

Ministério da Saúde – Brasil

Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS

Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS

Coordenação de Informação e Análise Epidemiológica - CGIAE

Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF

Abril de 2010

© 2010 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª edição – 2010 – XXX exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Organização: Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas

Produção: Núcleo de Comunicação

SAF Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Edifício Premium, Torre I, Bloco F, Térreo, Sala 15

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61)33067110

Home page: www.saude.gov.br/svs

Coordenação Técnica

Vera Regina Barea

Elaboração Técnica

Deise Campos Cardoso Afonso

Roberto C. Reyes Lecca

Produção Editorial

Coordenação: XX

Capa, projeto gráfico e diagramação: XX

Normalização: Editora/MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

47 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN XXXXX

1. Mortalidade infantil. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Óbito fetal. 4. Óbito neonatal. I. Título. II. Série

CDU xxx.xx

Catálogo na fonte – Coordenação Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS XXXXX

Títulos para indexação:

Em inglês: Manual for completing Infant and Fetal Death Investigation Formularies.

Em espanhol: Manual para el llenado de las Fichas de Investigación del Óbito Infantil e Fetal.

SUMÁRIO

Apresentação	4
Introdução	5
Capítulo 1: Orientações gerais para utilização dos instrumentos de vigilância do óbito infantil e fetal	6
1.1 Orientações gerais para a investigação e o preenchimento das fichas	6
1.2 Cuidados especiais na Entrevista Domiciliar	9
Capítulo 2: Investigação do óbito infantil e fetal	11
2.1 Ficha de Investigação de Óbito Fetal - Serviço de Saúde Ambulatorial – F1	11
2.2 Ficha de Investigação de Óbito Fetal - Serviço de Saúde Hospitalar – F2	16
2.3 Ficha de Investigação de Óbito Fetal - Entrevista Domiciliar – F3	22
2.4 Ficha de Investigação de Óbito Infantil - Serviço de Saúde Ambulatorial – I1	30
2.5 Ficha de Investigação de Óbito Infantil - Serviço de Saúde Hospitalar – I2	35
2.6 Ficha de Investigação de Óbito Infantil - Entrevista Domiciliar – I3	45
2.7 Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia – IF4	57
Capítulo 3: Análise do caso	58
3.1 Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações – IF5	58
Capítulo 4: Planilha municipal	62
4.1 Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal – IF6	62

APRESENTAÇÃO

A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma das prioridades do Ministério da Saúde. Contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em defesa da criança, tais como o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio Número Quatro, que tem como meta a redução em dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade de crianças menores de cinco anos; o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; o Pacto pela Vida e, mais recentemente, o Programa Mais Saúde. A vigilância dessas mortes é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidade no País, contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

A proporção de óbitos infantis e fetais investigados no País ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste. É necessário o esforço dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – para que a investigação dos óbitos seja efetivamente implementada, com vistas a reduzir a mortalidade infantil e fetal.

O Brasil vem avançando na redução da mortalidade infantil, mas ainda é preciso grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares aceitáveis. A relevância do tema faz com que a redução da mortalidade infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal seja uma das quatro prioridades estipuladas pelo governo federal como estratégia de redução das desigualdades regionais no País. A mobilização não só do governo, mas de toda a sociedade e de cada cidadão é importante para consolidar essa redução, num movimento em defesa da vida.

INTRODUÇÃO

As Fichas para Investigação do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde representam o produto do trabalho de várias experiências no País. A sua utilização é importante para padronizar o processo de vigilância ao óbito infantil e fetal, pois a grande diversidade no conteúdo dos formulários utilizados impede a comparação das informações geradas nas várias Unidades Federativas e podem comprometer a qualidade dos dados inseridos no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

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

Este manual fornecerá as instruções para a aplicação dos formulários e orientações para análise e conclusão dos casos investigados. Ressalta-se que, perante um óbito infantil por causa mal definida, a investigação deve ser complementada com a autópsia verbal respectiva (não incluída neste manual) se as outras fontes não esclarecem a causa básica; nos casos de não emissão da Declaração de Óbito, as informações para o preenchimento dos formulários deverão ser coletadas a partir de outros registros disponíveis.

CAPÍTULO 1: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA UTILIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL

A investigação do óbito fetal e infantil compreende várias fases. O processo se inicia com a identificação do óbito e prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde, por meio da utilização dos formulários de investigação do óbito. Esses dados reunidos permitirão à equipe de vigilância de óbitos e ao comitê em qualquer nível de gestão realizar a análise das informações e orientar as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis.

A Vigilância em Saúde do Município deve identificar os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais para prover capacitação adequada em investigação de óbitos. Recomenda-se que este treinamento promova a familiaridade da equipe com os instrumentos de vigilância de óbitos que são o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, as fichas de investigação, a ficha síntese e a planilha municipal.

1.1 Orientações gerais para a investigação e o preenchimento das fichas

- Utilizar o máximo de informações e registros disponíveis para o levantamento das circunstâncias que envolveram o óbito: Cartão da Gestante, Cartão da Criança, relatório de alta da maternidade, relatório de alta das internações hospitalares, fichas de encaminhamento, fichas de atendimento, prontuários médicos, receitas médicas, resultados de exames e laudos de necropsia.
- No levantamento de dados dos serviços de saúde devem ser transcritas as informações contidas nos prontuários e não a opinião do profissional que preenche a ficha de investigação.
- De forma semelhante, a fala do(s) entrevistado(s) na entrevista domiciliar deve ser registrada da maneira a mais fiel possível, principalmente nas perguntas abertas, com registro das suas próprias palavras. Ao final de cada parte do formulário há espaço destinado às observações do profissional que investiga o óbito.
- Nas questões fechadas, assinalar a(s) opção(s) desejada(s) nos espaços reservados. A resposta “SR” (“Sem Registro”) deve ser assinalada quando os dados não estiverem disponíveis nas fontes pesquisadas nos serviços de saúde. A resposta “Não sabe” deve ser assinalada quando a pessoa entrevistada no domicílio não souber a resposta para a questão.
- Nas questões com subitens, estes só devem ser aplicados no momento da entrevista caso a resposta à questão seja positiva, na maior parte dos casos.
- Algumas questões permitem mais de uma resposta, como por exemplo, as patologias da mãe, patologias do recém-nascido, procedimentos realizados durante a internação da criança. Todas as respostas devem ser registradas.

- É possível desmembrar os formulários de modo que sejam realizadas as entrevistas domiciliares e o levantamento de dados nos serviços de saúde simultaneamente em locais e por pessoas diferentes, de modo agilizar a investigação.
- Recomenda-se a discussão de cada caso pelos profissionais de saúde envolvidos e/ou responsáveis pela assistência, além da definição das recomendações para os serviços de saúde, como parte integrante e indissociável da vigilância de óbitos.

Investigação do óbito fetal e infantil

A investigação se dará conforme os critérios estabelecidos pela equipe de vigilância de óbitos de referência no município utilizando-se os instrumentos no quadro abaixo:

Quadro: Instrumentos para a investigação do óbito fetal e infantil

Instrumentos de coleta e de análise de dados	Objetivos
Cópia da DO e DO Epidemiológica	Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação do óbito
Cópia da DN e DNV Epidemiológica	Complementar a identificação do caso e orientar para as fontes de informação para a investigação do óbito
I1 = Fichas de Investigação do Óbito Infantil - Serviço de saúde ambulatorial I2 = Fichas de Investigação do Óbito Infantil - Serviço de saúde hospitalar F1 = Fichas de Investigação do Óbito Fetal - Serviço de saúde ambulatorial F2 = Fichas de Investigação do Óbito Fetal - Serviço de saúde hospitalar	Coletar dados referentes à assistência da mãe e da criança em serviços de saúde nos registros do atendimento na atenção básica, urgência/emergência e hospitalar.
I3 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil - Entrevista domiciliar F3 = Ficha de Investigação do Óbito Fetal - Entrevista domiciliar	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar responsável) acerca da história de vida e de saúde da mãe e da criança e da assistência em serviços de saúde, inclusive durante a doença que levou à morte.
IF4 = Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia	Coletar dados registrados nos Institutos Médicos Legais (IML) ou Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e nos relatórios de encaminhamento médico para esses serviços.
IF5 = Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações	Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
IF6 = Planilha Municipal de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal	Organizar os eventos investigados para acompanhamento e monitoramento da investigação dos óbitos e para avaliação situacional da mortalidade fetal e infantil para subsidiar o planejamento e as intervenções de saúde local e regional.

Regras gerais para preenchimento das fichas de investigação – coleta de dados:

Regra geral nº 1: formatos padrão

- Os nomes das pessoas, estabelecimentos de saúde ou instituições, devem ser anotados de forma completa e sem abreviaturas.
- Caso se indique o contrário, a data deverá ser escrita no formato dia – mês – ano (DD/MM/AA).
- Caso se indique o contrário, a hora deverá ser escrita no formato de 23h59min horas (HH/MM).

Regra geral nº 2: sempre que a resposta tiver a forma

sim _____ não não sabe

- Se a resposta for “sim”, especificar o que se pede.

Regra geral nº 3: sempre que a resposta tiver a forma

outro _____

- Na opção “outro”, “outra”, “outra doença” ou “outro local” anotar o que foi especificado pelo entrevistado, mas que difere das alternativas apresentadas na questão.

Regra geral nº 4: respostas numéricas

- Campos que exigem respostas numéricas devem sempre ser preenchidos, anotando o número zero (0) para não deixar espaços em branco.

Regra geral nº 5: campos com subitens

- A menos que se indique outra ação, quando a resposta à pergunta de um campo for “Sim”, continuar a entrevista passando por todos os subitens desse campo. Quando for “Não”, passar ao campo seguinte.

Regra geral nº 6: cadastro municipal de casos

- Caso o município mantenha um cadastro próprio dos casos sob vigilância, o número do caso deve ser registrado no item “Nº do caso” no alto da primeira página.

Regra geral nº 7: encerramento da ficha

- Anotar sempre a data do encerramento da coleta de dados, entrevista ou conclusão do caso, assim como os dados do responsável pela investigação ao término de cada ficha.

1.2 Cuidados especiais na Entrevista Domiciliar

Ao sair a campo, o entrevistador deve estar certo de levar todos os documentos referentes ao caso que irá investigar: Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, Manual de Preenchimento das Fichas da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, cópia da DO e Ficha de Investigação do Óbito Infantil ou Fetal – Entrevista domiciliar. Além disso, deve portar sua identificação de profissional de saúde do município.

Quem é o entrevistado

A pessoa a ser entrevistada é chave para o sucesso de uma investigação. No entanto, sua identificação pode ser um desafio. Preferencialmente, essa pessoa deve ser alguém que assistiu o óbito e reside no mesmo domicílio do falecido, ou seja, que conviveu com a criança falecida ou sua mãe, durante as circunstâncias ou a doença que levou à morte. Além disso, deve ser capaz de fornecer as informações solicitadas com clareza.

Na investigação realizada em domicílio freqüentemente encontramos mais de um familiar participando da entrevista. Nesse caso, uma pessoa com mais de 15 anos de idade deve ser o responsável pelas informações prestadas. Porém, nada impede que outras, inclusive menores de 15 anos, colaborem.

Em hipótese alguma, as informações devem ser prestadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ainda que conheça os fatos relacionados ao óbito. A Ficha da Entrevista Domiciliar pretende captar apenas as informações colhidas no domicílio. A colaboração do ACS deve ser considerada entre as demais ações de investigação de óbito no serviço de saúde.

Quem é o entrevistador em uma entrevista domiciliar

No Brasil, a figura do entrevistador recebe uma conotação especial. É importante que o entrevistador seja uma pessoa qualificada, capaz de entender as orientações do manual. Seu papel não é encontrar a causa da morte que está investigando, mas obter, da forma mais isenta possível, as informações necessárias para que um grupo técnico, após a avaliação da ficha, seja capaz de elaborar a conclusão do caso. Para isso, deve preencher os formulários adequadamente e levar ao grupo seus esclarecimentos do caso. Perceber quão importante é sua participação no processo de vigilância dos óbitos é fundamental para obter o máximo de desempenho.

Seu treinamento deve ser rigoroso. O método exige clareza e um distanciamento profissional do caso que se está investigando. A leitura e o uso constante do manual vão ajudar na sua tarefa.

A formação profissional requerida de um entrevistador não se restringe, necessariamente, à profissionais de saúde graduados. O mais importante é que possua capacidade de seguir as normas preconizadas pelo método e aplicar o questionário de forma isenta de julgamentos, com responsabilidade, confidencialidade e honestidade.

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

A escolha do entrevistador depende do que já é preconizado no serviço, o que já vem ocorrendo de rotina de investigação dos óbitos, e da capacidade de operacionalização de cada Secretaria Municipal de Saúde. Em alguns municípios, o ACS é quem deverá assumir essa responsabilidade, em outros, será um técnico de enfermagem ou mesmo um enfermeiro. Certamente, esse profissional deve conhecer sua área de atuação, sua comunidade. No caso de áreas atendidas pelo PSF, o falecido será residente na sua área de abrangência.

Considerações sobre a entrevista

Investigam-se os óbitos ocorridos no máximo há três meses, melhorando as chances de encontrar os familiares ou cuidadores do falecido para a realização da entrevista, procurando diminuir o viés de memória e esperando que os familiares ainda tenham em seu poder resumos de alta, exames, receitas médicas, etc. que poderão contribuir para responder as questões referentes aos serviços de saúde utilizados durante a doença que levou a morte.

Os profissionais do PSF devem participar do trabalho desde o treinamento até o fechamento do caso, pois são reconhecidos pela comunidade e poderão colaborar com seu conhecimento sobre as pessoas e sobre as características e cultura próprias do lugar.

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

Todos os entrevistadores devem receber treinamento e devem ler atentamente cada uma das Fichas e o Manual de Vigilância antes das entrevistas. O treinamento contribui para uniformizar a aplicação das Fichas e a obediência às normas, padronizando o processo. A leitura atenta e consultas freqüentes do Manual favorecem a minimização de erros. Esses cuidados se fazem necessários porque o papel do entrevistador é de suma importância e a qualidade da sua atuação interfere diretamente nos resultados do trabalho.

Quando da visita ao domicílio, o entrevistador deve se apresentar, esclarecer o objetivo da visita e em seguida identificar, entre os presentes no domicílio, as pessoas que acompanharam a criança falecida durante a doença que a levou à morte ou a mãe, no caso de um óbito fetal. Dentre essas pessoas o

entrevistador deve selecionar a que será entrevistada. É necessário que a pessoa selecionada tenha mais de 15 anos e que esteja em condições de relatar os fatos com clareza. No entanto, as informações podem ser complementadas por outras pessoas presentes à entrevista, inclusive por menores de 15 anos.

É recomendável que o entrevistador, na sua apresentação no domicílio, fale um texto semelhante ao que se segue:

Meu nome é (nome do entrevistador) e trabalho (local onde o entrevistador trabalha). Sou entrevistador da vigilância de óbitos. Estou aqui porque a Secretaria (Municipal ou Estadual) de Saúde recebeu uma cópia da Declaração de Óbito de um bebê (no caso de óbito infantil, dizer o nome da criança que faleceu) notificando sua morte. Para melhorarmos a situação de saúde na região precisamos saber o que está ocorrendo com a saúde das pessoas. Por isso esse trabalho é realizado no nosso município. Pedimos sua colaboração no preenchimento de um formulário, falando sobre o que aconteceu. As informações serão mantidas em segredo, não sendo possível identificar quem respondeu o formulário. Você pode pedir mais esclarecimentos sobre esse trabalho com (fornecer o nome e telefone de uma pessoa na SES e/ou na SMS que estará disponível para prestar esclarecimentos ao entrevistado). Você também pode se recusar a responder ou ainda interromper a entrevista, sem que isso lhe seja prejudicial. Posso começar?

O tom de voz é muito importante assim como a postura corporal do entrevistador. A entrevista é uma relação de confiança. Quem entrevista, deve ser honesto e envolvido com o que faz. O entrevistador não deve emitir juízo de valor em relação ao entrevistado, fazer comentários sobre a residência ou sugerir problemas na condução do caso por parte dos profissionais que por ventura atenderam o falecido. Nem deve comentar sobre outras entrevistas que já tenha realizado. O entrevistador deve deixar o entrevistado à vontade e ao se despedir, deve agradecer a colaboração e se colocar à disposição para os esclarecimentos que forem solicitados no momento da entrevista.

Todas as questões devem ser lidas como estão escritas. Se o entrevistado não compreendeu a pergunta, o entrevistador deve reler e, se ainda for necessário, dar uma explicação sucinta, usando termos conhecidos na região.

Algumas questões admitem várias respostas. Sua leitura deve ser pausada, de acordo com o entendimento e a participação do entrevistado. Nenhuma pergunta pode ficar em branco.

O entrevistador deve anotar as respostas durante a entrevista, não confiando na memória. Ao final, ainda na presença do entrevistado, deve fazer uma rápida conferência do formulário verificando se não deixou nada pendente.

Após a entrevista o entrevistador deve apresentar o formulário para o grupo técnico da vigilância de óbitos e esclarecer todos os questionamentos que este apresente.

CAPÍTULO 2: FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

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

As fichas de investigação de óbito **fetal** devem ser aplicadas quando o óbito ocorre antes ou durante o trabalho de parto, e as de óbito **infantil** quando este ocorre depois do trabalho de parto, isto é, a criança nasce viva e depois morre. O Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal deve ser consultado para maiores esclarecimentos quanto à vigilância do óbito.

Ficha de Investigação de Óbito Fetal

Serviço de saúde ambulatorial

F1

A Ficha F1 se destina à investigação nos serviços ambulatoriais (atenção básica, urgência e emergência), isto é, onde não ocorre internação da gestante para atendimento.

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

Campos de 1 a 10: tratam da identificação do falecido baseada em documentos emitidos na ocasião da morte (Declaração de Óbito) e outros como o Cartão SUS da Mãe.

1 Nome da mãe	
2 N° da Declaração de Óbito	3 Data do óbito
4 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	5 Peso ao Nascer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas
6 Idade gestacional <input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Ignorado
7 N° do Cartão SUS da mãe	8 Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
9 Centro de Saúde / UBS	10 Distrito Sanitário / Administrativo

1 – 2 – 3 – 4 Para estes campos transcrever as informações a partir da DO.

5 – 6 – 7 Para estes campos transcrever as informações a partir do prontuário, se houver.

- Obs. Anotar a idade gestacional, na data do parto ou abortamento, em semanas ou em meses.

8 – 9 – 10 Preencher estes campos com as informações fornecidas pela SMS de acordo com o endereço de residência da Mãe.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Campos de 11 a 28: para responder estas questões é necessário pesquisar os dados em prontuários e fichas de atendimento ambulatoriais e cartão/caderneta da gestante.

11 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal				
Nome _____			Código CNES _____	
12 Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Consultório convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não fez pré-natal

11 Identificar o estabelecimento onde a Mãe fez o pré-natal de acordo com a nomenclatura adotada no município. Se possível, anotar o CNES deste estabelecimento.

- Se a Mãe não fez pré-natal, marcar “Não fez pré-natal” e passar à questão **25**.

12 Indicar o tipo de estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação.

13 Idade gestacional na primeira consulta	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> SR
14 Número de consultas pré-natal	<input type="text"/> <input type="text"/> consultas		<input type="text"/> SR
15 Já esteve grávida antes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> SR
15.1 Número de gestações (inclusive esta)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Número de partos <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de abortos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SR
15.2 Tipo(s) de parto(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> partos normais	<input type="text"/> <input type="text"/> partos cesáreos	<input type="text"/> SR
16 Foi considerada gestante de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> SR
16.1 Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim, qual? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> SR
16.2 A partir de	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas		<input type="text"/> SR
16.3 Manteve o acompanhamento pela atenção básica durante o PNAR?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> SR

13 Indicar a idade gestacional na primeira consulta do pré-natal. Normalmente, o cartão da gestante contém esta informação, mas é preciso verificar a exatidão deste dado no prontuário.

14 Anotar quantas consultas de pré-natal a Mãe realizou no estabelecimento de saúde.

15 Indicar se a Mãe teve ou não outras gestações. Observar que esta questão se refere às gestações anteriores, excluindo a última gestação, quando ocorreu o óbito.

- Nesta questão devem ser considerados todos os tipos de gestações, incluindo os casos de gravidez ectópica (CID-10 O00) e mola hidatiforme (CID-10 O01).
- A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 gestação e como 1 parto para os subitens **15.1** e **15.2**.
- Prestar atenção nos dados da fórmula obstétrica da mãe (GX-PX-X-X-X) que aparece no prontuário. A letra G indica o número de gestações (incluindo a gestação em investigação) e a P, os partos (excluindo o parto em investigação), seguindo a seguinte ordem: Partos a término – Partos pré-término – Abortos/Ectópicos – Filhos vivos atualmente.
- Como as respostas são numéricas, anotar “00” para não deixar campos em branco.
- Se a mãe não ficou grávida anteriormente, passar ao campo **16**.

16 Anotar se a gestação sob investigação foi ou não identificada de alto risco durante o pré-natal.

- Se a resposta for “não”, passar ao campo **17**.
- **16.1** Se foi considerada de alto risco, indicar se foi ou não acompanhada pelo pré-natal de alto risco (PNAR), especificando qual o estabelecimento de saúde do PNAR.
 - Se a resposta for “não”, passar ao campo **17**.
- **16.2** Anotar a idade gestacional a partir da qual a gestação foi considerada de alto risco.

- **16.3** Indicar se a Mãe manteve ou não o seguimento pela atenção básica durante o PNAR.

17	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR																											
17.1	Quantas vezes?	<input type="text"/>	vezes	<input type="checkbox"/> SR																											
17.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?	<input type="text"/>																													
17.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação <input type="text"/>	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR																											
		2ª internação <input type="text"/>	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR																											
18	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infecção urinária</td> <td><input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana</td> <td><input type="checkbox"/> HIV/AIDS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatias</td> <td><input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gestação múltipla</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorragias</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toxoplasmose</td> <td><input type="checkbox"/> Gestação prolongada</td> <td><input type="checkbox"/> Rubéola</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito</td> <td><input type="checkbox"/> Sífilis</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional</td> <td><input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro</td> <td><input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)</td> <td><input type="checkbox"/> Tireotoxicose</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outras, especificar _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> SR</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Sífilis		<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)		<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências		<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose		<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		<input type="checkbox"/> SR
<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS																													
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> Hepatite																													
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Anemia																													
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Rubéola																													
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Sífilis																														
<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível (DST)																														
<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências																														
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose																														
<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		<input type="checkbox"/> SR																													
19	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR																											
19.1	Quais medicamentos usou?	<input type="text"/>																													

17 Indicar se a Mãe foi ou não internada durante a gestação.

- Se a resposta for “não”, passar ao campo **18**.
- **17.1** Escrever o numero de internações da Mãe durante a gestação.
- **17.2** Registrar sucintamente os motivos dessas internações.
- **17.3** Anotar a idade gestacional (em semanas) e o local das duas primeiras internações.

18 Marcar TODAS as patologias ou fatores de risco da Mãe identificados durante a gestação.

- Tabagismo, etilismo, uso de drogas, etc. devem ser especificadas em “Outras”.

19 Responder se a Mãe fez ou não uso de qualquer medicação durante a gravidez, seja com indicação médica ou não.

- **19.1** Anotar os nomes comerciais ou genéricos dos medicamentos usados.

20 Quadro da Assistência Pré-Natal									
Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Edema	Queixas / Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional *

*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro

20 Preencher em ordem cronológica cada um dos atendimentos prestados à gestante.

- **UF = altura uterina (AU)**
- Na última coluna deve-se seguir a legenda contida na parte inferior do quadro. Quando não for possível identificar o profissional, anotar “SR”.

21	Esquema de vacinação contra o tétano	<input type="checkbox"/> 1ª dose	<input type="checkbox"/> 2ª dose	<input type="checkbox"/> 3ª dose	<input type="checkbox"/> reforço	<input type="checkbox"/> imune	<input type="checkbox"/> SR
22	A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> SR	
22.1	Se sim, qual o motivo?						

21 Marcar a dose de vacinação contra o tétano que a Mãe recebeu. Se ela já tiver o esquema de vacinação completo antes desta gestação, assinalar a resposta “Imune”.

22 Assinalar se a equipe de saúde fez ou não alguma visita domiciliar durante o pré-natal.

- Se a resposta for “não”, passar ao campo **23**.
- **22.1** Explicar os motivos da visitas domiciliares.

23	Exames no pré-natal	Trimestre			Resultados	SR
		1	2	3		
	Assinale o trimestre e anote o resultado.					
23.1	Hb/Ht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23.2	Grupo sanguíneo ABO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

23 Marcar o trimestre de realização de cada exame (não é necessário registrar a data) e o resultado correspondente. Caso o mesmo exame tenha sido realizado mais de uma vez, anotar todos os resultados.

- Hb/Ht = hemoglobina/hematócrito; Fator RH = um tipo de classificação do sangue, pode ser positivo ou negativo; HbsAg = antígeno de superfície do vírus da hepatite B; VDRL = exame para diagnóstico de sífilis.

24	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver
25	Observações gerais
26	Segundo o investigador, o que aconteceu nesse caso?

24 Anotar a causa da morte fetal caso haja registro no prontuário.

25 Escrever outras anotações pertinentes ao caso que o entrevistador julgar importante.

26 Finalmente, o entrevistador deve registrar sua impressão sobre o que aconteceu neste caso. Isto é diferente das questões anteriores, quando o entrevistador deve se ater apenas aos documentos encontrados no nível ambulatorial.

27 – 28 Terminar o preenchimento registrando a data do encerramento de dados e a identificação do responsável pela investigação.

Ficha de Investigação de Óbito Fetal

Serviço de saúde hospitalar

F2

A Ficha F2 se destina à investigação no serviço hospitalar onde a gestante foi internada para o atendimento ao parto.

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

Campos de 1 a 9: tratam da identificação do falecido baseada em documentos emitidos na ocasião da morte (Declaração de Óbito – DO) e outros como o Cartão SUS da Mãe.

1	Nome da mãe										
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito								
4	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao Nascer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gramas
6	Idade gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	semanas ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignorado	
7	Número do Cartão Sus da mãe										
8	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação										
	Nome					Código CNES					
9	Tipo de hospital/maternidade			<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular					

1 – 2 – 3 – 4 Para estes campos transcrever as informações a partir da DO.

5 – 6 – 7 Para estes campos transcrever as informações a partir do prontuário, se houver.

- Obs. Anotar a idade gestacional, na data do parto ou abortamento, em semanas ou em meses.

8 Identificar o estabelecimento de saúde (hospital/maternidade) onde se realiza a investigação, segundo a nomenclatura adotada no município; se possível, anotar o CNES.

9 Indicar o tipo de hospital ou maternidade onde se realiza a investigação. Se o tipo do estabelecimento é diferente das alternativas disponíveis na questão, anotar o tipo correto no espaço à direita.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO

Este bloco compreende aspectos da assistência à Mãe no pré-natal e no parto. Será necessário pesquisar no prontuário relativo à internação da Mãe e nos registros de outros serviços deste estabelecimento de saúde desde que ela tenha feito uso dos mesmos durante a gestação.

Campos de 10 a 16: referem-se à assistência ao parto.

ASSISTÊNCIA AO PARTO													
10	Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc.)												
	Data do parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hora do parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR	
11	O parto ocorreu	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> SR	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde						<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar	
12	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> SR								
13	Profissional que fez o parto	<input type="checkbox"/> Médico obstetra	<input type="checkbox"/> Médico não obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz								<input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar										<input type="checkbox"/> SR	
14	Tempo de bolsa rota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	horas	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR					
14.1	Aspecto do líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Com mecônio	<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Fétido	<input type="checkbox"/> SR							

15	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto				
	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Eclâmpsia	<input type="checkbox"/> Hemorragia	
	<input type="checkbox"/> Sem intercorrências	Outra. Especificar _____			
16	Idade gestacional cronológica	semanas ou	meses	ignorada	SR

10 Anotar a data e a hora do parto/abortamento.

- Data e hora correspondem ao momento do óbito.
- Quando não houver registro de hora, anotar "XXXX" nos espaços correspondentes.

11 Identificar o lugar de ocorrência do parto; esta questão é sempre de resposta única.

- "Na maternidade": quando ocorre no setor obstétrico (sala de partos, de cirurgia) da maternidade ou hospital obstétrico especializado.
- "Via pública": refere-se ao parto que ocorre em local público, no trajeto ou não para o serviço de saúde.
- Se o parto ocorre em qualquer veículo ou transporte no trajeto ou não para o serviço de saúde, marcar "No trajeto para o serviço de saúde".
- "Outro serviço de saúde": refere-se a qualquer serviço de saúde diferente da maternidade.
- Se o parto não ocorreu "na maternidade", passe ao campo **17**.

12 Especificar se o parto foi vaginal, com fórceps ou por cesárea.

13 Assinalar o profissional que atendeu o parto.

- Considerar o médico residente como "Médico não obstetra".
- "Sem assistência no período expulsivo": quando, neste período, nenhuma pessoa deu assistência à Mãe.
- Incluir em "Outro" os acadêmicos, técnicos, ou qualquer outra pessoa.

14 Anotar o número de horas desde a ruptura da bolsa até a expulsão do recém nascido.

- Se o tempo de bolsa rota for menor que uma hora escrever zero ("0000").
- Quando não houver bolsa rota, anotar "Não se aplica" e passar ao campo **15**.

14.1 Para o aspecto do líquido amniótico, considerar:

- Claro: líquido translúcido, ligeiramente amarelado, sem mau cheiro.
- Com mecônio: cor escura característico, devido à eliminação de mecônio pelo feto antes do parto.
- Sanguinolento: líquido avermelhado, com sangue.
- Fétido: líquido com mau cheiro, característico de infecção.

15 Assinalar TODAS as intercorrências apresentadas pela Mãe durante o trabalho de parto.

16 Copiar a idade gestacional cronológica registrada no momento do parto.

Campos de 17 a 20: tratam dos antecedentes obstétricos da gestante.

17	Esteve grávida antes desta gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
17.1	Número de gestações (inclusive esta)	<input type="text"/> <input type="text"/> Número de partos	<input type="text"/> <input type="text"/> Número de abortos	<input type="checkbox"/> SR
17.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais	<input type="checkbox"/> partos cesáreos	<input type="checkbox"/> SR
17.3	Filhos nascidos vivos	<input type="text"/> <input type="text"/> Filhos nascidos mortos (incluir esta gestação)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
18	Data do último parto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> SR

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

17 Anotar se a Mãe esteve ou não grávida anteriormente.

- Nesta questão devem ser considerados todos os tipos de gestações, incluindo os casos de gravidez ectópica (CID-10 O00) e mola hidatiforme (CID-10 O01).
- Se a mãe não ficou grávida anteriormente, passar ao campo **19**.
- A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 gestação e como 1 parto para os subitens **17.1** e **17.2**.
- O subitem **17.3** pesquisa a condição dos filhos ao nascimento, por tanto, o número de filhos nascidos mortos deve, no mínimo, ser um ("01").
- Anotar zero ("00") e não deixar espaços em branco nos subitens, quando seja o caso.
- Prestar atenção aos dados da fórmula obstétrica da mãe (GX-PX-X-X-X) que aparece no prontuário. A letra G indica o número de gestações (incluindo a relacionada ao óbito em investigação) e a P, os partos (excluindo o relacionado ao óbito em investigação), segundo a seguinte ordem: Partos a término – Partos pré-término – Abortos/Ectópicos – Filhos vivos atualmente.

18 Quando for o caso, anotar a data do parto anterior a gestação em investigação.

- Prestar atenção, pois, o formato do ano tem 4 espaços (exceção à regra geral).

19 Marcar TODAS as patologias ou fatores de risco que a Mãe apresentou durante a gestação.

- Tabagismo, etilismo, uso de drogas, etc. devem ser especificadas em "Outras".

20 Responder se a Mãe fez ou não uso de qualquer medicação durante a gravidez, seja com indicação médica ou não.

- **20.1** Anotar os nomes comerciais ou genéricos dos medicamentos usados.

SE O PARTO OCORREU NO HOSPITAL/MATERNIDADE CONTINUAR COM OS SEGUINTE CAMPOS. Caso contrário, passar ao campo **34**.

Campos de 21 a 26: referem-se aos dados de admissão ao hospital/maternidade.

21 Qual o nome do estabelecimento		
Nome _____	Código CNES _____	

22	Tipo de maternidade		<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	
23	Data da internação		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SR
24	Condição à internação		<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)		
			<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto		
			<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea		
			<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____			SR
25	Registros à admissão da gestante na maternidade					
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial: Anotar valores	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não			SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim. _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não			SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não			SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíofetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo			SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala		SR
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota			SR
26	Foram realizados na admissão	Classificação sanguínea e fator Rh	VDRL	Anti-HIV		SR

21 Identificar o hospital/maternidade onde ocorreu o parto; se possível, anotar o CNES.

22 Indicar o tipo de hospital/maternidade onde ocorreu o parto.

23 Anotar a data e a hora da internação em que ocorreu o parto.

- Quando não houver registro de hora, anotar "XXXX" nos espaços correspondentes.

24 Marcar a condição de saúde da Mãe no momento da internação em que ocorreu o parto.

- Marcar "cesárea" somente quando a mesma foi planejada/agendada.

- Amniorrexe: ruptura de bolsa.

- Período expulsivo: inicia com o colo uterino completamente dilatado (10 cm) e termina com a expulsão fetal.

25 Na presença de algum registro do exame clínico, marcar "Sim" no campo correspondente e anotar o valor respectivo. Anotar todas as informações possíveis.

26 Marcar os exames de laboratório que foram realizados NA ADMISSÃO da Mãe no hospital/maternidade.

Campos de 27 a 30: informações contidas no partograma a partir de 4 cm de dilatação do colo uterino. Na ausência de trabalho de parto, anotar "Não se aplica" em todos os campos.

27	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR		
28	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR		
29	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR		
30	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação						
	Avaliação da mãe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto - BCF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR

27 Assinalar se foi utilizado ou não o partograma (após 4 cm de dilatação).

28 – 29 Escrever o número de avaliações maternas e fetais até a expulsão do recém nascido.

- (BCF - batimentos cardíacos fetais).

30 Anotar o maior intervalo de tempo em que não houve avaliação da mãe e do feto.

- Exemplo, hora da avaliação X (16:15) – hora da avaliação prévia a X (17:40) = intervalo de tempo (00:35).

Campos de 31 a 33: tratam de outras informações da internação da Mãe.

31	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação		
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____				<input type="checkbox"/> SR
32	Se foi realizada cesárea, qual a indicação					
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	<input type="checkbox"/> Prematuridade			
	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo			
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrânio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa			
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia				
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____					<input type="checkbox"/> SR
33	Anestesia durante o trabalho de parto		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
33.1	Se sim, qual?		<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raqui
						<input type="checkbox"/> SR
33.2	Outros métodos de alívio da dor		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	

- 31** Anotar TODAS as medicações utilizadas; indicar a data de início do uso SOMENTE do corticóide.
- 32** Marcar TODAS as indicações identificadas para a realização da cesárea.
- 33** Indicar se a Mãe recebeu ou não anestesia durante o trabalho de parto.
- Não confundir com alguns casos de cesárea que não estão em trabalho de parto.
 - Indicar o tipo de anestesia administrada à Mãe (**33.1**) e/ou outros métodos de alívio da dor (**33.2**).

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO

Campos de 34 a 43: pesquisar em registros da sala de parto e do posto de enfermagem.

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O NATIMORTO						
34	Peso ao nascer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gramas			<input type="checkbox"/> SR
35	Quem assistiu a criança na sala de parto?		<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Residente	<input type="checkbox"/> SR
			<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
36	Foi realizada alguma tentativa de reanimação?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
37	Condições de nascimento		<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto		
			<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento		
37.1	Se nascido morto, listar os principais problemas do feto (maceração, mal formação, etc.)					
37.2	Se nascido morto, listar os principais problemas maternos afetando o feto					
38	O corpo foi encaminhado para necropsia?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver					
40	Observações gerais					

- 34** Transcrever o peso ao nascer do recém nascido.
- 35** Anotar quem assistiu o recém nascido na sala de parto.
- 36** Marcar se foi ou não realizada alguma tentativa de reanimação.
- 37** Assinalar a condição do recém nascido (resposta única).
- Se for “feto macerado”, deixar em branco a opção “óbito antes do trabalho de parto”.
 - Caso haja algum registro sobre o momento do óbito ter ocorrido após o parto (“nascido vivo”), deve-se considerar este caso um óbito infantil. Segundo a OMS:

- **Nascido vivo:** é o produto de concepção expulso ou extraído do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, que, depois da separação respire ou apresente qualquer sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.
- **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 nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.
- Listar os principais problemas fetais (37.1) e maternos que afetaram o feto (37.2).

38 Indicar se o corpo foi ou não encaminhado para necropsia. Se foi, será necessário a investigação no serviço de necropsia (**Ficha IF4**).

39 Transcrever as causas do óbito registradas no prontuário, se houver.

40 Escrever outras anotações pertinentes ao caso que o entrevistador julgar importante.

41 Finalmente, o entrevistador deve registrar sua impressão sobre o que aconteceu neste caso. Isto é diferente das questões anteriores, quando o entrevistador deve se ater apenas aos documentos encontrados no nível hospitalar.

42 – 43 Terminar o preenchimento registrando a data do encerramento de dados e a identificação do responsável pela investigação.

Ficha de Investigação de Óbito Fetal

Entrevistar domiciliar

F3

A Ficha F3 permite coletar informações por meio de entrevista com a Mãe e/ou outro familiar do falecido, sobre as características e condições de vida da mãe e da família, e dados sobre a assistência à saúde na gestação e no parto.

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

Campos de 1 a 12: tratam da identificação do falecido baseada em documentos que são emitidos na ocasião da morte (Declaração de Óbito – DO) e outros como o Cartão SUS da Mãe.

1	Nome da mãe										
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao nascer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	gramas	
6	Idade gestacional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses					<input type="checkbox"/> não sabe		
7	Nº do Cartão SUS da mãe		8	Equipe / PACS / PSF					<input type="checkbox"/> sem cobertura		
9	Centro de Saúde / UBS		10	Distrito Sanitário / Administrativo							
11	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)							Nº	Compl.		
	Bairro		Distrito / Povoado				Local	<input type="checkbox"/> urbano	<input type="checkbox"/> rural		
12	Município de residência								UF	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 – 2 – 3 – 4 Para estes campos transcrever as informações a partir da DO.

5 – 6 – 7 Para estes campos transcrever as informações a partir de algum registro, se houver, ou com o entrevistado.

- Obs. Anotar a idade gestacional na data do parto ou abortamento.

8 – 9 – 10 Preencher estes campos com as informações fornecidas pela SMS de acordo com o endereço de residência da Mãe.

11 – 12 Anotar de forma completa o endereço atual da mãe (ou da família do falecido quando a Mãe estiver ausente), indicando se está localizado em área urbana ou rural.

CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA

CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA				
13	Nome do(a) entrevistado(a)			
13.1	Relação com a criança falecida	mãe	pai	outro. Especificar

13 Anotar o nome completo do entrevistado, sem abreviatura .

- **13.1** Indicar a relação do entrevistado com o falecido.

Campos de 14 a 17: levantam a situação socioeconômica da família do falecido; o domicílio referido nestes campos é aquele onde a Mãe morou durante a gestação.

- Anotar zero (00) para que os espaços não fiquem vazios, exceto se o entrevistado “não sabe” a resposta.

14	Quantas pessoas moram nesta casa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pessoas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
15	Quantos cômodos são usados para dormir?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cômodos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
16	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	torneiras (pontos de água)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
17	Há algum fumante residente nesta casa?	<input type="text"/>	Sim, quantos	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	não sabe

14 Anotar o número de pessoas que moravam com a Mãe.

15 Anotar o número de cômodos/quartos/habitações usados para dormir no domicílio da Mãe.

- A razão **14/15** permite obter o indicador socioeconômico de “aglomeração familiar”.

16 Registrar a quantidade de torneiras para saída de água (pontos de água) no domicílio da Mãe.

- Não considerar os pontos de água de uso comunitário (localizados fora do domicílio).

17 Marcar se, durante a gestação, algum fumante ativo residiu ou não no domicílio da Mãe.

Campos de 18 a 24: tratam de antecedentes da Mãe.

18	Qual a idade da mãe?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos	19	A mãe tem trabalho remunerado?	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	não sabe
20	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	série	<input type="text"/>	<input type="text"/>	grau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
21	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
22	Qual a cor da pele da mãe da criança?	<input type="text"/>	Branca	<input type="text"/>	Preta	<input type="text"/>	Amarela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
		<input type="text"/>	Parda	<input type="text"/>	Indígena	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
23	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	vezes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
23.1	Essas gravidezes resultaram em	<input type="text"/>	<input type="text"/>	abortos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nascidos vivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nascidos mortos	<input type="text"/>	não sabe
23.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	partos normais	<input type="text"/>	<input type="text"/>	partos cesáreos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
23.3	Qual a data do último parto?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
24	Dos filhos que nasceram vivos, algum morreu?	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	não se aplica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não sabe
24.1	Que idade tinha e de quê morreu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Causa da morte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18 Registrar a idade da Mãe na gestação.

19 Assinalar se a Mãe tinha ou não trabalho remunerado no momento de ficar grávida ou durante a gestação.

20 Registrar a série e/ou o grau de escolaridade da Mãe.

- Não escrever os anos totais de estudo ou de frequência à escola.

21 Anotar se, durante a gestação, a Mãe vivia ou não com o pai biológico do bebê ou outro parceiro.

22 Marcar a raça (cor) da Mãe.

23 Registrar o número de gestações da Mãe anteriores à última, que está sob investigação.

- Nesta questão devem ser considerados todos os tipos de gestações, incluindo os casos de gravidez ectópica (CID-10 O00) e mola hidatiforme (CID-10 O01).
- A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 gestação.
- **23.1** Anotar o número de abortos, nascidos vivos e nascidos mortos, sem contar o que está sob investigação.
- **23.2** Anotar o número de partos vaginais (normais) e de partos por cesárea, exceto o que está sob investigação.
 - A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 parto para este subitem.
- **23.3** Anotar a data do último parto vaginal ou por cesárea.
- Anotar zero (00) para que os espaços não fiquem vazios, exceto se o entrevistado “não sabe” a resposta.
- Se a mãe não ficou grávida anteriormente, passar ao campo **24** e marcar a opção “Não se aplica”.
- 24** Assinalar se dos filhos que nasceram vivos algum deles morreu ou não.
 - Se nenhum filho nasceu vivo anteriormente, marcar a opção “Não se aplica”.
 - **24.1** Escrever a idade de cada filho no momento em que morreu e a causa da morte relatada pelo entrevistado.
- 25** Não preencher este campo.

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

Campos de 26 a 33: para o preenchimento de alguns campos deste bloco, será necessário solicitar ao entrevistado o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL				
Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.				
26	A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem <input type="checkbox"/> não sabe
26.1	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
27	A gravidez foi	<input type="checkbox"/> única	<input type="checkbox"/> gemelar	<input type="checkbox"/> trigemelar ou mais <input type="checkbox"/> não sabe
28	A mãe fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.1	Se não fez pré-natal, por quê não?	<input type="text"/>		
28.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
28.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?	<input type="text"/>		
28.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	<input type="text"/>	<input type="text"/> consultas	<input type="checkbox"/> não sabe
28.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
28.6	Quantas doses?	<input type="text"/>	<input type="text"/> doses	<input type="checkbox"/> não sabe
28.7	Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)	<input type="text"/>		
28.8	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> não sabe

28.9 Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a:							
<input type="checkbox"/>	Consulta no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	não sabe
<input type="checkbox"/>	Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/>	Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	não sabe
<input type="checkbox"/>	Exames	<input type="checkbox"/>	Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	não sabe
<input type="checkbox"/>	Ultra-som	<input type="checkbox"/>	Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	não sabe
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	não sabe

26 Assinalar se a gestação sob investigação foi planejada e se a Mãe a aceitou bem ou não.

- Formular a pergunta cuidadosamente para não gerar sentimento de culpa na(o) entrevistada(o).
- **26.1** Assinalar se a Mãe teve ou não acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais.

27 Indicar se a gestação sob investigação foi única ou múltipla.

28 Anotar se a Mãe fez ou não pré-natal.

- Se a Mãe fez pré-natal, passar ao subitem **28.2**.
- **28.1** Escrever os motivos relatados pelos quais a Mãe não fez pré-natal. Em seguida, passar ao campo **34**.
- **28.2** Anotar com quantos meses de gestação a Mãe iniciou o pré-natal.
 - Se foi nos primeiros 3 meses, passar ao subitem **28.4**.
- **28.3** Escrever os motivos relatados pelos quais a Mãe fez pré-natal após 1º trimestre.
- **28.4** Anotar o número de consultas da Mãe no pré-natal.
- **28.5** Assinalar se a Mãe tomou ou não vacina contra tétano.
 - Se a Mãe não tomou, passar ao subitem **28.7**.
- **28.6** Registrar o número de doses da vacina contra tétano que a Mãe tomou.
- **28.7** Identificar o estabelecimento de saúde onde a Mãe fez o pré-natal.
- **28.8** Identificar o tipo de estabelecimento de saúde onde a Mãe fez o pré-natal.
- **28.9** Perguntar ao entrevistado se teve alguma dificuldade no pré-natal em relação às opções disponíveis, enunciando-as uma a uma. Se a resposta for “sim” para alguma, descrever sucintamente a dificuldade referida.
 - Evitar indagar por opções sabidamente não existentes; exemplo, se a Mãe não compareceu ao PNAR.

29	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	não sabe		
29.1	Qual o nome da maternidade indicada?								
30	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?								
<input type="checkbox"/>	ótimo	<input type="checkbox"/>	bom	<input type="checkbox"/>	regular	<input type="checkbox"/>	ruim	<input type="checkbox"/>	não sabe
	Por que?								

29 Anotar se foi indicada ou não a maternidade de referência para o parto.

- **29.1** Identificar o estabelecimento de referência de acordo com a nomenclatura adotada no município.

30 Perguntar à Mãe como ela avalia o atendimento pré-natal, enunciando todas as alternativas disponíveis. Aguardar a resposta e registra-la. Depois, perguntar “por que?” e escrever a resposta.

- Se a Mãe não estiver presente, pular o campo.

31 O cartão de pré-natal está completo?

Completo(a) significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização para tétano) de acordo com a idade gestacional

sim não cartão/caderneta não disponível não se aplica

31.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/condução

31 Marcar se o cartão pré-natal está completo (segundo o critério referido).

- **31.1** Transcrever as informações do cartão/caderneta pré-natal para o quadro. No campo “Exames” anotar também o resultado dos exames.

32 Durante a gravidez, a mãe apresentou

pressão alta diabetes edema/ inchaço importante pela manhã Rh negativo

doença do coração sífilis corrimento vaginal com mau cheiro nenhuma doença/problema

infecção urinária HIV / Aids ataque, epilepsia ou convulsões não sabe

outro. Especificar _____

32.1 Houve tratamento? sim, qual _____

não, por que? _____ não sabe

32.2 Em que época da gravidez? no _____ mês de gestação ou a partir do _____ mês de gestação

33 Durante a gestação, a mãe fez uso de

Cigarro Sim. Especificar _____ vezes por dia Não não sabe

Drogas Sim. Especificar _____ Não não sabe

Bebidas alcoólicas Sim. Especificar _____ Não não sabe

32 Marcar TODAS as doenças/problemas que a Mãe apresentou durante a gravidez relatadas pelo entrevistado.

- **32.1** Indicar se houve tratamento para cada doença/problema identificado.
- **32.2** Preencher apenas uma opção para cada doença/problema identificado: se tinha duração limitada (“no ___ mês de gestação”) ou se evoluiu ao longo da gestação (“a partir do ___ mês de gestação”).

33 Indicar se durante a gestação a Mãe fez uso/consumo de alguma droga. Cuidado especial deve ser dado durante a abordagem para não induzir sentimento de culpa.

- Especificar o tipo de cigarro, droga ou bebida alcoólica consumida. No caso de cigarro, especificar quantos consumia por dia em média.

ASSISTÊNCIA AO PARTO

Campos de 34 a 44: procura-se registrar as percepções da mãe quanto ao trabalho de parto e a assistência que recebeu nesse período.

ASSISTÊNCIA AO PARTO			
34	Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/maternidade) na ocasião do parto?		
	<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê
	<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe
	<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____		
34.1	Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto?	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
34.2	Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
35	Quando rompeu a bolsa d'água?	<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto
		<input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto <input type="checkbox"/> Não sabe
35.1	Como estava o líquido?	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Com sangue <input type="checkbox"/> Não sabe
35.2	O líquido tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe

34 Registrar o(s) motivo(s) da Mãe para procurar atendimento na ocasião do parto.

- 34.1 Anotar quantas horas ou dias "o bebê parou de se mexer". Se não corresponde, pular o campo.
- 34.2 Anotar quantas horas ou dias se passou entre o início do(s) **motivo(s)** referido(s) e a procura por atendimento.
- Se o tempo for ≤ 24 horas, preencher somente em "horas"; se for >24 horas, somente em "dias".

35 Marcar o momento de ruptura de bolsa segundo as opções disponíveis.

- 35.1 Indicar se o líquido no momento da ruptura de bolsa era claro, escuro ou continha sangue.
- 35.2 Anotar se o líquido no momento da ruptura tinha ou não mau cheiro.

36	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?	<input type="checkbox"/> semanas	ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
37	O parto ocorreu:	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> No hospital / maternidade	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ <input type="checkbox"/> não sabe
37.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não? _____				
37.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital	<input type="checkbox"/> não sabe
37.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não? _____				

36 Anotar a idade gestacional em base às avaliações do pré-natal, em semanas ou meses.

37 Identificar o lugar de ocorrência do parto; esta questão é sempre de resposta única.

- "No trajeto para o serviço de saúde": qualquer tipo de veículo/transporte no trajeto para o serviço de saúde.
- "No hospital/maternidade": no setor obstétrico (sala de partos ou sala cirúrgica) do hospital/maternidade.
- Se o parto ocorreu "no hospital/maternidade" passar ao subitem 37.2
- 37.1 Anotar por que o parto não ocorreu "no hospital/maternidade".
- 37.2 Anotar se o parto foi realizado ou não no hospital/maternidade indicado.
- 37.3 Escrever brevemente por que o parto não ocorreu no hospital/maternidade se este foi indicado.

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

- 38** Responder se o parto ocorreu ou não na primeira maternidade procurada para este atendimento.
- **38.1** Listar cronologicamente os serviços de saúde procurados por ocasião do parto.
- 39** Marcar o tipo de transporte usada para o deslocamento da Mãe na hora do parto.
- 40** Marcar o tempo que passou entre a chegada no hospital e a primeira avaliação clínica.
- Se o parto não ocorreu no hospital, pular o campo.
- 41** Anotar se a Mãe estava ou não com acompanhante na sala de parto. Em caso afirmativo, escrever o grau de parentesco com a Mãe.
- Acompanhante: pessoa que permanece na sala de parto com autorização do hospital.
- 42** Perguntar à Mãe se foi examinada clinicamente antes de ir a sala de parto.
- Enunciar cada um dos componentes do exame clínico.
 - **42.1** Caso seja referida a “ausculta do bebê” no exame clínico, marcar o estado do batimento cardíaco fetal.
- 43** Assinalar a pessoa que atendeu o parto.
- 44** Perguntar à Mãe como ela avalia o atendimento durante o parto, enunciando todas as alternativas disponíveis. Aguardar a resposta e registra-la. Depois, perguntar “por que?” e escrever a resposta.

- Se a Mãe não estiver presente, pular o campo.

INFORMAÇÕES SOBRE O NATIMORTO

Campos de 45 a 51: nessas questões procura-se registrar a percepção do entrevistado sobre o que levou o bebê a óbito.

INFORMAÇÕES SOBRE O NATIMORTO			
45	O bebê manifestou algum sinal de vida quando nasceu? (movimentos, respiração, batimento cardíaco)	<input type="checkbox"/> Sim. Por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
46	Foi tentada reanimação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
46.1	Qual profissional tentou a reanimação?	<input type="checkbox"/> Pediatra / neonatologista	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?
47	A morte do bebê ocorreu	<input type="checkbox"/> Antes do trabalho de parto <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Depois do trabalho de parto <input type="checkbox"/> Não sabe
48	Qual o peso ao nascer?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	
49	Prematuro?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
50	Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte? "Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52."		
51	O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança? Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 52.		

- 45 Registrar se o recém nascido apresentou ou não algum sinal de vida ao nascer.
- 46 Marcar se foi ou não tentada a reanimação do recém nascido.
 - 46.1 Se foi tentada a reanimação, anotar o tipo de profissional que a realizou.
- 47 Indicar o momento do óbito em relação ao trabalho de parto.
- 48 Escrever o peso do recém nascido. Se não sabe, anotar "XXXX".
- 49 Marcar se o recém nascido foi ou não prematuro (idade gestacional menor de 37 semanas).
- 50 Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, **nas palavras do entrevistado, registrando** fielmente a sua fala. Só é permitido perguntar: "*Quer acrescentar mais alguma coisa?*".
- 51 Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, **nas palavras do entrevistado**.

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

- 52 Após deixar a residência, o entrevistador deve registrar sua impressão sobre a situação familiar.
- 53 Após deixar a residência, o entrevistador deve descrever sua impressão sobre as consequências do óbito fetal na família, como ela reagiu/reage ao fato.
- 54 – 55 Terminar o preenchimento registrando a data do encerramento de dados e a identificação do responsável pela investigação.

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde ambulatorial

11

A Ficha 11 se destina à investigação nos serviços ambulatoriais (atenção básica, urgência e emergência), isto é, onde não ocorreu internação da gestante para atendimento.

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

Campos de 1 a 13: tratam da identificação do falecido baseada em documentos que são emitidos na ocasião do nascimento (Declaração de Nascido Vivo) e na ocasião da morte (Declaração de Óbito – DO e Certidão de Óbito) e outros como o Cartão SUS.

1 Nome da criança	
2 Nome da mãe	
3 N° da Declaração de Óbito	4 Data do óbito
5 N° da Declaração de Nascido Vivo	6 Data de nascimento
7 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8 Peso ao nascer <input type="text"/> gramas
9 Idade ao óbito (infantil) <input type="text"/> meses <input type="text"/> dias <input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos <input type="checkbox"/> Ignorado	
10 N° do Cartão SUS <input type="text"/>	11 Equipe / PACS / PSF <input type="text"/> sem cobertura <input type="checkbox"/>
12 Centro de Saúde / UBS <input type="text"/>	13 Distrito Sanitário / Administrativo <input type="text"/>

1 – 2 – 3 – 4 – 6 – 7 – 9 – 10 Para estes campos transcrever as informações a partir da DO.

- Obs. Anotar a idade da criança ao óbito só em umas das unidades (meses, dias, horas ou minutos) **9**
- Obs. O número do Cartão SUS é da Mãe da criança falecida **10**.

5 – 8 Para estes campos transcrever as informações a partir da DN ou outra fonte disponível.

11 – 12 – 13 Preencher estes campos com as informações fornecidas pela SMS de acordo com o endereço de residência da Mãe.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Campos de 14 a 29: para responder estas questões é necessário pesquisar os dados em prontuários e fichas de atendimento ambulatoriais e cartão/Caderneta da gestante.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL				
Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.				
14 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal		Código CNES		
Nome <input type="text"/>		<input type="text"/>		
15 Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde/SUS	<input type="checkbox"/> Consultório convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não fez pré-natal

14 Identificar o estabelecimento onde a Mãe fez o pré-natal de acordo com a nomenclatura adotada no município. Se possível, anotar o CNES.

- Se a Mãe não fez pré-natal, marcar “Não fez pré-natal” e passar à questão **29**.

15 Indicar o tipo de estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação.

16	Idade gestacional na primeira consulta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	SR
17	Número de consultas pré-natal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	consultas				<input type="text"/>	SR
18	Já esteve grávida antes deste bebê?	<input type="text"/>	sim	<input type="text"/>	não			<input type="text"/>	SR
18.1	Número de gestações (inclusive esta)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de partos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de abortos	<input type="text"/>	SR
18.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="text"/>	partos normais	<input type="text"/>	partos com fórceps	<input type="text"/>	partos cesáreos	<input type="text"/>	SR
19	Foi considerada gestante de alto risco?	<input type="text"/>	sim	<input type="text"/>	não			<input type="text"/>	SR
19.1	Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco?	<input type="text"/>	sim, qual?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	não	<input type="text"/>	SR
19.2	A partir de	<input type="text"/>	semanas					<input type="text"/>	SR
19.3	O acompanhamento da gestante pela atenção básica foi mantido durante o PNAR?	<input type="text"/>	sim	<input type="text"/>	não			<input type="text"/>	SR

16 Indicar a idade gestacional na primeira consulta do pré-natal. Normalmente, o cartão da gestante contém esta informação, mas é preciso verificar a exatidão deste dado no prontuário.

17 Anotar quantas consultas de pré-natal a Mãe realizou no estabelecimento de saúde.

18 Indicar se a Mãe teve ou não outras gestações. Observar que esta questão se refere às gestações anteriores, excluindo a última gestação, quando ocorreu o óbito.

- Nesta questão devem ser considerados todos os tipos de gestações, incluindo os casos de gravidez ectópica (CID-10 O00) e mola hidatiforme (CID-10 O01).
- A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 gestação e como 1 parto para os subitens **18.1** e **18.2**.
- Prestar atenção nos dados da fórmula obstétrica da mãe (GX-PX-X-X-X) que aparece no prontuário. A letra G indica o número de gestações (incluindo a gestação em investigação) e a P, os partos (excluindo o parto em investigação), seguindo a seguinte ordem: Partos a término – Partos pré-término – Abortos/Ectópicos – Filhos vivos atualmente.
- Como as respostas são numéricas, anotar “00” para não deixar campos em branco.
- Se a mãe não ficou grávida anteriormente, passar ao campo **19**.

19 Anotar se a gestação sob investigação foi ou não identificada de alto risco durante o pré-natal.

- Se a resposta for “não”, passar ao campo **20**.
- **19.1** Se foi considerada de alto risco, indicar se foi ou não acompanhada pelo pré-natal de alto risco (PNAR), especificando qual o estabelecimento de saúde do PNAR.
 - Se a resposta for “não”, passar ao campo **20**.
- **19.2** Anotar a idade gestacional a partir da qual a gestação foi considerada de alto risco.
- **19.3** Indicar se a Mãe manteve ou não o seguimento pela atenção básica durante o PNAR.

20	Foi internada durante a gestação?	<input type="text"/>	sim	<input type="text"/>	não			<input type="text"/>	SR
20.1	Quantas vezes?	<input type="text"/>	vezes					<input type="text"/>	SR
20.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?							<input type="text"/>	SR
20.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Local				
		2ª internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Local			<input type="text"/>	SR

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

20 Indicar se a Mãe foi ou não internada durante a gestação.

- Se a resposta for “não”, passar ao campo **21**.
- **20.1** Escrever o numero de internações da Mãe durante a gestação.
- **20.2** Registrar sucintamente os motivos dessas internações.
- **20.3** Anotar a idade gestacional (em semanas) e o local das duas primeiras internações.

21 Marcar TODAS as patologias ou fatores de risco da Mãe identificados durante a gestação.

- Tabagismo, etilismo, uso de drogas, etc. devem ser especificadas em “Outras”.

22 Responder se a Mãe fez ou não uso de qualquer medicação durante a gravidez, seja com indicação médica ou não.

- **22.1** Anotar os nomes comerciais ou genéricos dos medicamentos usados.

23 Quadro da Assistência Pré-Natal									
Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Edema	Queixas / Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional *

*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro

23 Preencher em ordem cronológica cada um dos atendimentos prestados à gestante.

- Na última coluna deve-se seguir a legenda contida na parte inferior do quadro. Quando não for possível identificar o profissional, anotar “SR”.

24	Esquema de vacinação contra o tétano	<input type="checkbox"/> 1ª dose	<input type="checkbox"/> 2ª dose	<input type="checkbox"/> 3ª dose	<input type="checkbox"/> reforço	<input type="checkbox"/> imune	<input type="checkbox"/> SR
25	A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR			
25.1	Se sim, qual o motivo?	_____					

24 Marcar a dose de vacinação contra o tétano que a Mãe recebeu. Se ela já tiver o esquema de vacinação completo antes desta gestação, assinalar a resposta “Imune”.

25 Assinalar se a equipe de saúde fez ou não alguma visita domiciliar durante o pré-natal.

- Se a resposta for “não”, passar ao campo **26**.
- **25.1** Explicar os motivos da visitas domiciliares.

26 Exames no pré-natal		Trimestre				
Assinale o trimestre e anote o resultado.		1	2	3	Resultados	SR
26.1	Hb/Ht					
26.2	Grupo sanguíneo ABO					

26 Marcar o trimestre de realização de cada exame (não é necessário registrar a data) e o resultado correspondente. Caso o mesmo exame tenha sido realizado mais de uma vez, anotar todos os resultados.

- Hb/Ht = hemoglobina/hematócrito; Fator RH = um tipo de classificação do sangue, pode ser positivo ou negativo; HbsAg = antígeno de superfície do vírus da hepatite B; VDRL = exame para diagnóstico de sífilis.

27 Observações

27 Descrever outras anotações pertinentes ao caso que o entrevistador julgar importante.

28 Não preencher este campo.

29 Identificar corretamente a pessoa que realizou a coleta de dados até esta parte da ficha.

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Campos de 30 a 40: para responder essas questões será necessário realizar levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e Cartão da criança.

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA								
30 Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e Cartão da criança								
A criança estava em acompanhamento pelo serviço de saúde? (puericultura, crescimento/desenvolvimento)						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
31 Estabelecimento que prestou atendimento								
Nome _____				Código CNES _____				
32 Tipo de serviço								
<input type="checkbox"/> C.S./SUS		<input type="checkbox"/> Consultório convênio		<input type="checkbox"/> ConsultórioParticular				
33 atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito								
Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*	
*Assinalar: 1.Médico Generalista; 2.Médico Pediatra; 3.Enfermeiro; 4. Outro								

30 Marcar se a criança estava ou não em acompanhamento pelo serviço de saúde?

- Se a resposta for "não" ou "SR", passar ao campo **40**.

31 – 32 Identificar o estabelecimento que prestou atendimento à criança falecida de acordo com a nomenclatura adotada no município. Se possível, anotar o CNES.

33 Registrar, em ordem cronológica, os atendimentos prestados à criança tanto na Atenção Básica quanto no Serviço de urgência/emergência.

- Na última coluna, seguir a legenda na parte inferior. Se não é possível identificar o profissional, anotar "SR".

34 Existe informação no prontuário sobre Aleitamento Materno?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34.1 Se sim, houve Aleitamento Materno exclusivo (apenas leite materno)		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34.2 Se houve Aleitamento Materno exclusivo, por quanto tempo?		<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> não se aplica
34.3 Se houve aleitamento misto, qual a duração do aleitamento misto?		<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> não se aplica

35	Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência / emergência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
35.1	Por qual motivo? _____			
36	A vacinação está completa para a idade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
36.1	Se não, especificar as vacinas em atraso			
37	A criança participava de algum acompanhamento especial?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
37.1	Qual?	<input type="checkbox"/> desnutrição	<input type="checkbox"/> RN de alto risco	<input type="checkbox"/> prematuro
		<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> baixo peso	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
38	Realizadas visitas domiciliares / busca ativa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
38.1	Por qual motivo? _____			

34 Marcar se existe ou não informação no prontuário sobre Aleitamento Materno (AM).

- Se a resposta for “não”, passar ao campo 35.
- 34.1 Indicar se houve ou não **AM exclusivo** (alimentação da criança exclusivamente por leite materno, sem a complementação com outros alimentos ou líquidos, nem água). Se a resposta for “não”, passar ao subitem 34.3.
- 34.2 Anotar o tempo, em dias ou meses, de AM exclusivo que a criança recebeu.
- 34.3 Anotar o tempo, em dias ou meses, de AM misto, entendido como a alimentação da criança com outros alimentos além do leite materno.

35 Assinalar se houve ou não indicação de encaminhamento da criança para outros serviços de saúde, exceto para internação.

- 35.1 Relatar os motivos dos encaminhamentos se houverem.

36 Anotar se a vacinação da criança está completa ou não para a idade, solicitando o cartão de vacina da criança. É necessário conhecer o calendário vacinal preconizado no município.

- 36.1 Escrever as vacinas em atraso se houverem.

37 Anotar se a criança participava ou não de algum acompanhamento especial de saúde.

- 37.1 Marcar o tipo de acompanhamento especial se for o caso.

38 Indicar se a criança recebeu alguma visita domiciliar por algum motivo de saúde específico.

- 38.1 Relatar os motivos das visitas se houveram.

39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver
40	Observações gerais
41	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso?

39 Anotar as causas de óbito da criança caso haja registro em prontuário.

40 Escrever outras anotações pertinentes ao caso que o entrevistador julgar importante.

41 Finalmente, o entrevistador deve registrar sua impressão sobre o que aconteceu neste caso. Isto é diferente das questões anteriores, quando deve se ater apenas aos documentos no nível ambulatorial.

42 – 43 Terminar o preenchimento registrando a data do encerramento de dados e a identificação do responsável pela investigação, que às vezes, será diferente daquele fez a primeira parte da ficha.

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde hospitalar

12

A Ficha 12 se destina à investigação no serviço hospitalar, onde ocorreu a internação da criança que faleceu.

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

Campos de 1 a 11: tratam da identificação do falecido baseada em documentos emitidos na ocasião do nascimento (Declaração de Nascido Vivo) e na ocasião da morte (Declaração de Óbito – DO e Certidão de Óbito) e outros como o Cartão SUS.

1	Nome da Criança		
2	Nome da mãe		
3	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de nascimento
7	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao Nascer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gramas
9	Idade ao óbito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos <input type="checkbox"/> Ignorado		
10	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação Nome _____ Código CNES _____		
11	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular	

1 – 2 – 3 – 4 – 6 – 7 – 9 Para estes campos transcrever as informações a partir da DO.

- Obs. Anotar a idade da criança ao óbito só em umas das unidades (meses, dias, horas OU minutos) **9**

5 – 8 Para estes campos transcrever as informações a partir da DN ou outra fonte disponível.

10 Identificar o estabelecimento onde a investigação está sendo realizada segundo a nomenclatura adotada no município; se possível, anotar o CNES.

11 Indicar o tipo de hospital ou maternidade onde se realiza a investigação.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO

Este bloco compreende aspectos da assistência à Mãe no pré-natal e no parto. Será necessário pesquisar no prontuário relativo à internação da Mãe e nos registros de outros serviços deste estabelecimento de saúde desde que ela tenha feito uso dos mesmos durante a gestação.

Campos de 12 a 18: referem-se à assistência ao parto.

ASSISTÊNCIA AO PARTO			
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc)			
12	Data do parto/nascimento	Hora do parto/nascimento	SR
13	O parto ocorreu <input type="checkbox"/> No domicílio <input type="checkbox"/> Na maternidade <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar		SR
14	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea		SR
15	Profissional que fez o parto <input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetiz <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo <input type="checkbox"/> Outro. Especificar		SR

16	Tempo de bolsa rota	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> Não se aplica	<input type="text"/> SR		
16.1	Aspecto do líquido amniótico	<input type="text"/> Claro	<input type="text"/> Com mecônio	<input type="text"/> Sanguinolento	<input type="text"/> Fétido	<input type="text"/> SR
17	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto					
	<input type="text"/> Hipertensão	<input type="text"/> Infecção	<input type="text"/> Eclampsia	<input type="text"/> Hemorragia		
	<input type="text"/> Sem intercorrências	<input type="text"/> Outra. Especificar _____				
18	Idade gestacional cronológica	<input type="text"/> semanas ou	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> ignorada	<input type="text"/> SR	

12 Anotar a data e a hora do parto/nascimento.

- Quando não houver registro de hora, anotar "XXXX" nos espaços correspondentes.

13 Identificar o lugar de ocorrência do parto; esta questão é sempre de resposta única.

- "Na maternidade": quando ocorre no setor obstétrico (sala de partos, de cirurgia) da maternidade ou hospital obstétrico especializado.
- "Via pública": refere-se ao parto que ocorre em local público, no trajeto ou não para o serviço de saúde.
- Se o parto ocorre em qualquer veículo ou transporte no trajeto ou não para o serviço de saúde, marcar "No trajeto para o serviço de saúde".
- "Outro serviço de saúde": refere-se a qualquer serviço de saúde diferente da maternidade.
- Se o parto não ocorreu "na maternidade", passe ao campo **19**.

14 Especificar se o parto foi vaginal, com fórceps ou por cesárea.

15 Assinalar o profissional que atendeu o parto.

- Considerar o médico residente como "Médico não obstetra".
- "Sem assistência no período expulsivo": quando, neste período, nenhuma pessoa deu assistência à Mãe.
- Incluir em "Outro" os acadêmicos, técnicos, ou qualquer outra pessoa.

16 Anotar o número de horas desde a ruptura da bolsa até a expulsão do recém nascido.

- Se o tempo de bolsa rota for menor que uma hora escrever zero ("0000").
- Quando não houver bolsa rota, anotar "Não se aplica" e passar ao campo **17**.
- **16.1** Para o aspecto do líquido amniótico, considerar:
 - Claro: líquido translúcido, ligeiramente amarelado, sem mau cheiro.
 - Com mecônio: cor escura característico, devido à eliminação de mecônio pelo feto antes do parto.
 - Sanguinolento: líquido avermelhado, com sangue.
 - Fétido: líquido com mau cheiro, característico de infecção.

17 Assinalar TODAS as intercorrências apresentadas pela Mãe durante o trabalho de parto.

18 Copiar a idade gestacional cronológica registrada no momento do parto.

Campos de 19 a 21: tratam dos antecedentes obstétricos da gestante.

19	Esteve grávida antes deste bebê	<input type="text"/> sim	<input type="text"/> não	<input type="text"/> SR
19.1	Número de gestações (inclusive esta)	<input type="text"/> Número de partos	<input type="text"/> Número do abortos	<input type="text"/> SR
19.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="text"/> partos normais	<input type="text"/> partos cesáreos	<input type="text"/> SR
19.3	Filhos nascidos vivos (incluir este)	<input type="text"/>	Filhos nascidos mortos	<input type="text"/>

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

19 Anotar se a Mãe esteve ou não grávida anteriormente.

- Nesta questão devem ser considerados todos os tipos de gestações, incluindo os casos de gravidez ectópica (CID-10 O00) e mola hidatiforme (CID-10 O01).
- Se a mãe não ficou grávida anteriormente, passar ao campo 20.
- A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 gestação e como 1 parto para os subitens 19.1 e 19.2.
- O subitem 19.3 pesquisa a condição dos filhos ao nascimento, por tanto, o número de filhos nascidos mortos deve, no mínimo, ser um ("01").
- Anotar zero ("00") e não deixar espaços em branco nos subitens, quando seja o caso.
- Prestar atenção aos dados da fórmula obstétrica da mãe (GX-PX-X-X-X) que aparece no prontuário. A letra G indica o número de gestações (incluindo a relacionada ao óbito em investigação) e a P, os partos (excluindo o relacionado ao óbito em investigação), segundo a seguinte ordem: Partos a término – Partos pré-término – Abortos/Ectópicos – Filhos vivos atualmente.

20 Marcar TODAS as patologias ou fatores de risco que a Mãe apresentou durante a gestação.

- Tabagismo, etilismo, uso de drogas, etc. devem ser especificadas em "Outras".

21 Responder se a Mãe fez ou não uso de qualquer medicação durante a gravidez, seja com indicação médica ou não.

- 21.1 Anotar os nomes comerciais ou genéricos dos medicamentos usados.

SE O PARTO OCORREU NO HOSPITAL/MATERNIDADE CONTINUAR COM OS SEGUINTE CAMPOS. Caso contrário, passar ao campo 35.

Campos de 22 a 27: referem-se aos dados de admissão ao hospital/maternidade.

As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 35.				
22	Estabelecimento onde ocorreu o parto		Código CNES _____	
	Nome _____			
23	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
24	Data da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hora da internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR

25	Condição à internação	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	<input type="checkbox"/> SR	
		<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto		
		<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea		
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____			
26	Registros à admissão da gestante na maternidade				
<input type="checkbox"/>	Pressão arterial Anotar valores.	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
<input type="checkbox"/>	Dinâmica uterina	<input type="checkbox"/> Sim. _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
<input type="checkbox"/>	Dilatação do colo	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
<input type="checkbox"/>	Batimentos cardíaco-fetais	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR	
<input type="checkbox"/>	Apresentação	<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	
<input type="checkbox"/>	Membrana amniótica	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Rota	<input type="checkbox"/> SR	
27	Foram realizados na admissão	Classificação sanguínea e fator Rh	VDRL	Anti-HIV	SR

22 Identificar o hospital/maternidade onde ocorreu o parto; se possível, anotar o CNES.

23 Indicar o tipo de hospital/maternidade onde ocorreu o parto.

24 Anotar a data e a hora da internação em que ocorreu o parto.

- Quando não houver registro de hora, anotar "XXXX" nos espaços correspondentes.

25 Marcar a condição de saúde da Mãe no momento da internação em que ocorreu o parto.

- Marcar "cesárea" somente quando a mesma foi planejada/agendada.
- Amniorrexe: ruptura de bolsa.
- Período expulsivo: inicia com o colo uterino completamente dilatado (10 cm) e termina com a expulsão fetal.

26 Na presença de algum registro do exame clínico, marcar "Sim" no campo correspondente e anotar o valor respectivo. Anotar todas as informações possíveis.

27 Marcar os **resultados dos** exames de laboratório que foram realizados NA ADMISSÃO da Mãe no hospital/maternidade.

Campos de 28 a 34: informações contidas no partograma a partir de 4 cm de dilatação do colo uterino. Na ausência de trabalho de parto, anotar "Não se aplica" em todos os campos.

28	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
29	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
30	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
31	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação				
	Avaliação da mãe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	
	Avaliação do feto – BCF	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hora / minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR	

28 Assinalar se foi utilizado ou não o partograma (após 4 cm de dilatação).

29 – 30 Escrever o número de avaliações maternas e fetais até a expulsão do recém nascido.

- (BCF - batimentos cardíacos fetais).

31 Anotar o maior intervalo de tempo em que não houve avaliação da mãe e do feto.

- Exemplo, hora da avaliação (00:15) – hora da avaliação prévia (23:40) = intervalo de tempo (00:35).

Campos de 32 a 34: tratam de outras informações da internação da Mãe.

32	Medicação utilizada	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação				
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____						<input type="checkbox"/> SR
33	Se foi realizada cesárea, qual a indicação							
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	<input type="checkbox"/> Prematuridade					
	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo					
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrânio	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Iterativa					
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia						
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____						<input type="checkbox"/> SR	
34	Anestesia durante o trabalho de parto		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> SR
34.1	Se sim, qual?		<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raqui	<input type="checkbox"/> SR	
34.2	Outros métodos de alívio da dor		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> SR

- 32** Anotar TODAS as medicações utilizadas; indicar a data de início do uso SOMENTE do corticóide.
- 33** Marcar TODAS as indicações identificadas para a realização da cesárea.
- 34** Indicar se a Mãe recebeu ou não anestesia durante o trabalho de parto.
- Não confundir com alguns casos de cesárea que não estão em trabalho de parto.
 - Indicar o tipo de anestesia administrada à Mãe (34.1) e/ou outros métodos de alívio da dor (34.2).

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO APÓS O NASCIMENTO

Para responder este bloco, pesquisar em prontuários e livros de registros na sala de parto e posto de enfermagem da maternidade e do berçário.

Campos de 35 a 46: referem-se a dados do nascimento.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO APÓS O NASCIMENTO								
Pesquisar em registros do prontuário do hospital/maternidade.								
35	Peso ao nascer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	gramas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SR
36	Quem assistiu a criança ao nascimento?		<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Residente			<input type="checkbox"/> SR
			<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____			
37	Procedimentos usados na assistência imediata ao RN							
	<input type="checkbox"/> Medicamento venoso	<input type="checkbox"/> Oxigênio com máscara e ambú	<input type="checkbox"/> Oxigênio inalatório					
	<input type="checkbox"/> Aspiração das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Entubação	<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical					
	<input type="checkbox"/> Passagem de sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____						
38	APGAR 1º minuto	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SR	APGAR 5º minuto	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> SR
39	Idade gestacional estimada pelo pediatra		<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas			<input type="checkbox"/> SR
40	Classificação do RN		<input type="checkbox"/> Adequado para Idade Gestacional (AIG)		<input type="checkbox"/> Pequeno para Idade Gestacional (PIG)			
			<input type="checkbox"/> Grande para Idade Gestacional (GIG)				<input type="checkbox"/> SR	
41	Se PIG ou GIG, houve rastreamento de hipoglicemia?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR		
42	Se a mãe teve o VDRL positivo, o bebê foi tratado?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR		
43	Se mãe Rh negativo e bebê Rh positivo, a mãe tomou imunoglobulina?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR		
43.1	Se não, por quê? _____							

44	O bebê apresentou algum problema?	<input type="checkbox"/> Asfixia/Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/> RN de mãe diabética	<input type="checkbox"/> Icterícia		
	<input type="checkbox"/> Síndrome de aspiração meconial	<input type="checkbox"/> RN suspeita infecção	<input type="checkbox"/> Toco-traumatismo			
	<input type="checkbox"/> Taquipnéia transitória do RN	<input type="checkbox"/> Mal formação congênita	<input type="checkbox"/> Infecção confirmada			
	<input type="checkbox"/> Doença da membrana hialina	<input type="checkbox"/> Baixo peso (<2500 g)	<input type="checkbox"/> Prematuridade			
	<input type="checkbox"/> Doença hemolítica	<input type="checkbox"/> Distúrbio metabólico	<input type="checkbox"/> Não teve problemas			
	<input type="checkbox"/> TORSCH. Qual? _____					
	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		<input type="checkbox"/> SR			
45	O bebê ficou internado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR		
46	Se não ficou internado, data da alta		Peso na alta		gramas	SR

35 Transcrever o peso ao nascer do recém nascido.

36 Anotar quem assistiu o recém nascido na sala de parto.

37 Marcar TODOS os procedimentos usados na assistência imediata ao recém nascido (RN).

38 Transcrever o índice de APGAR no 1º e no 5º minutos.

39 Registrar a idade gestacional estimada pelo pediatra.

40 Assinalar a classificação do RN realizada pelo pediatra ou neonatologista, já padronizada no país.

- Se a criança for adequada para idade gestacional, passar ao campo 42.

41 Anotar se houve ou não rastreamento de hipoglicemia (se foi realizada aferição de glicose ou “açúcar” no sangue no recém nascido ou cordão umbilical).

42 Marcar, caso a Mãe tenha o VDRL positivo, se o bebê foi tratado ou não para sífilis (para sífilis congênita) com antibiótico específico (penicilina G cristalina).

43 Anotar se a Mãe tomou ou não imunoglobulina específica (anti-Rh ou anti-D), caso ela seja fator Rh negativo e o bebê positivo.

- Se não existe incompatibilidade de fator Rh, deixar o campo sem resposta e passar ao campo 44.

- 43.1 Se a Mãe não tomou imunoglobulina, explicar por que.

44 Marcar TODOS os problemas que o RN apresentou ao nascimento.

- Se a resposta for “Não teve problemas”, passar ao campo 45.

- Toco-traumatismo: trauma relacionado ao parto.

- TORSCH: reunião das iniciais de toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus e herpes simples. É um grupo de infecções de transmissão vertical (de mãe ao filho) as quais podem comprometer ao embrião ou ao feto (intra-útero). É importante identificar qual doença acometeu o bebê.

45 Assinalar se o RN permaneceu ou não internado após o nascimento.

- Se a resposta for “sim”, passar ao campo 47.

46 Se o RN não permaneceu internado, registrar o peso do RN e a data do alta, e **passar ao campo 59**.

Campos de 47 a 50: tratam da indicação de internação das crianças após o nascimento.

As questões seguintes se referem apenas a crianças que permaneceram hospitalizadas após o nascimento.			
47	Registro de evolução diária por médico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR

48	O recém-nascido permaneceu em	<input type="checkbox"/> Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/> Berçário comum	<input type="checkbox"/> UTI / CTI	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Berçário cuidados intermediários (BCI)	<input type="checkbox"/> Transferido		
49	Foi indicado UTI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
49.1	Se sim, qual o motivo				
49.2	Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI?				<input type="checkbox"/> SR
49.3	Se mais de 3hs, porque?	<input type="checkbox"/> Falta de vaga	<input type="checkbox"/> instabilidade do RN	<input type="checkbox"/> dificuldade com transporte	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____			
50	Diagnóstico (listar todos os problemas do RN/ou maternos afetando o RN)				<input type="checkbox"/> SR

47 Anotar se, no prontuário, houve ou não registros diários de evolução médica (exame e prescrição) durante a internação.

48 Indicar o setor (resposta única) onde o RN permaneceu depois da indicação da internação.

49 Marcar se houve ou não indicação de UTI.

- 49.1 Listar os motivos da indicação de UTI.
- 49.2 Escrever o tempo que levou para a criança ser internada na UTI depois da indicação.
- 49.3 Se o tempo para internação na UTI foi maior de 3 horas, marcar o motivo da demora.

50 Relatar TODOS os problemas do RN ou da mãe que afetam o RN.

Campos de 51 a 54: investigam a conduta terapêutica adotada.

51	Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/> Incubadora	<input type="checkbox"/> Cateterismo umbilical	<input type="checkbox"/> Exsanguineotransfusão			
		<input type="checkbox"/> Berço aquecido	<input type="checkbox"/> Nutrição parenteral	<input type="checkbox"/> Entubação			
		<input type="checkbox"/> Canguru	<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	<input type="checkbox"/> O2 inalatório			
		<input type="checkbox"/> Fototerapia	<input type="checkbox"/> Antibioticoterapia	<input type="checkbox"/> O2 em capacete			
		<input type="checkbox"/> Medicação venosa	<input type="checkbox"/> Surfactante	<input type="checkbox"/> CPAP			
		<input type="checkbox"/> Punção venosa central	<input type="checkbox"/> Hemotransfusão	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica			
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR		
52	Propedêutica realizada	<input type="checkbox"/> Raio X de tórax	<input type="checkbox"/> Gases arteriais / Venosos	<input type="checkbox"/> Cultura de sangue	<input type="checkbox"/> Exame do líquor		
		<input type="checkbox"/> Íons	<input type="checkbox"/> Hemograma/hematócrito	<input type="checkbox"/> Cultura de urina			
		<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR		
53	O recém-nascido foi transferido para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim. Data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
53.1	Se sim, para qual hospital?						
53.2	Por que foi transferido?						
54	Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR			
54.1	Se sim, especificar						

51 Marcar todos os procedimentos terapêuticos realizados no RN.

52 Anotar todos os exames de ajuda diagnóstica realizados no RN.

53 Marcar se o RN foi transferido ou não para outro hospital, registrando a data da transferência.

- 53.1 Identificar o nome do estabelecimento de destino.
- 53.2 Relatar o motivo da transferência.

54 Indicar se alguma indicação médica prescrita não foi realizada.

- 54.1 Especificar qual indicação não foi realizada.

Campos de 55 a 58: tratam das características do óbito durante a internação após o nascimento.

55	Se o óbito ocorreu na maternidade, indique o setor de ocorrência	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico	<input type="checkbox"/> Berçário comum	<input type="checkbox"/> Berçário cuidado intermediário	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica	<input type="checkbox"/> Alojamento Conjunto	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR					
56	Data do óbito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora do óbito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	horas	<input type="checkbox"/> SR
56.1	Se este óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de vida, quantas horas após o parto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	horas	<input type="checkbox"/> SR					
57	O corpo foi encaminhado para necropsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR										
58	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver													

55 Indicar o setor da maternidade onde ocorreu o óbito.

56 Anotar a data e hora do óbito.

- 56.1 Especificar a idade em horas do RN se morreu no primeiro dia de vida.

57 Assinalar se o corpo foi ou não encaminhado para necropsia. Se foi, será necessário a investigação no serviço de necropsia (**Ficha IF4**).

58 Anotar as causas da morte caso haja registro no prontuário.

59	Observações												
60	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso												

59 Registrar outras anotações pertinentes ao caso que o entrevistador julgar importante.

60 Finalmente, o entrevistador deve registrar sua impressão sobre o que aconteceu neste caso. Isto é diferente das questões anteriores, quando o entrevistador deve se ater apenas aos documentos encontrados no nível ambulatorial/hospitalar.

61 Identificar corretamente a pessoa que realizou a coleta de dados até esta parte da ficha.

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

Este bloco deve ser aplicado quando a criança recebeu alta após o nascimento e re-internou durante a doença que levou à morte. Pesquisar os dados em prontuário ou ficha de atendimento da criança. A criança pode ter morrido no hospital ou ter morrido depois da alta, no domicílio.

Campos de 62 a 66: tratam das características gerais da internação.

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE															
Aplicar apenas no caso de criança que recebeu alta da maternidade e reinternou durante a doença que levou à morte. Pesquisar em prontuário ou ficha de atendimento da criança.															
62	Estabelecimento em que a criança ficou internada durante a doença que levou à morte														
	Nome											Código CNES			
63	Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Conveniado SUS	<input type="checkbox"/> Particular											
64	Data da internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas da internação	<input type="checkbox"/> SR
65	Peso da criança na internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	gramas	<input type="checkbox"/> SR

66	A criança foi transferida de outro serviço de saúde / hospital para este?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
66.1	Nome _____	Código CNES _____		
66.2	Por qual motivo?			
66.3	Por quanto tempo ficou internada no outro serviço?			

62 Identificar o estabelecimento onde a criança foi internada de acordo com a nomenclatura adotada no município. Se possível, anotar o CNES.

63 Indicar o tipo de hospital onde a criança foi internada.

64 Anotar a data e hora da internação.

65 Registrar o peso da criança no momento da internação.

66 Indicar se a criança foi ou não transferida de outro serviço de saúde/hospital.

- Se a resposta for "sim", gerará mais uma ficha de investigação hospitalar.
- 66.1 Identificar o estabelecimento que fez a transferência; se possível, anotar o CNES
- 66.3 Escrever o motivo da transferência.
- 66.3 Anotar o tempo que a criança ficou internada no estabelecimento que fez a transferência.

Campos de 67 a 73: abordam o estado clínico da criança na admissão.

67	Foi indicado UTI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
67.1	Se sim, qual o motivo			
67.2	Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI?			<input type="checkbox"/> SR
67.3	Se mais de 3hs, porque?	<input type="checkbox"/> Falta de vaga	<input type="checkbox"/> instabilidade da criança	<input type="checkbox"/> dificuldade com transporte
	Outro. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
68	Estado geral no momento da hospitalização	<input type="checkbox"/> Em parada cardio-respiratória	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Moderado/regular	
69	Sinais vitais à admissão	Frequencia Cardíaca _____ bpm		<input type="checkbox"/> SR
		Frequencia Respiratória _____ irpm		<input type="checkbox"/> SR
		Temperatura Axilar _____ ° C		<input type="checkbox"/> SR
		Perfusão _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> SR
70	Estado nutricional da criança à admissão	<input type="checkbox"/> Desnutrida / baixo peso	<input type="checkbox"/> Eutrófica	<input type="checkbox"/> SR
71	Estado de hidratação da criança à admissão	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> SR
72	Queixa principal à admissão			
73	Diagnósticos à admissão (motivo da internação)			

67 Anotar se houve ou não indicação de UTI.

- 67.1 Escrever os motivos da indicação de UTI.
- 67.2 Escrever o tempo que levou para a criança ser internada na UTI depois da indicação.
- 67.3 Se o tempo para internação na UTI foi maior de 3 horas, marcar o motivo da demora.

68 Marcar o estado geral da criança no momento da internação.

69 Registrar os sinais vitais à admissão.

70 Anotar a classificação do estado nutricional da criança à admissão.

71 Assinalar o estado de hidratação da criança à admissão.

72 Transcrever a queixa principal da criança à admissão.

73 Listar os diagnósticos da criança à admissão.

Campos de 74 e 75: referem-se à evolução clínica da criança depois da admissão.

74	Evolução do quadro clínico					
	Data	Exame clínico e evolução	Exames complementares	Diagnóstico	Conduta	
75	Alguns medicamentos, procedimentos ou condutas prescritas deixaram de ser realizadas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
75.1	Especificar					

74 Registrar as principais anotações médicas durante a internação, priorizando as datas que apresentaram novidades na evolução (deterioro do quadro clínico, resultados anormais de exames complementares, diagnósticos novos ou mudança de terapêutica/conduta).

75 Indicar se alguma indicação médica prescrita não foi realizada.

- 75.1 Especificar qual indicação não foi realizada.

Campos de 76 a 80: tratam das informações relativas ao óbito.

76	Data do óbito	<input type="text"/>	Hora do óbito	<input type="text"/>	horas	<input type="checkbox"/> SR
77	Se o óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de internação, quanto tempo após a internação?			<input type="text"/>	horas	<input type="checkbox"/> SR
78	Se o óbito ocorreu no hospital, indique o setor de ocorrência		<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> UTI Neonatal	<input type="checkbox"/> Emergência	
			<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> UTI Pediátrica		
			Outro. Especificar _____			<input type="checkbox"/> SR
79	O corpo foi encaminhado para necropsia?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> SR
80	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver					

76 Indicar a data e hora do óbito.

77 Especificar a idade em horas do RN se morreu nas primeiras 24 horas da internação.

78 Marcar o setor do hospital onde ocorreu o óbito.

79 Assinalar se o corpo foi ou não encaminhado para necropsia. Se **sim**, necessitará preencher a ficha **IF4**.

80 Anotar as causas da morte caso haja registro no prontuário.

81	Observações gerais
82	Segundo o investigador o que aconteceu neste caso?

81 Registrar outras anotações pertinentes ao caso que o entrevistador julgar importante.

82 Finalmente, o entrevistador deve registrar sua impressão sobre o que aconteceu neste caso. Isto é diferente das questões anteriores, quando o entrevistador deve se ater apenas aos documentos encontrados no nível ambulatorial/hospitalar.

83 – 84 Terminar o preenchimento registrando a identificação do responsável pela investigação. Às vezes, o responsável pelo fechamento desta ficha será diferente daquele que iniciou a mesma.

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Entrevista domiciliar

13

A Ficha I3 permite coletar informações por meio de entrevista com o(s) cuidador(es) da criança falecida (mãe ou familiar responsável), sobre as características e condições de vida da mãe e da família, e dados sobre antecedentes maternos, assistência no pré-natal e parto, e assistência à criança na maternidade e durante o acompanhamento pelo serviço de saúde. Outras questões contemplam ainda dados sobre a doença que causou a morte.

No campo 16 identificam-se as situações nas quais a entrevista domiciliar deve ser completada com a ficha de **Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)**, mesmo que o entrevistado relate a causa da morte de maneira espontânea (campo 76).

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

Campos de 1 a 16: tratam da identificação do falecido baseada em documentos que são emitidos na ocasião do nascimento (Declaração de Nascido Vivo) e da morte (Declaração de Óbito – DO e Certidão de Óbito), e outros como o Cartão SUS.

1	Nome da Criança		
2	Nome da mãe		
3	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de Nascimento
7	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao Nascer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas
9	Idade ao óbito <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="text"/> <input type="text"/> horas <input type="text"/> <input type="text"/> minutos <input type="checkbox"/> Ignorado		
10	Nº do Cartão SUS <input type="text"/>	11	Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
12	Centro de Saúde / UBS	13	Distrito Sanitário / Administrativo
14	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av) <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>	Compl <input type="text"/>
	Bairro <input type="text"/>	Distrito / Povoado <input type="text"/>	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
15	Município de residência	UF <input type="text"/>	

1 – 2 – 3 – 4 – 6 – 7 – 9 – 10 Para estes campos transcrever as informações a partir da DO.

- Obs. Anotar a idade da criança ao óbito só em umas das unidades (meses, dias, horas ou minutos) 9
- Obs. O número do Cartão SUS é da Mãe da criança falecida 10.

5 – 8 Para estes campos transcrever as informações a partir da DN ou outra fonte disponível.

11 – 12 – 13 – 14 – 15 Preencher estes campos com as informações fornecidas pela SMS de acordo com o endereço de residência da Mãe.

16	Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado
<input type="checkbox"/>	o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO)
<input type="checkbox"/>	a DO foi emitida no cartório, sem médico
<input type="checkbox"/>	a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada
<input type="checkbox"/>	os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte

16 Se a causa de morte é mal definida, indicar qual o critério usado neste caso; isto exige realizar a autópsia verbal complementar (ficha **AV1**).

- A Ficha para investigação do óbito com causa mal definida – IOCMD deve ser aplicada antes da visita domiciliar, numa tentativa de obter informações e de se concluir sobre a causa da morte por meio de registros em estabelecimentos de saúde, IML, SVO, etc. Se a causa não é esclarecida, a autópsia verbal deve ser preenchida no momento dessa visita domiciliar, como sua continuação.
- Os campos 76 e 77 desta ficha **13** fazem a introdução da ficha **AV1**. Mesmo que essas questões sejam respondidas e aparentemente definam a causa da morte, a ficha AV1 será aplicada em todo caso de óbito infantil com causa mal definida não esclarecida nos serviços de saúde.

CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA

Este bloco levanta a situação socioeconômica da família da criança falecida e outros antecedentes familiares.

CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA			
17	Nome do(a) entrevistado(a)		
17.1	Relação com a criança falecida	<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> pai
		<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	

17 Anotar o nome completo do entrevistado, sem abreviatura .

- **17.1** Indicar a relação do entrevistado com o falecido.

Campos de 18 a 21: levantam a situação socioeconômica da família da criança falecida.

- Anotar zero (00) para que os espaços não fiquem vazios, exceto se o entrevistado “não sabe” a resposta.

18	Quantas pessoas moram nesta casa?	<input type="text"/> <input type="text"/> pessoas	<input type="checkbox"/> não sabe
19	Quantos cômodos são usados para dormir?	<input type="text"/> <input type="text"/> cômodos	<input type="checkbox"/> não sabe
20	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	<input type="text"/> <input type="text"/> torneiras (pontos de água)	<input type="checkbox"/> não sabe
21	Há algum fumante residente nesta casa?	<input type="checkbox"/> Sim, quantos _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe

18 Anotar o número de pessoas que moravam com a criança.

19 Anotar o número de cômodos/habitações usados para dormir no domicílio da criança.

- A razão **18/19** permite obter o indicador socioeconômico de “aglomeração familiar”.

20 Registrar o número de torneiras para saída de água (pontos de água) no domicílio da criança.

- Não considerar os pontos de água de uso comunitário (localizados fora do domicílio).

21 Marcar se algum fumante ativo residiu ou não no domicílio da criança enquanto estava viva.

Campos de 22 a 29: tratam dos antecedentes da Mãe.

22	Qual a idade da mãe?	<input type="text"/> anos	23	A mãe tem trabalho remunerado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
24	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)	<input type="text"/> série	<input type="text"/> grau				<input type="checkbox"/> não sabe
25	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
26	Qual a cor da pele da criança?	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Amarela			
		<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> não sabe			
27	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	<input type="text"/> vezes					<input type="checkbox"/> não sabe
27.1	Essas gravidezes resultaram em	<input type="text"/> abortos	<input type="text"/> nascidos vivos	<input type="text"/> nascidos mortos			<input type="checkbox"/> não sabe
27.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="text"/> partos normais	<input type="text"/> partos cesáreos				<input type="checkbox"/> não sabe
27.3	Qual a data do último parto?	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> não sabe
28	Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? (excluir este caso)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não se aplica			<input type="checkbox"/> não sabe
28.1	Que idade tinha e de quê morreu?						
	Idade	<input type="text"/>	Causa da morte	<input type="text"/>			
	Idade	<input type="text"/>	Causa da morte	<input type="text"/>			
	Idade	<input type="text"/>	Causa da morte	<input type="text"/>			
29	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Parente adulto			
		<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar	<input type="checkbox"/> não sabe			

22 Registrar a idade da Mãe na gestação.

23 Assinalar se a Mãe tinha ou não trabalho remunerado enquanto a criança estava viva.

24 Registrar a série e/ou o grau de escolaridade da Mãe.

- Não escrever os anos totais de estudo ou de frequência à escola.

25 Anotar se, enquanto a criança estava viva, a Mãe vivia ou não com o pai biológico do bebê ou outro parceiro.

26 Marcar a raça (cor da pele) da Mãe.

27 Registrar o número de gestações da Mãe anteriores à última, que está sob investigação.

- Nesta questão devem ser considerados todos os tipos de gestações, incluindo os casos de gravidez ectópica (CID-10 O00) e mola hidatiforme (CID-10 O01).

- A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 gestação.

- 27.1 Anotar o número de abortos, nascidos vivos e nascidos mortos, sem contar o que está sob investigação.

- 27.2 Anotar o número de partos vaginais (normais) e de partos por cesárea, exceto o que está sob investigação.

- A gestação múltipla (exemplo, gêmeos) deve ser contabilizada como 1 parto para este subitem.

- 27.3 Anotar a data do último parto vaginal ou por cesárea.

- Anotar zero (00) para que os espaços não fiquem vazios, exceto se o entrevistado "não sabe" a resposta.

- Se a mãe não ficou grávida anteriormente, passar ao campo 28 e marcar a opção "Não se aplica".

28 Assinalar se dos filhos que nasceram vivos algum deles morreu ou não.

- Se nenhum filho nasceu vivo anteriormente, marcar a opção "Não se aplica".

- 28.1 Escrever a idade de cada filho no momento em que morreu e a causa da morte relatada pelo entrevistado.

29 Indicar a pessoa que cuidava a maior parte do tempo da criança falecida. Não induzir sentimento de culpa na pessoa que cuidava da criança.

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

Campos de 30 a 38: para o preenchimento de alguns campos deste bloco, será necessário solicitar ao entrevistado o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL					
Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.					
30	A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem	<input type="checkbox"/> não sabe
31	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
32	A gravidez foi	<input type="checkbox"/> única	<input type="checkbox"/> gemelar	<input type="checkbox"/> trigemelar ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
33	A mãe fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
33.1	Se não fez pré-natal, por quê não?				
33.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe		
33.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?				<input type="checkbox"/> não sabe
33.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	<input type="text"/> consultas	<input type="checkbox"/> não sabe		
33.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
33.6	Quantas doses?	<input type="text"/> doses	<input type="checkbox"/> não sabe		
33.7	Qual o grupo sanguíneo e o Fator Rh (tipo de sangue) da mãe?	Grupo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> não sabe
33.8	Local (is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)				
33.9	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> não sabe
33.10	Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a				
	Consulta no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
	Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
	Exames	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
	Ultra-som	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
	Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	

30 Assinalar se a gestação sob investigação foi planejada e se a Mãe a aceitou bem ou não.

- Formular a pergunta cuidadosamente para não gerar sentimento de culpa na(o) entrevistada(o).

31 Assinalar se a Mãe teve ou não acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais.

32 Indicar se a gestação sob investigação foi única ou múltipla.

33 Anotar se a Mãe fez ou não pré-natal.

- Se a Mãe fez pré-natal, passar ao subitem **33.2**.

- **33.1** Escrever os motivos relatados pelos quais a Mãe não fez pré-natal. Em seguida, passar ao campo **39**.

- **33.2** Anotar com quantos meses de gestação a Mãe iniciou o pré-natal.

- Se foi nos primeiros 3 meses, passar ao subitem **33.4**.

- **33.3** Escrever os motivos relatados pelos quais a Mãe fez pré-natal após 1º trimestre.

- **33.4** Anotar o número de consultas da Mãe no pré-natal.

- **33.5** Assinalar se a Mãe tomou ou não vacina contra tétano.

- Se a Mãe não tomou, passar ao subitem **33.7**.

- **33.6** Registrar o número de doses da vacina contra tétano que a Mãe tomou.

- **33.7** Registrar o grupo sanguíneo (A, B, AB, O) e fator Rh (positivo ou negativo) da Mãe.

- **33.8** Identificar o estabelecimento de saúde onde a Mãe fez o pré-natal.

- 33.9 Identificar o tipo de estabelecimento de saúde onde a Mãe fez o pré-natal.
- 33.10 Perguntar ao entrevistado se teve alguma dificuldade no pré-natal em relação às opções disponíveis, enunciando-as uma a uma. Se a resposta for "sim" para alguma, descrever sucintamente a dificuldade referida.
 - Evitar indagar por opções sabidamente não existentes; exemplo, se a Mãe não compareceu ao PNAR.

34	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
34.1	Qual o nome da maternidade indicada?					
35	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe
	Por que? _____					

34 Anotar se foi indicada ou não a maternidade de referência para o parto.

- 34.1 Identificar o estabelecimento de referência de acordo com a nomenclatura adotada no município.

35 Perguntar à Mãe como ela avalia o atendimento pré-natal, enunciando todas as alternativas disponíveis. Aguardar a resposta e registra-la. Depois, perguntar "por que?" e escrever a resposta.

- Se a Mãe não estiver presente, pular o campo.

36	O cartão de pré-natal está completo?								
Completo significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais e imunização para tétano, de acordo com a idade gestacional.									
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> cartão/caderneta não disponível	<input type="checkbox"/> não se aplica						
36.1	Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal								
	Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

36 Marcar se o cartão pré-natal está completo (segundo o critério referido).

- 36.1 Transcrever as informações do cartão/caderneta pré-natal para o quadro. No campo "Exames" anotar também o resultado dos exames.

37	Durante a gravidez, a mãe apresentou						
<input type="checkbox"/>	pressão alta	<input type="checkbox"/>	diabetes	<input type="checkbox"/>	edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/>	Rh negativo
<input type="checkbox"/>	doença do coração	<input type="checkbox"/>	sífilis	<input type="checkbox"/>	corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/>	nenhuma doença/problema
<input type="checkbox"/>	infecção urinária	<input type="checkbox"/>	HIV / Aids	<input type="checkbox"/>	ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/>	não sabe
<input type="checkbox"/>	outra. Especificar _____						
37.1	Houve tratamento?		<input type="checkbox"/> sim, qual _____	<input type="checkbox"/> Não, por que? _____	<input type="checkbox"/> não sabe		
37.2	Em que época da gravidez		no _____ mês de gestação	ou a partir do _____ mês de gestação			
38	Durante a gestação, a mãe fez uso de						
	Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	_____ vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		

37 Marcar TODAS as doenças/problemas que a Mãe apresentou durante a gravidez relatadas pelo entrevistado.

- 37.1 Indicar se houve tratamento para cada doença/problema identificado.

- 37.2 Preencher apenas uma opção para cada doença/problema identificado: se tinha duração limitada (“no ___ mês de gestação”) ou se evoluiu ao longo da gestação (“a partir do ___ mês de gestação”).

38 Indicar se durante a gestação a Mãe fez uso/consumo de alguma droga. Cuidado especial deve ser dado durante a abordagem para não induzir sentimento de culpa.

- Especificar o tipo de cigarro, droga ou bebida alcoólica consumida. No caso de cigarro, especificar quantos consumia por dia em média.

ASSISTÊNCIA AO PARTO

Questões de 39 a 49: nessas questões procura-se registrar as percepções da mãe quanto ao trabalho de parto e a assistência que recebeu nesse período.

ASSISTÊNCIA AO PARTO			
39	Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde / maternidade) na ocasião do parto?		
	<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê
	<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe
	<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____		
39.1	Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
39.2	Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?	<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
40	Quando rompeu a bolsa d'água?	<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto
		<input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto <input type="checkbox"/> Não sabe
40.1	Como estava o líquido?	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Escuro (com cócô/mecônio) <input type="checkbox"/> Com sangue <input type="checkbox"/> Não sabe
40.2	O líquido tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe

39 Registrar o(s) motivo(s) da Mãe para procurar atendimento na ocasião do parto.

- 39.1 Anotar quantas horas ou dias “o bebê parou de se mexer”. Se não corresponde, pular o campo.
- 39.2 Anotar quantas horas ou dias se passou entre o início do(s) **motivo(s)** referido(s) e a procura por atendimento.
- Se o tempo for ≤ 24 horas, preencher somente em “horas”; se for > 24 horas, somente em “dias”.

40 Marcar o momento de ruptura de bolsa segundo as opções disponíveis.

- 40.1 Indicar se o líquido no momento da ruptura de bolsa era claro, escuro ou continha sangue.
- 40.2 Anotar se o líquido no momento da ruptura tinha ou não mau cheiro.

41	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?	<input type="text"/> semanas ou	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
42	O parto ocorreu:	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> No hospital / maternidade
		<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____		<input type="checkbox"/> não sabe
42.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?			
42.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital <input type="checkbox"/> não sabe
42.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?			

41 Anotar a idade gestacional em base às avaliações do pré-natal, em semanas ou meses.

42 Identificar o lugar de ocorrência do parto; esta questão é sempre de resposta única.

- “No trajeto para o serviço de saúde”: qualquer tipo de veículo/transporte no trajeto para o serviço de saúde.

- “No hospital/maternidade”: no setor obstétrico (sala de partos ou sala cirúrgica) do hospital/maternidade.
- Se o parto ocorreu “no hospital/maternidade” passar ao subitem 42.2
- 42.1 Anotar por que o parto não ocorreu “no hospital/maternidade”.
- 42.2 Anotar se o parto foi realizado ou não no hospital/maternidade indicado.
- 42.3 Escrever brevemente por que o parto não ocorreu no hospital/maternidade se este foi indicado.

43	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?			
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital	<input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> Não. Por que _____			
43.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança. _____			
44	Como a mãe foi transportada na hora do parto?			
	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Carro da polícia
	<input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/Não foi transportada	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Ônibus	
	<input type="checkbox"/> não sabe			
45	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?			
	<input type="checkbox"/> menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/> duas horas ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
46	Estava com acompanhante na sala de parto?			
	<input type="checkbox"/> sim, quem? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
47	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?			
	<input type="checkbox"/> dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/> toque vaginal	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> medida de PA	<input type="checkbox"/> ausculta do bebê	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?			
	<input type="checkbox"/> sim, normais	<input type="checkbox"/> não, antes do início do trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não, durante o trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não sabe		
48	Quem fez o parto?			
	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> pariu sozinha
	<input type="checkbox"/> outro _____			<input type="checkbox"/> não sabe
49	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê			
	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> não se aplica	
	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe	
49.1	Por quê?			

- 43 Responder se o parto ocorreu ou não na primeira maternidade procurada para este atendimento.
- 43.1 Listar cronologicamente os serviços de saúde procurados por ocasião do parto.
- 44 Marcar o tipo de transporte usada para o deslocamento da Mãe na hora do parto.
- 45 Marcar o tempo que passou entre a chegada no hospital e a primeira avaliação clínica.
- Se o parto não ocorreu no hospital, pular o campo.
- 46 Anotar se a Mãe estava ou não com acompanhante na sala de parto. Em caso afirmativo, escrever o grau de parentesco com a Mãe.
- Acompanhante: pessoa que permanece na sala de parto com autorização do hospital.
- 47 Perguntar à Mãe se foi examinada clinicamente antes de ir a sala de parto.
- Enunciar cada um dos componentes do exame clínico.
 - 47.1 Caso seja referida a “ausculta do bebê” no exame clínico, marcar o estado do batimento cardíaco fetal.
- 48 Assinalar a pessoa que atendeu o parto.

49 Perguntar à Mãe como ela avalia o atendimento durante o parto, enunciando todas as alternativas disponíveis. Aguardar a resposta e registra-la. Depois, perguntar “por que?” e escrever a resposta.

- Se a Mãe não estiver presente, pular o campo.

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE

Campos de 50 a 60: referem-se às condições do bebê logo após o parto.

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE			
50	O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
51	O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
52	Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> imediatamente <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> menos de 1 hora <input type="checkbox"/> mais de 1 hora. Quantas horas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas <input type="checkbox"/> não sabe	
53	O bebê mamou no peito na primeira hora de vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
54	O bebê teve algum problema no nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
54.1	Se sim, qual?		

50 Responder se o bebê chorou ou não ao nascer.

51 Anotar se o bebê foi ou não atendido por pediatra na sala de parto ao nascer.

52 Marcar quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez.

- Imediatamente: após o corte do cordão umbilical.
- Partos baixo anestesia geral devem ser incluídos na opção “Não se aplica”.

53 Responder se o bebê mamou ou não no peito na primeira hora de vida.

54 Contestar se o bebê teve ou não algum problema no nascimento.

- 54 Especificar o problema do bebê no nascimento.

55	Ficou internado quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
55.1	Se sim, por quanto tempo?	<input type="text"/> <input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe	
56	Foi indicado ficar na UTI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
56.1	Se sim, qual o motivo?			
56.2	Houve dificuldade para conseguir vaga?	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar. _____ <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
56.3	Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas ou	<input type="text"/> <input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
57	Foi transferida para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim. Porque _____ <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
57.1	Para qual hospital a criança foi transferida? Nome _____			
57.2	Como foi transportada para o outro hospital?	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Ambulância
		<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____		<input type="checkbox"/> não sabe
58	Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe

59	Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital?	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
		<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> não sabe
60	O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias

55 Assinalar se o bebê ficou ou não internado na maternidade após o nascimento, devido a algum problema de saúde que exigiu esta conduta. Não se pergunta se a criança ficou no berçário.

- Se a resposta for "Não" passar ao campo 61.

56 Responder se o bebê teve ou não indicação para ser transferido a UTI.

- 56.1 Descrever o motivo da indicação para a UTI.

- 56.2 Anotar se houve ou não dificuldade para conseguir vaga na UTI. Dificuldade é aquilo que não permitiu que a criança ingressasse na UTI imediatamente após a indicação médica.

- 56.3 Anotar o tempo em horas ou dias que passou entre a indicação e a internação na UTI.

57 Responder se o bebê foi ou não transferido para outro hospital e qual o motivo.

- 57.1 Identificar o hospital onde a criança foi transferida. Isto orientará nova investigação em outro hospital.

- 57.2 Indicar o meio de transporte da criança para o hospital de transferência.

58 Anotar se algum familiar permaneceu ou não junto com a criança, com autorização médica, durante a internação.

59 Perguntar ao entrevistado como avalia o atendimento recebido pela criança no hospital, enunciando todas as alternativas disponíveis. Aguardar a resposta e registra-la.

60 Anotar os dias de vida da criança quando teve alta da internação.

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE

Campos de 61 a 69: são aplicados para toda criança que é atendida em algum serviço de saúde após alta da maternidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE				
61	Quando teve alta do hospital após o parto?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(data)
62	Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque _____	<input type="checkbox"/> não sabe
63	Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a			
	<input type="checkbox"/> Aleitamento	<input type="checkbox"/> Vacinas	<input type="checkbox"/> Não recebeu	
	<input type="checkbox"/> Retornar na maternidade	<input type="checkbox"/> Teste do pezinho	<input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> Cuidados com o umbigo	<input type="checkbox"/> Observação de Icterícia	<input type="checkbox"/> Consulta com especialista. Qual _____	
	<input type="checkbox"/> Procurar o Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____		
64	O bebê mamou no peito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
64.1	Durante quanto tempo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou meses
65	Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias ou meses
66	Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
66.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Convênio/Particular	<input type="checkbox"/> Especialista
66.2	Nome(s)			
66.3	Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde?	(data ou idade da criança)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
66.4	Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe

67	Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
67.1	Se sim, por quê?			
68	Dados do Cartão / Caderneta da Criança			
68.1	Vacinação completa para a idade da criança	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
68.2	Último peso registrado foi de	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	na idade de	<input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses
69	Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
69.1	Se sim, quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes		
69.2	Por que e onde?			
	1. motivo	no Hospital		na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Se o parto não foi hospitalar, passar ao campo 63.

61 Escrever a data em que a criança teve alta da maternidade.

62 Anotar se o bebê estava bem de saúde ou não quando teve alta da maternidade.

63 Perguntar quais foram as orientações que a Mãe recebeu em relação ao cuidado do bebê. Aguardar as respostas e marcar nos espaços correspondentes. A única pergunta permitida é "Alguma outra orientação?".

64 Anotar se o bebê mamou ou não no peito.

- 64.1 Escrever durante quanto tempo (dias ou meses) o bebê mamou no peito.

65 Registrar a idade do bebê (dias ou meses) em que iniciou uso de mamadeira de leite.

66 Anotar se a criança estava sendo acompanhada ou não pelo serviço de saúde por algum problema de saúde específico, antes da doença que levou à morte.

- 66.1 Marcar o tipo de estabelecimento de saúde onde a criança estava sendo acompanhada.

- 66.2 Escrever o nome do estabelecimento de saúde onde a criança estava sendo acompanhada.

- 66.3 Registrar a data do último atendimento no estabelecimento referido no campo anterior ou a idade aproximada da criança nesse atendimento.

- 66.4 Anotar se a criança recebeu ou não alguma visita domiciliar da Equipe de Saúde durante o acompanhamento do problema de saúde específico.

67 Indicar se alguma vez a criança não foi atendida na UBS para algum serviço.

- 67.1 Se a resposta for "sim", relatar os motivos.

68 Solicitar o Cartão / Caderneta da Criança.

- 68.1 Anotar se a vacinação da criança está completa ou não para a idade. É necessário conhecer o calendário vacinal preconizado no município.

- 68.2 Anotar o último peso (em gramas) da criança registrado, indicando a respectiva idade.

69 Indicar se a criança foi internada por algum motivo, antes da doença que causou a morte.

- 69.1 Anotar quantas vezes a criança foi internada.

- 69.2 Registrar o(s) motivo(s), o(s) hospital(ais) e a(s) data(s) de cada internação.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

Campos de 70 a 82: são aplicados para toda criança que é atendida em algum serviço de saúde após alta da maternidade. **Enfatizar** que se refere apenas à **doença que levou à morte**.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.			
70	Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?	<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> tosse
		<input type="checkbox"/> cansaço	<input type="checkbox"/> diarreia
		<input type="checkbox"/> outros. Especificar	
71	Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> desmaio	<input type="checkbox"/> acidente
		<input type="checkbox"/> vômito	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> horas ou	<input type="checkbox"/> dias
72	Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> não sabe	
72.1	Se sim, o que foi feito?		

70 Perguntar quais sintomas na criança foram percebidas pela família no início da doença que levou à morte. Anotar todas as respostas do entrevistado.

71 Registrar o tempo que passou desde que foi percebida a criança doente e o primeiro atendimento no serviço de saúde.

72 Registrar se, antes de procurar o serviço de saúde, foi feita ou não alguma tentativa alternativa e/ou própria da cultura regional para o alívio da criança doente. Não induzir ao sentimento de culpa pela escolha do procedimento adotado.

- **72.1** Descrever em que consistiu a tentativa utilizada.

73 Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?								
Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança", em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.								
Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte								
Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico
73.1 Observações sobre esta questão								

73 Preencher o quadro utilizando o relato do entrevistado e o Cartão da Criança, em ordem cronológica, a respeito da doença que levou à morte. Valer-se da legenda apresentada.

- **73.1** Escrever outras anotações esclarecedoras dos atendimentos se for necessário.

74 Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?			
Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.			
74.1	C.S./Consultório/ Serviço de urgência	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim
		<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom
		<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> Não sabe
74.2	Hospital (na doença que causou a morte)	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim
		<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom
		<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> Não sabe

74 Perguntar a opinião do entrevistado sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu em cada tipo de serviço de saúde referidos no campo anterior; enfatizar que isto inclui dificuldades/facilidades para

conseguir atendimento, acesso a exames, medicamentos, etc. Sempre finalizar a pergunta enunciando as opções “ótimo, bom, regular ou ruim”. Aguardar a resposta do entrevistado e marcar a correspondente.

75	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> no hospital	<input type="checkbox"/> em outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> no domicílio	<input type="checkbox"/> no trajeto para o serviço de saúde
		<input type="checkbox"/> em via pública	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não sabe	
76	Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?				
	Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.				
77	O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?				
	Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.				

75 Indicar o lugar de ocorrência do óbito.

- Óbito em via pública: refere-se ao óbito que ocorre em local público, no trajeto ou não para o serviço de saúde.
- Se o óbito ocorre em qualquer veículo ou transporte, no trajeto ou não para o serviço de saúde, marcar “Óbito no trajeto para o serviço de saúde”.

76 Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, **nas palavras do entrevistado**. Registrar fielmente a fala do entrevistado. A única pergunta permitida é: "*Quer acrescentar mais alguma coisa?*".

77 Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, **nas palavras do entrevistado**.

78	Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)
79	Repercussões do óbito na família
80	Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)?
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

78 Após deixar a residência, o entrevistador deve descrever sua impressão sobre a situação familiar.

79 Após deixar a residência, o entrevistador deve descrever sua impressão sobre as consequências do óbito infantil, como a família reagiu e reage ao fato.

80 Assinalar “sim” se o campo **16** tiver alguma resposta marcada e continuar com a ficha **AV1** logo em seguida à questão 77. Se o campo **16** não tiver nenhuma resposta marcada, encerrar a entrevista domiciliar.

81 – 82 Terminar o preenchimento registrando a data do encerramento de dados e a identificação do responsável pela investigação.

Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia

Óbito Infantil e Fetal

IF4

Esta Ficha IF4 permite a transcrição de dados do laudo de necropsia e dos registros disponíveis nos encaminhamentos do corpo ao IML ou SVO.

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

1	Nome da Criança	ou Óbito Fetal	<input type="checkbox"/>						
2	Nome da mãe								
3	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado					
4	Nº da Declaração de Óbito	5	Data do óbito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Número do Laudo de Necropsia	Data de emissão do Laudo		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Órgão Emissor do Laudo	Município							
7	Município de ocorrência do óbito		UF	<input type="text"/>					

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 7 Para estes campos transcrever as informações a partir da DO.

- Obs. Se for óbito fetal, assinalar o espaço correspondente.

6 Identificar o laudo conforme a codificação utilizada no IML ou SVO, permitindo nova consulta aos dados e a localização do serviço que emitiu o laudo.

8	Causas da morte, que constam no Laudo de Necropsia
9	Descrição do caso no Laudo e/ou informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento do médico ou serviço de saúde
10	Exame macroscópico – transcrever os principais achados
11	Exame microscópico e/ou toxicológico – transcrever os principais achados

8 Copiar fielmente as causas da morte que constam no Laudo de Necropsia.

9 Relatar o caso a partir das informações do Laudo de Necropsia e outras fontes relevantes.

10 – 11 Transcrever os principais achados dos exames macroscópico e microscópico e/ou toxicológico do Laudo de Necropsia.

12 – 13 Terminar o preenchimento registrando a identificação do responsável pela investigação.

CAPÍTULO 3: ANÁLISE DO CASO

Após coleta de informação nos serviços de saúde, no domicílio do falecido e no laudo de necropsia (se for o caso), a equipe de Vigilância de Óbitos deve analisar e concluir cada caso, utilizando um enfoque de evitabilidade. O emprego de uma ficha padronizada para esta tarefa pode identificar se o óbito foi investigado e facilitar a comparação de resultados no nível nacional.

Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

Síntese, conclusões e recomendações

IF5

Esta ficha tem dupla função: registrar a análise ou fechamento do caso que foi investigado e registrar os dados que serão digitados no módulo da “Investigação do óbito infantil e fetal” do SIM. Um óbito será considerado investigado quando esta ficha estiver completamente preenchida.

Para possibilitar uma conclusão mais acertada do caso, todos os dados registrados devem se referir aos dados coletados (corrigidos ou confirmados) durante a investigação.

1	Nome da Criança	ou Óbito Fetal	anteparto	<input type="checkbox"/>	intraparto	<input type="checkbox"/>									
2	Nome da mãe														
3	Nº da Declaração de Nascido Vivo			4	Data de Nascimento		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
5	Nº da Declaração de Óbito			6	Data do óbito		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
7	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado	8	Peso ao Nascer		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	gramas			
9	Idade ao óbito (infantil)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutos	<input type="checkbox"/> Ign
10	Idade gestacional		<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="checkbox"/> Ign						
11	Faixa etária ao óbito		<input type="checkbox"/> Fetal	<input type="checkbox"/> Neonatal precoce	<input type="checkbox"/> Neonatal tardio	<input type="checkbox"/> Pós-neonatal	<input type="checkbox"/> Ign								
12	Idade da mãe (em anos)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos	13	Escolaridade materna		<input type="text"/>	série	<input type="text"/>	grau	<input type="checkbox"/> Ign		
14	Município de residência da família										UF	<input type="text"/>			
15	Município de ocorrência do óbito										UF	<input type="text"/>			
Resumo do caso															

Campos de **1** a **15**: Transcrever os dados a partir das fichas de investigação disponíveis e da DO.

- Obs. Marcar “óbito fetal” se for o caso, e assinalar se foi anteparto ou intraparto.
- Obs. Campo **10** só para óbitos fetais.
- “Ign” = ignorado.

Resumo do caso. O resumo do caso deve ser estruturado ou sistematizado para possibilitar a visualização de um quadro completo, mas de fácil leitura.

A seguir, sugerem-se os tópicos considerados importantes para o resumo e análise do caso.

- Mãe (iniciais do nome), GPA, idade, escolaridade, estado civil, condições gerais de vida e trabalho.

- Criança (iniciais do nome) ou óbito fetal, idade, data nascimento e de óbito, local do parto e do óbito.
- Desejo ou não da gravidez, idade gestacional no início do pré-natal, local do pré-natal, número de consultas, resumo das alterações ou exames alterados durante a gravidez, uso de medicamentos, cigarro, álcool, drogas, referenciamento para a maternidade, outros.
- Hora de admissão para o parto, local, acolhimento ou busca por vaga hospitalar, tempo entre chegada e exame na maternidade, dados e condições (motivo da internação, sinais relevantes, BCF, apresentação, outros) à admissão, partograma e periodicidade da avaliação da mãe e do bebê.
- Hora do parto, condições do nascimento (tipo de parto, peso ao nascer, APGAR), internação, evolução e exames.

16	Fontes de informações da investigação	<input type="checkbox"/> Prontuários ambulatoriais (I1/F1)	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar (I3/F3)	<input type="checkbox"/> Autópsia verbal (AV1)
		<input type="checkbox"/> Registros do atendimento de urgência/emergência (I1/F1)	<input type="checkbox"/> SVO (IF4)	
		<input type="checkbox"/> Registros hospitalares (I2/F2)	<input type="checkbox"/> IML (IF4)	
17	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal		
17.1	Nome	Código CNES		
	Nome	Código CNES		
17.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
		<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal		<input type="checkbox"/> Ign
17.3	Idade gestacional quando realizou a primeira consulta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> Ign
17	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal		
17.1	Nome	Código CNES		
	Nome	Código CNES		
17.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
		<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal		<input type="checkbox"/> Ign
17.3	Idade gestacional quando realizou a primeira consulta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> Ign
18	Local do parto	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública
		<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde		<input type="checkbox"/> Ign
18.1	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto	Código CNES		<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome	Código CNES		
18.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado
		<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Ign	
18.3	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
18.4	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
19	A criança era acompanhada na atenção básica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
19.1	Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:	Código CNES		<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome	Código CNES		
19.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
		<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal		<input type="checkbox"/> Ign
19.3	A vacinação estava em dia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica

16 Identificar as fontes de informações disponíveis (investigadas) para o caso.

17 – 18 – 19 Transcrever as informações a partir das fichas disponíveis.

20	A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
21	Causas do óbito após a investigação	CID	
	Parte I a)		
	b)		
	c)		
	d)		
	Parte II		
22	Causa básica após a investigação		

20 Assinalar se a investigação do caso modificou a causa do óbito.

21 Preencher este campo como o bloco “Condições e causas do óbito” da DO. Toda atenção deve ser dada a esta questão, pois envolve análise rigorosa do caso em estudo e irá impactar as estatísticas de mortalidade. Codificar cada causa listada com o CID correspondente.

22 Registrar a causa básica da morte. Esta irá compor as estatísticas de mortalidade do país, portanto, sua seleção deve ser realizada por codificador treinado antes de ser digitada no SIM.

23	A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23.1	Quais campos e que alterações		
	Campo _____ Original _____ Após a investigação _____		
24	A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascimento Vivo?	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
24.1	Quais campos e que alterações		
	Campo _____ Original _____ Após a investigação _____		

23 Caso a investigação tenha identificado algum campo incorreto ou incompleto na DO, anotar o número do campo da DO que sofreu alteração, o valor “original” (anterior à investigação) e o valor “após a investigação”. Esses dados deverão ser digitados no SIM.

24 Caso a investigação tenha identificado algum campo incorreto ou incompleto na DN, anotar o número do campo da DN que sofreu alteração, o valor “original” (anterior à investigação) e o valor “após a investigação”. Esses dados deverão ser digitados no SINASC.

25	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
26	Descrever os problemas identificados após a investigação	Falha no acesso	Falha na assistência	
	Assinalar com um X a alternativa mais adequada (itens 26 a 35)	1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo		
26.1	Planejamento familiar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
...				
26.10	Organização do sistema / serviço de saúde	1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo		
a	Cobertura da atenção primária	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
...				

25 Assinalar se, após a investigação nas diversas fontes disponíveis, foi identificado algum problema da assistência à saúde.

- Consultar o “Quadro: Possíveis problemas identificados no momento da assistência” no Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, Capítulo 3, de forma que os problemas sejam classificados de maneira sistemática e possibilite comparação nacional.

26 Caso tenha sido identificado algum problema no caso sob investigação, o mesmo deve ser descrito no subitem correspondente para análise do grupo técnico e para o Comitê.

- Para cada subitem se deve marcar se houve **(1)** ou não **(2)** falha, tanto no acesso quanto na assistência à saúde, ou se a análise não conseguiu concluir **(3)**. Estes números serão digitados no módulo de vigilância do SIM.
- Para óbito fetal, os subitens **26.4**, **26.5**, **26.6**, **26.7**, **26.9** e **26.10** devem ser assinaladas em “Não se aplica”.

27	Este óbito poderia ter sido evitado?									<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Inconclusivo
28	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada)											
Wigglesworth	<input type="checkbox"/> W1	<input type="checkbox"/> W2	<input type="checkbox"/> W3	<input type="checkbox"/> W4	<input type="checkbox"/> W5	<input type="checkbox"/> W6	<input type="checkbox"/> W7	<input type="checkbox"/> W8	<input type="checkbox"/> W9			
SEADE	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6	<input type="checkbox"/> S7	<input type="checkbox"/> S8				
Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2.1	<input type="checkbox"/> 1.2.2	<input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				

Para os campos **27** e **28** deve-se consultar o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, capítulo 3 “Análise de evitabilidade dos óbitos infantis e fetais”. O Estado e o Município devem decidir qual classificação vão utilizar. A Classificação de *Wigglesworth* é a única que contempla os óbitos fetais.

27 Anotar se o óbito poderia ter sido evitado. Se a resposta for “não”, passar ao campo **29**.

28 Assinalar pelo menos uma classificação de evitabilidade para o caso.

29	Recomendações e medidas de prevenção	
29.1	Planejamento familiar	

...		

29 Para cada problema identificado no campo **26**, uma recomendação deve ser elaborada.

Espera-se que esta recomendação seja o mais específica possível, mas sem perder de vista a lógica da regionalização da assistência à saúde e os protocolos de conduta na assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato. As recomendações podem, por exemplo, ser direcionadas especificamente para um determinado estabelecimento ou para uma regional de saúde, quando envolve mais de um município ou fluxos da regulação da assistência e transporte.

30 – 31 Terminar o preenchimento registrando a data do encerramento de dados e a identificação do responsável pela investigação.

CAPÍTULO 4: PLANILHA MUNICIPAL

Esta planilha tem por objetivo apresentar ao gestor as informações mais relevantes da vigilância dos óbitos infantis e fetais realizada no município, do ponto de vista epidemiológico e da assistência à saúde. A planilha deve chamar sua atenção, por isso, algumas informações estão em posição de destaque. Pretende-se que isso lhe cause impacto capaz de gerar ação de governo. A periodicidade de apresentação da planilha deve ser discutida no município.

Confia-se que, diante da análise de situação, os responsáveis pela vigilância de óbitos e o Comitê atuem de forma criativa a fim de dar visibilidade ao tema e às recomendações para prevenção de novos eventos evitáveis.

Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal

IF6

A planilha deve ser identificada pelo nome do município e ano do exercício. Recomenda-se identificar o período da análise na parte superior da planilha, logo abaixo do ano de exercício.

Primeiro quadro: as informações devem ser geradas com base nos dados transcritos para a planilha, isto é, devem ser o resumo dos dados apresentados na listagem dos óbitos. Pretende-se que o gestor visualize rapidamente quais as prioridades de intervenção no seu município.

Região ou Distrito com maior concentração de casos:

As quatro causas básicas de óbitos mais freqüentes foram:

Os problemas identificados mais freqüentes foram:

As recomendações mais importantes são:

- **Região ou Distrito com maior concentração de casos:** Identificar a localização do maior número de casos ocorridos no município, em ordem decrescente. Recomenda-se que sejam apontados até quatro áreas.
- **As quatro causas básicas de óbitos mais freqüentes foram:** Anotar as causas com maior peso no município.
- **Os problemas identificados mais freqüentes foram:** Este item está diretamente relacionado com a localização dos eventos e isso deve ser salientado em relatório. Por exemplo: não basta identificar se o problema foi no pré-natal, deve-se identificar qual o problema: *as gestantes não foram captadas no primeiro trimestre de gestação* ou *não realizaram alguns dos exames preconizados como o VDRL*.
- **As recomendações mais importantes são:** Listar as recomendações de forma priorizada, isto é, primeiro a mais importante, para possibilitar uma intervenção focalizada em resultados e com viabilidade de execução. Por exemplo: institucionalizar o uso do protocolo de atendimento ao parto na "Maternidade X".

Segundo quadro: o preenchimento necessitará do levantamento dos dados, lembrando que estes se referem aos casos apresentados individualmente na listagem dos óbitos no período de tempo específico, cuja periodicidade seja conhecida e estabelecida localmente.

Número de nascidos vivos:		Número e proporção de nascidos vivos com 1.500 g ou mais:		Número e proporção de nascidos vivos com 2.500 g ou mais:	
Número e proporção de óbitos neonatais:		Número e proporção de óbitos pós-neonatais:		Número e proporção de nascidos vivos prematuros (<37 semanas):	

Número de óbitos fetais fora do ambiente hospitalar:		Número de óbitos fetais durante o trabalho de parto (asfixia intraparto):	
Número de óbitos fetais antes do trabalho de parto:			

Terceiro quadro: **Orientações**. Trata-se de uma legenda para o preenchimento do quadro seguinte, que contem a listagem dos óbitos.

Orientações	Para sexo, faixa etária e local de ocorrência e problemas identificados: digitar 1=sim ou 0=não. Classificação de evitabilidade: utilizar os códigos conforme o Manual - W=Wigglesworth; S=SEADE; LB=Lista brasileira.		
Faixas etárias	Local de ocorrência	Problemas identificados após a investigação	
F = fetal	H = hospital	1. Planejamento familiar	6. Assistência à criança na urgência / emergência
NP = neonatal precoce (<7 dias)	D = domicílio	2. Pré-natal	7. Assistência à criança no hospital
NT = neonatal tardio (7 dias a < 28 dias)	O = outros	3. Assistência ao parto	8. Dificuldades na família
PN = pós-neonatal (28 dias a 1 ano).		4. Assistência ao recém-nascido na maternidade	9. Causas externas
		5. Assistência à criança no Centro de Saúde / UBS / PSF / PACS	10. Organização do sistema / serviço de saúde

Quarto quadro: listagem individual dos óbitos com investigação concluída ou não, ocorridos no município no período especificado. O conjunto de óbitos não investigados também trás informação epidemiológica para o gestor, sugerindo encaminhamentos administrativos e da atenção à saúde, e sua análise também deve fazer parte do relatório municipal.

Identificação do Óbito											
Número do caso	Número da DO	Data do óbito	Sexo		Idade do RN (dias /meses)	Idade gestacional (semanas/meses)	Faixa etária				Peso ao nascer
			F	M			F	NP	NT	PN	

Ocorrência do Óbito					
Município	Local de ocorrência			Nome do Estabelecimento	Local (município/distrito/ESF)
	H	D	O		

Causa do Óbito														
Causa básica antes da investigação (DO)	Causa básica após a investigação	Problemas identificados										Classificação de evitabilidade		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	WE	S	LB

Os problemas identificados são os assinalados na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações (IF5).

As classificações de evitabilidade do óbito infantil e fetal encontram-se descritas no Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (2ª edição).