



Instituto de Saúde Coletiva (ISC)
Depto Epidemiologia e
Bioestatística

Disciplina: Epidemiologia II



AULA 6

**Fontes de informação epidemiológica:
estatísticas vitais e vigilância
epidemiológica**

2017-1

O DATASUS

[Informações de Saúde
\(TABNET\)](#)[Indicadores de Saúde e
Pactuações](#)[Assistência à Saúde](#)[Epidemiológicas e
Morbidade](#)[Rede Assistencial](#)[▶ Estatísticas Vitais](#)[Demográficas e
Socioeconômicas](#)[Inquéritos e Pesquisas](#)[Saúde Suplementar](#)[Estatísticas de acesso
ao TABNET](#)[Tutorial](#)[Informações de Saúde \(BI\)](#)[Início](#) > [Informações de Saúde \(TABNET\)](#) > [Estatísticas Vitais](#)

Selecione o grupo de opções:

[Nascidos Vivos - 1994 a 2014](#)[Mortalidade - 1996 a 2014, pela CID-10](#)[Correção e redistribuição de óbitos segundo a Pesquisa de Busca Ativa](#)[Dados preliminares de 2015](#)[Outras tabulações de mortalidade](#)[Mortalidade - 1979 a 1995, pela CID-9](#)[Câncer \(sítio do Inca\)](#)[Monitoramento de eventos prioritários de mortalidade \(SV5/DANTPS\)](#)



Acesso Rápido [dropdown] digite o texto [input] Busca [button]



- O DATASUS
- Informações de Saúde (TABNET)**
- Indicadores de Saúde e Pactuações
- Assistência à Saúde
- ▶ **Epidemiológicas e Morbidade**
- Rede Assistencial
- Estatísticas Vitais
- Demográficas e Socioeconômicas
- Inquéritos e Pesquisas
- Saúde Suplementar
- Estatísticas de acesso ao TABNET
- Tutorial
- Informações de Saúde (BI)

Início > Informações de Saúde (TABNET) > Epidemiológicas e Morbidade

Selecione o grupo de opções:

Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)

Casos de Aids - Desde 1980 (SINAN) (EM MANUTENÇÃO TEMPORÁRIA)

Casos de Hanseníase - Desde 2001 (SINAN)

Casos de Tuberculose - Desde 2001 (SINAN)

Doenças e Agravos de Notificação - De 2007 em diante (SINAN)

Doenças e Agravos de Notificação - 2001 a 2006 (SINAN)

Programa de Controle da Esquistossomose (PCE)

Estado Nutricional (SISVAN)



- Da onde vem a informação?
- Quem é o responsável?
- Qual a importância de haver a informação ?

[Saúde Suplementar](#)

[Estatísticas de acesso
ao TABNET](#)

[Tutorial](#)

[Informações de Saúde \(BI\)](#)

Nascidos vivos

- **Fonte:** declaração de nascido vivo
- **Responsável pelas informações:** equipe de saúde
- **Importância:** digam vocês!
- Declaração de Nascido Vivo X Certidão de Nascimento: qual a diferença?

Definição de nascido vivo

- É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe
- De um produto de concepção que, **independentemente da duração da gravidez,**
- Depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária,
- Estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise da Situação de Saúde

Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília / DF

2011

A declaração de nascido vivo - DN

- Documento padrão
- Uso obrigatório em todo o território nacional,
- Para a coleta dos dados sobre nascidos vivos
- Considerado como documento para a lavratura da Certidão de Nascimento pelo Cartório de Registro Civil
- O instrumento padronizado é impresso com sequência numérica única, em conjuntos de três vias auto-copiativas

A declaração de nascido vivo - dn

- A emissão da DN é da competência e responsabilidade dos profissionais de saúde, ou parteiras (reconhecidas e vinculadas às unidades de saúde) responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido,
- Para o preenchimento da DN devem ser privilegiadas as informações prestadas pela puérpera, pelos profissionais de saúde presentes na sala de parto e as constantes nos documentos disponíveis, como prontuários e anotações pertinentes
- Para nascimentos nas unidades de internação ou de emergência dos estabelecimentos de saúde ou
- Fora dos estabelecimentos de saúde, mas que neles venham a receber assistência de forma imediata ou

Fluxos das dn

Ministério da Saúde



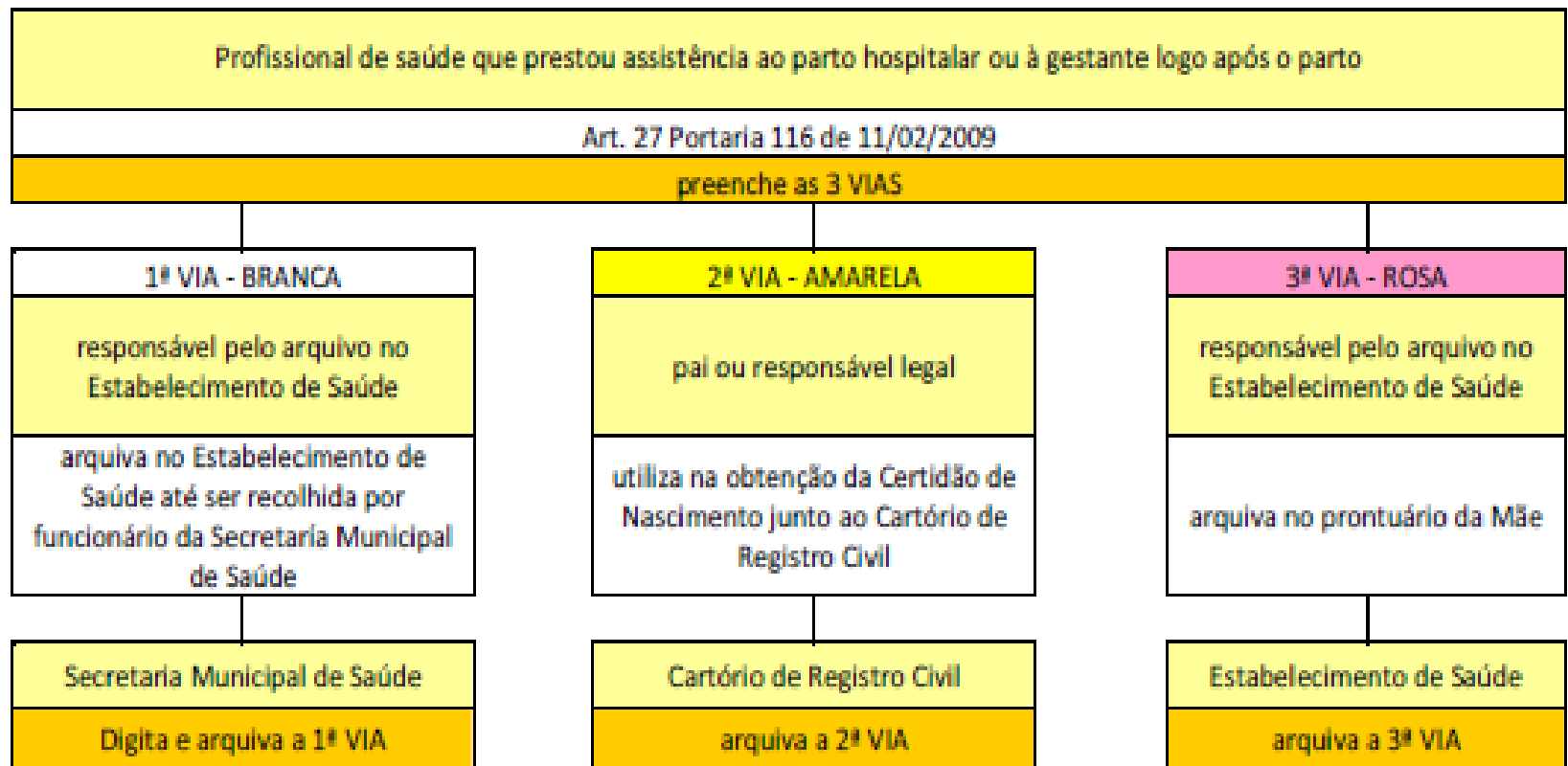
Secretaria estadual de Saúde



Secretaria municipal de Saúde

FLUXO 1 - Art. 30 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009

Parto hospitalar ou domiciliar com assistência hospitalar posterior



Preenchimento da DN: número da DN



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1º VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

00-00000000-0



Identificação do Recém-nascido

1 Nome do Recém-nascido		
Data e hora do nascimento		
2 Data	Hora	3 Sexo
		<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
4 Peso ao nascer	5 Índice de Apgar	6 Detectada alguma anomalia congênita?
	1º minuto 5º minuto	Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las
em gramas		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado

Preenchimento da DN: número da DN

- O número da Declaração de Nascido Vivo
- previamente atribuído - onze algarismos, divididos em três partes:
- 1ª - dois algarismos - código de identificação nacional, sob a responsabilidade da Caixa Econômica Federal
- 2ª - oito algarismos - numeração seqüencial de cada jogo de DN
- 3ª - um algarismo - dígito verificador - evitar erros de digitação, como reduzir a possibilidade de fraudes - resultado de um algoritmo aplicado aos dez algarismos anteriores.

Preenchimento da DN: Blocos

Bloco I – Identificação do recém-nascido Campos de 1 a 6

Este Bloco se destina a colher informações inerentes ao nascido vivo e contém seis campos.

1 Nome do Recém-nascido		
Data e hora do nascimento		
2 Data	Hora	3 Sexo
	:	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
4 Peso ao nascer	5 Índice de Apgar	6 Detectada alguma anomalia congênita?
	1º minuto	Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las
em gramas	5º minuto	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado

Bloco II – Local da ocorrência Campos de 7 a 13

Este Bloco se destina a colher informações sobre o local onde ocorreu o parto e contém sete campos.

7 Local da ocorrência		Ignorado	8 Estabelecimento		Código CNES	
1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> 9				
2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Outros					
9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)			Número	Complemento	10 CEP	
11 Bairro/Distrito		Código	12 Município de ocorrência		Código	13 UF

Preenchimento da DN: Blocos

Bloco III – Mãe Campos de 14 a 27

Este Bloco, contendo quatorze campos, contempla informações sobre a Mãe do recém-nascido e algumas de suas características tais como escolaridade, ocupação habitual e situação conjugal.

14 Nome da Mãe			15 Cartão SUS		
16 Escolaridade (última série concluída) Nível		Série	17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada/desempregada)		Código CBO 2002
0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade	3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado			
1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série)	4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/>			
2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série)	5 <input type="checkbox"/> Superior completo	9			
18 Data nascimento da Mãe	19 Idade (anos)	20 Naturalidade da Mãe		21 Situação conjugal	22 Raça / Cor da Mãe
		Município / UF (se estrangeiro informar País)		1 <input type="checkbox"/> Solteira	4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/ divorciada
				2 <input type="checkbox"/> Casada	5 <input type="checkbox"/> União estável
				3 <input type="checkbox"/> Viúva	9 <input type="checkbox"/> Ignorada
					1 <input type="checkbox"/> Branca
					4 <input type="checkbox"/> Parda
					2 <input type="checkbox"/> Preta
					5 <input type="checkbox"/> Indígena
					3 <input type="checkbox"/> Amarela
Residência da Mãe					
23 Logradouro			Número	Complemento	24 CEP
25 Bairro/Distrito		Código	26 Município		Código
					27 UF

BLOCO IV – Pai Campos 28 e 29

Este Bloco, com apenas dois campos, se destina a colher informações sobre o nome e idade do Pai do nascido vivo a que se refere a DN.

28 Nome do Pai		29 Idade do Pai	

Preenchimento da DN: Blocos

BLOCO V – Gestação e parto Campos 30 a 40

Este Bloco, com onze campos, se destina a colher informações sobre as gestações anteriores (campo 30), a gestação atual (campos 31 a 35), o parto e suas intercorrências (campos 36 a 40).

Gestações anteriores				
30 Histórico gestacional				
■ N° gestações anteriores	■ N° de partos vaginais	■ N° de cesáreas	■ N° de nascidos vivos.	■ N° de perdas fetais / abortos
_____	_____	_____	_____	_____
Gestação atual			Parto	
Idade Gestacional				
31 Data da Última Menstruação (DUM) _____/_____/_____			33 Número de consultas de pré-natal	
32 N° de semanas de gestação, se DUM ignorada _____			34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____	
Método utilizado para estimar			35 Tipo de gravidez	
1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
			36 Apresentação	
			1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
			37 O Trabalho de parto foi induzido?	
			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
			38 Tipo de parto	
			1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
			39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?	
			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
			40 Nascimento assistido por	
			1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Obstetiz 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	



**Ver cartão
pré-natal**



Ver prontuário

Preenchimento da DN: Blocos

BLOCO VI – Anomalia congênita **Campo 41**

Este Bloco, com apenas um campo e de natureza descritiva, será preenchido quando o campo 6 do Bloco I tiver assinalada a opção “1. Sim”. Nele serão informadas as anomalias congênicas verificadas pelo

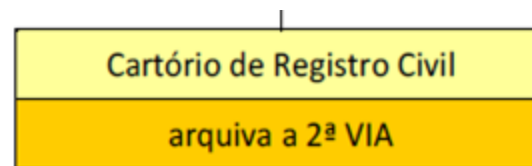
41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas

41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas – compete ao médico diagnosticar as anomalias congênicas. Deve ser estimulado o registro de todas as anomalias observadas, sem hierarquia ou tentativa de agrupá-las em síndromes.

Priorizar a descrição e desestimular o uso de códigos, exceto se codificado por neonatologistas, pediatras ou geneticistas. A codificação qualificada das anomalias descritas deverá ser realizada preferencialmente em um segundo momento por pessoas capacitadas para esta função. Portanto, quanto melhor descrita(s) melhor será o trabalho de codificação.

Obs: A relação de anomalias congênicas aparentes que podem ser especificadas é apresentada no **Anexo E**, elaborada a partir da Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão–CID-10⁸.

Preenchimento da DN: Blocos



BLOCO VIII – Cartório Campos 48 a 52

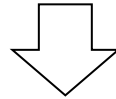
Este Bloco, com cinco campos, se destina a colher os dados referentes ao Cartório de Registro Civil onde foi efetuado o registro do nascimento, bem como o número e data do registro.

A responsabilidade pelo seu preenchimento é exclusiva do Oficial do Registro Civil (cartórios).

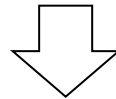
48 Cartório	Código	49 Registro	50 Data
51 Município			52 UF

Secretaria Municipal de Saúde

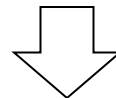
Digita e arquiva a 1ª VIA



Secretaria estadual de Saúde



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise da Situação de Saúde



Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SINASC

base nacional de dados sobre nascimentos, de acesso público

Mortalidade

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise da Situação de Saúde

Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília / DF

2011

Declaração de óbito

Condições para emissão da DO

- Em todo óbito por causa natural ou por causa acidental e/ou violenta
- No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto teve peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros
- No óbito não fetal, quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo

1. **Abortamento:** É a expulsão ou extração de um produto da concepção sem sinais de vida, com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 22 semanas de gestação.

2. **Aborto:** É o produto da concepção expulso no abortamento.

Definição

Óbito: É o desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação.

Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da Mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Óbito neonatal: O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em *óbitos neonatais precoces*, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida (**idade entre 0 e 6 dias**), e *óbitos neonatais tardios*, que ocorrem após o sétimo dia e termina com 28 dias completos de vida (**idade entre 7 a 27 dias**).

Óbito pós neonatal: compreende os óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida até 1 ano incompleto (menor de 1 ano).



Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito Hora		3 Cartão SUS		4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)			
	5 Nome do Falecido									
	6 Nome do Pai				7 Nome da Mãe					
	8 Data de nascimento		9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado		10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela		12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado Série 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo				14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002					

A Declaração de Óbito **-DO-** tem dois grandes objetivos:

- ser o documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, conforme o determina o artigo 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009
- atender ao artigo 77 da Lei Nº. 6.216, de 30 de junho de 1975 – que altera a Lei 6.015/73 dos Registros Públicos e determina aos Cartórios de Registro Civil que a Certidão de Óbito para efeito de liberação de sepultamento e outras medidas legais, seja lavrada mediante a **DO**



a responsabilidade quanto ao preenchimento da Declaração de Óbito é atribuída ao profissional médico, conforme o disposto no artigo 84 do Código de Ética Médica

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise da Situação de Saúde

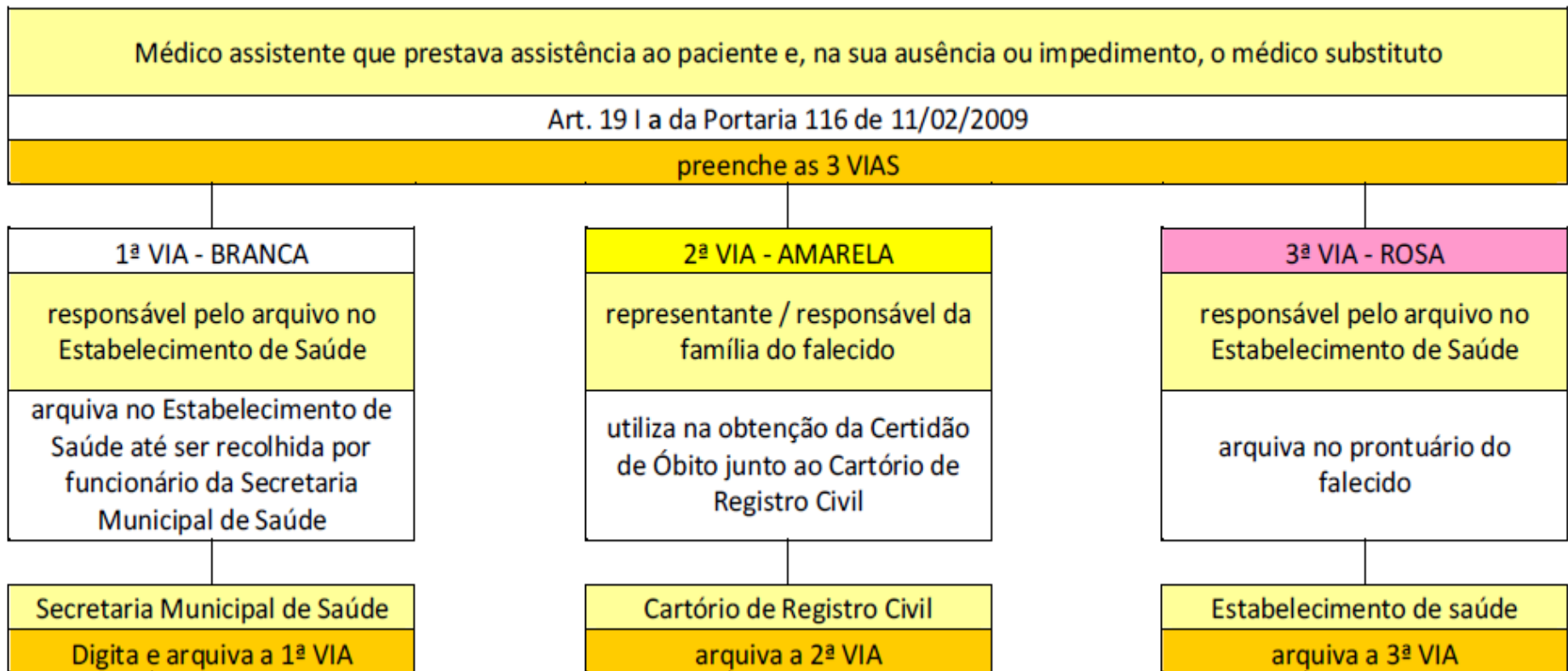


Secretaria
estadual de
Saúde



Secretaria
municipal de
Saúde

Óbito por causa natural ocorrido em Estabelecimento de Saúde.



Óbito por causa natural, ocorrido fora do Estabelecimento de Saúde, com assistência médica.

Médico responsável pela assistência ou o designado pela instituição que prestava assistência ou o pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado ou o da ESF ou Unidade de Família mais próxima do local onde ocorreu o evento ou o do SVO

Art. 19 I b, c, d da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade com SVO.

Médico do SVO

Art. 19 II a da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade sem SVO.

Médico do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o evento ou o designado pela Secretaria Municipal de Saúde ou por qualquer médico da localidade

Art. 19 II b, §6º, §8º da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa acidental e/ou violenta ocorrido em localidade com IML.

Médico do IML

Art. 19 II V a da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa acidental e/ou violenta ocorrido em localidade sem IML.

Médico da localidade ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*)

Art. 19 V b da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Preenchimento da DO

Bloco I – Identificação Campos de 1 a 14

Este bloco se destina a colher informações gerais sobre a identidade do falecido e dos seus pais e contém quatorze campos.

1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não fetal		2 Data do óbito Hora			3 Cartão SUS			4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar país)			
5 Nome do Falecido											
6 Nome do Pai						7 Nome da Mãe					
8 Data de nascimento			9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado			10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela		12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/Divorçado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)				3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		Ignorado Série 9		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002			

Bloco II – Residência Campos de 15 a 19

Este Bloco se destina a colher dados sobre a residência do falecido e contém cinco campos.

15 Logradouro (rua, praça, avenida etc.)			Número		Complimento		16 CEP			
17 Bairro/Distrito			Código		18 Município de residência			Código		19 UF

Bloco III Ocorrência Campos de 20 a 26

Este Bloco se destina a colher informações sobre o local onde ocorreu o óbito e contém sete campos.

20 Local de ocorrência do óbito		21 Estabelecimento		Código CNES	
1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	5 <input type="checkbox"/> Outros	Ignorado		
2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Via pública	9 <input type="checkbox"/>			
22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)			Número	Complemento	23 CEP
24 Bairro/Distrito		Código	25 Município de ocorrência		Código
					26 UF

BLOCO IV - Fetal ou menor que 1 ano Campos de 27 a 36

Este bloco se destina a colher informações sobre a Mãe e sobre o falecido, em casos de óbito fetal ou menor de 1 ano. Este bloco contém dez campos.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída)			29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002
	Nível			Série	
	0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade	3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado <input type="checkbox"/>		
	1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	4 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto	<input type="checkbox"/>		
	2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	5 <input type="checkbox"/> Superior completo	9 <input type="checkbox"/>		
30 Número de filhos tidos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto	
Nascidos vivos	Perdas fetais/ abortos	1 <input type="checkbox"/> Única	1 <input type="checkbox"/> Vaginal	1 <input type="checkbox"/> Antes	2 <input type="checkbox"/> Durante
— —	— —	2 <input type="checkbox"/> Dupla	2 <input type="checkbox"/> Cesáreo	3 <input type="checkbox"/> Depois	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Peso ao nascer	
		9 <input type="checkbox"/> Ignorada		Número da Declaração de Nascido Vivo	
				Gramas	

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu

1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No aborto	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	

ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à situação gestacional ou pós-gestacional em que ocorreu o óbito. Deve ser preenchido em caso de óbito de mulher fértil. Este é um campo de importância essencial para identificar óbitos maternos, especialmente quando as causas do óbito materno estão fora do capítulo XV (O00 a O99) da CID10. O não preenchimento deste campo em óbitos de mulheres férteis gera custos adicionais ao sistema de saúde para investigar e obter posteriormente esta informação.

5. Morte materna: Definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela.

BLOCO V – Condições e causas do óbito Campos de 37 a 40

Este bloco se destina a qualificar as condições e causas que provocaram o óbito. Contempla o modelo internacional de Atestado de Óbito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1948 e sua importância decorre do fato dele ser a fonte da *Causa Básica* do óbito e dos agravos que para ela contribuíram. Este bloco contém quatro campos.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necrópsia ? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		CID			
a		Devido ou como consequência de:			
b		Devido ou como consequência de:			
c		Devido ou como consequência de:			
d					
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.					

ASSISTÊNCIA MÉDICA

38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

1 Sim 2 Não 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia ?

1 Sim 2 Não 9 Ignorado

ASSISTÊNCIA MÉDICA

38 Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? assinalar com um "X" a quadrícula correspondente à alternativa escolhida. Este campo se refere ao atendimento médico continuado que o paciente recebeu, ou não, durante a enfermidade que ocasionou o óbito.

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia? assinalar com um "X" a quadrícula correspondente à alternativa de execução ou não de necropsia

40 CAUSAS DA MORTE**PARTE I**

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHATempo aproximado
entre o início da
doença e a morte

CID

a

Devido ou como consequência de:

b

Devido ou como consequência de:

c

Devido ou como consequência de:

d


PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.



As causas da morte devem ser preenchidas pelo médico, mas a definição dos códigos da CID-10^a Revisão a serem utilizados deve ser realizada posteriormente, pelo codificador de causas de mortalidade, um profissional especializado formado especificamente para esta função

I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	Neoplasias
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	Transtornos mentais e comportamentais
VI	Doenças do sistema nervoso
VII	Doenças do olho e anexos
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide
IX	Doenças do aparelho circulatório
X	Doenças do aparelho respiratório
XI	Doenças do aparelho digestivo
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	Doenças do aparelho geniturinário
XV	Gravidez, parto e puerpério
XVI	Algumas afecções originadas no período neonatal
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde



CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CAUSAS DA MORTE
PARTE I

ANOTE SOBRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

CID

a **Causa imediata ou terminal**

tempo

Devido ou como consequência de :

b **Causa intermediária**

tempo

Devido ou como consequência de :

c **Causa intermediária**

tempo

Devido ou como consequência de :

d **Causa básica da morte**

tempo

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiveram, porém, na cadeia acima.

Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, não estando, entretanto, relacionados com o estado patológico que a produziu.

Causa natural

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	
VI	Condições e causas do c	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	PERITONITE	6 d	
			Devido ou como consequência de:			
			b	PERFURAÇÃO INTESTINAL	6 d	
			Devido ou como consequência de:			
VI	Condições e causas do c	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	c	FEBRE TIFOÍDE	10 d	
			Devido ou como consequência de:			
			d			
			Devido ou como consequência de:			
PARTE II						
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						

Causa acidental

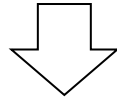
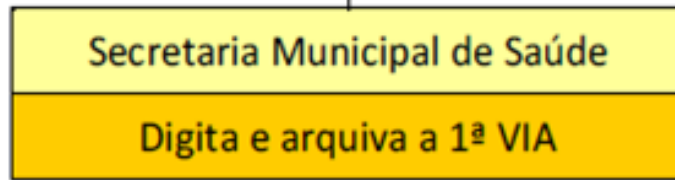
49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	
VI	Condições e causas do c	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	CHOQUE TRAUMÁTICO		
			Devido ou como consequência de:			
			b	FRATURAS MÚLTIPLAS		
			Devido ou como consequência de:			
VI	Condições e causas do c	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	c	PEDESTRE GOLPEADO POR CAMINHÃO		
			Devido ou como consequência de:			
			d			
			Devido ou como consequência de:			
PARTE II						
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						

Óbito neonatal

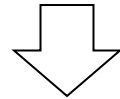
VI	Condições e causas do óbito	49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CD	
		PARTE I				
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	INFECÇÃO INTRA-UTERINA	IGN	
		CAUSAS ANTECEDENTES				
		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b	RUPTURA PREMATURA DA MEMBRANA	5 d	
			c			
			d			
		PARTE II				
		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Óbito fetal

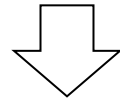
VI	Condições e causas do óbito	49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CD	
		PARTE I				
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	DESLOCAMENTO PREMATURO DA PLACENTA	IGN	
		CAUSAS ANTECEDENTES				
		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b	TOXEMIA MATERNA	IGN	
			c			
			d			
		PARTE II				
		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		DIABETES MELLITUS	IGN	



Secretaria estadual de Saúde



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise da Situação de Saúde



SIM

Sistema de Informação de Mortalidade

banco nacional de dados sobre mortalidade, de acesso público

Caso clínico 1

Paciente de 58 anos do sexo masculino, chegou ao PS com queixa de febre superior a 38°C há 4 dias. Ao exame físico, apresentava-se taquipnéico, cianótico, macicês pulmonar até o terço médio do pulmão direito.

A radiografia de tórax confirmou a condensação encontrada na propedêutica. Internado, o paciente evoluiu com febre alta, escarro hemoptóico, cianose de extremidades e hipotensão. Foi transferido para a UTI em franca insuficiência respiratória aguda, entubado, colocado no ventilador, necessitando de 100% de oxigênio. Não houve resposta ao tratamento e foi a óbito no dia seguinte.

Qual é a melhor maneira de registrar as causas da morte na Parte I?

Caso clínico 1

49 CAUSAS DA MORTE	
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
PARTE I	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a. <input type="text"/>
	Devido ou como consequência de:
CAUSAS ANTECEDENTES	b. <input type="text"/>
Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	Devido ou como consequência de:
	c. <input type="text"/>
	Devido ou como consequência de:
	d. <input type="text"/>
<hr/>	
PARTE II	
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Clique nas afecções abaixo e arraste-as para os campos acima, ordenando numa seqüência de causa e efeito, quando lidas de baixo para cima na Parte I.

Pneumonia bacteriana

Choque séptico

Insuficiência respiratória aguda



Tutorial Interativo Nível 1 - Caso Clínico nº 1

Paciente de 58 anos do sexo masculino, chegou ao PS com queixa de febre superior a 38°C há 4 dias. Ao exame físico, apresentava-se taquipnéico, cianótico, macicês pulmonar até o terço médio do pulmão direito. A radiografia de tórax confirmou a condensação encontrada na propedêutica. Internado, o paciente evoluiu com febre alta, escarro hemoptóico, cianose de extremidades e hipotensão. Foi transferido para a UTI em franca insuficiência respiratória aguda, entubado, colocado no ventilador, necessitando de 100% de oxigênio. Não houve resposta ao tratamento e foi a óbito no dia seguinte. Qual é a melhor maneira de registrar as causas da morte na Parte I?

49 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
PARTE I	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a. Insuficiência respiratória aguda
CAUSAS ANTECEDENTES	Devido ou como consequência de:
Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b. Choque séptico
	Devido ou como consequência de:
	c. Pneumonia bacteriana
	Devido ou como consequência de:
	d. _____
PARTE II	_____
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	_____

Clique nas afecções abaixo e arraste-as para os campos acima, ordenando numa seqüência de causa e efeito, quando lidas de baixo para cima na Parte I.

<http://www.gamba.epm.br/pub/atestado/index.htm>

Caso clínico 2

Paciente de 28 anos, sexo feminino, proveniente de zona endêmica de esquistossomose, foi internada com hematêmese importante. Ao exame físico apresentava-se hipotensa, descorada +++, abdome globoso com hepato-esplenomegalia. Era acompanhada no ambulatório com diagnóstico de hipertensão portal por fibrose hepática esquistossomótica (confirmada por biópsia) e varizes esofágicas. Feito o diagnóstico de ruptura de varizes esofagianas, procedeu-se ao tamponamento das varizes sem sucesso. Com a persistência da hematêmese, entrou em choque e faleceu.

Qual é a melhor maneira de registrar as causas da morte na Parte I?

Caso clínico 2

49 CAUSAS DA MORTE	
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
PARTE I	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a. <input type="text"/>
	Devido ou como consequência de:
CAUSAS ANTECEDENTES	b. <input type="text"/>
Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	Devido ou como consequência de:
	c. <input type="text"/>
	Devido ou como consequência de:
	d. <input type="text"/>
<hr/>	
PARTE II	
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Clique nas afecções abaixo e arraste-as para os campos acima, ordenando numa seqüência de causa e efeito, quando lidas de baixo para cima na Parte I.

Hipertensão portal

Varizes esofagianas sangrantes

Esquistossomose mansônica

Choque hipovolêmico



Tutorial Interativo Nível 1 - Caso Clínico nº 2

Paciente de 28 anos, sexo feminino, proveniente de zona endêmica de esquistossomose, foi internada com hematemese importante. Ao exame físico apresentava-se hipotensa, descorada +++, abdome globoso com hepatoesplenomegalia. Era acompanhada no ambulatório com diagnóstico de hipertensão portal por fibrose hepática esquistossomótica (confirmada por biópsia) e varizes esofágicas. Feito o diagnóstico de ruptura de varizes esofágicas, procedeu-se ao tamponamento das varizes sem sucesso. Com a persistência da hematemese, entrou em choque e faleceu. Qual é a melhor maneira de registrar as causas da morte na Parte I?

49 CAUSAS DA MORTE
PARTE I

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

a. **Choque hipovolêmico**

Devido ou como consequência de:

b. **Varizes esofágicas sangrantes**

Devido ou como consequência de:

c. **Hipertensão portal**

Devido ou como consequência de:

d. **Esquistossomose mansônica**

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima

<http://www.gamba.epm.br/pub/atestado/index.htm>

Caso clínico 3

Paciente de 32 anos, sexo feminino, tinha uma história de uso crônico de drogas injetáveis. Ela desenvolveu infecção pelo HIV, AIDS, e morreu em insuficiência respiratória aguda por causa de uma pneumonia por *Pneumocystis carinii*.

Qual é a melhor maneira de preencher a Parte I e a Parte II?

Caso clínico 3

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
PARTE I		
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a. <input type="text"/>	
	Devido ou como consequência de:	
CAUSAS ANTECEDENTES	b. <input type="text"/>	
Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	Devido ou como consequência de:	
	c. <input type="text"/>	
	Devido ou como consequência de:	
	d. <input type="text"/>	
<hr/>		
PARTE II		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

Clique nas afecções abaixo e arraste-as para os campos acima, ordenando numa seqüência de causa e efeito, quando lidas de baixo para cima na Parte I.

Síndrome de imunodeficiência adquirida

Infecção pelo HIV

Drogas injetáveis

Insuficiência respiratória aguda

Pneumonia por *Pneumocystis carinii*



Tutorial para Preencher as Causas da Morte da Declaração de Óbito Departamento de Informática em Saúde

Tutorial Interativo Nível 1 - Caso Clínico nº 3

Paciente de 32 anos, sexo feminino, tinha uma história de uso crônico de drogas injetáveis. Ela desenvolveu infecção pelo HIV, AIDS, e morreu em insuficiência respiratória aguda por causa de uma pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Qual é a melhor maneira de preencher a Parte I e a Parte II?

49 CAUSAS DA MORTE

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

a. **Insuficiência respiratória aguda**

Devido ou como consequência de:

b. **Pneumonia por *Pneumocystis carinii***

Devido ou como consequência de:

c. **Síndrome de imunodeficiência adquirida**

Devido ou como consequência de:

d. **Infecção pelo HIV**

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima

Drogas injetáveis

<http://www.gamba.epm.br/pub/atestado/index.htm>

Caso clínico 4

Paciente de 60 anos do sexo masculino, obeso, tabagista com doença coronária importante e hipertrofia ventricular esquerda por hipertensão arterial de longa data, morre devido a tamponamento cardíaco por ruptura da parede do coração. Três dias antes do óbito, constatou-se trombose da artéria coronária (documentada por cateterismo) com infarto agudo do miocárdio.

Qual é a melhor maneira de preencher a Parte I e a Parte II?

Caso clínico 4

49 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
PARTE I	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a. <input type="text"/>
	Devido ou como consequência de:
CAUSAS ANTECEDENTES	b. <input type="text"/>
Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	Devido ou como consequência de:
	c. <input type="text"/>
	Devido ou como consequência de:
	d. <input type="text"/>
<hr/>	
PARTE II	
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Clique nas afecções abaixo e arraste-as para os campos acima, ordenando numa seqüência de causa e efeito, quando lidas de baixo para cima na Parte I.

Infarto agudo do miocárdio

Hipertensão essencial

Tamponamento cardíaco

Doença aterosclerótica do coração

Obesidade e tabagismo

Ruptura da parede do coração



Tutorial para Preencher as Causas da Morte da Declaração de Óbito Departamento de Informática em Saúde

Tutorial Interativo Nível 1 - Caso Clínico nº 4

Paciente de 60 anos do sexo masculino, obeso, tabagista com doença coronária importante e hipertrofia ventricular esquerda por hipertensão arterial de longa data, morre devido a tamponamento cardíaco por ruptura da parede do coração. Três dias antes do óbito, constatou-se trombose da artéria coronária (documentada por cateterismo) com infarto agudo do miocárdio. Qual é a melhor maneira de preencher a Parte I e a Parte II?

49 CAUSAS DA MORTE

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

a. **Tamponamento cardíaco**

Devido ou como consequência de:

b. **Ruptura da parede do coração**

Devido ou como consequência de:

c. **Infarto agudo do miocárdio**

Devido ou como consequência de:

d. **Doença aterosclerótica do coração**

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima

Hipertensão essencial

Obesidade e tabagismo

Caso clínico 5

Paciente de 75 anos, sexo masculino, tabagista de 1 maço por dia desde os 15 anos, procurou o médico com queixa de tosse e emagrecimento há 6 meses. O raio x de tórax mostrou opacificação de bordas irregulares no ápice do pulmão esquerdo. A tomografia (TC) em conjunto com a biópsia transparietal, revelou neoplasia maligna de lobo superior esquerdo. Na avaliação do TC de crânio e coluna, encontrou-se metástases cerebrais e ósseas. O paciente e a família descartaram o tratamento quimioterápico. Após 9 meses o paciente bastante emagrecido, foi internado com crises convulsivas e contatou-se pneumonia aspirativa. Foi tratado com anticonvulsivantes, antibióticos, broncoaspiração e foi sedado. Evoluiu naturalmente à óbito em 2 dias.

Qual é a melhor maneira de registrar as causas da morte na Parte I e II?

Caso clínico 5

49 CAUSAS DA MORTE

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

a.

Devido ou como consequência de:

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

b.

Devido ou como consequência de:

c.

Devido ou como consequência de:

d.

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima

Clique nas afecções abaixo e arraste-as para os campos acima, ordenando numa seqüência de causa e efeito, quando lidas de baixo para cima na Parte I.

Uso do tabaco

Crises convulsivas

Pneumonia aspirativa

Desnutrição

Neoplasia maligna de pulmão

Metástases cerebrais



Tutorial Interativo Nível 1 - Caso Clínico nº 5

Paciente de 75 anos, sexo masculino, tabagista de 1 maço por dia desde os 15 anos, procurou o médico com queixa de tosse e emagrecimento há 6 meses. O raio x de tórax mostrou opacificação de bordas irregulares no ápice do pulmão esquerdo. A tomografia (TC) em conjunto com a biópsia transparietal, revelou neoplasia maligna de lobo superior esquerdo. Na avaliação do TC de crânio e coluna, encontrou-se metástases cerebrais e ósseas. O paciente e a família descartaram o tratamento quimioterápico. Após 9 meses o paciente bastante emagrecido, foi internado com crises convulsivas e contatou-se pneumonia aspirativa. Foi tratado com anti-convulsivantes, antibióticos, broncoaspiração e foi sedado. Evoluiu naturalmente à óbito em 2 dias. Qual é a melhor maneira de registrar as causas da morte na Parte I e II?

49 CAUSAS DA MORTE

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

a. **Pneumonia aspirativa**

Devido ou como consequência de:

b. **Crises convulsivas**

Devido ou como consequência de:

c. **Metástases cerebrais**

Devido ou como consequência de:

d. **Neoplasia maligna de pulmão**

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima

Uso do tabaco

Desnutrição

Vigilancia epidemiológica

O Sinan

Publicado: Segunda, 07 de Março de 2016, 19h59 | Última atualização em Sexta, 23 de Setembro de 2016, 14h40 | Acessos: 9665



0



O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória ([PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016](#)), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Sinan
Dengue/Chikungunya

Sinan Influenza

Sistemas Auxiliares

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é investigação de casos de doenças e agravos que constam da (PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de São Paulo. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

CAPÍTULO II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

ANEXO
Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			Semanal*
		Imediata (≤ 24 horas) para*			
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional:	X	X	X	
	a. Antraz pneumônico				
	b. Tularemia				
	c. Variola				
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:	X	X	X	
	a. Arenavírus				
	b. Ebola				
	c. Marburg				
	d. Lassa				
	e. Febre purpurica brasileira				
14	a. Doença aguda pelo vírus zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça a saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	

19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbitos com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS-CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - Caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência: doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência: sexual e tentativa de suicídio			X	

*Informação adicional:



SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

PÁGINA INICIAL > CALENDÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

O Sinan

Funcionamento

Calendário Epidemiológico

Enquete

SISTEMAS

Sinan Net

Sinan Dengue/Chikungunya

Sinan Influenza

Sistemas Auxiliares

Calendário Epidemio

Publicado: Quarta, 04 de Janeiro de 2017, 11h22 | Última atualização e 04 de Janeiro de 2017, 11h22 | Acessos: 26955

Semana	Início
1	01/01/2017
2	08/01/2017
3	15/01/2017
4	22/01/2017
5	29/01/2017



SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

[O Sinan](#)[Funcionamento](#)[Calendário
Epidemiológico](#)[Enquete](#)

SISTEMAS

[Sinan Net](#)[Sinan
Dengue/Chikungunya](#)[Sinan Influenza](#)[Sistemas Auxiliares](#)

O Sinan

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é investigação de casos de doenças e agravos que constam da (PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016), mas é facu de saúde importantes em sua região, como varicela no estad São Paulo. Sua utilização efetiva permite a realização do diag

[Sinan Net](#)[Sinan
Dengue/Chikungunya](#)[Sinan Influenza](#)[Sistemas Auxiliares](#)[RESP - Microcefalia](#)[SIME](#)**ACESSO À
INFORMAÇÃO**[Downloads](#)[Doenças e Agravos](#)[Dados
Epidemiológicos
Sinan](#)[Microcefalia e/ou
alterações do
\(SNC\)](#)**LINKS**[SAGE - Sala de
Apoio à Gestão](#)[Hantavirose](#)[Hepatites Virais](#)**I**[Influenza](#)[Intoxicação Exógena](#)**L**[Leishmaniose Tegumentar Americana](#)[Leishmaniose Visceral](#)[Leptospirose](#)**M**[Malária](#)[Meningite](#)**N**[Notificação Individual](#)**P**[Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite](#)[Peste](#)

[O Sinan](#)[Funcionamento](#)[Calendário
Epidemiológico](#)[Enquete](#)**SISTEMAS**[Sinan Net](#)[Sinan
Dengue/Chikungunya](#)[Sinan Influenza](#)[Sistemas Auxiliares](#)[RESP - Microcefalia](#)[SIME](#)**ACESSO À
INFORMAÇÃO**[Downloads](#)

Paralisia Flácida Aguda

Publicado: Terça, 08 de Março de 2016, 21h39 | Última atualização em Terça, 07 de Junho de 2016, 16h52 | Acessos: 422



A poliomielite ou “paralisia infantil” é uma doença infecto-contagiosa que causa a paralisia flácida, de início súbito. O déficit motor instala-se rapidamente e ultrapassa três dias. Acomete em geral os membros inferiores. Uma característica a flacidez muscular, com sensibilidade conservada. Desde 1990, há circulação de poliovírus selvagem em virtude do controle desenvolvida pelos três níveis do Sistema Único de Saúde.

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO
PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

CASO SUSPEITO:

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovírus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/ença		Código (CID 10)	3 Data da Notificação
	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		A 80.9	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade			
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (artigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		201 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes
Epidemiológicos

31 Data da 1ª Consulta 	32 Data da Investigação 	33 Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	34 Número de doses válidas
35 Data da Última Dose da Vacina 	36 Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		37 Se sim, País de origem

Dados Clínicos

38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dores Musculares <input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Outros _____				39 Data Início da Def. Motora
40 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente				
41 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		42 Localização 1 - Distal 2 - Proximal 3 - Todo o membro 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
43 Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face		44 Fase Aguda Data do Exame 	45 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD	
46 Tônus Muscular 1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face		47 Sensibilidade 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Parestesia 5 - Prejudicado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face		
48 Reflexos 1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D				

Dados Clínicos (Cont.)

49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Flexão E Extensão E

Flexão D Extensão D

50 Sinais de Irritação Meningea

1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado

Kernig Rigidez de Nuca Brudzinski

51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim

2 - Não

9 - Ignorado

52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)

53 História de Injeção Intramuscular

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Local de Aplicação

1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D

55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)

56 Ocorreu Hospitalização

1-Sim 2-Não 9-Ignorado

57 Data da Internação

58 UF

59 Município do Hospital

Código (IBGE)

60 Data da Coleta

61 Data do envio do Nível Local para o Estadual

62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR

63 Data do Recebimento no LRR

64 Quantidade

1 - Suficiente

2 - Insuficiente

65 Condições

1 - Temperatura Adequada

2 - Temperatura Alterada

66 Data do Resultado

67 Resultado

1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4- P1 Selvagem 5- P2 Selvagem 6- P3 Selvagem

7- Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3

68 Exames Complementares

Líquor					
Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%
/ /					
/ /					

Dados de Laboratório

Eletroneuromiografia

69 Data da Realização

70 Diagnóstico Suggestivo de (tabela anexa)

71 Coletado Material Anatomopatológico?

 Cérebro Medula Intestino1 - Sim
2 - Não
9 - Ignorado

72 Data da Coleta

73 Resultado

1 - Compatível com poliomielite
2 - Não compatível com poliomielite

Evolução do Caso (revisita)

74 Data da Revisita

75 Força Muscular

 MIE MSE
 MID MSD1-Diminuída
2-Ausente
3-Normal
9-Ignorado

76 Tônus Muscular

 MIE MSE MID MSD
 Musc. Cervical Face1-Diminuído
2-Ausente
3-Normal
4-Aumentado
9-Ignorado

77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado

 Aquileu E Aquileu D Patelar E Patelar D Bicipital E Bicipital D Tricipital E Tricipital D

78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

 Flexão E Flexão D Extensão E Extensão D

79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado

 MIE MSE MID MSD

80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado

 MIE MSE MID MSD Face

Conclusão

81 Data da Revisão

82 Classificação Final

1-Confirmado Poliovirus Selvagem 2-Compatível
3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV

83 Critério de Classificação

1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico
3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução84 Diagnóstico do Caso Descartado
(vide tabela em anexo)

85 Evolução

1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela
3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

86 Data do Óbito

87 Data do Encerramento

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura