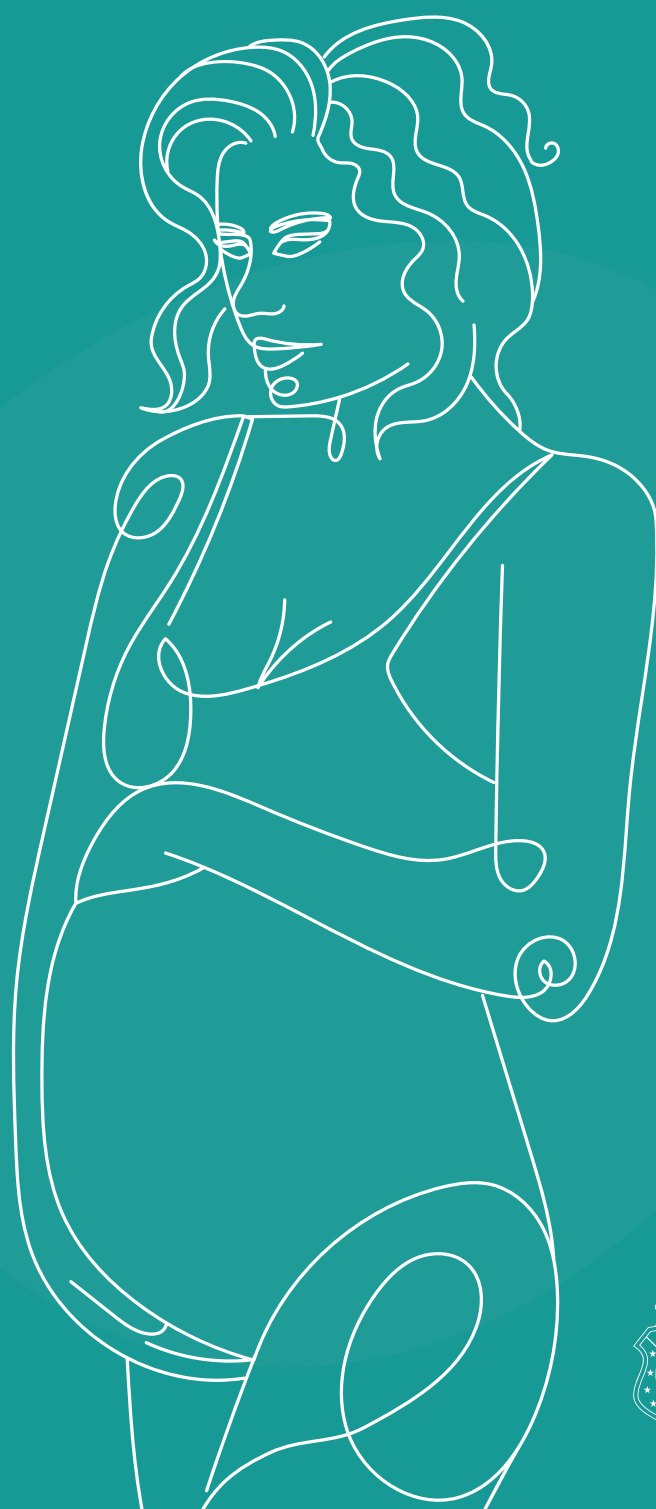


2025

Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Instrumentos Técnicos de Orientação



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Instrumentos técnicos de orientação [livro eletrônico]: comitê estadual de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal / organização Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde - SEAPS, Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado - COGEC. -- Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024.

-- (Instrumentos técnicos e informativos para fortalecimento das políticas de saúde e gestão do cuidado à saúde) PDF

Vários colaboradores.

ISBN 978-85-5326-087-4

1 - Crianças - Saúde 2. Gestantes - Cuidado e tratamento 3. Mortalidade 4. Políticas públicas de saúde 5. Saúde pública I. Ceará, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. II. Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde. III. Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado. IV. Série

24-244723

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1 - Saúde pública 362.109

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415



CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Elmano de Freitas da Costa

VICE-GOVERNADORA DO ESTADO DO CEARÁ

Jade Afonso Romero

SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO

Tânia Mara Silva Coelho

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Antônio Silva Lima Neto

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

Carla Cristina Fonteles Barroso

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Lauro Vieira Perdigão Neto

SECRETÁRIO EXECUTIVO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

Ícaro Tavares Borges

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Maria Vaudelice Mota

ELABORAÇÃO

Luciene Alice da Silva
Coordenadora de Políticas da Gestão do Cuidado – Cogec /Seaps/Sesa

Lindélia Sobreira Coriolano
Assessora Técnica da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará
Coordenadora Técnica do Comitê Estadual de Prevenção Materno, Infantil e Fetal

Marley Carvalho Feitosa Martins
Assessora Técnica da Coordenadoria de Políticas da Gestão do Cuidado Cogec/Seaps/Sesa

Pedro Antônio de Castro Albuquerque
Assessor Técnico da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde Covep/Sevig/Sesa

Sônia Duarte de Azevedo Bittencourt
Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz

COLABORAÇÃO

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado

Isley Nayra de Lima Negromonte Barreto
Priscilla Cunha da Silva
Thalita Helena Christian Oliveira

SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde

Ana Maria Peixoto Cabral Maia
Célia Viana da Silva Brasileiro
Maria Socorro Moisés de Melo
Carlos Garcia Filho
Karisia Pontes Aguiar de Castro

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde

Ana Maria Martins Pereira

Célula de Auditoria Médica

Wagner Carlos Félix

**Conselho das Secretarias Municipais
de Saúde do Ceará – Cosems**

Maria do Carmo Xavier Queiroz
Sharliane Monteiro da Rocha

**COMITÊS REGIONAIS E COMISSÕES DE PREVENÇÃO
DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL**

Superintendência da Região de Saúde de Sobral

Albertina Iara Nascimento Lopes

Superintendência da Região de Saúde do Cariri

Ana Bruna Macêdo Matos

Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza

Carolina Pereira de Alencar

**Coordenadoria de Atenção Descentralizada
de Maracanaú**

Rafaelle Dantas Bezerra

Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central

Maria Sandra dos Santos

Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe

Vanuza Cosme Rodrigues

ESPECIALISTAS CONVIDADOS

Hospital Geral Dr. César Cals

Ana Vitória Gonçalves Lacerda Linard Holanda

Universidade de Fortaleza – Unifor

Denise Nunes

**Presidente do Comitê Estadual de Prevenção
da mortalidade Materna, Infantil e Fetal**

Shirley Virino Silveira Lopes

**Instituto Fernandes Figueira – IFF / Fundação
Oswaldo Cruz – Fiocruz**

Thialisson Santos Ribeiro
Cyntia Pequeno Carvalho Melo

COORDENADORA DE COMUNICAÇÃO

Helga Rackel Sousa Santos

DIAGRAMAÇÃO

Leticia Maria dos Santos Rodrigues

EQUIPE DE MARKETING SESA

Ágda Sarah Sombra
Rayanne Nunes Forte de Aguiar
Allane Marreiro de Sousa

Sumário

Apresentação.....8

Introdução.....10

1 Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.....13

1.1 Objetivos.....14

1.2 Atribuições dos Comitês.....14

1.3 Atribuições das Comissões.....16

1.4 Organização dos Comitês e Comissões.....17

2 Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal.....19

2.1 Identificação/Notificação do Óbito.....19

2.2. Investigação do óbito.....22

3 Análise de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais.....24

3.1 Procedimentos para Análise dos Óbitos.....25

3.2 Análise dos Óbitos Maternos.....26

3.3 Análise dos óbitos infantis e fetais.....27

3.4 Análise pelo modelo das três demoras -
"Three Delays"30

3.5 Conclusão da análise dos casos.....32

3.6 Correção dos dados vitais.....32

3.7 Medidas de Prevenção.....33



4

Regimento Interno dos Comitês Regionais.....35

5

Cenário Epidemiológico da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal – Ceará, 2023.....42

5.1 Mortalidade Materna.....43

5.2 Mortalidade Infantil.....46

5.3 Mortalidade Fetal.....52

Referências Bibliográficas.....58

Glossário.....62

Anexos.....66



Apresentação

A Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde, por meio da Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado é responsável pela formulação e avaliação das Políticas de Saúde e Políticas Institucionais de apoio à gestão da Secretaria da Saúde, bem como pela produção de instrumentos técnicos para implantação de fortalecimento das Políticas: **Técnicos** (Linhas de Cuidado, Protocolos, Diretrizes, Notas Técnicas, fluxos assistenciais); **Informativos** (manuais, cartilhas, instrutivos); **Normativos** (normas, procedimentos, regulamentos, Portarias) e **Gerenciais** (planos de ação, projetos, programas, ações estratégicas).

Este documento, faz parte da série: Instrumentos técnicos para o fortalecimento das políticas de saúde e gestão do cuidado, produzido pela Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado, em parceria com a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (Covep), Referência Técnica da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, representantes institucionais, colaboradores e outros especialistas convidados.

No contexto das suas responsabilidades, visando subsidiar os gestores e profissionais da saúde, disponibiliza este documento com a finalidade de orientar o processo de implantação e atuação dos **Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**.

Aborda os principais aspectos que envolvem a implantação dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no Ceará (experiências e avanços), as atribuições no ciclo da vigilância do óbito, na investigação e análise dos óbitos, instrumentos elaborados para apoiar o funcionamento os Comitês Regionais, entre outras informações relevantes.

Espera-se que este documento seja um guia norteador aos profissionais da saúde e contribua para o fortalecimento das práticas, do cuidado e prevenção de mortes evitáveis, sobretudo, na redução da mortalidade materna, infantil e fetal no Estado do Ceará.

Maria Vaudelice Mota

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (Seaps)
Coordenadora Geral do Comitê Estadual de Prevenção de óbitos materno, infantil e fetal

Agradecimento especial à Dra. Vera Maria Coelho por sua dedicação e importante contribuição ao desenvolvimento dos trabalhos dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Ceará.

Introdução

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são estruturas de natureza interinstitucional, multiprofissional e de assessoramento que visam analisar todos os óbitos maternos, infantis e fetais, identificar causas e fatores determinantes e condicionantes, propondo medidas de prevenção e intervenção para a redução dessas mortes (Brasil, 2009).

Analisar a história de cada óbito possui o potencial de reconhecer o que poderia ter sido feito de forma diferente, e assim, identificar as soluções que devem estar disponíveis à população. Discutir os resultados desse quadro fornece uma visão sobre abordagens de programas para melhorar o acesso aos cuidados de qualidade e subsidiar o planejamento de medidas necessárias para melhoria da assistência nesta área (ELLIS, et al., 2016).

No Ceará, a experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal tem sido uma importante trajetória de bons resultados. Constituem como importantes instrumentos de gestão participativa e avaliação de políticas de saúde da mulher e da criança.

Nesse sentido, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), tem direcionado esforços para o fortalecimento dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal em todo Estado, considerando as importantes atribuições desse espaço de discussão, pois auxiliam na identificação das causas dos óbitos e avaliação das Políticas de saúde materna e infantil, bem como subsidiam os gestores e profissionais de saúde na formulação de políticas, programas e diretrizes eficazes para a redução dessas mortes precoces e evitáveis.

Breve histórico sobre os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal



Quadro 1

Principais ações realizadas para o fortalecimento e apoio aos Comitês e Comissões

Produção de Material Técnico e Informativo

- Manual Técnico para atuação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal;
- Regimento Interno de funcionamento do Comitê Estadual e Comitês Regionais
- Orientação Técnica para Análise de Óbitos;
- Modelo de Carta de Recomendações;
- Cenário Epidemiológico da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, 2023;
- Diretrizes para o Cuidado à Saúde Reprodutiva (2024);
- Cartilha do Aleitamento Materno (2024);
- Diretrizes do Cuidado às Famílias no contexto da Perda Perinatal (2024).

Promoção de eventos e participação

- Fóruns Regionais com a posse dos membros dos Comitês Regionais (2013-2015);
- Reuniões ordinárias mensais, presenciais (Comitê Estadual) com representantes dos Comitês Regionais (2013-2024);
- Inclusão da temática sobre Comitês de Prevenção nos Cursos de Vigilância do Óbito organizados pela Escola de Saúde Pública (2019 até o presente);
- Minicurso sobre “Comitê de Prevenção da Mortalidade” realizado no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (2021);
- Instituição da Rede de Banco de Leite Humano do Ceará e o Comitê Estadual de Incentivo ao Aleitamento Materno, por meio da Portaria Nº 1043/2021;
- Fórum de Conscientização sobre Perdas Perinatais (2022);
- Seminário Estadual sobre Manejo Obstétrico das Síndromes Hipertensivas (2022);
- Oficina de Capacitação para profissionais de saúde do município de Camocim – “Saúde Mental Materna” (2023);
- Colaboração na realização do Seminário sobre Saúde Mental Materna com profissionais do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – CCS-UECE (2023/2025);
- Seminário Regional de Redução da Mortalidade Materna em Sobral (2023);
- Web Seminário “Conscientização pela perda gestacional em Pernambuco” (2023) – Cooperação Técnica ao Estado de Pernambuco.
- Apresentação da experiência em Web Conferência para o Estado de Alagoas (2024).

1 Esses materiais estão disponíveis no site da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.



1

Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são espaços de discussão técnica, multiprofissional, interinstitucional, com caráter educativo e de assessoramento, de importância relevante para apoio à gestão. Representam um instrumento gerencial de avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher e da criança.

1.1 Objetivos

- Analisar os óbitos maternos, infantis e fetais, bem como identificar causas e fatores determinantes e condicionantes;
- Propor medidas de prevenção e de intervenção para a redução dessas mortes;
- Identificar causas e os fatores de risco associados à mortalidade materna, infantil e fetal;
- Gerar dados, conhecimentos, informações sobre mortalidade em nível regional e local;
- Recomendar ações para a redução da mortalidade, planejamento de ações estratégicas, organização de serviços e formação continuada de recursos humanos;
- Avaliar o impacto das intervenções e a qualidade da assistência à saúde da mulher e das crianças;
- Informar aos gestores e equipes de saúde sobre os cuidados e ações para prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal.

1.2 Atribuições dos Comitês

1.2.1 Comitê Estadual

O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal possui as seguintes atribuições:

- Contribuir na elaboração de instrumentos técnicos e informativos para apoiar os profissionais que atuam na área materno-infantil e Vigilância Epidemiológica dos óbitos maternos, infantis e fetais;
- Acompanhar as ações de Vigilância dos Óbitos realizada pelos municípios do Estado;
- Analisar os relatórios e dados dos óbitos maternos, infantis e fetais, preservando a confidencialidade dos dados obtidos, observada a legislação;
- Realizar educação permanente em saúde para os profissionais dos Comitês e Comissões de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal;
- Propor normas, diretrizes, procedimentos e estratégias para redução da mortalidade materna, infantil e fetal;
- Apoiar os Comitês Regionais na vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais.

1.2.2 Comitês Regionais

Quadro 2: Atribuições dos Comitês Regionais

Investigação dos óbitos	<ul style="list-style-type: none">• Apoiar a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, coordenada pelas equipes de Vigilância Epidemiológica do Óbito dos municípios, resguardando os aspectos éticos e o sigilo dos dados e das informações, conforme legislação vigente;• Acompanhar e agilizar o fluxo e os prazos de envio das informações sobre os óbitos junto às secretarias dos municípios;• Intermediar o encaminhamento das Fichas de Investigação ao município de residência da falecida e/ou de seu filho, caso o óbito tenha ocorrido em outro município, dentro ou fora da abrangência do Estado.
Análise de evitabilidade dos Óbitos	<ul style="list-style-type: none">• Analisar e sistematizar as informações resultantes da Investigação Epidemiológica dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais realizada pelos municípios;• Promover a análise dos óbitos por especialistas (obstetra e pediatra) e demais profissionais da equipe de saúde, segundo a possibilidade de sua evitabilidade;• Identificar as causas da mortalidade materna, infantil e fetal, os fatores de risco que determinaram o evento e recomendar medidas para causas evitáveis;• Analisar os aspectos relacionados ao cuidado no pré-natal, parto, aborto e puerpério, institucionais, sociais, econômicos, culturais determinantes sociais e demais fatores envolvidos na mortalidade materna, infantil e fetal.
Qualificação da informação	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a qualidade do preenchimento das informações captadas por meio das fichas de investigação realizada pela vigilância do óbito dos municípios de residência.• Monitorar e recomendar as ocorrências necessárias e passíveis de correção das estatísticas e dos registros nos sistemas oficiais da saúde visando a qualidade da informação.
Recomendações de medidas de prevenção	<ul style="list-style-type: none">• Sugerir medidas de prevenção e de intervenção de novas ocorrências;• Encaminhar à gestão para conhecimento, tomada de decisão e encaminhamento aos órgãos competentes, quando devidamente apurado;• Acompanhar a execução das medidas recomendadas;• Elaborar relatório sobre os resultados das análises e recomendações para correção dos problemas observados na assistência à saúde.
Divulgação e ações educativas	<ul style="list-style-type: none">• Consolidar os dados e enviar ao Comitê Estadual o Relatório Trimestral das análises e recomendações para os óbitos maternos, infantis e fetais;• Divulgar o relatório para que possam intervir na redução das mortes maternas, infantis e fetais;• Apresentar aos municípios informações resultantes das análises dos óbitos maternos, infantis e fetais, de modo a melhorar as estatísticas locais.• Promover ações educativas e realizar eventos para disseminação das informações;• Promover educação permanente em saúde, como processo de aprendizagem fundamentada nas análises dos óbitos e identificação dos problemas.

1.3 Atribuições das Comissões

1.3.1 Comissões de Vigilância dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais

- Realizar a busca ativa das Declarações de Óbitos (DO) pelos responsáveis da vigilância de óbitos da Secretaria Municipal de Saúde nos diferentes locais: Hospitais, Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Instituto Médico Legal (IML), cartório, serviços funerários e cemitérios oficiais e irregulares e no âmbito da atenção primária;
- Apoiar a investigação dos óbitos pelas equipes dos municípios, segundo critérios definidos com a finalidade de obter informações detalhadas sobre a ocorrência dos óbitos: Levantamento de dados dos serviços de saúde por meio de Fichas de Investigação (Ambulatorial, Hospitalar, Domiciliar e, se houver, SVO e IML);
- Organizar documentação de cada caso, por município, para encaminhamento aos Comitês Regionais para análise;
- Participação e colaboração nas Reuniões dos Comitês Regionais;
- Divulgar e dar visibilidade ao problema, com a realização de ações educativas sensibilizadoras;
- Apoiar os municípios na elaboração e execução do Plano de ação para redução dos óbitos.

1.3.2 Comissões Hospitalares

- Investigar e analisar junto aos núcleos hospitalares de epidemiologia, os óbitos maternos, infantis e fetais segundo critérios estabelecidos;
- Realizar discussões clínicas para definição da evitabilidade do óbito e análise dos eventos ocorridos durante a interface dos óbitos;
- Notificar ao comitê municipal ocorrência dos óbitos e encaminhar as investigações hospitalares para vigilância epidemiológica do município de residência e ocorrência;
- Promover articulação com o comitê regional para troca de informações e análise dos casos;
- Divulgar os resultados, com elaboração de material específico (relatórios, boletins periódicos);
- Aprimorar e qualificar o preenchimento das Declarações de Óbitos (DO), prontuários e de outros documentos disponíveis no hospital, e melhorar a qualidade das informações;
- Avaliar os óbitos, identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, a rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

1.4 Organização dos Comitês e Comissões

1.4.1 Etapas do processo:

- Definição da composição dos participantes e solicitação de indicação dos representantes;
- Formalização do Comitê por meio de Portaria do (da) Secretário(a) de Saúde;
- Elaboração do regimento interno para disciplinar o funcionamento do comitê;
- Definição da metodologia para análise dos óbitos, prazos para análises, entrega de relatórios;
- Monitoramento dos indicadores das ações e medidas de intervenções.

1.4.2 Composição dos Comitês

É de fundamental importância a participação multiprofissional dos especialistas e convidados de diversas instituições de saúde.

Comitê Estadual

- Áreas técnicas da saúde da Criança, da Mulher, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Vigilância do óbito, Políticas de Saúde;
- Profissionais de todos níveis de atenção à Saúde (Atenção Primária, Especializada, Terciária);
- Conselho Estadual de Saúde – Cesau;
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – Cosems;
- Conselhos Regionais de Entidades Profissionais: Medicina, Enfermagem, Farmácia;
- Conselhos de Saúde: da Mulher, dos Direitos da Criança, entre outros;
- Faculdades de Medicina, Enfermagem, Farmácia;
- Hospitais de Referência Estadual;
- Urgência e Emergência;
- Regulação; Telessaúde;
- Sociedades Científicas e Conselhos de Profissionais da Saúde;
- Instituições de Ensino Superior (IES) da área da saúde;
- Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI);

Comitês Regionais

- Médicos especialistas da saúde da mulher e da criança;
- Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher e da Criança, Vigilância Epidemiológica e Sanitária;
- Coordenadorias Regionais de Saúde;
- Hospitais/Maternidades de Referência;
- Policlínicas da Região;
- Saúde Indígena;
- Conselhos Municipais de Saúde;
- Instituições de Ensino Superior (IES) da área da saúde;
- Conselho de Saúde, dos Direitos da Criança, da Mulher e do Adolescente;
- Sociedades científicas e de profissionais da saúde e entidades da sociedade (Pastorais).

Comissões de Vigilância dos Óbitos Maternos, Infantis e Fetais

- Atenção Primária à Saúde;
- Vigilância Epidemiológica e Sanitária;
- Hospitais/Maternidades Municipais;
- Conselho Municipal de Saúde;
- Associações Científicas;
- Instituições de Ensino.

Comissões Hospitalares

- Representação da Diretoria Clínica;
- Representantes da Obstetrícia, pediatria/neonatologia, Vigilância Epidemiológica Hospitalar, Infecção Hospitalar, Gerência de Risco, Enfermagem, Farmácia, entre outros.

2

Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal

A Vigilância Epidemiológica constitui parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Orgânica da Saúde no seu Art. 6º, Parágrafo 2º, que diz:

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

A Vigilância de Óbitos se enquadra no conceito de Vigilância Epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis e fetais com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle.

A vigilância do óbito materno, infantil e fetal consiste em um conjunto de ações sistemáticas destinadas a monitorar, investigar e analisar os óbitos que ocorrem durante a gestação, no parto e no puerpério. Esse processo inclui a notificação e investigação de todos os óbitos, garantindo a coleta de informações detalhadas sobre suas circunstâncias e causas, através da análise das declarações de óbito e entrevistas com familiares e profissionais de saúde.

Além disso, a vigilância realiza análises epidemiológicas para identificar padrões e grupos vulneráveis, permitindo entender as causas subjacentes da mortalidade. Com base nas informações coletadas, são desenvolvidas ações preventivas, como campanhas de conscientização e capacitação de profissionais de saúde, visando reduzir a mortalidade.

O processo de implementação de ações da vigilância do óbito estão descritas a seguir:



2.1 Identificação/Notificação do Óbito

Em 1976, foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e adotado um modelo padronizado de Declaração de Óbito (DO), considerado como instrumento de coleta de dados do SIM, em todo o território nacional, seguindo assim, até os dias atuais (Brasil, 2022).

Para obtenção de maiores informações sobre a ocorrência do óbito, deve ser realizado levantamento de dados de múltiplas fontes, para melhor entendimento da ocorrência. A identificação das doenças e agravos deve ser baseada na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde, salvo definição alternativa emanada do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.1 Declaração de Óbito (DO)

É o instrumento que **notifica o óbito e desencadeia o processo de investigação**. Se faz pelo preenchimento e encaminhamento na fonte notificadora para a Secretaria Municipal de Saúde a qual deve definir o fluxo, enviando cópia ao setor de Vigilância Epidemiológica para investigação, análise e conclusão do caso.

2.1.2 Condições para emissão da Declaração de Óbito

- A Declaração de Óbito (DO) deve ser preenchida de forma a permitir a correta identificação das causas da morte e da causa básica¹;
- Para todos os óbitos, seja por causa natural, por causa acidental ou violenta, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais;
- Para os óbitos fetais, de acordo com os seguintes critérios: 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.
- Para todos os nascidos vivos que venham a falecer após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso e do tempo que tenha permanecido vivo. Nesse caso: a Declaração de Nascido Vivo também será emitida; não é necessário exigir a Certidão de Nascimento para emitir a DO (Brasil, 2022).

*Será facultada ao médico a emissão do documento da DO nas condições: **Óbito fetal, com gestação com duração menor que 20 semanas, peso corporal menor que 500 g e estatura menor que 25 cm: se a família requerer a DO, para fins de sepultamento, os dados dessa DO devem ser registrados no SIM (Brasil, 2022).***

2.1.3 Preenchimento da Declaração de Óbito

- As DOs são preenchidas nas unidades notificadoras e recolhidas, regularmente, pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS).
- Os dados são registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhados para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (Brasil, 2009);
- Após a ocorrência do óbito, o serviço de saúde ou o profissional médico tem o prazo de 48 horas para enviar a 1ª via da DO ao profissional responsável pela gestão do SIM municipal, cabendo ao último, no mesmo prazo de 48 horas, encaminhar cópia da declaração ao grupo técnico da SMS, a fim de iniciar a investigação.

2.1.4 Responsáveis pelo preenchimento da Declaração de Óbito

A responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e assinatura da Declaração de Óbito é dos médicos, conforme prevê o Código de Ética Médica. Dessa forma, ocorrido um óbito, o médico tem a obrigação legal de constatá-lo e atestá-lo, utilizando o formulário-padrão (Brasil, 2022).

¹ A causa básica é “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

Quadro 3: Responsáveis pelo preenchimento e emissão da DO

Morte natural*	Hospital: A DO deverá ser fornecida pelo médico assistente, e na sua ausência, por médico substituto pertencente à instituição.
	Unidade ambulatorial: O médico designado pela instituição que prestava assistência.
	Sem assistência médica: <ol style="list-style-type: none">1. O médico do SVO, nas localidades que dispõem desse serviço.2. Nas localidades sem SVO: o médico da ESF da área de abrangência do falecido ou de outro serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento.
Morte não natural (causas externas)**	A DO deve ser obrigatoriamente fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML) e, nos municípios sem IML, qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual.

Fonte: Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

*Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

**óbito que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte.

2.2. Investigação do óbito

A Investigação do óbito possui o objetivo de obter informações detalhadas sobre a ocorrência do óbito materno, infantil e fetal, devendo ser realizado o levantamento de dados do atendimento à gestante e à criança, de forma a reconstruir a história de vida e de morte, para melhor compreensão dos problemas ocorridos e a possibilidade de prevenção de novos casos.

É uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos no município de residência da mãe, envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica.

Deve reunir o material coletado no domicílio e nos serviços de saúde, obtendo informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção, bem como informações com a família. Recomenda-se a adoção de critérios mínimos de referência para investigação, de modo a permitir o dimensionamento dos óbitos investigados no âmbito estadual e municipal, respeitando-se a realidade e as iniciativas locais de implantação da vigilância de óbitos.

Óbitos de mulheres em idade fértil e os óbitos maternos, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Assim, devem ser separadas todas as DO de mulheres em idade fértil para que sejam investigadas (Portaria GM nº 1.119, de 5 de junho de 2008).

2.2.1 Fichas para Investigação do Óbito Materno, Infantil e Fetal

A utilização das Fichas para Investigação do Óbito do Ministério da Saúde é importante para padronizar o processo de vigilância. Contêm campos referentes à identificação do caso investigado, informações fornecidas pelos familiares (entrevista domiciliar), da assistência pré-natal, parto e nascimento.

2.2.2 Etapas do processo de investigação do óbito

- **Levantamento de dados dos serviços de saúde:** Prontuários das Unidades da APS, dos serviços de urgência, dos ambulatórios de especialidades; Prontuários hospitalares; Laudos de necrópsia.
- **Entrevista domiciliar:** informações que não são registradas em prontuários, como: dificuldades da família em reconhecer riscos à saúde, dificuldades de acesso aos serviços e ao tratamento indicado.
- **Resumo, discussão e conclusão sobre o caso.**
- **Encaminhamento do resumo dos casos aos Comitês Regionais:** para Análise de Evitabilidade, juntamente às fichas de investigação dos óbitos confirmados, cópia do prontuário hospitalar e do pré-natal e das entrevistas com familiares e profissionais. Sugere-se que as fichas de cada caso estejam dentro de envelopes individuais de cada caso.



3

Análise de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais

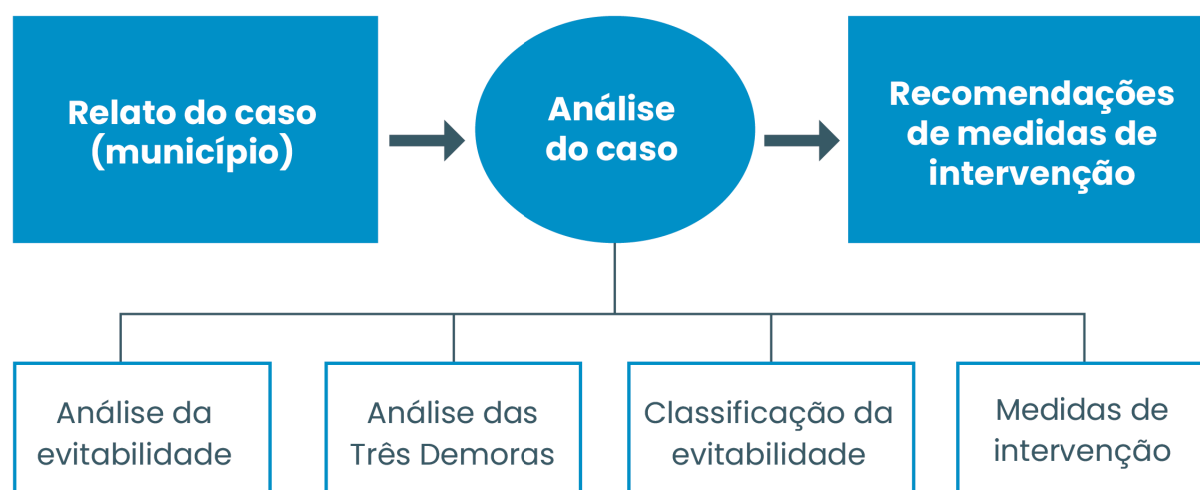
Uma das principais atribuições dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é a análise de evitabilidade dos óbitos as quais irão gerar a proposição de medidas de prevenção, a qualificação da informação e outros encaminhamentos para a prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2009).

A análise da condição social da família e das dificuldades para reconhecimento de riscos para a saúde ou outros problemas relacionados deve compor a avaliação abrangente da situação do óbito.

A precisão dos dados da DO e DNV também deve ser foco de avaliação, orientando a necessidade de sua correção no SIM e Sinasc.

3.1 Procedimentos para Análise dos Óbitos

- I. Elaboração do cronograma dos casos a serem analisados.
- II. Discussão e análise aprofundada dos casos com os membros do Comitê Regional, com a participação obrigatória dos médicos especialistas.
- III. Análise de cada óbito segundo a possibilidade de sua evitabilidade e análise das “Três Demoras”.
- IV. Identificação dos problemas relacionados aos óbitos: assistência de saúde prestada à gestante, à puerpera e à criança, organização do sistema de saúde, condições sociais, da família, da comunidade.
- V. Elaboração de material específico aos órgãos e instituições competentes, sobre os resultados das análises, incluindo as recomendações para correção dos problemas observados na assistência à saúde.
- VI. Encaminhamento de Relatório ao Comitê Estadual.
- VII. A análise de evitabilidade do óbito, a identificação de problemas e as intervenções necessárias são registradas na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações.



3.2 Análise dos Óbitos Maternos

Para análise dos óbitos maternos, deve se considerar alguns fatores que possam ter contribuído para o óbito:

- **Condições socioeconômicas:** desemprego, estilo de vida, moradia, renda familiar, escolaridade, entre outros.
- **Assistência à saúde:** analisar se houve negligência ou imprudência por parte dos profissionais de saúde no atendimento à mulher, falta da estratificação de risco, falha diagnóstica, inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros.
- **Institucionais:** identificar problemas de ordem técnica, administrativa, estrutural, pessoal, insumos, medicamentos, carência de leitos obstétricos, falta de sangue e hemoderivados ou medicamentos, falta de captação precoce e busca ativa da gestante, inexistência de sistema de referência e contrarreferência para tratamento clínico ginecológico e obstétrico, entre outros.
- **Intersectoriais:** falta e/ou disponibilidade limitada de transporte para gestante, condições das estradas, insegurança, falta de saneamento básico, entre outros.

3.2.1 Identificação dos problemas:

I. No Planejamento Familiar:

Dificuldade do acesso aos serviços, de informações sobre os métodos contraceptivos, sobre os serviços, insumos e exames.

II. Na Assistência Pré-natal:

- Falta de captação precoce e busca ativa da mulher.
- Falta de recursos humanos.
- Conduta do profissional de saúde (negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais, falha diagnóstica, inadequação de procedimentos e métodos recomendados, não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno entre outros).
- Inexistência de protocolos nos serviços.
- Falta da garantia do direito à vinculação à maternidade de referência ao parto.
- Referência e contrarreferência não formalizadas.

III. Na Assistência ao parto, puerpério e intercorrências:

- Dificuldade de acesso aos serviços, informações, insumos, medicamentos e exames.
- Falta de recursos humanos.
- Conduta do profissional de saúde (demora ou não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno, falha diagnóstica e inadequação de procedimentos e tratamento, entre outros).
- Falha no preenchimento dos instrumentos de registros.

- Falta de equipamentos ou de manutenção dos equipamentos.
- Inexistência de protocolos.
- Referência e contrarreferência não formalizadas.
- Carência de leitos obstétricos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- Deficiência e/ou falta de sangue, hemoderivados.

3.3 Análise dos óbitos infantis e fetais

Após a conclusão do processo de investigação dos óbitos infantis e fetais pela Vigilância do Óbito dos Municípios, recomenda-se realizar o resumo da história de cada caso. Estes documentos deverão ser encaminhados ao Comitê Regional para análise da evitabilidade, identificação dos problemas e elaboração das recomendações a todos os níveis de atenção para evitar casos similares.

3.3.1 Identificação e análise dos problemas

- Planejamento familiar, pré-natal e parto (acesso e assistência);
- Assistência ao recém-nascido;
- Atendimento ambulatorial à criança (em qualquer unidade de saúde, seja no acompanhamento de saúde da criança, seja na doença que causou a morte);
- Organização do sistema de saúde: ausência de sistema de referência para gestante e recém-nascido de alto risco, falta de leitos de UTI neonatal, transporte, entre outros;
- Organização institucional do(s) serviço(s) de saúde: falta de medicamentos, propedêutica adequada não-disponível, equipe incompleta, entre outros;
- Dificuldades sócio familiares: dificuldades para reconhecimento das condições de risco, para seguir as orientações de tratamento, recusa de tratamento proposto, entre outras;
- Causas externas ou violentas: devem ser atestados pelo Instituto Médico Legal (IML), independentemente do tempo entre o evento e a morte identificar as circunstâncias.

3.3.2 Análise de evitabilidade dos óbitos infantis

Possui o objetivo de esclarecer e visualizar, de forma sistematizada, a contribuição de diferentes fatores que contribuem para a mortalidade e avaliar a efetividade dos serviços. Apresenta-se a seguir, a classificação recomendada para a análise de evitabilidade do óbito infantil.

Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Malta et al, 2010)

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

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)

3.3.3 Análise de evitabilidade dos Óbitos Perinatais (Fetais e Neonatais Precoces)

Para análise do óbito fetal e neonatal precoce, recomenda-se a utilização da **Classificação de Wigglesworth Expandida**, que propõe **nove grupos de causas de óbitos**, considerando o peso ao nascer, a relação com as circunstâncias do óbito e o momento da assistência à saúde. Cada caso deve ser categorizado em apenas um grupo de causas. Para a classificação dos casos, utilizam-se informações clínicas que podem ser obtidas por meio da análise dos prontuários, selecionando os aspectos passíveis de intervenção pelos serviços.

Quadro 4: Classificação dos óbitos Perinatais – adaptação para o Brasil (Wigglesworth Expandida – CEMACH, 2005)*

GRUPO 1

Malformação congênita (grave ou letal/potencialmente letal): apenas malformação congênita letal ou potencialmente letal deve ser incluída neste grupo; óbitos fetais ou infantis. Anormalidade bioquímicas graves ou severas como doença de Tay Sach's e qualquer defeito genético reconhecido como de alto risco para óbito devem ser incluídos.

GRUPO 2

Morte fetal anteparto: mortes fetais ocorridas antes do trabalho de parto (sinais de maceração, óbitos há mais de 12 horas ou outro indício/relato/ evidência de morte antes do trabalho de parto): A maior parte das mortes fetais tardias deverá ser incluídas neste grupo, considerando-se que a morte fetal intraparto é um evento-sentinela. A morte de uma criança nascida viva decorrente de problemas durante o período anteparto deve ser considerada na categoria "outras causas específicas" (categoria 6).

GRUPO 3

Morte intraparto (asfixia, anóxia, sofrimento fetal agudo ou trauma): esta categoria reúne bebês que sobreviveriam se não tivesse ocorrido complicações/problemas durante o trabalho de parto e parto. Esses bebês geralmente são bem formados, natimortos e/ou receberam baixo escore de Apgar, sofreram aspiração meconial ou tiveram evidências de acidose ao nascimento. Bebês muito prematuros (menor de 1000 gramas) podem sofrer asfixia durante o nascimento, mas não devem ser registrados neste grupo de causas - devem ser classificados no grupo imaturidade/prematuridade, ou outro específico como o grupo 5 (infecção).

GRUPO 4

Imaturidade/prematuridade: Aplica-se apenas a bebês nascidos que morreram devido à imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante, hemorragia intra-ventricular ou outras consequências tardias de prematuridade - incluindo dano pulmonar crônico. Incluir todo neonato com peso ao nascer menor que 1000 gramas.

GRUPO 5

Infecções: Aplica-se aos óbitos fetais e infantis em que há evidência clara de infecção microbiológica que pode ter causado a morte, por exemplo: infecção materna por estreptococo do grupo B, rubéola, parvovírus, sífilis, morte por septicemia e outras infecções, incluindo as pneumonias e diarreias. Podem ser enquadradas em duas subcategorias:
(5a) Infecções perinatais/materna
(5b) Pneumonias, diarreias, outras infecções.

GRUPO 6

Outras causas específicas de morte: Em caso de condição fetal, neonatal ou pediátrica específica reconhecida, não contemplada nos grupos anteriores de causas. Exemplos:

- Condições fetais: transfusão feto-fetal e hidropsia fetal;
- Condições neonatais: hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar devido a perda prolongada de líquido (hipoplasia pulmonar primária deve ser classificada como malformação), persistência de circulação fetal (na ausência de infecção, aspiração ou deficiência de surfactante), perda sanguínea não associada a trauma (por exemplo: vasa praevia);
- Condições pediátricas: broquiolite, bebê chiador, desnutrição, câncer e quadro agudo abdominal (como volvo sem antecedente de má-rotação congênita).

GRUPO 7

Causas externas: Morte provocada por acidente ou violência confirmada deve ser codificada neste grupo.

GRUPO 8

Morte súbita, causa desconhecida: Inclui mortes de causa desconhecida de bebês nascidos vivos. Pode ser modificada após exame *post-mortem*.

GRUPO 8

Não classificada: Deve ser usada como último recurso (óbito infantil) e maior detalhamento deve ser fornecido se esta opção é registrada.

*Tradução e adaptação: Lansky S.

3.4 Análise pelo modelo das Três Demoras - “Three Delays”

Considerando que a mortalidade é uma combinação de fatores interrelacionados, Thaddeus e Maine, propuseram um modelo teórico das três demoras conhecido como “Three Delays Model”, compreendendo que as demoras entre o início de uma complicação e seu tratamento adequado podem ocorrer em três fases:

Fase I: Demora na decisão de procurar cuidados pelo indivíduo e / ou família.

Fase II: Demora no acesso a cuidados adequados na unidade de saúde.

Fase III: Demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência.

É uma prioridade documentar os fatores contribuintes e potencialmente modificáveis relacionados a cada morte em uma auditoria de mortalidade materna, natimortos e mortes neonatais, sendo uma oportunidade para mudar comportamentos e sistemas. Muitos fatores modificáveis envolvem oportunidades perdidas dentro do sistema de saúde. Identificar esses fatores pode oferecer potencial para mudança positiva.

Dessa forma, a análise das três demoras na assistência obstétrica é imprescindível no sentido de fornecer dados precisos sobre os determinantes da mortalidade materna, infantil e fetal.

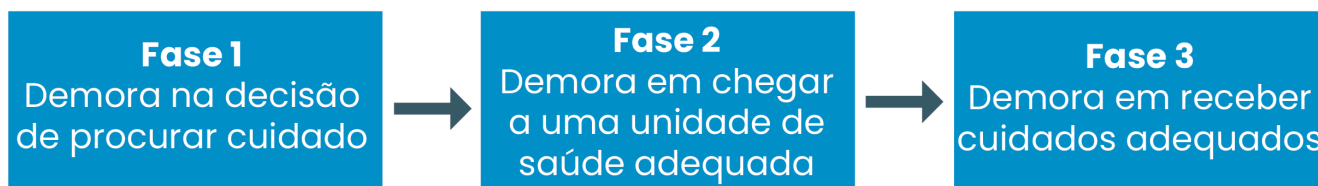
Quadro 5: Critérios para análise das “Três Demoras”

FASE 1: Demora em reconhecer a necessidade de cuidado (Família/Paciente)	
<ul style="list-style-type: none">• Desconhece os sinais de risco• Recusa do cuidado	Subutilização dos serviços influenciada por desconhecimento dos sinais de risco e falta de reconhecimento da gravidade para justificar cuidados médicos.
	Fatores, “barreiras” ou “restrições” que afetam na decisão de procurar cuidados e utilização de serviços.
FASE 2: Demora no acesso ao cuidado adequado	
<ul style="list-style-type: none">• Ausência ou inadequação do Pré-natal• Dificuldade com Transporte• Barreira Geográfica	A dificuldade de acesso aos serviços influencia a tomada de decisão e determina o tempo gasto em alcançar o serviço adequado em tempo oportuno após a decisão de procurar cuidados.
FASE 3: Demora em receber cuidado de qualidade na Unidade	
<ul style="list-style-type: none">• Demora no Diagnóstico• Dificuldade de comunicação com o centro regulador• Falta de Recursos Humanos capacitados e insumos• Demora na transferência do caso• Atraso no início do tratamento• Conduta inadequada com a paciente.	Atrasos no reconhecimento de transtornos maternos de alto risco e prestação de cuidados inadequados nas unidades de saúde.

Análise das Três Demoras na Assistência

Three Delays Model, Thaddeus e Maine, 1990

O modelo para avaliação de assistência, conhecido como Três Demoras, desenvolvido para estudar as mortes maternas, é relevante também para óbitos infantis e natimortos. Esse modelo, relaciona a mortalidade a uma série de atrasos na assistência obstétrica, que impedem a mulher de ter acesso a uma assistência qualificada e eficaz em tempo oportuno.



1º DEMORA

Reconhecer a necessidade de cuidado (Família/paciente) (S) Sim (N) Não

Demora em procurar o cuidado ()

Desconhecia os sinais de risco ()

Recusa do cuidado (ou evasão) ()

2º DEMORA

Demora no acesso ao cuidado (S) Sim (N) Não

Ausência ou inadequação do cuidado pré-natal ()

Dificuldades ou problemas com transporte sanitário ()

Dificuldade geográfica para acesso ao serviço de saúde ()

3º DEMORA

Demora em receber cuidados adequados na Unidade de Saúde (S) Sim (N) Não

Falta de medicamento ()

Falta de hemoderivados ()

Dificuldade de monitorização ()

Dificuldade de comunicação entre hospital e centro regulador ()

Falta de pessoal treinado ()

Demora no encaminhamento/transferência do caso ()

Demora no diagnóstico ()

Atraso no início do tratamento ()

Conduta inadequada com a paciente ()

3.5 Conclusão da análise dos casos

- Elaborar relatório da análise: classificação da evitabilidade; análise das demoras; identificação dos problemas;
- Elaboração das Recomendações aos gestores/responsáveis (Secretários de Saúde, Diretores de Hospitais, entre outros).
- Registro da análise de evitabilidade do óbito, dos problemas e das intervenções necessárias na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5), após a análise dos Comitês.

3.6 Correção dos dados vitais

Após a Análise dos casos devem ser realizados os seguintes procedimentos para qualificar as informações sobre os óbitos já disponíveis nos sistemas:

- Encaminhar Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5) com o sumário da investigação e análise dos óbitos maternos, infantis e fetais para o Serviço de Epidemiologia da SMS do município de abrangência responsável pelo processamento dos dados de mortalidade;
- Registrar no Sistema de Informação de Mortalidade - (SIM), informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultada durante a investigação e a data da sua conclusão;
- Alterar ou complementar a Declaração de Óbito (DO), inclusive com novas causas de óbito, ou permitir a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, caso a investigação epidemiológica e a análise aponte a necessidade;
- No caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem passar por um processo de recodificação, e de nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna;
- A equipe de vigilância de óbitos deverá acompanhar a conclusão do estudo de óbito e a emissão de pareceres pelos Comitês de Prevenção de Mortalidade e comunicar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no município para que este possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito(s) no SIM.

3.7 Medidas de Prevenção

A partir da análise dos possíveis fatores determinantes dos óbitos, os Comitês Regionais deverão:

- Elaborar recomendações para os responsáveis (gestores de saúde, diretores de hospitais, serviços de saúde), com a finalidade de promover mudanças necessárias para redução das mortes maternas, infantis e fetais.
- Sugerir medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e reorganização da assistência.
- Promover a articulação permanente da equipe de vigilância e os gestores de saúde para a elaboração do Plano de Redução da Mortalidade materna, infantil e fetal.
- Dispor de informações qualificadas e referenciadas.



4

Regimento Interno dos Comitês Regionais

Caracterização

Art. 1º O Comitê Regional de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal é interinstitucional e Multiprofissional, tendo caráter ético, técnico, educativo e de assessoramento. Busca identificar todos os Óbitos Maternos, Infantis e Fetais, suas causas e fatores determinantes e condicionantes propondo medidas de prevenção e intervenção para reduzi-las, possibilitando o acompanhamento e a avaliação permanente da assistência à saúde da mulher e da criança na Região de Saúde

Art. 2º O Comitê Regional de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal – está vinculado à Superintendência da Região da sua jurisdição.

Objetivos e atribuições

Art. 3º O Comitê Regional tem como objetivos: analisar e sistematizar as informações resultantes da Investigação Epidemiológica dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal realizada pelos Municípios, aprimorar a qualidade das informações e acompanha a implementação de políticas públicas nos Municípios do contexto regional.

Art. 4º O Comitê Regional de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal terá caráter técnico-consultivo, e a ele estarão delegadas as seguintes atribuições:

- I. identificar as causas da mortalidade materna, infantil e fetal, os fatores de risco que determinam os eventos e recomendar as estratégias e medidas de saúde para as mortes por causas evitáveis;
- II. envolver e sensibilizar os gestores, os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, infantil e fetal e sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo;
- III. conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos nos municípios e na região para identificar problemas nos diferentes níveis de atenção;
- IV. apoiar as coordenadorias das regiões de saúde, de modo complementar, no processo de investigação dos óbitos materno, infantil e fetal, realizada pelos municípios, preservando a confidencialidade dos dados obtidos, observada a legislação;
- V. identificar os principais determinantes sociais que interferem nos óbitos materno, infantil e fetal no contexto dos municípios e o que prevalece na Região;
- VI. conhecer os aspectos ligados à assistência ao pré-natal, ao parto, ao aborto, ao puerpério e ao segundo ano de vida, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influenciam nos índices de mortalidade materna, infantil e fetal e propor ações de intervenção junto à rede materno, infantil e fetal;
- VII. sugerir medidas de intervenções para prevenção de novas ocorrências e encaminhamentos aos gestores e órgãos competentes.

Composição

Art.5º O Comitê da Regional de Saúde, terá as seguintes instituições e representações:

- Área técnica da Superintendência
- Área técnica da Coordenadoria Regional
- Área técnica da Atenção Primária à Saúde
- Área técnica da Saúde da Criança
- Área técnica da Saúde da Mulher
- Área técnica da Saúde Indígena
- Médico obstetra
- Médico pediatra
- Vigilância Epidemiológica e Sanitária
- Representantes dos Hospitais/maternidades de referência:
- Representantes das Policlínicas da Região
- Representantes dos Conselhos Municipais de Saúde
- Representantes Associações da Saúde e de Instituições de Ensino Superior (IES) da saúde

§1º Os representantes serão indicados pelas instituições a qual estão vinculados, para um mandato de dois anos.

§ 2º A participação do Comitê somente poderá representar no máximo, duas instituições.

§3º Poderão ser convidados especialistas, gestores, instituições, de acordo com a necessidade, desde que aprovado pelo Comitê Regional.

§4º Em caso de três faltas consecutivas ou quatro faltas alternadas às reuniões ordinárias, sem justificativa, durante o mandato, será solicitada à instituição, substituição do membro representante.

§5º A Presidência do Comitê Regional será exercida pelo Presidente e por um Vice-Presidente, ambos com mandato de dois anos, permitida recondução por mais um período de dois anos.

§6º As pessoas poderão sair do Comitê a qualquer tempo, por meio de solicitação escrita ou do de seu representante oficial.

Parágrafo único. O Presidente e o Vice-Presidente, poderão ser indicados ou escolhidos pela gestão ou entre os membros do Comitê, podendo ser do quadro da instituição, do serviço público ou privado, com atuação direta ou não, na assistência à saúde.

Estrutura e competências

Art.6º Compete ao Presidente

- I. Representar o Comitê Regional, participar de reuniões, quando convocado ou convidado;
- II. Convocar e coordenar as reuniões do Comitê Regional;
- III. Encaminhar propostas para apreciação e votação;
- IV. Dar ciência à Coordenação da Região de Saúde, sobre o que for homologado, assinado e encaminhado referente aos óbitos Materno, infantil e fetal no contexto da Região de Saúde;
- V. Elaborar Relatório trimestral;
- VI. Coordenar a elaboração do plano anual de trabalho do Comitê Regional;
- VII. Coordenar e participar de visitas técnicas, eventos e ações educativas nos municípios, quando deliberadas pelo Comitê Regional;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- IX. Indicar substituto em suas ausências;
- X. Indicar um secretário para compor o Comitê.

Art. 7º Compete ao Vice-Presidente

- I. Auxiliar o Presidente nas suas funções;
- I. Auxiliar na produção do Relatório Trimestral do Comitê;
- II. Substituir o Presidente em seus impedimentos temporários;
- III. Participar das visitas educativas nos municípios;
- IV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento e outras que lhe forem delegadas pelo Presidente.

Art.8º Compete ao Secretário do Comitê Regional

- I. Enviar aos membros a pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê;
- II. Elaborar Atas das reuniões;
- III. Manter cadastro atualizado dos membros do Comitê;
- IV. Enviar comunicados, documentos.
- V. Comunicar ao Presidente solicitações e/ou correspondências recebidas em nome do Comitê;
- VI. Organizar o arquivo, mantendo os documentos sistematizados de modo a garantir o sigilo e somente permitir com autorização escrita do Presidente do Comitê; conhecer, cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art.9º Compete aos membros do Comitê Regional

- I. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- II. Realizar as atividades definidas pelo Comitê Regional;
- III. Participar da elaboração de Resoluções e Recomendações do Comitê;
- IV. Auxiliar na redação e produção do Relatório Trimestral do Comitê;
- V. Participar de visitas educativas nos Municípios, quando deliberadas pelo Comitê;
- VI. Participar das reuniões do Comitê, e contribuir para o cumprimento dos seus objetivos.

Art. 10º Compete às Superintendências da Regiões de Saúde

- I. Apoiar o funcionamento do Comitê Regional, Comissões das Coordenadorias Regionais, das Comissões Hospitalares de instituições com mais de 500 partos/ano;
- II. Acompanhar mensalmente ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais nos municípios e avaliar os indicadores de mortalidade;
- III. Avaliar a atuação do Comitê e Comissões, os óbitos investigados, prioritariamente nos municípios;
- IV. Analisar Fichas de Investigações de cada óbito, identificando e avaliando os principais problemas relacionados, às circunstâncias de ocorrência dos óbitos de acordo com o enfoque na evitabilidade, promovendo uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito pela ação dos serviços de saúde e/ou outras ações;
- V. Comunicar aos Conselhos Profissionais de Classe nos casos de investigação de condutas e procedimentos dos profissionais de saúde e responsabilidades constatadas relacionadas à Morte Materna, Infantil e Fetal, após resultados das análises dos casos;
- VI. Acompanhar a notificação e investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais em parceria com Vigilância dos municípios, observando o cumprimento da legislação vigente.

Art. 11º Compete às Comissões Regionais

- I. Busca ativa das DO pelos responsáveis da vigilância de óbitos da Secretaria Municipal de Saúde nos diferentes locais: Hospitais, Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Instituto Médico Legal (IML), cartório, serviço funerário e cemitérios oficiais e irregulares e no âmbito da atenção primária;
- II. Estímulo a investigação dos óbitos pelas equipes de vigilância em saúde dos municípios, segundo critérios definidos com a finalidade de obter informações detalhadas sobre a ocorrência dos óbitos: Levantamento de dados dos serviços de saúde por meio de Fichas de Investigação: Ambulatorial, Hospitalar, Domiciliar e, se houver, SVO e IML;

- III. Analisar Fichas de Investigações de cada óbito, identificando e avaliando os principais problemas relacionados, às circunstâncias de ocorrência dos óbitos de acordo com o enfoque na evitabilidade, promovendo uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito pela ação dos serviços de saúde e/ou outras ações;
- IV. Acompanhar mensalmente a ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais nos municípios e avaliar os indicadores de mortalidade;
- V. Nas comissões com presença do especialista (obstetra e/ou pediatra) os óbitos investigados deverão ser analisados e os resultados encaminhados para os Comitês Regionais; na ausência do especialista, organizar os documentos de cada caso, por município, para apresentação na reunião do Comitê Regional;
- VI. Elaborar e propor aos gestores e órgãos competentes as medidas de intervenções necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis;
- VII. Desenvolver ações educativas, elaboração do Relatório, boletins, avaliar a efetividade das medidas de intervenções realizadas;
- VIII. Divulgar os relatórios para as instituições, órgãos competentes e contribuir para a redução dos óbitos;
- IX. Estimular um processo de discussões dos casos, capacitações, educação continuada e produção de material educativo.

Art. 12 ° Compete às Comissões Municipais

- I. Articular junto a vigilância do óbito a identificação dos óbitos maternos, infantis e fetais coleta de dados e informações sobre declarações de óbitos e/ou busca ativa dos óbitos nos hospitais, serviços funerários, informações obtidas por agentes comunitários de saúde, líderes da Pastoral da Criança ou outras fontes;
- II. Apoiar a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais por meio dos dados da declaração de óbito, declaração de nascimento, dados do prontuário (hospitalar ou ambulatorial), visita domiciliar e entrevista com a equipe de saúde, se necessário.

Funcionamento do Comitê Regional

Art. 13° O Comitê Regional terá reunião ordinária mensal e reuniões extraordinárias, quando necessário, mediante convocação do Presidente ou pela maioria simples (50% mais um) dos representantes das instituições que integram o Comitê;

§1° Em suas reuniões, o Comitê Regional procederá à análise, síntese e conclusões dos casos investigados pelos municípios, bem como análise de indicadores entre outros;

§2° Na ocorrência de casos inconclusivos ou que apresentem evidências com novas características, o Comitê Regional orientará nova investigação, podendo inclusive indicar a participação de um ou mais de seus integrantes.

Art. 14° As deliberações sobre os temas agendados no Comitê Regional serão tomadas em votação por maioria simples dos membros presentes à reunião, obedecido ao quórum mínimo de metade mais um dos membros, cabendo ao Presidente a decisão no caso de empate, devendo ser encaminhada ao Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal a Ata com os resultados, para apreciação;

Art. 15° O Comitê Regional receberá apoio técnico, administrativo da Secretaria de Saúde do Estado;

Art. 16° O Comitê Regional poderá constituir comissões permanentes ou temporárias, deliberadas em plenária, compostas por membros titulares, suplentes e convidados;

Art. 17° Poderão ser solicitadas assessorias, apoio técnico visando o aprimoramento técnico-científico, sempre que se fizerem necessárias;

Art. 18° Todas as informações acerca do funcionamento do Comitê Regional e recomendações dos resultados da análise dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal serão apresentadas publicamente somente pelo Presidente e seu substituto, e redigidas no Colegiado do Comitê;

Fluxo das Informações

Art. 19° A Vigilância do Óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos no município de residência, que para tanto, deve reunir o material coletado no domicílio e nos serviços de saúde;

§1° A Vigilância Epidemiológica dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal é de competência do Município de residência, que procederá à entrevista domiciliar, investigação ambulatorial e hospitalar, de acordo com a classificação do óbito, em articulação com Núcleos de Vigilância Hospitalar, Vigilância Epidemiológica do Município de ocorrência e de outros Comitês Regionais e Estaduais.

§2° cabe ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ou Comissão Hospitalar realizar a investigação hospitalar e encaminhar cópia da ficha para o setor de referência da secretaria municipal de saúde, que a encaminha ao município de residência do caso por intermédio da secretaria de estado de saúde.

§3° A análise e a conclusão dos óbitos investigados devem ser discutidas em todos os níveis da atenção e com a participação dos atores envolvidos no processo da assistência. Dessa maneira, a vigilância dos óbitos pode ser efetivamente incorporada pelos profissionais para que possam avaliar os possíveis problemas ocorridos e contribuir para a construção de um olhar crítico e avaliativo com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde a fim de prevenir novas ocorrências.

§4º A investigação realizada pela Vigilância Epidemiológica dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal poderá ser complementada por solicitação do Município ao Comitê Regional, o qual poderá, inclusive, remeter nova solicitação ao Presidente do Comitê.

§5º O total dos seguintes eventos devem ser investigados:

- I. óbito de mulheres em idade fértil – 10 (dez) a 49 (quarenta e nove) anos, seja declarado materno ou não;
- II. óbito fetal – ocorrido a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm;
- III. óbito infantil – menores de 1(um) ano.

§6º Deverão ser considerados aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais, quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, e aqueles com comprimento corpóreo de 25 cm cabeça/calcanhar ou mais, quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional.

Disposições Gerais

Art. 20º O cargo de Presidente, de Vice-Presidente e dos membros do Comitê não geram direitos ou expectativa de direito, quanto a vínculo empregatício, remuneração ou outros direitos. É considerado de relevância pública e função não remunerada.

Art. 21º Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos pelo Comitê Regional e com o suporte técnico do Comitê Estadual, de modo complementar.

Art. 22º Os integrantes do Comitê Regional não responderão diretamente às demandas judiciais em relação aos casos analisados de óbitos materno, infantil e fetal.

Art. 23º Este Regimento poderá ser alterado decorrido um ano de sua aplicação, ou a qualquer tempo, mediante solicitação de dois terços dos membros do Comitê Regional, em reunião agendada com a finalidade específica, previamente declarada e comunicação aos participantes pelo menos 48h (quarenta e oito horas antes da reunião).

Art. 24 Este Regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

-----, ----- de ----- de -----

Secretária(o) da Saúde



5

Cenário Epidemiológico da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal – Ceará, 2023

O “**Cenário Epidemiológico da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**” , referente ao período de janeiro a dezembro de 2023, foi uma iniciativa da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde, por meio da Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado, em parceria com a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (Covep/Sevig/Sesa), representantes do Conselho de Secretários da Saúde (Cosems) e especialistas convidados, diante da demanda da necessidade de monitorar o processo de investigação e análise dos óbitos maternos, infantis e fetais por Região de Saúde.

5.1 Mortalidade Materna

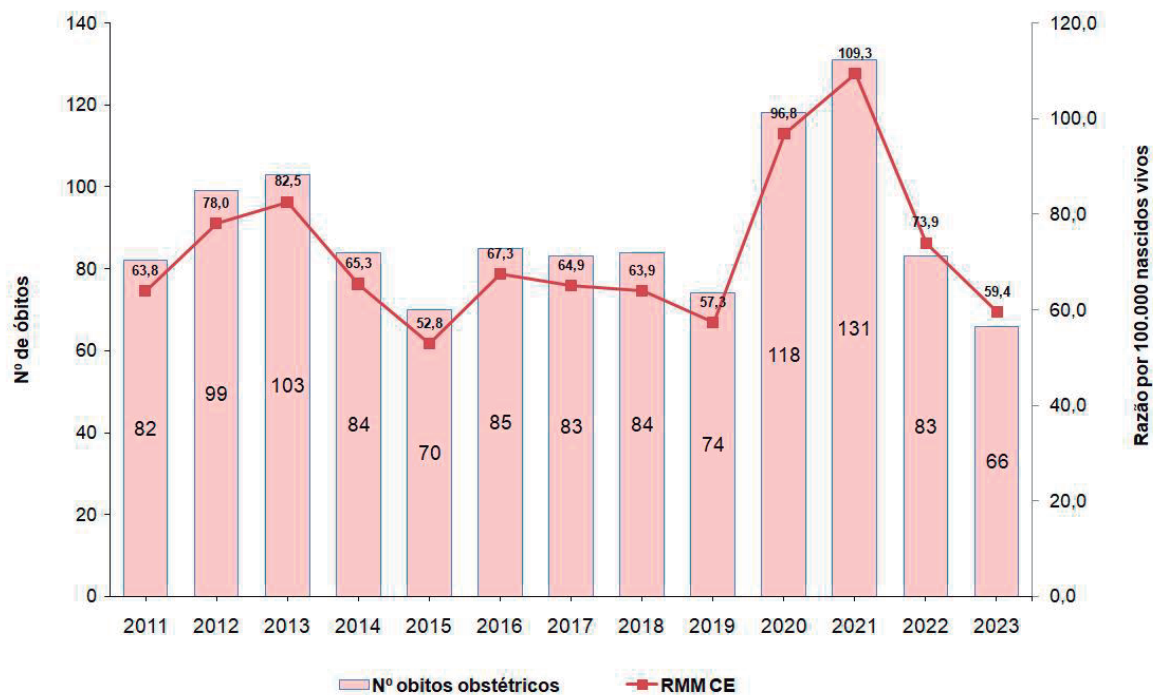
5.1.1 Série Histórica dos óbitos maternos no Ceará – 2011 a 2023

No Ceará, de 2011 a 2023, percebeu-se uma importante oscilação no indicador, explicado pelo fato de que variações no número absoluto dos óbitos determinam significativo impacto na Razão de Mortalidade Materna (RMM). Porém, nota-se que, no período de 2016 a 2019, o comportamento da curva tornou-se mais estável, com tendência de suave redução. Ainda na análise desta série histórica, observa-se que nos anos 2020 e 2021 foram registradas as maiores RMM, 96,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2020 e 109,3 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 2021, influenciados pela ocorrência da Covid-19.

Após o advento da vacinação contra a COVID 19 e a melhoria no acesso aos serviços de saúde, observou-se uma queda na Razão da Mortalidade Materna no ano de 2022, 73,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos- uma redução de 32,4%, em relação ao ano de 2021 e queda de 19,6% no ano de 2023. Taxas consideradas ainda muito altas, tendo em vista os parâmetros da OMS, que estabeleceu a meta Global de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e tendo o Brasil definido como meta nacional, 30 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, a ser alcançada até 2030² (Gráfico 1).

2 <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

Gráfico 1: Série Histórica sobre o Número de Óbitos Maternos Obstétricos e Razão da Mortalidade Materna, Ceará, 2011 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM /GT Vigilância do óbito.

5.1.2 Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e óbitos Maternos - Ceará, 2023

No Estado do Ceará, no ano de 2023, foram notificados 2.853 óbitos de mulheres em idade fértil. Dos 97,8% óbitos investigados indentificou-se a ocorrência de 83 óbitos maternos. A análise pelos Comitês Regionais foi realizada em 42,1% dos óbitos maternos investigados (Tabela 1).

Tabela 1. Número de óbitos de MIF e proporção de MIF investigados, número de óbitos Maternos Notificados, investigados e analisados pelos Comitês Regionais– Ceará, 2023*

REGIÃO DE SAÚDE	Nº MIF	% MIF INVEST.	Nº MATERNOS NOTIFICADOS	Nº MATERNOS INVESTIGADOS	% MATERNOS INVESTIGADOS	Nº MATERNOS ANALISADOS**
RS Fortaleza	1.475	97,6	35	35	100,0	19
RS Norte	524	97,9	15	15	100,0	4
RS Cariri	501	98,1	20	20	100,0	0
RS Sertão Central	220	96,1	5	5	100,0	5
RS Litoral Leste	181	100,0	8	8	100,0	7
Ceará	2.853	97,8	83	83	100,0	35

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM /GT Vigilância do óbito.

**Informações fornecidas pelos técnicos responsáveis pelos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, apresentadas na Reunião do Comitê Estadual no dia 24/04/2024.

5.1.3 Óbitos Maternos Classificados por Grupo de Causas – Ceará, 2023

No ano de 2023, no estado do Ceará, 37,3% dos óbitos maternos foram classificados como obstétricos diretos (aqueles por complicações, durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas), e 38,6%, foram classificados como obstétricos indiretos (resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez) (Tabela 2).

Tabela 2. Número e percentual de óbitos maternos classificados por grupos de causas, Ceará, 2023*

REGIÃO DE SAÚDE	ÓBITOS MATERNOS OBSTÉTRICOS DIRETOS		ÓBITOS MATERNOS OBSTÉTRICOS INDIRETOS		ÓBITOS MATERNOS OBSTÉTRICOS NÃO ESPECIFICADOS		ÓBITOS MATERNOS POR CAUSAS EXTERNAS		ÓBITOS MATERNOS TARDIOS		TOTAL DE ÓBITOS MATERNOS
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
RS Fortaleza	13	37,1	10	28,6	1	2,9	5	14,3	6	17,1	35
RS Norte	7	46,7	6	40,0	1	6,7	1	6,7	0	0,0	15
RS Cariri	8	40,0	7	35,0	1	5,0	3	15,0	1	5,0	20
RS Sertão Central	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
RS Litoral Leste	1	12,5	6	75,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	8
Ceará	31	37,3	32	38,6	3	3,6	10	12,0	7	8,4	83

Fonte: Sesa/Sevig/Covep/Cevap/SIM /GT Vigilância do óbito

5.1.4 Óbitos Maternos segundo momento de ocorrência - Ceará, 2023

Analisando a mortalidade materna segundo o momento de ocorrência, observou-se que, no estado do Ceará, em 2023, 37,3% dos óbitos maternos ocorreram durante o puerpério; 18,1%, durante a gestação; 6,0%, durante o parto e 2,4%, em virtude de aborto. Desse modo, percebe-se que o cuidado antes, durante e após o parto podem salvar vidas de mulheres e bebês, tornando-se imprescindível o preenchimento dessa variável na Declaração de Óbito (DO)

Tabela 3. Número e percentual de óbitos maternos, por momento da ocorrência do óbito, Ceará, 2023*

REGIÃO DE SAÚDE	DURANTE A GESTAÇÃO		DURANTE O PARTO		DURANTE O ABORTO		DURANTE O PURPÉRIO		PURPÉRIO TARDIO		IGNORADO		TOTAL DE ÓBITOS
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
RS Fortaleza	6	17,1	2	5,7	1	2,9	10	28,6	16	45,7	0	0,0	35
RS Norte	3	20,0	1	6,7	0	0,0	7	46,7	2	13,3	2	13,3	15
RS Cariri	4	19,0	2	9,5	1	4,8	7	33,3	7	33,3	0	0,0	21
RS Sertão Central	1	16,7	0	0,0	0	0,0	3	50,0	2	33,3	0	0,0	6
RS Litoral Leste	1	16,7	0	0,0	0	0,0	4	66,7	1	16,7	0	0,0	6
Ceará	15	18,1	5	6,0	2	2,4	31	37,3	28	33,7	2	2,4	83

Fonte: Sesa/Sevig/Covep/Cevap/SIM /GT Vigilância do óbito

5.2 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população. Com o cálculo da sua taxa, estima-se o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida. Valores elevados refletem precárias condições de vida e saúde e baixo nível de desenvolvimento social e econômico (BRASIL, 2021).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº72 estabelecendo que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). Com isso, espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar o planejamento de ações voltadas para prevenção de novas ocorrências.

5.2.1 Série Histórica da Mortalidade Infantil, Ceará, 2011 a 2023

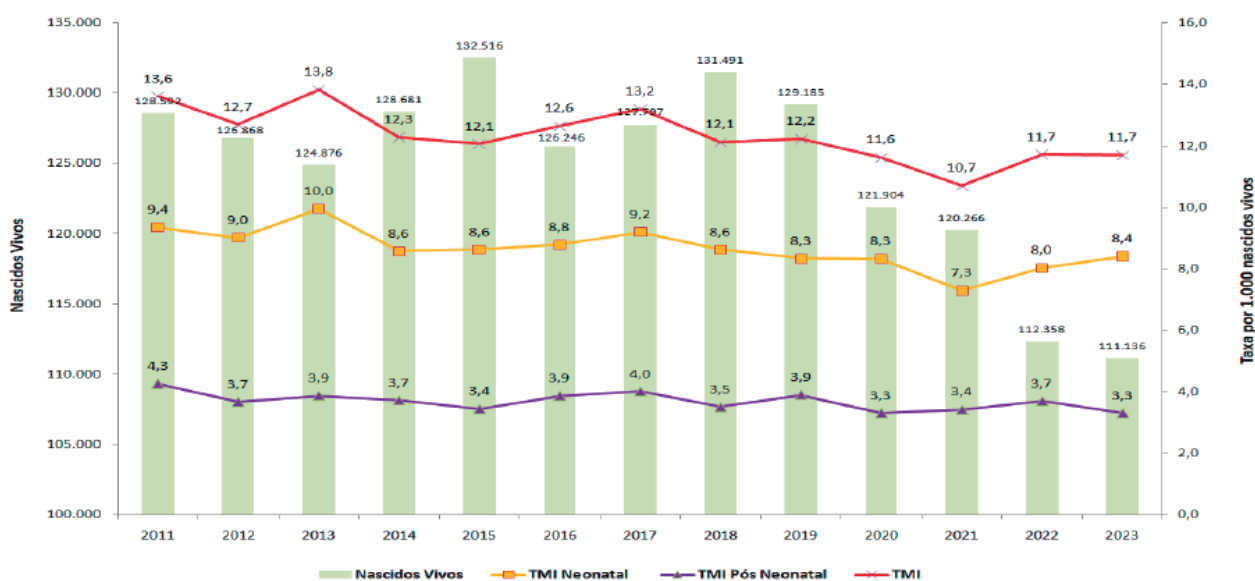
Nos anos de 2011 a 2023, foram notificados no estado do Ceará 20.045 óbitos em crianças menores de 1 ano, correspondendo a uma média de 1.542 óbitos/ano. Os dados da série histórica do período de 2011 a 2023, estão registrados no Gráfico 2. No

período, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no estado do Ceará registrou um declínio, passando de 13,6 em 2011 para 11,7 em 2023, indicando uma redução de 14,0%, porém não foi contínuo, pois a tendência da TMI no período foi marcada por flutuações.

Observa-se TMI superiores a 13,0 óbitos por mil nascidos vivos nos anos de 2011, 2013 e 2017 intercaladas por taxas variando entre 12,1 a 12,7 nos anos de 2012, 2014-2016. No ano de 2017, a TMI volta a crescer e retorna ao patamar de 13,2 óbitos por mil nascidos vivos. Entre 2018 a 2023, verifica-se um período com discreta redução, valores variando entre 12,1 e 10,7. A menor taxa foi registrada em 2021, segundo ano da pandemia de Covid-19, voltando ao patamar de 11,7 no biênio 2022-2023.

A redução da taxa de mortalidade infantil para casa de um dígito é uma das metas do Plano Estadual de Saúde - 2024-2027. O desafio é chegar a 2027 com uma taxa de mortalidade infantil de 9,5 óbitos por mil nascidos vivo.

Gráfico 2: Série Histórica sobre Número de Nascidos Vivos e Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes, Ceará, 2011 a 2023



Fonte: Sesa/Sevig/Covep/Cevap/SIM - Sinasc/GT Vigilância do óbito

*Nota: dados parciais sujeitos a revisão, banco de dados gerado em 08/01/2025

5.2.2 Óbitos Infantis Notificados, Investigados e Analisados por Região de Saúde- Ceará, 2023

Em 2023, foram notificados 1.302 óbitos infantis no Ceará, desses, 96,8% foram investigados e 36,5% dos óbitos investigados foram analisados pelos Comitês Regionais (Tabela 4).

Observa-se ainda que os percentuais de óbitos investigados por região de saúde apresentam taxa acima de 90%, representando um valor acima da meta pactuada pelo estado que é de 75%.

Tabela 4. Número de óbitos infantis notificados e investigados, Ceará, 2023*

REGIÃO DE SAÚDE	COMPONENTE									Total		
	NEONATAL PRECOCE			NEONATAL TARDIO			PÓS-NEONATAL			NOT	INV	%
	NOT	INV	% INV	NOT	INV	% INV	NOT	INV	% INV			
RS Fortaleza	386	377	97,7	118	116	98,3	186	183	98,4	690	676	98,0
RS Norte	118	115	97,5	35	35	100,0	76	73	96,1	229	223	97,4
RS Cariri	105	98	93,3	40	36	90,0	57	53	93,0	202	187	92,6
RS Sertão Central	50	48	96,0	30	29	96,7	34	31	91,2	114	108	94,7
RS Litoral Leste	41	41	100,0	7	7	100,0	19	18	94,7	67	66	98,5
Ceará	700	679	97,0	230	223	97,0	372	358	96,2	1.302	1.260	96,8

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM /GT Vigilância do óbito

*Nota: dados parciais sujeitos a revisão, banco de dados gerado em em 08/01/2025

**Informações fornecidas pelos técnicos responsáveis pelos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, apresentadas na Reunião do Comitê Estadual no dia 24/04/2024.

5.2.3 Óbitos Infantis: Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-Neonatal

A Tabela 5 apresenta os óbitos infantis segundo componentes por Região de Saúde do estado do Ceará no período de 2011 a 2023. Percebeu-se que de um total de 1.302 óbitos, 53,7% (700) são óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias), 17,6% (230) óbitos neonatais tardios (7 a 27 dias) e 28,6% (372) óbitos pós-neonatais (28 a 364 dias). Observou-se um destaque para o número de óbitos no período neonatal precoce, os quais poderiam ser evitados com a melhoria da atenção à mulher, durante à gestação e ao parto, e atenção ao recém-nascido.

Tabela 5. Número e proporção de óbitos infantis segundo componentes, Ceará, 2023*

REGIÃO DE SAÚDE	COMPONENTE									Total		
	NEONATAL PRECOCE			NEONATAL TARDIO			PÓS-NEONATAL			NOT	INV	%
	NOT	INV	% INV	NOT	INV	% INV	NOT	INV	% INV			
RS Fortaleza	386	377	97,7	118	116	98,3	186	183	98,4	690	676	98,0
RS Norte	118	115	97,5	35	35	100,0	76	73	96,1	229	223	97,4
RS Cariri	105	98	93,3	40	36	90,0	57	53	93,0	202	187	92,6
RS Sertão Central	50	48	96,0	30	29	96,7	34	31	91,2	114	108	94,7
RS Litoral Leste	41	41	100,0	7	7	100,0	19	18	94,7	67	66	98,5
Ceará	700	679	97,0	230	223	97,0	372	358	96,2	1.302	1.260	96,8

Fonte: Sesa/Sevig/Covep/Cevep/SIM /GT Vigilância do óbito

*Nota: dados parciais sujeitos a revisão, banco de dados gerado em 02/05/2023

5.2.4 Óbitos Infantis segundo componente e idade gestacional ao nascimento por Região de Saúde, Ceará, 2023

No Ceará dos 700 óbitos notificados como neonatais precoces, 76% (532) são óbitos de bebês nascidos pré-termos (antes de 37 semanas). Considerando a distribuição por Região de Saúde, observou-se o maior volume de óbitos de bebês prematuros, na Região de Fortaleza com 301 óbitos (56,5%), seguida pela Região Norte com 89 óbitos (16,8%) e a Região do Cariri com 76 óbitos (14,2%). Chama a atenção para o índice de prematuridade envolvido em todos os componentes da mortalidade infantil. No Estado, esse índice alcançou um total de 809 óbitos notificados, correspondendo a 62,1% dos óbitos infantis (Tabela 6).

Tabela 6. Número e proporção de óbitos infantis por componente, segundo idade gestacional ao nascimento, Região de Saúde, Ceará, 2023.

REGIÃO DE SAÚDE	SEMANAS GESTACIONAIS	NEONATAL PRECOCE (0 A 6 DIAS)		NEONATAL TARDIO (7 A 27 DIAS)		PÓS-NEONATAL (28 A 364 DIAS)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
FORTALEZA	PRÉ -TERMO (ANTES DE 37 SEMANAS)	301	78,0	73	61,9	66	35,5
	A TERMO (ENTRE 37 E 42 SEMANAS)	64	16,6	38	32,2	64	34,4
	PÓS -TERMO (APÓS 42 SEMANAS)	1	0,3	0	0,0	1	0,5
	Ignorado	20	5,2	7	5,9	55	29,6
	Total	386	-	118	-	186	-
NORTE	PRÉ -TERMO (ANTES DE 37 SEMANAS)	89	75,4	21	60,0	24	31,6
	A TERMO (ENTRE 37 E 42 SEMANAS)	21	17,8	9	25,7	20	26,3
	PÓS -TERMO (APÓS 42 SEMANAS)	0	0,0	0	0,0	1	1,3
	Ignorado	8	6,8	5	14,3	31	40,8
	Total	118	-	35	-	76	-
CARIRI	PRÉ -TERMO (ANTES DE 37 SEMANAS)	76	72,4	26	65,0	25	43,9
	A TERMO (ENTRE 37 E 42 SEMANAS)	22	21,0	14	35,0	20	35,1
	PÓS -TERMO (APÓS 42 SEMANAS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ignorado	7	6,7	0	0,0	12	21,1
	Total	105	-	40	-	57	-
SERTÃO CENTRAL	PRÉ -TERMO (ANTES DE 37 SEMANAS)	33	66,0	25	83,3	12	35,3
	A TERMO (ENTRE 37 E 42 SEMANAS)	10	20,0	4	13,3	16	47,1
	PÓS -TERMO (APÓS 42 SEMANAS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ignorado	7	14,0	1	3,3	6	17,6
	Total	50	-	30	-	34	-
LITORAL LESTE	PRÉ -TERMO (ANTES DE 37 SEMANAS)	33	80,5	2	28,6	3	15,8
	A TERMO (ENTRE 37 E 42 SEMANAS)	6	14,6	5	71,4	7	36,8
	PÓS -TERMO (APÓS 42 SEMANAS)	0	0,0	0	0,0	1	5,3
	Ignorado	2	4,9	0	0,0	8	42,1
	Total	41	-	7	-	19	-
CEARÁ	PRÉ -TERMO (ANTES DE 37 SEMANAS)	532	76,0	147	63,9	130	34,9
	A TERMO (ENTRE 37 E 42 SEMANAS)	123	17,6	70	30,4	127	34,1
	PÓS -TERMO (APÓS 42 SEMANAS)	1	0,1	0	0,0	3	0,8
	Ignorado	44	6,3	13	5,7	112	30,1
	Total	700	-	230	-	372	-

Fonte: Sesa/Sevig/Covep/Cevp/SIM /GT Vigilância do óbito. *Nota: dados parciais sujeitos a revisão, banco de dados gerado em 08/01/2025

***Pré-Termo (Antes de 37 Semanas) / A Termo (Entre 37 e 42 Semanas) / Pós -Termo (Após 42 Semanas)

5.2.5 Óbitos Infantis por Principais Causas- Ceará, 2023

Considerando a Tabela 7, sobre o ranqueamento da mortalidade neonatal observou-se como predominantes em todas as regiões de saúde as seguintes causas: septicemia bacteriana (P36) e transtorno de baixo peso (P07). E, na sequência, se destacaram também como principais causas, o desconforto respiratório (P22) e afecções maternas (P00) presentes em apenas quatro das regiões de saúde.

Com referência aos óbitos pós-neonatais (28 dias a 364 dias) as causas apresentadas foram mais específicas destacando-se em apenas quatro regiões de saúde: mal formação do coração (Q24) e pneumonia (J18); e em três regiões: outras septicemias (A41).

Tabela 7. Ranqueamento da mortalidade Neonatal e Pós Neonatal segundo as cinco principais causas CID 10 e Superintendência Regional de Saúde. Ceará, 2023

Neonatal					
Causa	Fortaleza	Sobral	Cariri	Quixadá	Litoral Leste
1ª	P07 Transtorno baixo peso	P36 Septicemia bacteriana	P22 Desconforto respiratório	P36 Septicemia bacteriana	P21 Asfixia ao nascer
2ª	P36 Septicemia bacteriana	P22 Desconforto respiratório	P36 Septicemia bacteriana	P07 Transtorno baixo peso	P02 Complicação placenta/cordão umbilical/membranas
3ª	P22 Desconforto respiratório	P07 Transtorno baixo peso	P00 Afecções maternas	P22 Desconforto respiratório	P07 Transtorno baixo peso
4ª	P00 Afecções maternas	Q24 Malformações do coração	P07 Transtorno baixo peso	P00 Afecções maternas	P36 Septicemia bacteriana
5ª	P01 Complicações maternas na gravidez	P96 Outr afecções originadas período perinatal	P02 Complicação placenta/cordão umbilical/membranas	Q89 Outr malformacoes congen NCOP	P00 Afecções maternas

Pós Neonatal					
Causa	Fortaleza	Sobral	Cariri	Quixadá	Litoral Leste
1ª	Q24 Malformações do coração	J18 Pneumonia	J18 Pneumonia	R99 Causas mal definidas	J18 Pneumonia
2ª	Q21 Malformações dos septos cardíacos	P36 Septicemia bacteriana	Q24 Malformações do coração	Q24 Malformações do coração	Q24 Malformações do coração
3ª	A41 Outr septicemias	A41 Outr septicemias	A09 Diarreia e gastroenterite	A41 Outr septicemias	A09 Diarreia e gastroenterite
4ª	J18 Pneumonia	P77 Enterocolite necrotizante	P77 Enterocolite necrotizante	P24 Aspiração neonatal	G93 Transtorno do encefalo
5ª	J21 Bronquiolite aguda	P27 Doença respiratória crônica	J21 Bronquiolite aguda	Q21 Malformações dos septos cardíacos	R99 Causas mal definidas

5.2.6 Óbitos Infantis Segundo Peso ao Nascer- Ceará, 2023

No Ceará em 2023, dos 1.302 óbitos infantis, 528 (40,5%) foram neonatais precoces, 155 (12%) neonatais tardios e 129 (10%) pós-neonatal são de bebês que apresentaram baixo peso ao nascer (< 2,5kg), perfazendo um total de 812 óbitos (62,3%) (Tabela 8).

Tabela 8. Número e proporção de óbitos infantis, por componente segundo peso ao nascer, Ceará, 2023

REGIÃO DE SAÚDE	PESO AO NASCER	NEONATAL PRECOCE		NEONATAL TARDIO		PÓS-NEONATAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
FORTALEZA	≤ 500g	106	27,5	8	6,8	0	0,0
	501g a <1,4Kg	142	36,8	47	39,8	36	19,4
	1,5Kg a 2,4Kg	62	16,1	24	20,3	30	16,1
	2,5Kg a 2,9Kg	26	6,7	15	12,7	37	19,9
	3Kg a 3,9Kg	29	7,5	13	11,0	35	18,8
	4Kg e +	5	1,3	4	3,4	4	2,2
	Ignorado	16	4,1	7	5,9	44	23,7
	Total	386	-	118	-	186	-
NORTE	≤ 500g	16	13,6	0	0,0	0	0,0
	501g a <1,4Kg	52	44,1	15	42,9	12	15,8
	1,5Kg a 2,4Kg	14	11,9	9	25,7	11	14,5
	2,5Kg a 2,9Kg	13	11,0	3	8,6	5	6,6
	3Kg a 3,9Kg	19	16,1	6	17,1	15	19,7
	4Kg e +	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ignorado	4	3,4	2	5,7	33	43,4
	Total	118	-	35	-	76	-
CARIRI	≤ 500g	11	10,5	2	5,0	0	0,0
	501g a <1,4Kg	53	50,5	17	42,5	17	29,8
	1,5Kg a 2,4Kg	14	13,3	9	22,5	10	17,5
	2,5Kg a 2,9Kg	11	10,5	3	7,5	8	14,0
	3Kg a 3,9Kg	12	11,4	8	20,0	10	17,5
	4Kg e +	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ignorado	4	3,8	1	2,5	12	21,1
	Total	105	-	40	-	57	-
SERTÃO CENTRAL	≤ 500g	8	16,0	0	0,0	0	0,0
	501g a <1,4Kg	20	40,0	12	40,0	6	17,6
	1,5Kg a 2,4Kg	7	14,0	9	30,0	6	17,6
	2,5Kg a 2,9Kg	4	8,0	3	10,0	8	23,5
	3Kg a 3,9Kg	6	12,0	2	6,7	8	23,5
	4Kg e +	0	0,0	1	3,3	0	0,0
	Ignorado	5	10,0	3	10,0	6	17,6
	Total	50	-	30	-	34	-
LITORAL LESTE	≤ 500g	8	19,5	0	0,0	0	0,0
	501g a <1,4Kg	18	43,9	2	28,6	1	5,3
	1,5Kg a 2,4Kg	7	17,1	1	14,3	0	0,0
	2,5Kg a 2,9Kg	1	2,4	1	14,3	9	47,4
	3Kg a 3,9Kg	5	12,2	3	42,9	5	26,3
	4Kg e +	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ignorado	2	4,9	0	0,0	4	21,1
	Total	41	-	7	-	19	-
CEARÁ	≤ 500g	149	21,3	10	4,3	0	0,0
	501g a <1,4Kg	285	40,7	93	40,4	72	19,4
	1,5Kg a 2,4Kg	104	14,9	52	22,6	57	15,3
	2,5Kg a 2,9Kg	55	7,9	25	10,9	67	18,0
	3Kg a 3,9Kg	71	10,1	32	13,9	73	19,6
	4Kg e +	5	0,7	5	2,2	4	1,1
	Ignorado	31	4,4	13	5,7	99	26,6
	Total	700	-	230	-	372	-

5.3 Mortalidade Fetal

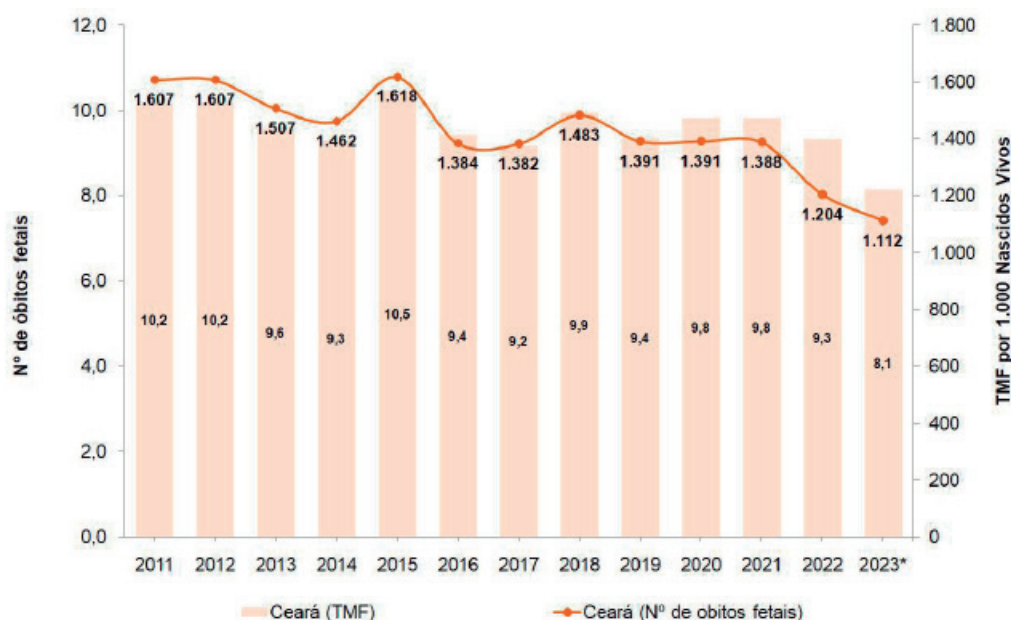
A Organização Mundial da Saúde (OMS), na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID-10), define o óbito fetal como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (OMS, 1993).

A taxa de mortalidade fetal, e é conceituada como o número de óbitos fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2009).

5.3.1 Série Histórica da Mortalidade Fetal, Ceará, 2011 a 2023

O Gráfico 3 mostra o comportamento anual da taxa de mortalidade fetal no Estado do Ceará, entre 2011 e 2023, quando passou de 10,2 por mil nascimentos para 8,1, representando uma diminuição de aproximadamente 20,6%. Assim como na TMI geral, essa diminuição também ocorreu seguindo uma dinâmica de queda discreto.

Gráfico 3 – Óbitos Fetais e Taxa de Mortalidade Fetal por mil Nascidos Vivos – Ceará, 2011 a 2023*



Fonte: Sesa/Covep/Cevet/GT Vigilância do Óbito/SIM/Sinasc. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 02/10/2024

5.3.2 Óbitos Fetais Notificados, Investigados e Analisados, Ceará, 2023

No Estado do Ceará em 2023, foram notificados 1.112 óbitos fetais, desses 1.089 (97,9%) foram investigados e 334 (30,6%) foram analisados pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade (Tabela 9).

Tabela 9. Número de óbitos fetais notificados, investigados e analisados, e proporção de investigados, Ceará, 2023*

REGIÃO DE SAÚDE	Nº Fetais	Nº Fetais Investigados	Nº Fetais Analisados**	% Fetais investigados
Fortaleza	551	541	216	98,2
Norte	225	222	28	98,7
Cariri	185	176	-	95,1
Sertão Central	80	80	80	100,0
Litoral Leste	71	70	10	98,6
Ceará	1.112	1.089	334	97,9

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM /GT Vigilância do óbito

Nota: banco de dados gerado em 08/01/2025

**Informações fornecidas pelos técnicos responsáveis pelos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, apresentadas na Reunião do Comitê Estadual no dia 24/04/2024.

5.3.3 Óbitos Fetais segundo idade gestacional, Ceará, 2023

A Tabela 10 apresenta o número e a proporção dos óbitos fetais (≥ 22 semanas) no Ceará em 2023, segundo a idade gestacional (IG). No Ceará dos 1.112 óbitos notificados como fetais, destes 860 (77,3%) são óbitos de gestações pré-termos (< 37 semanas); 214 óbitos (19,2%) são de gestações a termo (37 a 42 semanas), e ausência de registro no período pós-termo (≥ 42 semanas).

Considerando a distribuição dos óbitos fetais por Região de Saúde, observou-se o maior volume de óbitos fetais pré-termos na Região de Fortaleza com 439 óbitos (79,7%), seguida pela região Norte com 162 óbitos (72%), Cariri com 140 óbitos (75,6%), Sertão Central com 63 óbitos (78,7%) e Litoral Leste com 56 óbitos (78,8%).

A idade gestacional Pré-termo, predominou em todas as Regiões de Saúde; e a idade gestacional a termo, foi menor na Região de Saúde de Fortaleza (15,6%).

Tabela 10. Número e proporção de óbitos fetais (≥ 22 semanas), segundo idade gestacional e Região de Saúde, Ceará, 2023.

Região de Saúde	Idade Gestacional (semanas)	Óbitos Fetais	
		Nº	%
FORTALEZA	Pré-termo (<37)	439	79,7
	A termo (37 a 42)	86	15,6
	Pós-termo (≥ 42)	0	0,0
	Ignorado	26	4,7
	TOTAL	551	-
NORTE	Pré-termo (<37)	162	72,0
	A termo (37 a 42)	56	24,9
	Pós-termo (≥ 42)	0	0,0
	Ignorado	7	3,1
	TOTAL	225	-
CARIRI	Pré-termo (<37)	140	75,7
	A termo (37 a 42)	43	23,2
	Pós-termo (≥ 42)	0	0,0
	Ignorado	2	1,1
	TOTAL	185	-
SERTÃO CENTRAL	Pré-termo (<37)	63	78,8
	A termo (37 a 42)	15	18,8
	Pós-termo (≥ 42)	0	0,0
	Ignorado	2	2,5
	TOTAL	80	-
LITORAL LESTE	Pré-termo (<37)	56	78,9
	A termo (37 a 42)	14	19,7
	Pós-termo (≥ 42)	0	0,0
	Ignorado	1	1,4
	TOTAL	71	-
CEARÁ	Pré-termo (<37)	860	77,3
	A termo (37 a 42)	214	19,2
	Pós-termo (≥ 42)	0	0,0
	Ignorado	38	3,4
	TOTAL	1.112	-

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM /GT Vigilância do óbito. *Nota: banco de dados gerado em 08/01/2025
 *** Pré-termo (<37 semanas) / A termo (37 a 42 semanas) / Pós-termo (≥ 42 semanas)

5.3.4 Óbitos Fetais segundo período de ocorrência - Ceará, 2023

As mortes fetais recebem a classificação adicional de mortes fetais anteparto (antes do início do trabalho de parto) e mortes fetais intraparto (depois de iniciado o trabalho de parto, mas antes do nascimento) (Ministério da Saúde, 2009).

No Estado do Ceará em 2023, bem como em todas as Regiões de Saúde, a maior parte (91,5%) dos óbitos fetais ocorreu no período antes do parto (anteparto). Desses, 49,9% são residentes da Região de Fortaleza, seguida pela Região Norte com 19,7%. Óbitos ocorridos neste período podem estar associados a causas maternas, principalmente relacionadas à assistência à gestante no pré-natal. 5,8% dos óbitos fetais corresponderam a categoria durante o parto (Intraparto)(Tabela 11).

Tabela 11. Número e proporção de óbitos fetais, segundo período de ocorrência e Região de Saúde, Ceará, 2023*

Região de Saúde	Período de ocorrência	Total	
		Nº	%
FORTALEZA	Antes do Parto (Anteparto)	500	90,7
	Durante o Parto (Intraparto)	37	6,7
	Ignorado	14	2,5
	TOTAL	551	-
NORTE	Antes do Parto (Anteparto)	201	89,3
	Durante o Parto (Intraparto)	13	5,8
	Ignorado	11	4,9
	TOTAL	225	-
CARIRI	Antes do Parto (Anteparto)	176	95,1
	Durante o Parto (Intraparto)	8	4,3
	Ignorado	1	0,5
	TOTAL	185	-
SERTÃO CENTRAL	Antes do Parto (Anteparto)	73	91,3
	Durante o Parto (Intraparto)	5	6,3
	Ignorado	2	2,5
	TOTAL	80	-
LITORAL LESTE	Antes do Parto (Anteparto)	69	97,2
	Durante o Parto (Intraparto)	1	1,4
	Ignorado	1	1,4
	TOTAL	71	-
CEARÁ	Antes do Parto (Anteparto)	1.019	91,6
	Durante o Parto (Intraparto)	64	5,8
	Ignorado	29	2,6
	TOTAL	1.112	-

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM /GT Vigilância do óbito

Nota: banco de dados gerado em 08/01/2025

Quadro 7: Recomendações de medidas de intervenções por Linha de ação

LINHA DE AÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Saúde Sexual e Reprodutiva	1. Implantação do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva com foco nas questões de gênero e incluir a Saúde do homem e dos (as) adolescentes.
	2. Implantação de métodos reversíveis de longa duração (LARC) às adolescentes.
	3. Prevenção da gravidez na adolescência nos territórios através de programas, como o Programa de Saúde na Escola (PSE) .
	4. Aquisição e implantação de Teste Rápido de gravidez nas unidades básicas de saúde como estratégia para captação precoce ao pré-natal.
	5. Ampliação da inserção do DIU na Atenção Primária, no pós-parto e pós-abortamento nas principais maternidades.
	6. Assistência à saúde sexual e reprodutiva aos diversos segmentos populacionais: Pessoa com deficiência, indígenas, pessoas privadas de liberdade, considerando a especificidade de cada condição.
	7. Prevenção e tratamento qualificado das IST/HIV/AIDS, Hepatites , bem como das Doenças Crônicas Não Transmissíveis às mulheres em idade fértil, gestantes e seu parceiro.
Pré-natal	8. Captação precoce e busca ativa para início do acompanhamento pré-natal e número adequado de consultas (mínimo seis).
	9. Garantia de ampliação ao acesso a exames de pré-natal (laboratoriais e de imagem), bem como os resultados em tempo oportuno.
	10. Diagnóstico e tratamento precoce das intercorrências da gravidez, garantindo o acesso a exames de vitalidade fetal (Doppler). (Detectar fetos de baixo peso, anomalia fetal, Restrição de crescimento, e outras).
	11. Acolhimento e estratificação de risco no acompanhamento pré-natal , conforme protocolo e atenção humanizada.
	12. Estímulo a presença da rede de apoio nas consultas de pré-natal;
	13. Promoção da saúde do homem e da paternidade responsável, garantindo a realização de consultas de Pré-natal do homem.
	14. Acesso em tempo oportuno às consultas especializadas às gestantes que necessitam de Pré-natal de Alto Risco (PNAR).
	15. Garantia do transporte sanitário adequado e oportuno dos pacientes.
	16. Fortalecimento das iniciativas de promoção à saúde com realização de grupos de apoio às gestantes durante o pré-natal , com fornecimento de orientações e fortalecimento da autonomia para o parto e a função materna.
	17. Incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos 06 primeiros meses de vida por livre demanda e continuidade até os 02 anos ou mais desde o pré-natal.
	18. Garantia à Lei da Vinculação da gestante nº 11.634/2007: direito à informação prévia sobre a maternidade de referência.
Parto	19. "Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento" nas maternidades de referência (produção de material técnico e informativo, monitoramento, capacitação).
	20. Adoção da Classificação de Robson recomendada pela OMS para monitoramento da taxa de cesárea, nas maternidades do Estado.
	21. Elaboração de Instrumentos Técnicos de orientações sobre a alta responsável pós-parto e nascimento com orientações necessárias sobre aleitamento materno, autocuidado, planejamento reprodutivo, entre outras.
Puerpério	22. Promoção do cuidado integral às mães e aos bebês , incluindo o rastreamento de desajustes de saúde mental, característicos do puerpério (Depressão pós-parto e outros).
	23. Prioridade à consulta de puerpério até 7º dia de vida do recém-nascido.
	24. Acompanhamento às Puérperas e bebês de alto risco após alta da maternidade.

	25. Garantia do cuidado especializado e integral às puérperas com perda perinatal, incluindo encaminhamentos necessários na Rede de Atenção à Saúde.
LINHA DE AÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Gestão do Cuidado	26. Elaboração da Linha de Cuidado Materno Infantil definindo os pontos de atenção e suas atribuições de acordo com o nível de atenção à saúde.
	27. Elaboração e implantação de Protocolo Estadual sobre as competências dos hospitais de referência ao parto , garantindo a presença da equipe mínima durante as 24 (vinte e quatro) horas, adequadamente capacitada.
	28. Elaboração e implantação da Linha de Cuidado às mulheres nas perdas Perinatais e acompanhamento na Rede Materna e Infantil.
	29. Implantação dos dispositivos de fortalecimento do cuidado em Rede: Clínica Ampliada; Projeto Terapêutico Singular (PTS), Matriciamento.
	30. Gestão Compartilhada: manter os vínculos de relação profissional/usuário/serviços fortalecidos, de acordo com as necessidades do território em articulação com as outras Redes de Atenção, em especial, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial.
	31. Qualificação da Assistência Materno infantil visando a melhoria do cuidado em todas as áreas de atenção, a fim de prevenir mortes evitáveis.
	32. Qualificação dos profissionais da atenção especializada e maternidades sobre cuidados em urgência e emergência em obstetria e em reanimação neonatal.
Organização da Rede de Saúde da Mulher e da Criança	33. Organização e expansão dos Leitos necessários de acordo com o cálculo de estimativas de gestantes e em uma dimensão regional.
	34. Expansão de leitos intermediários convencionais e leitos canguru para internação dos bebês em seu território.
	35. Garantia do acesso da gestante ou puérpera ao leito intensivo adulto e aos demais recursos terapêuticos e diagnósticos necessários nas situações de morbidades maternas grave.
	36. Ampliação do acesso das gestantes às Casas das Gestantes, Bebês e Puérperas em todas as Regiões de Saúde, estratégicos para a atenção adequada em tempo oportuno.
	37. Acesso ao transporte neonatal adequado e oportuno.
	38. Monitoramento para reposição/disponibilidade de hemocomponentes e derivados pelas Agências transfusionais das maternidades.
	39. Alinhamento entre SAMU e Sistema de Regulação do Estado em relação aos protocolos de transferências, utilizando a prerrogativa de vaga ZERO.
Vigilância do Óbito	40. Implementação das ações dos Comitês Regionais e Comissões de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal nas Regiões de Saúde.
	41. Acompanhamento dos óbitos notificados para monitoramento das análises e recomendações de medidas de intervenção para redução dos óbitos.
	42. Qualificação dos registros referentes às perdas perinatais: Elaborar e implantar uma Ficha padronizada para o registro de informações detalhadas (peso da placenta, intercorrências, cordão e outras).
	43. Qualificação dos profissionais sobre a vigilância do óbito , sistema de informação e atuação em Comitês de Prevenção da Mortalidade.
	44. Apoio técnico aos Comitês Regionais que estão com dificuldades de assumir e efetivar suas atribuições.
	45. Sistematização dos relatórios quadrimestrais dos resultados das análises dos óbitos pelos Comitês Regionais.
	46. Elaboração e publicização de boletim epidemiológico sobre os principais problemas relacionados aos óbitos maternos, infantis e fetais evitáveis indicando medidas de intervenções para prevenção de novos casos.



Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 427, de 22 de março de 2005. Institui a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 56, p. 23, 23 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **MANUAL DOS COMITÊS DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Estabeleceu a obrigatoriedade da investigação dos óbitos maternos, os fluxos e prazos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 116 de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do óbito Materno/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 – Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume Nº 37. outubro, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 72, de 11 de janeiro de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal– 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte (org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Editora EaD Ensp, Fiocruz, 2013.

CEARÁ. Governo do Estado. Decreto nº 28.774, de 21 de junho de 2007. Altera dispositivos do decreto nº 22.691, de 29/07/1993, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**: série 2, ano 10, caderno único, Fortaleza, CE, n. 119, p. 2, 26 jun. 2007a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Portaria nº 7, de 7 de janeiro de 2022. Dispõe Sobre a reestruturação do Comitê Estadual e Regionais de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no estado do Ceará e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**: série 3, ano 14, caderno 1, Fortaleza, CE, n. 14, p. 38, 19 jan. 2022a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Portaria nº 1.234, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre a criação, atribuições e funcionamento do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, orienta a implantação de comitês regionais de prevenção ao óbito infantil e fetal no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e dá outras providências. Fortaleza, CE: Sesa, 2008. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/portaria-1234-2008-comite-obitoinfantil.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Portaria nº 1306-A, de 14 de agosto de 2007**. Constitui a Comissão Técnica do Comitê Cearense de Redução da Mortalidade Materna, com a finalidade de monitorar, investigar e estabelecer elos causais relacionados com mortes maternas no Estado do Ceará e dá outras providências. Fortaleza, CE: Sesa, 2007b. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/portaria-1306-2007-comissao-mortalidade-materna.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Portaria nº 1.913, de 11 de dezembro de 2023**. Fortaleza, CE: Sesa, 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Portaria nº 2.123, de 13 de agosto de 2012**. Fortaleza, CE: Sesa, 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Secretaria Executiva de Políticas em Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para atuação dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**. Fortaleza, CE: Sesa, 2022b. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/09/Manual_Tecnico_comites_0922.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Secretaria Executiva de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado. **Regimento Interno do Comitê Regional de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal**. Fortaleza, CE: Sesa, 2022c. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2022/09/Regimento_Interno_comite_2209.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde. **Diretrizes para o cuidado à saúde reprodutiva**. Fortaleza, CE: Sesa, 2024. (Instrumentos técnicos e informativos para o fortalecimento das políticas e o cuidado integral à saúde). Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2024/05/Diretrizes_Cuidado_Saude-Reprodutiva_-_Ficha_Catalografica.pdf. Acesso em: 29 out. 2024.

ELLIS, A. et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2016;16(16):1 –19. <http://dx.DOI.org/10.1186/s12884-016-0806-2>

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/especialista/10-passospara-a-reducao-da-mortalidade-materna-no-brasil/>

Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, ET al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 19(2):173-176, abr-jun 2010 <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças*, 1995.

PACAGNELLA, RC. Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico. Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Acesso em: 01 julho 2016.

THADDEUS'S, MAINE D. Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context- *Sm. Sci. Med.* Vol. 38. Elsevier Science Ltda. Printed in. N°. 8, pp. 1091-1110, 1994.



Glossário

De acordo com o Ministério da Saúde, considera-se:

Morte Materna - A morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

Morte Materna Declarada - Quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

Morte Materna Não Declarada - Quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos através da investigação é que se descobre se tratar de uma morte materna.

Mortes por Causas Obstétricas Diretas - Resultantes de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.

Mortes por Causas Obstétricas Indiretas - Resultantes de doenças existentes antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Morte Materna não Obstétrica - Morte materna não obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores, como morte não relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

Morte Materna Tardia - É a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o término da gravidez.

Razão de Mortalidade Materna (RMM) - É o número de mortes de pessoas por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (até 42 dias após o parto) por 100 mil nascidos vivos.

Cálculo da RMM - Número de óbitos maternos registrados no Sistema de Informação da Mortalidade (SIM), pelo total do número de nascidos vivos registrados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado, por 100 mil.

Indicador: Razão de Mortalidade Materna (RMM) - É o indicador que mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal. Relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos.

RMM: TOTAL DE ÓBITOS MATERNOS OBSTÉTRICOS X 100.000

TOTAL NASCIDOS VIVO

A Organização Mundial de Saúde adota os seguintes níveis de classificação da RMM:

Baixo	até 20/100.000 NV
Médio	entre 20 e 49/100.000 NV
Alto	entre 50 e 100/100.000 NV
Muito Alto	acima de 100/100.000 NV

Nascido Vivo - É o produto de concepção, expulso ou extraído do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, que depois da separação apresente sinais de vida como respiração, batimentos cardíacos, pulsação 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.

Abortamento - É a expulsão ou extração de um produto da concepção, sem sinais de vida, com menos de 500g e/ou estatura menor ou igual a 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido.

Natimorto ou Óbito fetal - É a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito, o fato de depois da separação, o feto não respirar nem dar outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (BRASIL, 2009).

Taxa de óbito fetais - Compreende os óbitos ocorridos a partir da 22ª semana completa, ou 154 dias de gestação, ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm. Seu coeficiente é considerado uma boa medida da qualidade da atenção à saúde e é calculado através do número de mortes fetais, dividido pela soma de todos os nascimentos (nascidos vivos e mortos) por 1.000 em determinado ano e região (BRASIL, 2009). Os óbitos fetais podem ser classificados de acordo com o período de sua ocorrência em anteparto (antes do trabalho de parto) ou intraparto (durante o trabalho de parto e parto).

Morte Infantil - É aquele ocorrido em crianças nascidas vivas, do momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias. Os óbitos infantis são base para o cálculo da taxa de mortalidade infantil. Além da mortalidade infantil geral, são analisados ainda os componentes neonatal e pós-neonatal.

A mortalidade infantil é subdividida em dois componentes:

- **Neonatal** - mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 27 dias completo de vida, subdividindo-se em:

Neonatal Precoce - óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos.

Neonatal Tardio - óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos.

- **Pós-Neonatal** - Mortes entre nascidos vivos a partir dos 28 dias completo de vida até 1 ano incompleto, ou seja, 364 dias.

Taxa de Mortalidade Infantil - Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o primeiro ano de vida. Correspondem ao número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Mortalidade Perinatal - Corresponde os óbitos fetais ocorridos em 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce).



Anexos

ANEXO 1

Modelo de Recomendação de medidas de Prevenção da Mortalidade Materna Infantil e Fetal - MMIF

Ofício nº ____ / ____

_____, de _____ de _____ de _____.

Senhor (a) _____,

O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da Região de Saúde _____ procede à análise dos óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos nos municípios da região. A cada óbito analisado são apontadas medidas para a prevenção da ocorrência de novos óbitos potencialmente evitáveis, assim como estratégias de intervenção para a (re) organização da assistência à saúde da mulher e da criança.

Em reunião ocorrida em ____/____/____ foram analisados ____ casos de óbito materno e infantil do município de _____. Sendo a ocorrência do parto no(a) [unidade / hospital XXXX; domicílio - _____].

O Comitê (Regional/Estadual) é constituído por diversos profissionais de saúde, dentre eles _____ . Após pesquisa, estudo dos casos e análise, o Comitê concluiu que destes, _____ óbitos poderiam ter sido evitados se houvesse adequada atenção _____.

Assim sendo, estamos encaminhando o relatório das situações elencadas nos casos analisados, e recomendações de medidas para a prevenção e melhoria da assistência, no intuito de reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal.

Caso 1: Infantil/Fetal:

Iniciais do nome do RN:

Iniciais do nome da mãe:

Data do óbito:

EVITÁVEL por _____.

Situações levantadas:

Conduas e recomendações:

Caso 2: Materno:

Iniciais do nome:

Data do óbito:

EVITÁVEL – por _____.

Situações levantadas:

Conduas e recomendações:

Na certeza de vossa atenção e comprometimento com a redução da mortalidade materna, infantil e fetal em nossa região, solicitamos que as recomendações sejam avaliadas e aguardamos retorno referente às medidas adotadas no prazo de 30 dias, favor encaminhar para o e-mail _____. Por fim, reiteramos protestos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Presidente do Comitê Regional

ANEXO 2

10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna

1. Garantir encontros de qualidade, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde.
2. Instituir ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas durante o pré-natal.
3. Realizar triagem oportuna de Infecções do trato geniturinário.
4. Identificar precocemente sinais de gravidade clínica materna e garantir tratamento oportuno.
5. Oferecer treinamento das equipes de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.
6. Garantir o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação.
7. Garantir o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros infecciosos na gestação.
8. Garantir o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das síndromes hemorrágicas na gestação e puerpério.
9. Reduzir as taxas de cesariana desnecessárias.
10. Garantir vigilância e assistência permanente no puerpério.



ANEXO 3

10 Passos do Cuidado Neonatal

1. Seguir as normas de reanimação neonatal e prevenir a hipotermia.
2. Usar CPAP desde a sala de parto e evitar intubar o recém-nascido (RN).
3. Controlar o uso de oxigênio. Evitar a hiperóxia.
4. Alimentar o RN o mais precoce possível e de preferência com o leite materno/humano.
5. Higienizar as mãos e evitar antibióticos desnecessários.
6. Fazer uso criterioso de medicamentos (aminas, analgésicos e sedativos).
7. Praticar o Método Canguru e integrar a família e a equipe interprofissional no cuidado individualizado.
8. Seguir as normas de segurança do paciente no cuidado com o RN.
9. Utilizar de forma racional os recursos existentes e praticar o gerenciamento de leitos.
10. Utilizar os indicadores de sua unidade neonatal como fonte de melhorias e de aprendizado da equipe.





CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE