Eclâmpsia
	<input type="checkbox"/> Sem intercorrências	<input type="checkbox"/> Hemorragia	
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar <input type="text"/>	
16	Idade gestacional cronológica	<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses
		<input type="checkbox"/> ignorada	
17	Esteve grávida antes desta gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
17.1	Número de gestações (inclusive esta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número de partos
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número de abortos
17.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais	<input type="checkbox"/> partos cesáreos
17.3	Filhos nascidos vivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação)
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO			
34	Peso ao nascer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	<input type="text"/> 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"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="text"/> SR
36	Foi realizada alguma tentativa de reanimação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> 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="text"/> 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
43	Responsável pela investigação Nome _____		Carimbo e rubrica _____

2 • F2



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	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao Nascer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas
9	Idade ao óbito <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="text"/> <input type="text"/> horas <input type="text"/> <input type="text"/> minutos <input type="checkbox"/> 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			
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc)			
12	Data do parto/nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13	Hora do parto/nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13	O parto ocorreu <input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> Na maternidade <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____	<input type="text"/> SR	
14	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="text"/> SR	
15	Profissional que fez o parto <input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetriz <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="text"/> SR	
16	Tempo de bolsa rota <input type="text"/> <input type="text"/> horas <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="text"/> 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="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> ignorada	<input type="text"/> SR	
19	Esteve grávida antes deste bebê <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
19.1	Número de gestações (inclusive esta) <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de partos <input type="text"/> <input type="text"/>	Número do abortos <input type="text"/> <input type="text"/>
19.2	Tipo(s) de parto(s) <input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos cesáreos		
19.3	Filhos nascidos vivos (incluir este) Filhos nascidos mortos		

20	Patologias/fatores de risco durante a gravidez	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> Hepatite
	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Anemia
	<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Rubéola
	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	
	<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)	
	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose	
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)		
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		<input type="checkbox"/> SR

1 • 12

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"/>	Hora da internação	<input type="text"/>
25	Condição à internação	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	
		<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
26	Registros à admissão da gestante na maternidade			
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial Anotar valores.	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina	<input type="checkbox"/> Sim. _____ contrações por	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="checkbox"/> SR
27	Foram realizados na admissão	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV
28	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
29	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="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="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"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto – BCF	<input type="text"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
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="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/Oligohidrâmnio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa	
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez /eclâmpsia		
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
34	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
34.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural
				<input type="checkbox"/> Raqui
34.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR

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

REFERÊNCIAS

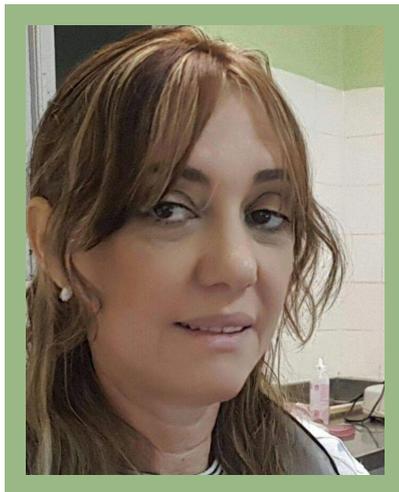
BITTENCOUR, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. **Vigilância do óbito materno infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

ANGEL, F. S.; DELCARRO, J. C. S.; OLIVEIRA, L. G. **Como se faz?** Guia didático. Instituto Federal do Espírito Santo – IFES, Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Matemática – EDUCIMAT, 2019.

BIOGRAFIA DOS AUTORES



ANA MARIA CAVALCANTE E SILVA

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária de Fortaleza (CE) e Hematologia no Hospital Geral César Cals. Especialista em Saúde da Família e Epidemiologia. Discente do programa de Pós Graduação em Gestão em Saúde (UECE).



THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira e Advogada. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre (1999) e Doutora (2003) em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP, 2012). Vice-Coordenadora do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE (2022-2024). Coordenadora do Mestrado Profissional Gestão em Saúde da UECE (2022-2024). Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1A.



ISBN n° 978-65-00-58852-1