



INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UFF

MIEB Departamento de
Epidemiologia e
Bioestatística



Declaração de óbito

Óbitos infantis e fetais
Óbito materno
2024

Prof^a Sandra Fonseca

Agravos de Vigilância

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

É obrigatório investigar:

Óbito fetal ou infantil

Óbito de mulher em idade fértil – Óbito materno

Óbito infantil e fetal



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <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						7 Nome da Mãe					
6 Nome do Pai		8 Data de nascimento		9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado 9		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 6 <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 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 Série 9				14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002							

Identificação

Óbito infantil e fetal

Óbito fetal: a morte de um produto conceptual, intra-útero, ou durante o trabalho de parto, em gestação com duração igual ou **superior a 20 semanas** OU feto com peso corporal igual ou **superior a 500 g** OU estatura igual ou **superior a 25 cm**.

Óbito infantil: a morte de uma criança antes de completar 1 ano, não importa a idade gestacional ou o peso ao nascer.

Óbito neonatal – ocorrido antes de completar 28 dias de vida

Óbito pós-neonatal – ocorrido entre 28 dias e 364 dias de vida

Óbitos fetais

Cerca de 30 mil óbitos fetais por ano

20% causas não especificadas

20% hipoxia intrauterina

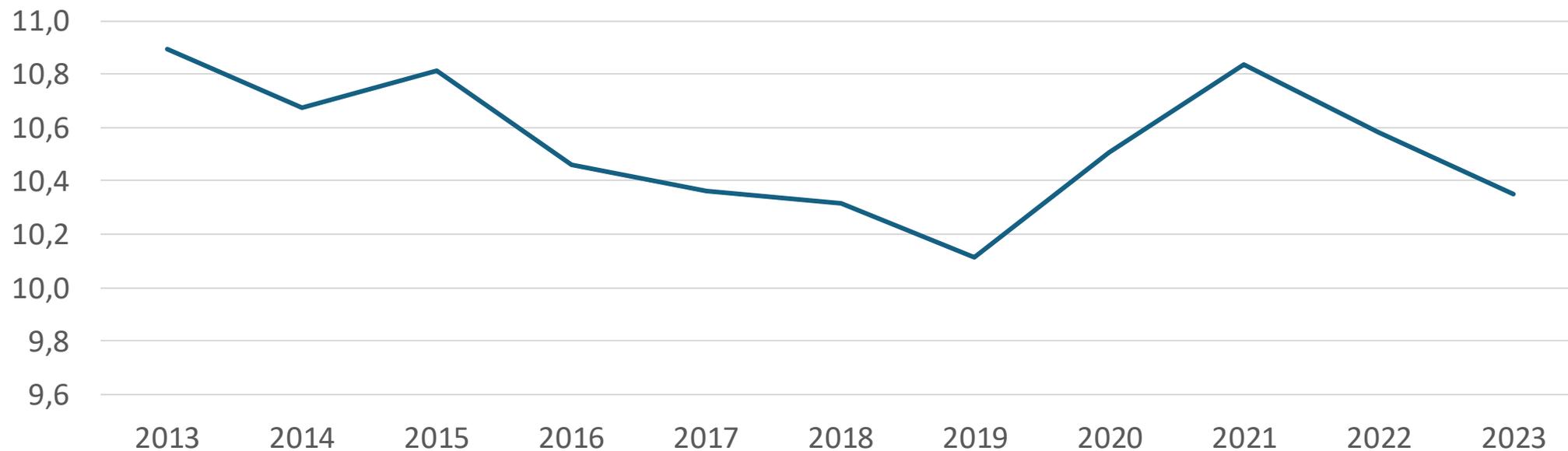
45% causas perinatais, principalmente afecções maternas e placentárias

6,5% malformações congênitas

Taxa de mortalidade fetal

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
óbitos											
fetais	31981	32145	32994	30210	30620	30690	29105	28993	29325	27394	26486

TMF - óbitos por 1.000 nascimentos



Óbitos infantis

Cerca de 32 mil óbitos infantis por ano

70% óbitos neonatais

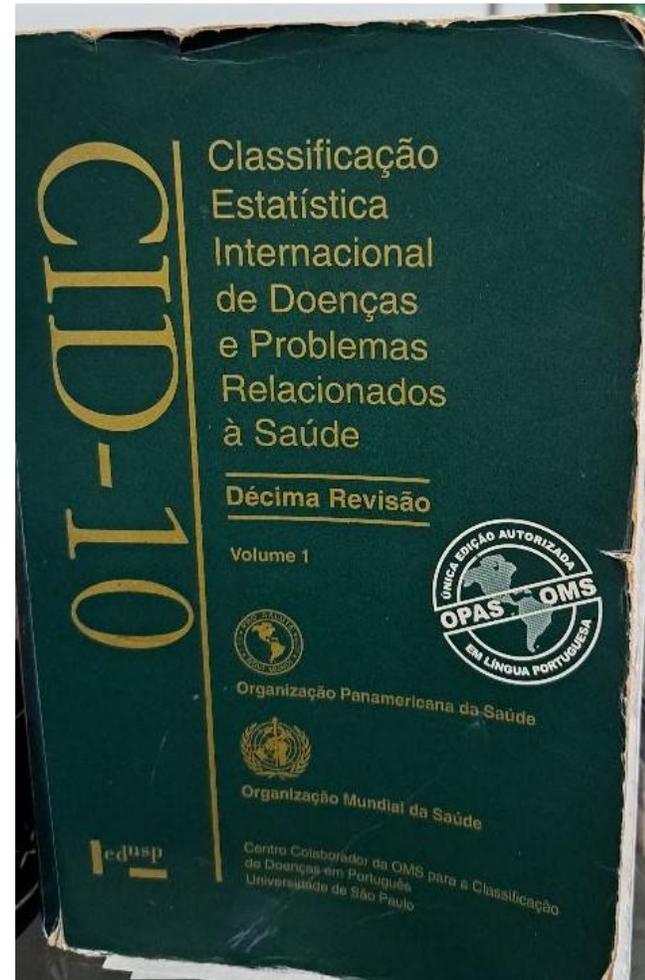
Principais causas

58% perinatais

23% malformações

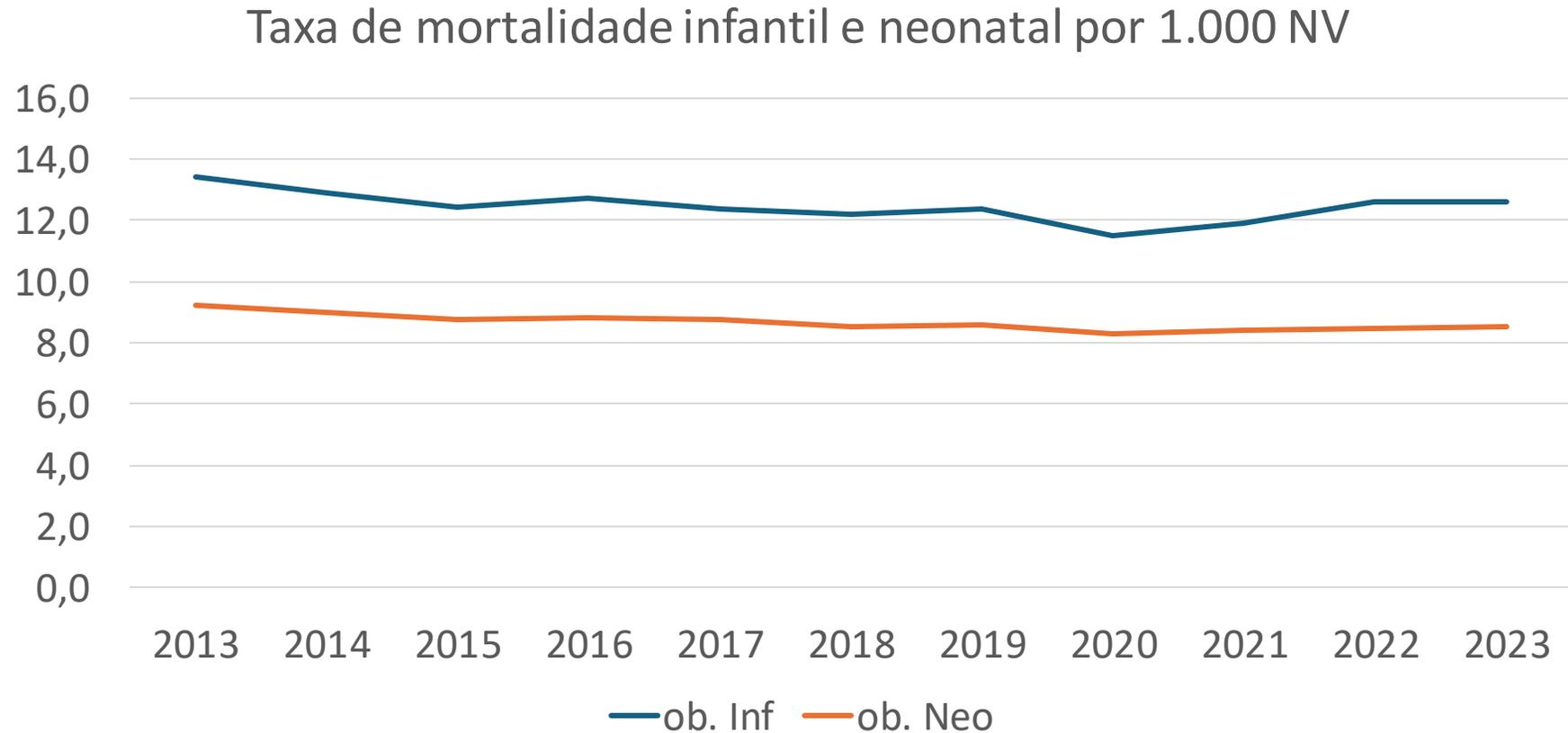
5% infecciosas e 5% respiratórias

Capítulo XVI – afecções originadas no período perinatal



Taxa de mortalidade infantil

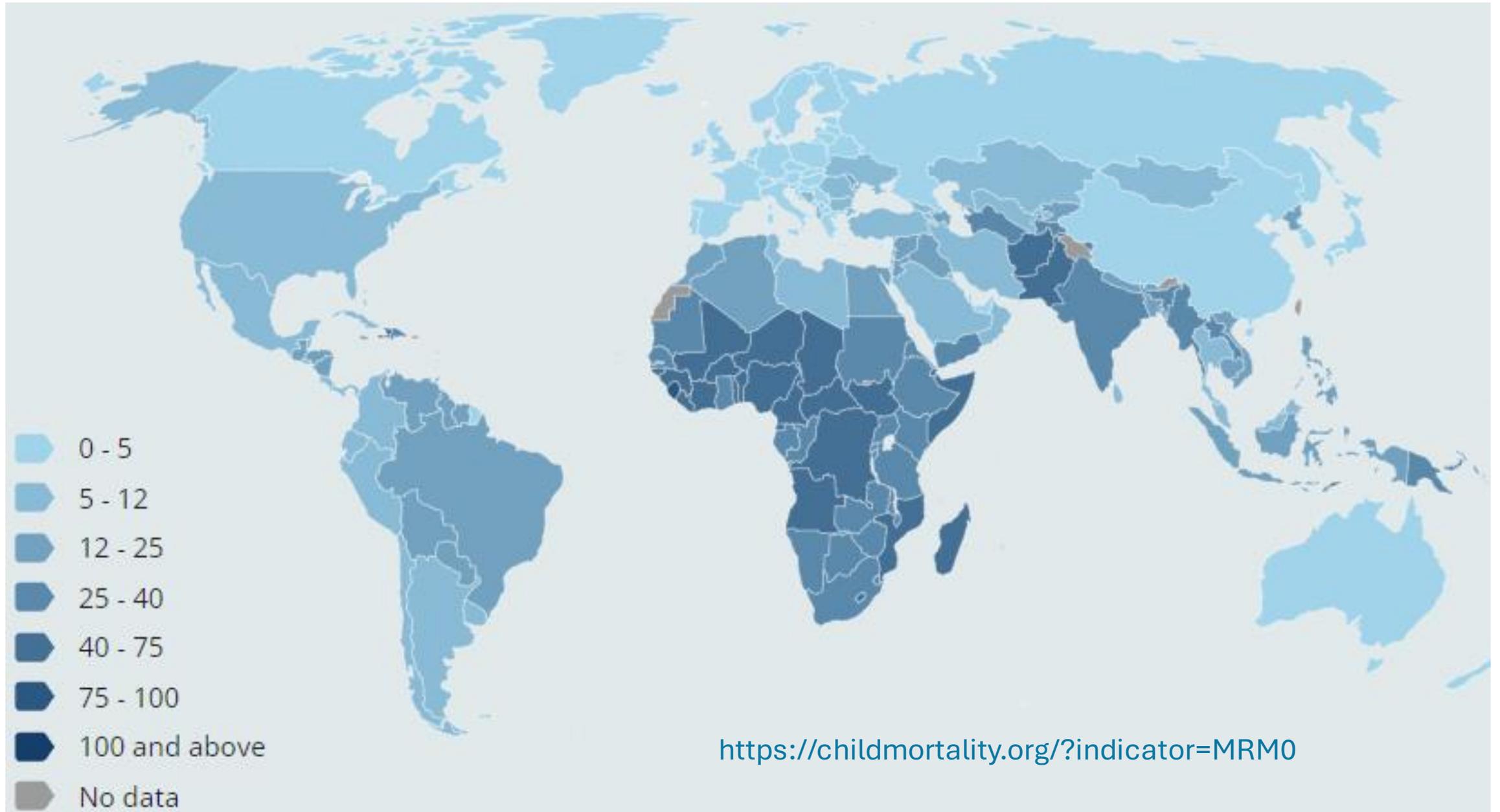
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ob inf.	38966	38432	37501	36350	36223	35864	35293	31439	31856	32257	31932
ob neo	26730	26746	26500	25130	25608	25140	24504	22577	22455	21712	21517



Taxas de mortalidade no Brasil

Menor 1 ano	12,6
1 a 4 anos	0,5
5 a 9 anos	0,2
10 a 14 anos	0,3
15 a 19 anos	1,0
20 a 29 anos	1,5
30 a 39 anos	1,9
40 a 49 anos	3,2
50 a 59 anos	6,7
60 a 69 anos	14,6
70 a 79 anos	32,4
80 anos e mais	99,3

TMI: Indicador mundial



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 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) Ignorado 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		
		<input type="checkbox"/> 9		
30 Número de filhos tidos		31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto
Nascidos vivos	Perdas fetais/ abortos			
___ ___	___ ___	___ ___	1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Morte em relação ao parto
				1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
				35 Peso ao nascer
				36 Número da Declaração de Nascido Vivo
			Gramas	

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN

I Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido (RN)		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN	
	2 Data e hora do nascimento 3 Data Hora		4 Sexo M - Masculino 1 - Ignorado F - Feminino	
	5 Raça / cor do Recém-nascido 1 Branca 3 Amarela 5 Indígena 2 Preta 4 Parda		6 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	
II Local de Ocorrência	7 Local da ocorrência 1 Hospital 3 Domicílio 5 Aldeia indígena 2 Outros estáb. saúde 4 Outros 9 Ignorado		8 Estabelecimento Código CNES	
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estáb. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc)		10 CEP	
	11 Bairro/Distrito Código		12 Município de ocorrência Código	
III Parturiente	14 Nome		15 Cartão SUS	
	16 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 Sem escolaridade 3 Médio (arrigo 2º grau) Ignorado 1 Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 Superior incompleto 2 Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 Superior completo		17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) Código CBO 2002	
	18 Data de nascimento		19 Idade (anos)	
IV Mãe - legal	20 Naturalidade Município / UF (se estrangeira) Informar País		21 Situação conjugal 1 Solteira (o) 4 Separada (o) judicialmente/ divorciada (o) 2 Casada (o) 5 União estável 3 Viúva(o) 9 Ignorado	
	22 Raça / Cor 1 Branca 4 Parda 2 Preta 5 Indígena 3 Amarela		23 Residência Logradouro Número Complemento 24 CEP	
	25 Bairro/Distrito Código		26 Município Código	
V Gestação e parto	28 Nome		29 Idade	
	30 Gestações anteriores Histórico gestacional Nº gestações anteriores Nº de partos vaginais Nº de cesáreas Nº de nascidos vivos Nº de perdas fetais / abortos		31 Data da última Menstruação (DUM)	
	32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada Método utilizado para estimar 1 Exame físico 2 Outro método 3 Ignorado		33 Número de consultas de pré-natal 34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal	
VI Anomalia congênita	35 Tipo da gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla ou mais		36 Apresentação 1 Cefálica 2 Nálvica ou podálica 3 Transversal	
	37 O Trabalho de parto foi induzido? 1 Sim 2 Não		38 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo	
	39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 Sim 2 Não 3 Não se aplica		40 Nascimento assistido por 1 Médico 2 Obstetriz ou Coobstetriz 3 Parteira 4 Outros 5 Ignorado	
VII Preenchimento	41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas		42 Data do preenchimento	
	43 Nome do responsável pelo preenchimento		44 Função 1 Médico 2 Enfermeira 3 Parteira 4 Func. Cartório 5 Outros (descrever)	
	45 Tipo documento 1 CNES 2 CRM 3 COREN 4 RG 5 CPF		46 Nº do documento	
VIII Cartório	47 Órgão emissor		48 Cartório Código	
	49 Registro		50 Data	
	51 Município		52 UF	

Declaração de Nascido Vivo

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.

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 LINHA

		Tempo 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.

Vigilância do Óbito

Mortalidade Infantil e Fetal

F1 - Ficha de Investigação do Óbito Fetal: serviço de saúde ambulatorial

F2 - Ficha de Investigação do Óbito Fetal: serviço de saúde hospitalar

F3 - Ficha de Investigação do Óbito Fetal: entrevista domiciliar

Vigilância do Óbito

Mortalidade Infantil e Fetal

I1 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: serviço de saúde ambulatorial

I2 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: serviço de saúde hospitalar

I3 - Ficha de Investigação de Óbito Infantil: entrevista domiciliar



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	____	____	____	____	____						
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	<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			____	____	____	____	Hora do parto/nascimento			____	____	____	SR
13	O parto ocorreu			<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> SR							
				<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar									
14	Tipo de parto			<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> SR							
15	Profissional que fez o parto			<input type="checkbox"/> Médico obstetra	<input type="checkbox"/> Médico não obstetra									

Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos

Óbitos de mulheres em idade fértil

- Idade fértil: Faixa etária 15-49 anos

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	



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

Vigilância do Óbito

MIF

Nº do Caso

--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1 Nome da falecida			
2 Nº da Declaração de Óbito		3 Data do óbito	
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)		Nº	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado	Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5 Município de residência			UF
6 Nº do Cartão SUS	<input type="text"/>	7 Equipe/PACS/PSF	
8 Centro de Saúde/UBS		9 Distrito Sanitário/Administrativo	
OCORRÊNCIA			

Óbitos maternos

- Morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida à qualquer causa relacionada (causas diretas) com a gravidez ou agravada pela gravidez (causas indiretas), porém excluindo causas acidentais.
- CID-10 – Cap. XV – Gravidez, parto e puerpério (O00 – O99).
- outros capítulos - A34, B20-B24, D39.2, E23.0, F53 e M83.0

Causas diretas

- Mortes obstétricas diretas – são aquelas resultantes de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério
- O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0, F53 e M83.0.

Causas indiretas

- Mortes obstétricas indiretas – são aquelas decorrentes de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, e agravadas pelas alterações fisiológicas da gravidez.
- O10.0 a O10.9, O24.0 a O24.3, O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24.

Classificação da OMS

Causas diretas

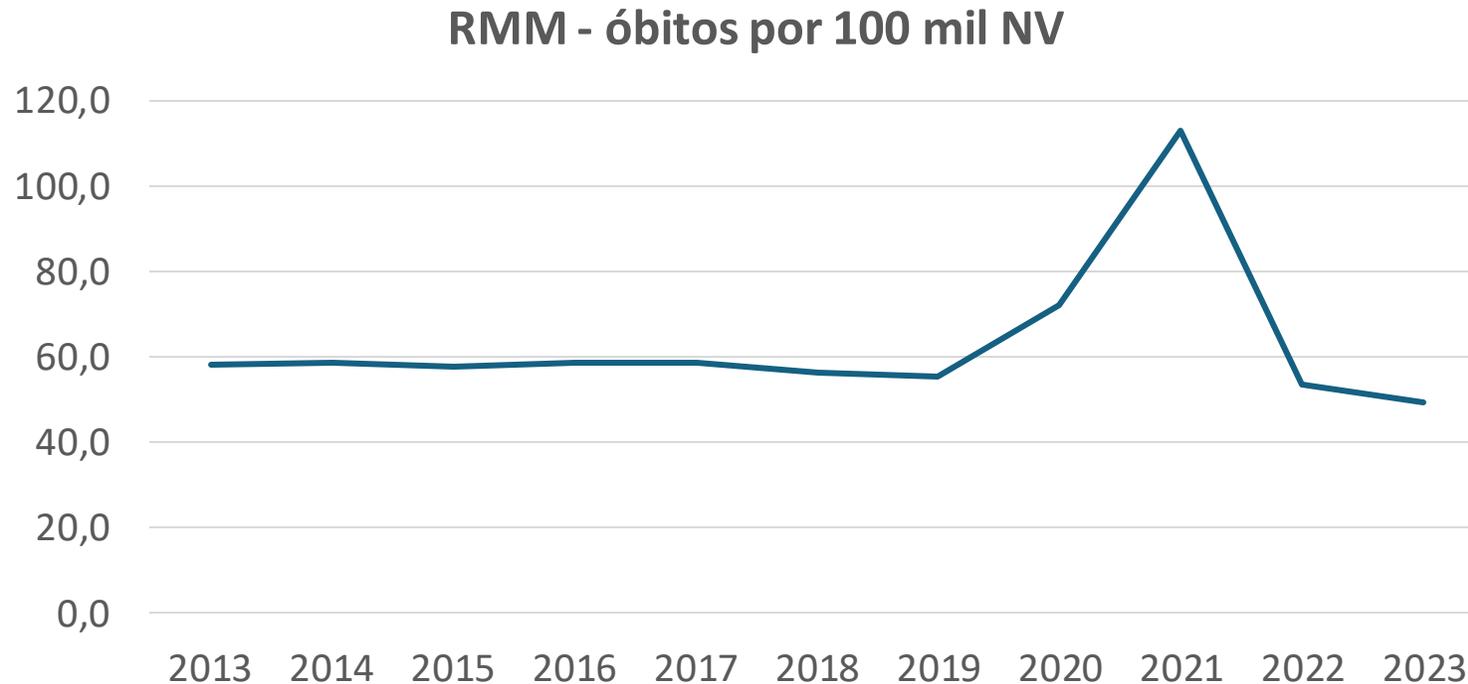
1. Gravidez que termina em aborto
2. Causas hipertensivas na gravidez, parto ou puerpério
3. Hemorragias obstétricas
4. Infecções relacionadas à gravidez
5. Outras complicações obstétricas
6. Complicações relacionadas à anestesia

Causas indiretas

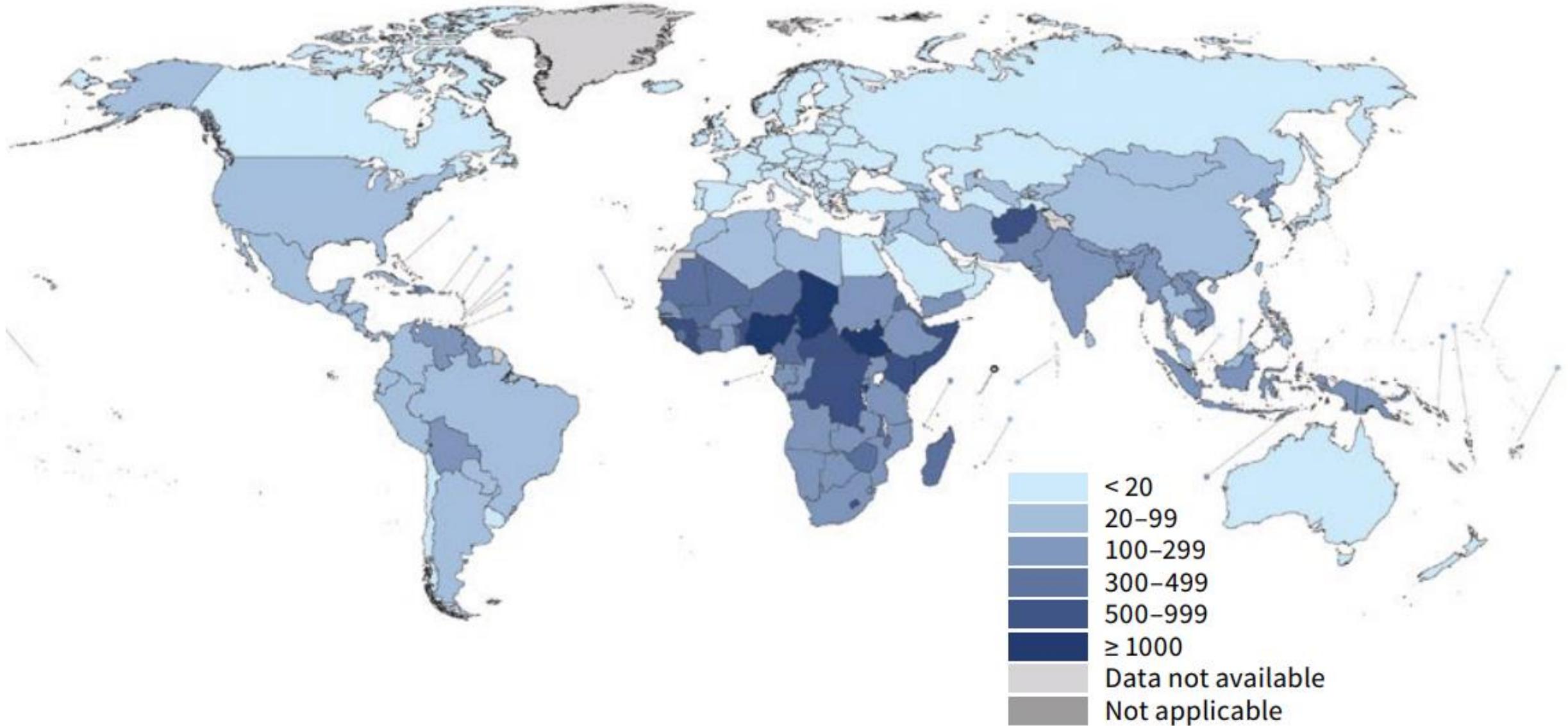
Causas não especificadas

Razão de mortalidade materna - RMM

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
óbitos maternos	1686	1739	1738	1670	1718	1658	1576	1965	3030	1370	1249



RMM 2020



Uma mulher morre de causas relacionadas à gravidez a cada



minutos

A maior parte dessas mortes são preveníveis com o **cuidado certo** na hora certa



#HealthForAll
Tradução livre

90% causas evitáveis!

Causas mais frequentes no Brasil 2013-2022

O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp

O98 Doenças infect-parasit maternas compl grav part puerp*

O15 Eclampsia

O14 Hipertensão gestacional c/proteinúria

O72 Hemorragia pós-parto

O88 Embolia origem obstétrica

O85 Infecção puerperal

O95 Morte obstétrica de causa NE

O62 Anormalidades da contração uterina

O90 Complicações do puerpério NCOP

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu

1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto

2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos

Ignorado
 9

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

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.

PARTE II

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

	Tempo 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		

Vigilância do Óbito

Mortalidade Materna

M1 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: serviço de saúde ambulatorial

M2 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: serviço de saúde hospitalar

M3 - Ficha de Investigação de Óbito Materno: entrevista domiciliar



Nº do Caso

--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA														
1	Nome da Falecida													
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)	Nº	Compl											
Bairro	Distrito/Povoado	Local	<table border="1"><tr><td> </td><td>urbano</td><td> </td><td>rural</td></tr></table>		urbano		rural							
	urbano		rural											
5	Município de residência	UF												
6	Tipo de seguro saúde													
INTERNAÇÃO DA MULHER DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE														
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc). Esta internação pode ter ocorrido durante o parto ou o aborto ou algum tempo após o parto ou o aborto.														
7	Estabelecimento onde ocorreu a internação													
	Nome	Código CNES												
8	Tipo de hospital/maternidade	<table border="1"><tr><td> </td><td>SUS</td><td> </td><td>Convênio</td><td> </td><td>Particular</td></tr></table>		SUS		Convênio		Particular						
	SUS		Convênio		Particular									
9	Data da internação	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Hora da internação	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					SR
10	Procedência	<table border="1"><tr><td> </td><td>domicílio no mesmo município</td><td> </td><td>encaminhada de outro hospital no mesmo município</td></tr></table>		domicílio no mesmo município		encaminhada de outro hospital no mesmo município	SR							
	domicílio no mesmo município		encaminhada de outro hospital no mesmo município											

Comissão de revisão de óbitos

ENTIDADES DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS PROFISSÕES LIBERAIS CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 2.171, DE 30 DE OUTUBRO DE 2017

ENTIDADES DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS PROFISSÕES LIBERAIS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

DOU de 08/01/2018 (nº 5, Seção 1, pág. 91)

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Art. 1º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta Resolução.

Art. 2º - Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º - Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º - A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

DO Epidemiológica Correção dos dados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

DO Epidemiológica

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 ____
	5 Nome do Falecido ____				
Residência	6 Nome do Pai ____		7 Nome da Mãe ____		
	8 Data de nascimento ____/____/____	9 Idade Anos completos _____ Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____	10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M. Masc. 2 <input type="checkbox"/> F. Fem. 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branco 2 <input type="checkbox"/> Pardo 3 <input type="checkbox"/> Amarelo 4 <input type="checkbox"/> Preto 5 <input type="checkbox"/> Indígena 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 5 <input type="checkbox"/> União estável 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
Ocorrência	13 Escolaridade (última série concluída) Máx. _____ 1 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 2 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		14 Média (artigo 2º grau) (ignorado) _____ 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	15 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____ Código CBO 2002 _____	16 Logradouro (rua, praça, avenida etc.) _____ Número _____ Complemento _____ 17 CEP _____
	18 Bairro/Distrito _____ Código _____	19 Município de residência _____ Código _____	20 UF ____	21 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Via pública 5 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
Fetal ou menor que 1 ano	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 da ocorrência _____ Código _____	26 UF ____
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
Óbito de mulher em idade fértil	27 Mãe (ano) ____	28 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)	29 Média (artigo 2º grau) (ignorado) _____ 3 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 4 <input type="checkbox"/> Superior completo	30 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) _____ Código CBO 2002 _____	31 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	32 Número de filhos vivos Nascidos vivos _____ Perdas fetais abortivas _____ 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	33 Nº de semanas de gestação ____	34 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	35 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	36 Passo ao nascer ____
Condições e causas da morte	38 A morte ocorreu: 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto 3 <input type="checkbox"/> No aborto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto 9 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		39 Assistência médica 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		40 Diagnóstico confirmado por: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	41 Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. 42 Causas antecedentes Estados mórbidos, se existem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____ dia(s)		
Médico	43 Nome do Médico _____ CRM _____		44 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML	45 Município e UF do SVO ou IML _____ UF _____	46 Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.) _____ Data do atestado ____/____/____
	47 Assinatura _____ 48 Assinatura _____ 49 Assinatura _____				
Causas externas	PRINCIPAIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter intrínseco epidemiológico)				
	50 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio	51 Homicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	52 Acidente do Trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	53 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital	54 Família 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9 <input type="checkbox"/> Ignorado

Lista brasileira de causas de morte evitáveis pelo SUS (LBE)

Menores de 5 anos

1. Causas evitáveis

1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção

1.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido.

1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação

1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto

1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido

1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento

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

2. Causas mal definidas

3. Demais causas (não claramente evitáveis)

5 a 75 anos

1. Causas evitáveis

1.1 Reduzíveis por ações de imunoprevenção

1.2 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas.

1.3 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis

1.4 Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna

1.5 Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências)

2. Causas mal definidas

3. Demais causas (não claramente evitáveis)