

Vigilância Epidemiológica Conceitos

2024

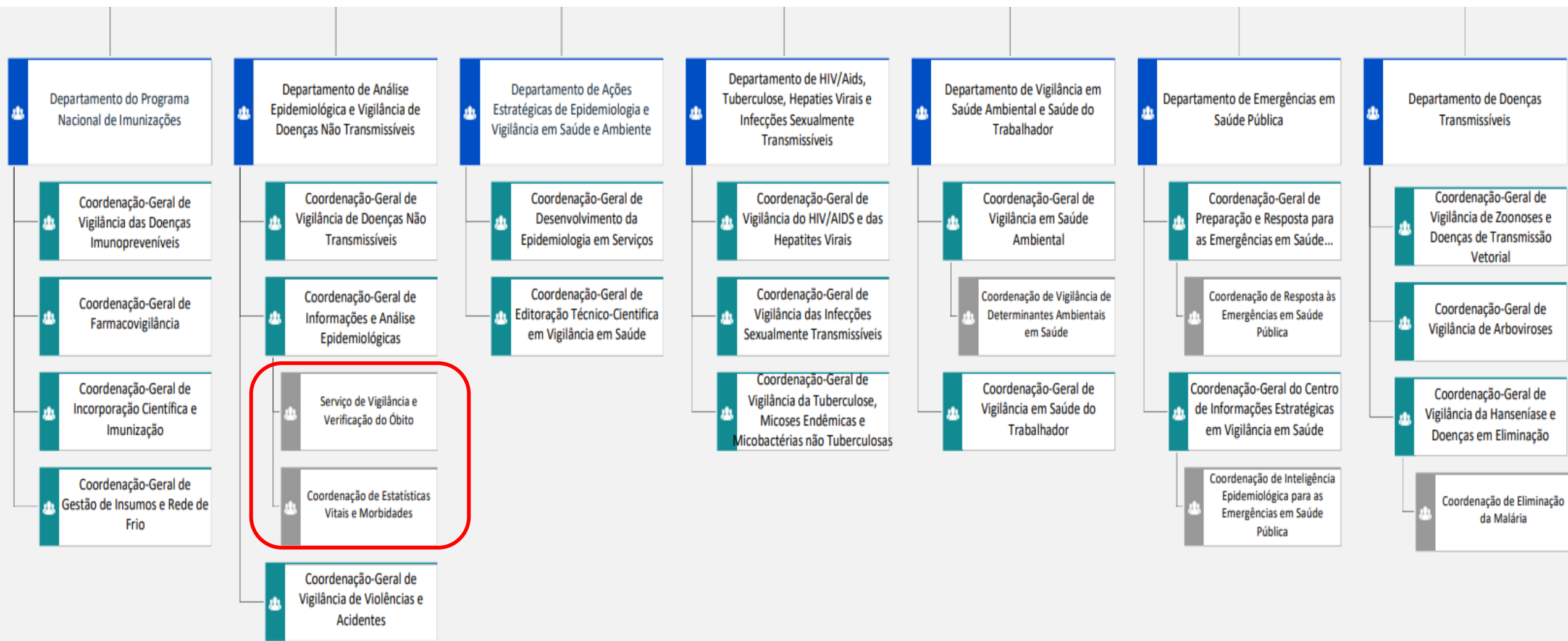
Turma 220

Prof^a Sandra Costa Fonseca

Objetivos

- Entender o conceito de **vigilância epidemiológica (VE) no âmbito da Vigilância em Saúde**
- Conhecer alguns instrumentos da prática diária da VE: **fichas de notificação e investigação e boletins epidemiológicos**
- Conhecer os sistemas de informação em saúde mais relevantes para a vigilância: **SINAN, SIVEP-gripe, SIM**
- Saber preencher a **declaração de óbito**
- Conhecer a lista de **doenças de notificação compulsória** e a **abordagem de vigilância** de alguns agravos

Secretaria de vigilância em saúde e ambiente - MS





INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UFF

MIEB Departamento de
Epidemiologia e
Bioestatística



Declaração de óbito

COMO PREENCHER? 2024

Prof^a Sandra Fonseca

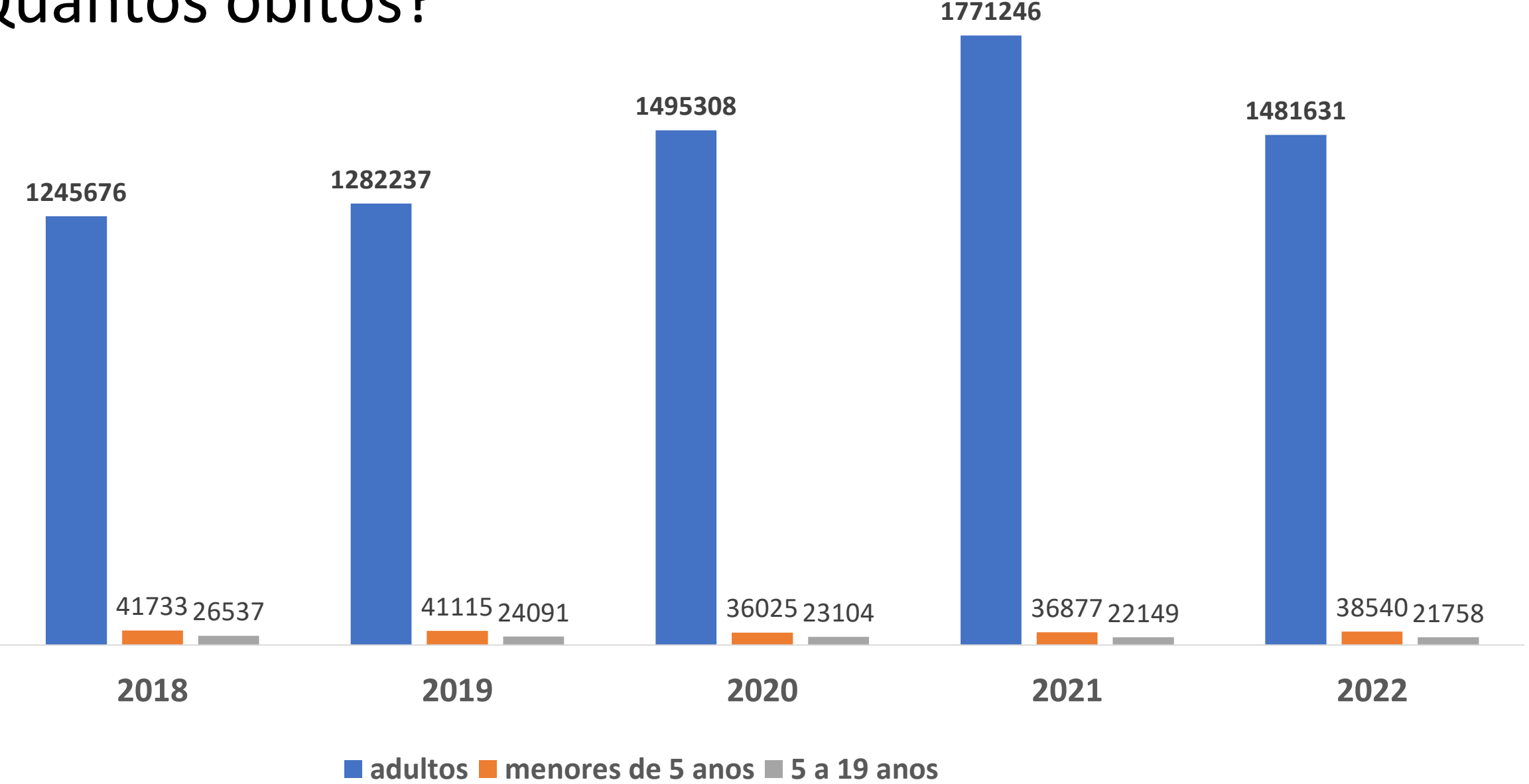
- Por que estudamos declaração de óbito?
- Os dados da DO permitem estimar estatísticas de mortalidade, fundamentais para a análise de situação de saúde, vigilância, monitoramento e avaliação de políticas públicas.

A responsabilidade pelo preenchimento da DO é exclusivamente dos médicos

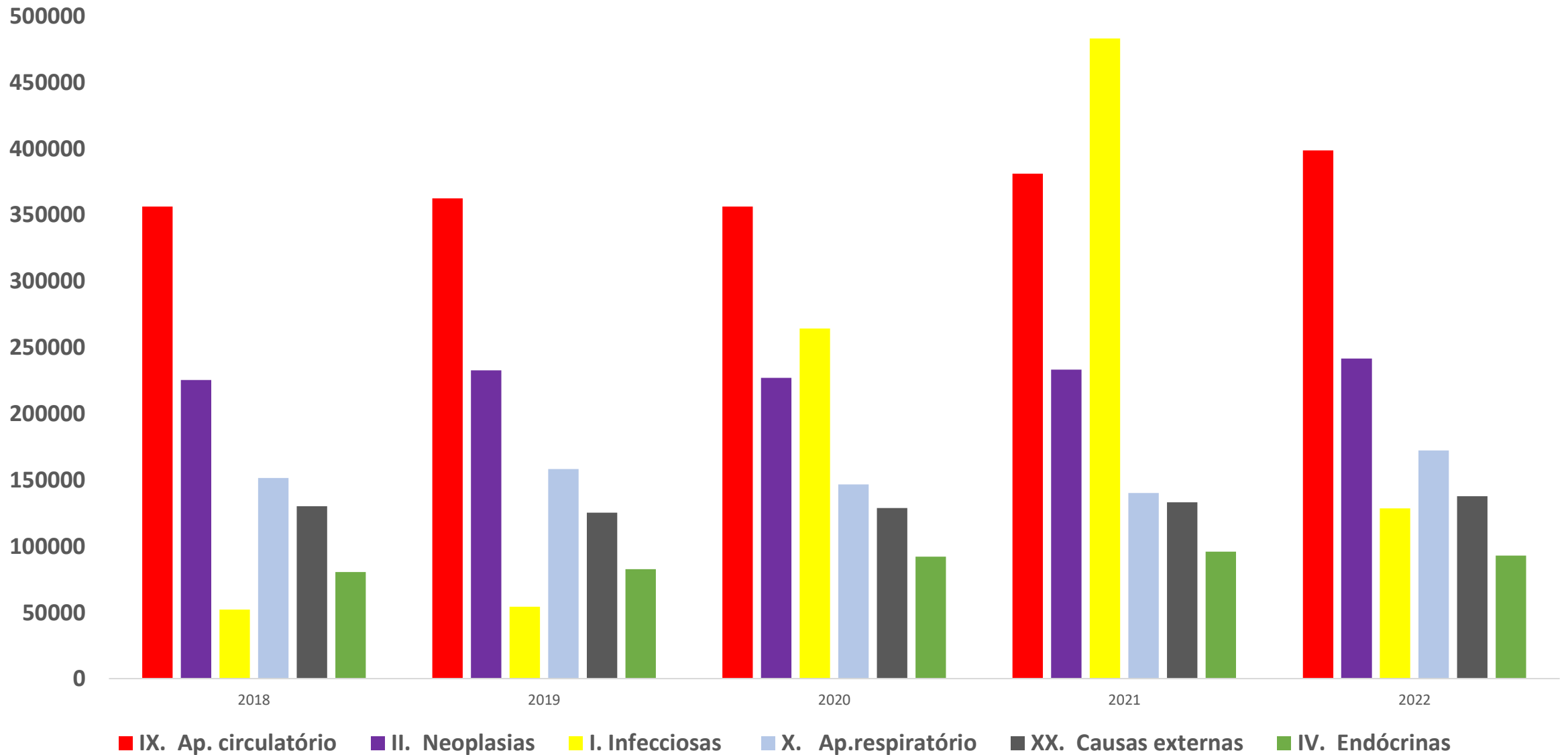
Quantos óbitos por ano (2018-2022)?

Quais as principais causas?

Quantos óbitos?



Quais as principais causas em adultos? Capítulos CID-10



Dez causas mais frequentes (**categorias**) de óbito

B34 Doença p/virus de localização NE – 2020/2021

I21 Infarto agudo do miocárdio

J18 Pneumonia p/microorg NE

E14 Diabetes mellitus NE

R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade

J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas crônicas

I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrágico/isquêmico

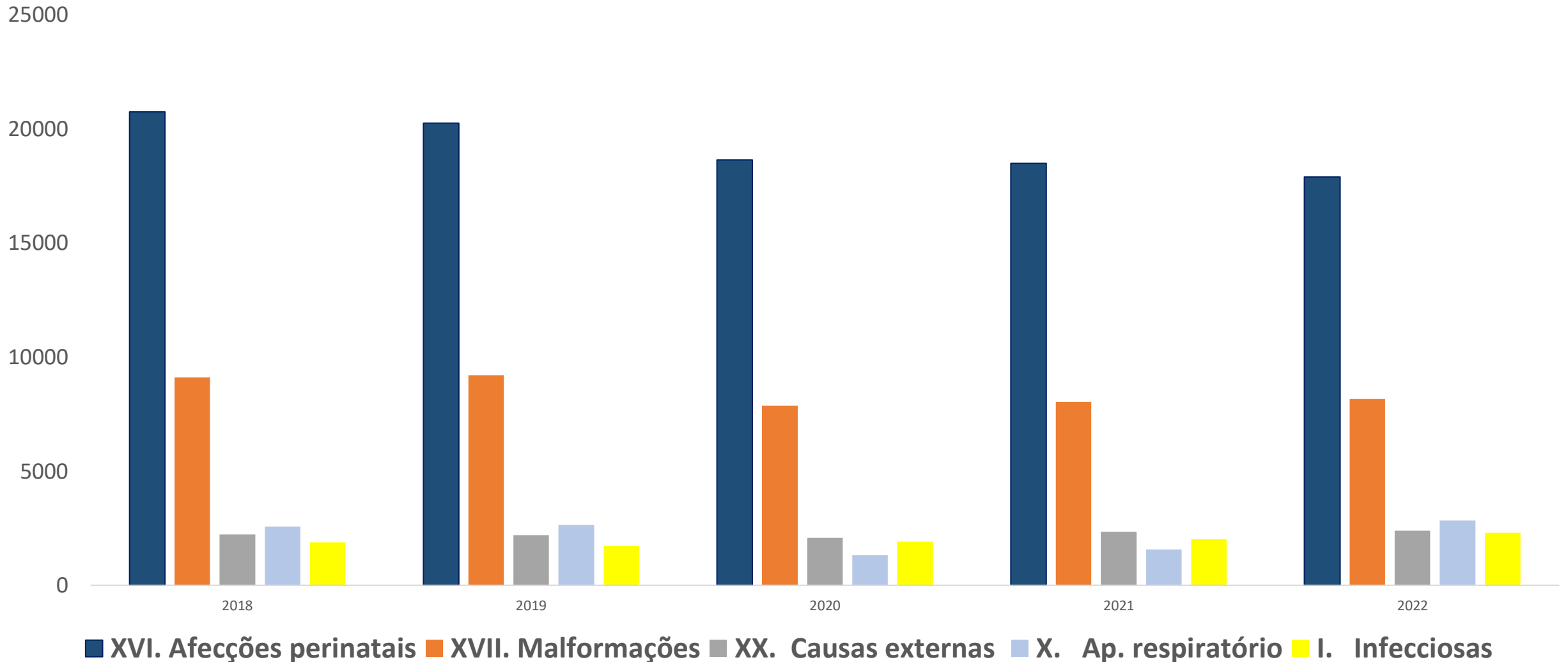
I10 Hipertensão essencial

I50 Insuficiência cardíaca

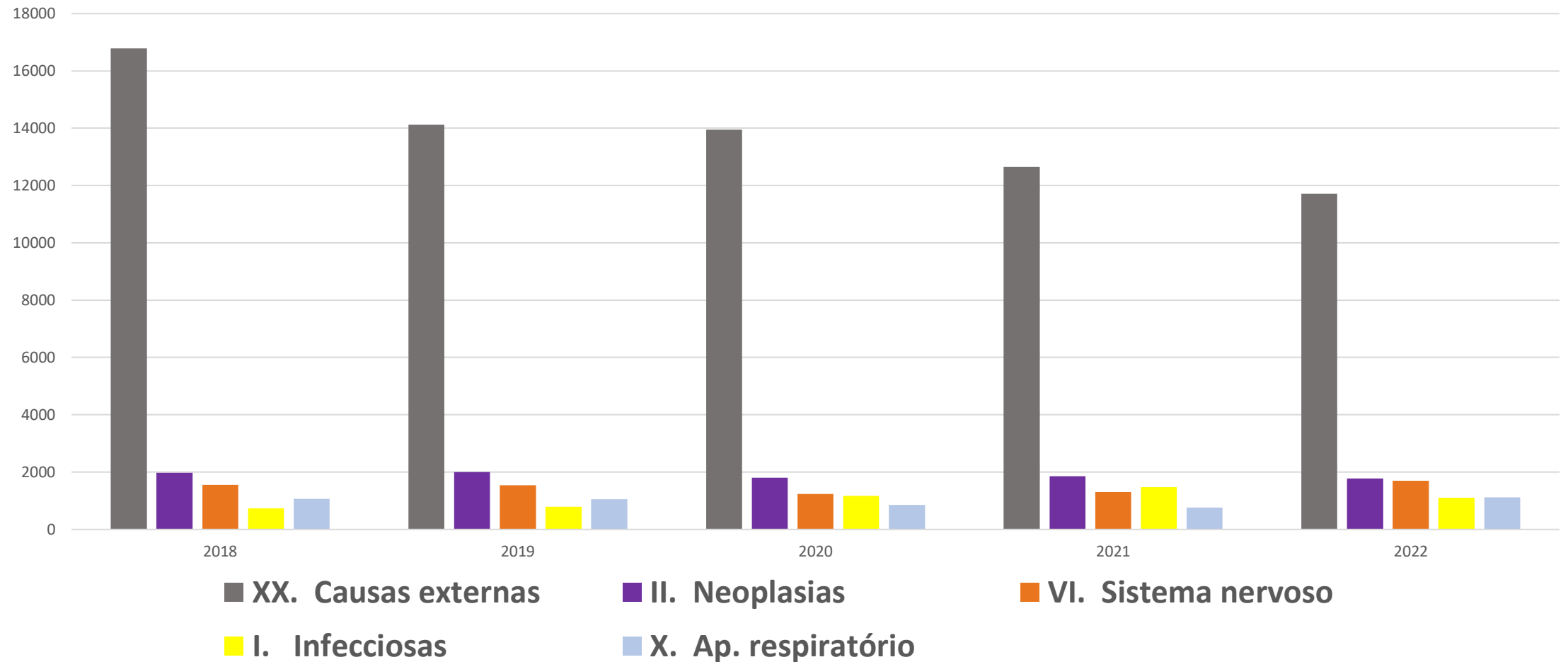
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões

X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE

Quais as principais causas < 5 anos? Capítulos CID-10



Quais as principais causas 5-19 anos? Capítulos CID-10



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
PIM - UNICOD 2010 SAÚDE

Declaração de Óbito 17608518-1

I Nome do falecido: _____ Sexo: Masculino Feminino Indeterminado
 Data de nascimento: _____ Data de óbito: _____

II Nome da mãe: _____ Data de nascimento: _____
 Nome do pai: _____ Data de nascimento: _____

III Local de nascimento: _____
 Local de residência: _____

IV Identificação do falecido: _____
 Identificação do responsável: _____

V Identificação do médico: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VI Identificação do local de morte: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VII Identificação do local de sepultamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VIII Identificação do local de cremação: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

IX Identificação do local de enterro: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

X Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

XI Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

XII Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
PIM - UNICOD 2010 SAÚDE

Declaração de Óbito 17608518-1

I Nome do falecido: _____ Sexo: Masculino Feminino Indeterminado
 Data de nascimento: _____ Data de óbito: _____

II Nome da mãe: _____ Data de nascimento: _____
 Nome do pai: _____ Data de nascimento: _____

III Local de nascimento: _____
 Local de residência: _____

IV Identificação do falecido: _____
 Identificação do responsável: _____

V Identificação do médico: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VI Identificação do local de morte: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VII Identificação do local de sepultamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VIII Identificação do local de cremação: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

IX Identificação do local de enterro: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

X Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

XI Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

XII Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
PIM - UNICOD 2010 SAÚDE

Declaração de Óbito 17608518-1

I Nome do falecido: _____ Sexo: Masculino Feminino Indeterminado
 Data de nascimento: _____ Data de óbito: _____

II Nome da mãe: _____ Data de nascimento: _____
 Nome do pai: _____ Data de nascimento: _____

III Local de nascimento: _____
 Local de residência: _____

IV Identificação do falecido: _____
 Identificação do responsável: _____

V Identificação do médico: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VI Identificação do local de morte: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VII Identificação do local de sepultamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

VIII Identificação do local de cremação: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

IX Identificação do local de enterro: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

X Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

XI Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

XII Identificação do local de outros tipos de tratamento: _____
 Identificação do estabelecimento de saúde: _____

Quem pode receber e emitir a DO?

- Estabelecimentos e serviços de saúde, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar.
- Instituto Médico-Legal (IML).
- Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
- Médico cadastrado pela SMS.
- Cartório de Registro Civil, somente em localidades onde não exista médico.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

11 VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

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 <input type="checkbox"/> 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 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 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				14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	

II	Residência	15	Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		Número	Complemento	16	CEP		
		17	Bairro/Distrito	Código	18	Município de residência		Código	19	UF
III	Ocorrência	20	Local de ocorrência do óbito			21		Estabelecimento		
		1	<input type="checkbox"/> Hospital	3	<input type="checkbox"/> Domicílio	5	<input type="checkbox"/> Outros	Ignorado		Código CNES
		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



se fora do estabelecimento ou da residência

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos) 	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) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo Ignorado <input type="checkbox"/> 9	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) 	Código CBO 2002 		
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos — — 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	Perdas fetais/abortos — — 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Nº de semanas de gestação — — 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	32 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	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <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 Gramas		36 Número da Declaração de Nascido Vivo 			

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu

Na gravidez No aborto De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado
 No parto Até 42 dias após o parto Não ocorreu nestes períodos 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

Sim Não Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?

Sim Não 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		

VI

Médico

41 Nome do Médico		42 CRM	43 Obito atestado por Médico		44 Município e UF do SVO ou IML		UF
			1 <input type="checkbox"/> Assistente	4 <input type="checkbox"/> SVO			
			2 <input type="checkbox"/> Substituto	5 <input type="checkbox"/> Outro			
			3 <input type="checkbox"/> IML				
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		46 Data do atestado		47 Assinatura			

VI

Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

48 Tipo		Ignorado	49 Acidente do trabalho		Ignorado	50 Fonte da informação		Ignorado
1 <input type="checkbox"/> Acidente	3 <input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="checkbox"/> 9	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 9	1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência	3 <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> 9
2 <input type="checkbox"/> Suicídio	4 <input type="checkbox"/> Outros					2 <input type="checkbox"/> Hospital	4 <input type="checkbox"/> Outra	

51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)

Código

VII

Cartório

53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data
56 Município			57 UF

IX

Localid.
S/ Médico

58 Declarante	59 Testemunhas
	A
	B

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

a	Devido ou como consequência de:				
b	Devido ou como consequência de:				
c	Devido ou como consequência de:				
d					

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID



ATESTADO DE ÓBITO

INTERNATIONAL FORM OF MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Cause of death		Approximate interval between onset and death
I Disease or condition directly leading to death*	(a) due to (or as a consequence of)
Antecedent causes Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	(b) due to (or as a consequence of)
	(c) due to (or as a consequence of)
	(d)
II Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it
<i>*This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.</i>		

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

**O médico NÃO
PRENCHE**



40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
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	Devido ou como consequência de:			
	b	Devido ou como consequência de:			
	c	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.					

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
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade

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

A causa básica tem
que ser uma
morbidade definida

XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório,
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Causas mal definidas de óbito

Causa  Básica

Capítulo 18 da CID-10	Sintomas, sinais e achados de exames clínicos e laboratoriais
	Alguns exemplos: Edema, ascite, hemorragia, dispneia, disfagia, tumoração
Outros capítulos	
A40-A41	Septicemia
C76, C80, C97	Neoplasia localização indeterminada
D65	Coagulação intravascular disseminada
E86	Depleção de volume
I46	Parada cardíaca
I47.2	Taquicardia ventricular
I49.0	Arritmias cardíacas
I50	Insuficiência cardíaca
I51	Doenças cardíacas não especificadas
I70	Aterosclerose
J81	Edema pulmonar
J960	Insuficiência respiratória
K72	Insuficiência hepática
N17, N18, N19	Insuficiência renal

CAUSAS DA MORTE

AVANTE ESCRIBA UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado
entre o início da
doença e a morte

CID

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

a Causa imediata ou terminal

tempo

CAUSAS ANTECEDENTES

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

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 contribuírem 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.

Alguns exemplos...

Jorge, 50 anos. HIV positivo há 15 anos, em tratamento regular. Hipertenso há 10 anos, bem controlado. Em março 2021, CD4 foi 320 cel/mm³, mas se mantinha assintomático. Não retornou para consulta, com medo de ir ao hospital e se contaminar com coronavírus. É aposentado e fez isolamento domiciliar. Em junho começou a emagrecer e teve alguns episódios de diarreia, mas continuou em casa.

No final de outubro, apresentou febre, desconforto respiratório e foi internado pois a oximetria de pulso mostrou SO₂ de 89%. Teste para COVID-19 negativo.

Ao exame físico, emagrecido, candidose oral. Exames de imagem com aspecto de vidro fosco. Hemograma com pancitopenia. Evolui com insuficiência respiratória. Colocado em ventilação mecânica, faleceu 5 dias após início do quadro respiratório.

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a

Devido ou como consequência de:

b

Devido ou como consequência de:

c

Devido ou como consequência de:

d

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

CID

PARTE II

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

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

ASSISTÊNCIA MÉDICA

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

37 A morte ocorreu

- 1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 9
- 2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos

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

- 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

39 Necrópsia ?

- 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

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	Pneumocistose	7 dias	
	Devido ou como consequência de:		
b	Síndrome Imunodeficiência Adquirida	7 meses	
	Devido ou como consequência de:		
c	Infecção pelo HIV	15 anos	
	Devido ou como consequência de:		
d			

PARTE II

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

Lucas, 21 anos, entregador. Estava em sua bicicleta, sem capacete, tentando atravessar uma pista quando foi abalroado por um caminhão. Foi levado para um hospital de trauma.

Foi evidenciado traumatismo cranioencefálico e permaneceu em coma por 20 dias, desenvolveu infecção pulmonar e faleceu com 1 mês de internação.

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a

Devido ou como consequência de:

b

Devido ou como consequência de:

c

Devido ou como consequência de:

d

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

CID

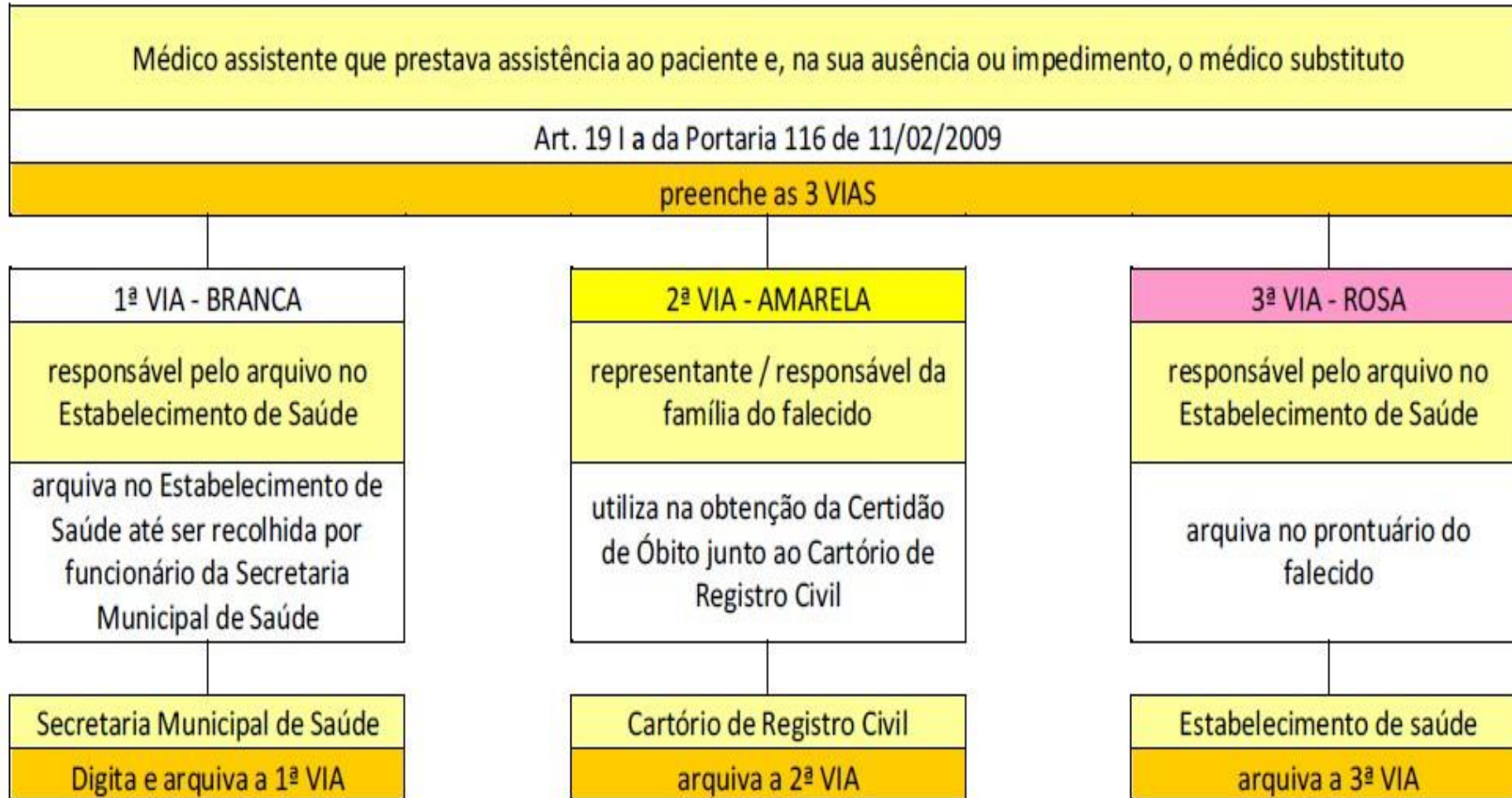
PARTE II

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

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
<p>37] A morte ocorreu</p> <p>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</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>39] Necrópsia ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>
<p>40] CAUSAS DA MORTE</p> <p>PARTE I</p> <p>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.</p> <p>CAUSAS ANTECEDENTES</p> <p>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.</p>	<p>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</p>	
	<p>a Pneumonia</p> <p>Devido ou como consequência de:</p>	<p>Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: 10 dias CID</p>
	<p>b Traumatismo cranioencefálico</p> <p>Devido ou como consequência de:</p>	<p>1 mês</p>
	<p>c <i>Ciclista traumatizado em colisão com veículo pesado</i></p> <p>Devido ou como consequência de:</p>	<p>1 mês</p>
	<p>d</p>	
<p>PARTE II</p> <p>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.</p>		

Quem preenche? Para onde encaminha?

Óbito por causa natural ocorrido em Estabelecimento de Saúde.



A DO também tem caráter jurídico: é o documento hábil para a lavratura da Certidão de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil

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

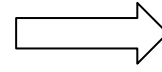
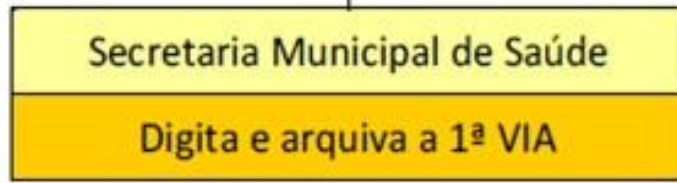
preenche as 3 VIAS

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

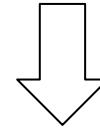
Médico do IML
Art. 19 II V a da Portaria 116 de 11/02/2009
preenche as 3 VIAS

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

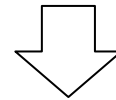
Médico da localidade ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (<i>ad hoc</i>)
Art. 19 V b da Portaria 116 de 11/02/2009
preenche as 3 VIAS



Secretaria estadual de Saúde



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



SIM

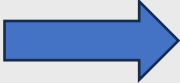
Sistema de Informação de Mortalidade

Banco nacional de dados sobre mortalidade,
de acesso público

The logo for 'tabnet' features the word 'tabnet' in a white, lowercase, sans-serif font. The letter 'o' is replaced by a stylized orange graphic consisting of three interconnected circles of varying sizes, resembling a molecular structure or a network node.

- ▶ [Indicadores de Saúde e Pactuações](#)
- ▶ [Assistência à Saúde](#)
- ▶ [Epidemiológicas e Morbidade](#)
- ▶ [Rede Assistencial](#)
- ▶ [Estatísticas Vitais](#)
- ▶ [Demográficas e Socioeconômicas](#)
- ▶ [Inquéritos e Pesquisas](#)
- ▶ [Saúde Suplementar \(ANS\)](#)

▲ Estatísticas Vitais

- Nascidos Vivos – desde 1994
- Mortalidade – desde 1996 pela CID-10 
- Painéis de monitoramento (SVS)
- Correção e redistribuição de óbitos segundo a Pesquisa Busca Ativa
- Mortalidade – 1979 a 1995, pela CID-9
- Câncer (sítio do Inca)

Mortalidade – desde 1996 pela CID-10

Mortalidade – pela CID-10

Opção selecionada: Mortalidade – desde 1996 pela CID-10

- Mortalidade geral
- Mortalidade de residentes no exterior
- Óbitos por causas evitáveis - 0 a 4 anos
- Óbitos por causas evitáveis - 5 a 74 anos
- Óbitos infantis
- Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos
- Óbitos por causas externas
- Óbitos fetais
- Óbitos por causa múltipla
- Óbitos por causas mal definidas e inespecíficas
- Óbitos por causas pouco úteis

[i INFORMAÇÕES DE SAÚDE](#)[? AJUDA](#)

DATASUS

[MORTALIDADE - BRASIL](#)

Linha

Região
Região/Unidade da Federação
Unidade da Federação
Capítulo CID-10

Coluna

Não ativa
Região
Unidade da Federação
Capítulo CID-10

Conteúdo

Óbitos p/Residênc
Óbitos p/Ocorrênc

[PERÍODOS DISPONÍVEIS](#)

2022
2021
2020
2019
2018
2017

[SELEÇÕES DISPONÍVEIS](#)

- Região
- Unidade da Federação
- Capítulo CID-10
- Grupo CID-10
- Categoria CID-10
- Causa - CID-BR-10

- Por que analisamos os órbitos?

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.

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)