

## 5. Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde\*

*Angela Maria Cascão, Penha Maria Mendes da Rocha,  
Mayumi Duarte Wakimoto, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt*

Nos três últimos capítulos, apontamos que o Brasil tem avançado muito na melhoria da saúde da mulher e da criança, indicando que os esforços estão sendo desenvolvidos na direção correta. O SUS ampliou o acesso aos cuidados de saúde para grande parte das mulheres e crianças, atingindo a cobertura universal da assistência pré-natal e ao parto e da vacinação. A conscientização do direito à saúde associada à cidadania também aumentou. Enfatizamos também que a qualidade das ações de saúde esteve por vezes aquém do esperado, como na assistência pré-natal.

As mortes foram entendidas não apenas como problemas individuais muitas vezes considerados como fatalidade, produtos da sorte ou azar, mas sim como fatos que ocorreram na maioria das ocasiões de modo semelhante, com um grande número de mulheres e crianças do mesmo grupo social, bairro e município. Ou seja, na verdade, as mortes não ocorrem ao acaso, elas estão relacionadas ao modo e às condições de vida e saúde.

A análise da situação da mortalidade materna, infantil e fetal, apresentada na Parte I do livro, é o produto de um processo que se inicia com o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) e da Declaração de Nascido Vivo (DNV), passando pelo registro dos dados nos seus respectivos sistemas: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascido Vivo (Sinasc) e sua disponibilização em meios eletrônicos. Também foi destacado que o entendimento ampliado da situação de mortalidade deve incluir dados socioeconômicos, ambientais e dos serviços de saúde, considerando os determinantes sociais do

---

\* Atualizado de BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Orgs.). *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade*. Rio de Janeiro, EAD/ENSP/Fiocruz, 2013.

processo de saúde-doença, o que implica o emprego de dados originados de outros sistemas de informações. Aliás, esses itens constituem conteúdos a serem aprofundados no próximo capítulo.

Da relação entre dados sobre óbitos, nascidos vivos, condições das famílias e moradias, organização e funcionamento dos serviços de saúde e qualidade da assistência à saúde foram calculados indicadores, que se desdobraram para certos grupos de idade, localidades e causas de óbito, com a finalidade de responder a um conjunto de questões importantes que norteiam a atuação dos profissionais nos diferentes serviços de saúde:

- . Como a mortalidade se distribuiu segundo as características das pessoas, das regiões e das épocas analisadas? Quantos morreram? Onde morreram? Quando morreram?
- . Que fatores determinaram a ocorrência dos óbitos e sua distribuição nos municípios brasileiros?
- . Que ações foram tomadas a fim de prevenir e controlar os óbitos?
- . Quais foram os impactos das ações de prevenção e controle sobre a ocorrência dos óbitos?

Também destacamos que o impacto das informações para melhorar o nível de saúde da população está relacionado, entre outras questões, ao cumprimento de preceitos que assegurem a cobertura e a completude dos dados produzidos. Vimos que a cobertura incompleta do SIM e a ausência de dados sobre o recém-nascido na declaração de óbito tiveram como consequência inevitável a imprecisão das estatísticas de mortalidade, sobretudo na Amazônia Legal e região Nordeste. Da mesma forma permanecem lacunas sobre a evolução da razão de mortalidade materna no país.

Conforme comentado no Capítulo 1, Parte I do livro, a análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal é uma das ações de saúde da área de atuação da Epidemiologia no SUS, sendo uma das funções da Vigilância em Saúde – Vigilância da Situação de Saúde –, de acordo com a Portaria n. 3.252 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a), conteúdo a ser discutido no Capítulo 7.

A análise da situação de mortalidade é um das áreas de atuação da Epidemiologia nos serviços de saúde. Esta área engloba uma série de funções específicas e complementares desenvolvidas, de forma regular e contínua, por profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde. Isso implica que cada profissional de saúde saiba não só as suas próprias responsabilidades e atribuições, como as dos outros profissionais envolvidos nesses processos, bem como a importância de uniformizar os procedimentos para permitir a comparação de dados e informações produzidas.

Tais normas técnicas estão definidas em diversas portarias e manuais publicados pelo Ministério da Saúde e compatibilizados pelas Secretarias de Saúde para atender as realidades estaduais ou municipais diferenciadas.

Iniciamos este capítulo apresentando os dados que constam da DO e da DNV. Em seguida, serão detalhados o Sistema de Informação sobre

Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Nascido Vivo (Sinasc). Aprofundaremos também os conteúdos relativos à qualidade dos dados produzidos em cada um dos sistemas.

No Capítulo 6, continuaremos a discussão da análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal, detalhando outras fontes de dados também importantes. Finalmente, trataremos do conceito e do método de cálculo de alguns indicadores selecionados.

### Para praticar



Com base na leitura dos Capítulos 2, 3 e 4 deste livro, descreva de forma sucinta a situação da mortalidade materna, infantil e fetal em seu município/estado. Como roteiro, sugerimos responder às seguintes perguntas:

- Você conhece os valores dos indicadores de mortalidade materna, infantil e fetal de seu município/regiões do estado? Onde os indicadores de mortalidade apresentam os piores resultados?
- Quais determinantes sociais, familiares e da atenção à saúde estão associados a essas mortes?
- Que ações você considera prioritárias para prevenir e controlar os óbitos? Essas ações foram implementadas em seu município? Faça uma breve discussão sobre o assunto.

## Declaração de óbito

O documento oficial para atestar a morte de um indivíduo é a Declaração de Óbito (DO).

A Declaração de Óbito tem três grandes funções:

- ser o documento padrão para a coleta de dados sobre mortalidade para compor o SIM (artigo 10 da Portaria GM/MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009);
- fornecer os dados para a emissão da Certidão de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil e, assim, liberar o sepultamento e outras medidas legais (artigo 77 da Lei n. 6216, de 30 de junho de 1975 que altera a Lei n. 6.015/73);
- ser o documento base para o desencadeamento do processo de investigação do óbito materno (Portaria GM/MS n. 1.119, de 5 de junho de 2008) e do óbito fetal e infantil (Portaria GM/MS n. 72, de 11 de janeiro de 2010). Conteúdo a ser aprofundado no Capítulo 7.

A DO é um instrumento de cidadania.

Todos os óbitos ocorridos em território nacional devem ser registrados em cartório e notificados no SIM da Secretaria de Saúde do município ou do estado onde ocorreu o óbito.

Quem é o profissional responsável pelo preenchimento da DO?

O preenchimento da DO é de responsabilidade do profissional médico, conforme disposto na Resolução CFM n. 1.779/2005 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005), excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade é atribuída a um médico do Instituto Médico Legal (IML). Essa questão também é mencionada no artigo 84 do Código de Ética Médica, Capítulo X (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010) e na Portaria GM/MS n. 116/2009 (BRASIL, 2009b).



Conheça a Resolução n. 1.779/2005 do Conselho Federal de Medicina em: [http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779\\_2005.htm](http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm)

Para saber mais sobre o preenchimento, as responsabilidades e as condições em que a DO deve ou não ser emitida pelo médico, leia “Declaração de óbito: documento necessário e importante” (BRASIL, 2009c), disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao\\_de\\_obitooo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitooo.pdf)

Recomendamos as leituras!

## Dados da Declaração de Óbito

Que dados estão presentes na DO?

Com a finalidade de permitir a comparação dos dados sobre mortalidade em todo território nacional, desde 1975 o Ministério da Saúde brasileiro adota uma Declaração de Óbito padronizada.

O atual modelo de DO padronizada está estruturado em nove blocos, com 59 campos (Figura 1), especificados em seguida no Quadro 1.

Figura 1 – Declaração de óbito

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

## Declaração de Óbito

<b>I</b>	<b>Identificação</b>	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não fetal	<input type="checkbox"/> Data do óbito Hora	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar país)					
	<input type="checkbox"/> Nome do Falecido	<input type="checkbox"/> Nome do Pai	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe							
<b>II</b>	<b>Residência</b>	<input type="checkbox"/> Data de nascimento Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	<input type="checkbox"/> Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Série	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002						
<b>III</b>	<b>Ocorrência</b>	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida etc.) Número Complemento	<input type="checkbox"/> CEP							
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito Código	<input type="checkbox"/> Município de residência Código	<input type="checkbox"/> UF							
<b>IV</b>	<b>Fetal ou menor que 1 ano</b>	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Estabelecimento Código CNES							
	<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito Código	<input type="checkbox"/> Município de ocorrência Código	<input type="checkbox"/> UF					
<b>V</b>	<b>Condições e causas do óbito</b>	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE								
	<input type="checkbox"/> Idade (anos) Nível	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Série	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002					
<b>VI</b>	<b>Médico</b>	<input type="checkbox"/> Número de filhos tidos Nascidos vivos	<input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos	<input type="checkbox"/> Nº de semanas de gestação	<input type="checkbox"/> Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais	<input type="checkbox"/> Tipo de parto <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo	<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Peso ao nascer (Gramas)	<input type="checkbox"/> Número da Declaração de Nascido Vivo	
	<input type="checkbox"/> Obito de mulher em idade fértil <input type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	<input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado						
<b>VII</b>	<b>Causas externas</b>	CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.								
	<input type="checkbox"/> Nome do Médico CRM	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Município e UF do SVO ou IML UF						
<b>VIII</b>	<b>Cartório</b>	<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.)	<input type="checkbox"/> Data do atestado	<input type="checkbox"/> Assinatura						
	<input type="checkbox"/> PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estatisticamente epidemiológico) <input type="checkbox"/> Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fonte da Informação <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Ignorado						
<b>IX</b>	<b>Localid. S/ Médico</b>	Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência								
	<input type="checkbox"/> SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO <input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Código	<input type="checkbox"/> Cartório Código	<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Data	<input type="checkbox"/> Município Código	<input type="checkbox"/> UF				
		<input type="checkbox"/> Declarante	<input type="checkbox"/> Testemunhas A B							

Versão 01/10 - 1ª Impressão 01/2010

Fonte: Brasil (2011a).

Quadro 1 – Descrição dos blocos e campos da declaração de óbito

Bloco	Dado/Campo	Descrição
I	1 a 14	<b>Identificação:</b> informações gerais sobre a identidade do falecido e de seus pais.
II	15 a 19	<b>Residência:</b> dados sobre a residência do falecido.
III	20 a 26	<b>Ocorrência:</b> informações sobre o local onde ocorreu o óbito.
IV	27 a 36	<b>Fetal ou menor de 1 ano:</b> informações sobre a mãe e o falecido, se óbito fetal ou menor de 1 ano. Campo não deve ser preenchido para óbito de maiores de 1 ano.
V	37 a 40	<b>Condições e causas de óbito:</b> destinam-se a qualificar as condições e causas que determinaram o óbito.
VI	41 a 47	<b>Médico:</b> informações sobre o médico que assina a DO.
VII	48 a 52	<b>Causas externas:</b> informações sobre o provável tipo de morte por violências.
VIII	53 a 57	<b>Cartório:</b> dados referentes ao Cartório de Registro Civil onde foi efetuado o registro do óbito.
IX	58 a 59	<b>Localidade sem médico:</b> o preenchimento ficará a cargo do Cartório de Registro Civil.

Fonte: Brasil (2011a).

O preenchimento da DO deve ser muito cuidadoso, registrando-se com o máximo de exatidão possível todos os seus campos, com letra legível e sem abreviações.

A fim de preencher todos os campos da DO, o profissional médico, único responsável por atestar um óbito, necessita resgatar dados no prontuário do falecido(a), com outros profissionais de saúde e, em algumas ocasiões, com os familiares do(a) falecido(a).

Alguns campos da DO são essenciais para a orientação de intervenções na prevenção do óbito, portanto, em seu preenchimento a atenção deve estar voltada às suas características específicas:

- O **nome completo** do(a) falecido(a) e sua **filiação** são importantes para a precisa identificação e para que, posteriormente, o falecido possa ser localizado em outros sistemas de informações, como o Sinasc e o SIH.
- O **endereço** deve ser composto pelo logradouro (**rua, avenida, travessa** etc.), seguido do número e complemento, quando houver. Especial atenção deve ser dada ao registro do **bairro** e **município**, pois qualifica a informação e é fundamental caso seja necessária uma visita domiciliar.
- Os campos referentes à **escolaridade, situação conjugal** e **raça/cor** devem ser preenchidos fazendo marcação em uma das opções que estão definidas na própria DO. Já o dado sobre a **ocupação**

do falecido é descritivo e deve se referir à profissão ou ao serviço que era executado pelo(a) falecido(a). É inadequada a definição de aposentado(a) por não informar com precisão a categoria profissional a que pertencia o(a) falecido(a). Esses dados são essenciais para conhecer alguns determinantes sociais do óbito.

- No caso de morte fetal e de criança menor de 1 ano de idade, a DO possui um bloco exclusivo para seu preenchimento (Bloco IV). São dados sobre a mãe (idade, escolaridade e ocupação), sobre a história gestacional e do recém-nascido, como o peso ao nascer e o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV). Esses dados também são essenciais para o conhecimento de determinantes sociais do óbito infantil e fetal.
- Para os óbitos de mulheres em idade fértil (entre 10 a 49 anos de idade), é fundamental a informação que consta no campo de número 37, pois se refere à identificação do momento do óbito. Este dado auxilia na classificação de óbito materno quando a morte ocorre na gravidez, no parto/aborto ou no puerpério.

## Condições e causas de óbito

Como foi apresentado nos Capítulos 2, 3 e 4, o conhecimento da causa de óbito materno, infantil e fetal é uma das informações mais importantes da DO em razão da estreita relação entre a causa de óbito e as condições de vida e de assistência à saúde.

Vamos lembrar... No Capítulo 2, destacou-se o reconhecimento de que as causas de óbito materno tais como hemorragias, hipertensão específica da gravidez e infecção puerperal podem indicar falhas no processo de assistência pré-natal, parto, nascimento e puerpério.

O mesmo pôde ser observado em relação às crianças, já que causas de óbito por asfixia, infecções, afecções respiratórias e prematuridade são fortemente influenciadas pelo acesso e pela qualidade da assistência oferecida à mulher durante a gestação, parto e puerpério, e pelos cuidados oferecidos ao recém-nascido. Para as causas de óbitos por doenças infecciosas e respiratórias também contribuem o não acesso ao saneamento básico e aos serviços de saúde, conteúdos estudados no Capítulo 3.

Na DO há vários campos para registrar as condições e causas presentes no momento da morte, entre eles o campo da **causa básica da morte** (CB), que deve ser registrada na Parte I da DO (Figura 2).

A constatação da estreita relação entre a causa de óbito e as condições de vida remonta ao século XVII, quando, em 1662, o inglês John Graunt publicou, pela primeira vez, as estatísticas de “mortalidade por causa” em Londres – *Natural and political observations made upon the bills of mortality* –, chamando a atenção para as diferenças da mortalidade entre gêneros, regiões urbanas e rurais, grupo de idade e estações do ano. Ainda destacou a alta taxa de mortalidade infantil.

Figura 2 – Campos referentes às causas de morte na DO

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
<b>37) A morte ocorreu</b> 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez    3 <input type="checkbox"/> No aborto    5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto    4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto    8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		<b>38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>39) Necrópsia ?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado
<b>40) CAUSAS DA MORTE</b> <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b> Tempo aproximado entre o início da doença e a morte    CID	
a	Devido ou como consequência de:		
b	Devido ou como consequência de:		
c	Devido ou como consequência de:		
d	Devido ou como consequência de:		
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Fonte: Brasil (2011a).

A causa básica de óbito é definida como: doença ou lesão que iniciou uma sucessão de eventos e que termina com morte; ou nos casos de acidentes ou violências, as circunstâncias dos mesmos.

A definição deixa bem clara a existência de dois grupos de causas básicas:

- **Causas naturais** – São as doenças tais como as conhecemos: infecciosas, cardíacas, renais, respiratórias, próprias da gravidez, da pele, entre outras.
- **Causas não naturais ou causas externas** – São representadas pelos acidentes de todos os tipos e pelas violências: homicídios, suicídios, intervenções legais e operações de guerra.

Ainda na Figura 2 podemos observar a existência de campos da DO para o preenchimento das complicações da causa básica, as chamadas causas intervenientes, e para a causa terminal ou causa direta da morte.

No campo 40 (Parte I), coloca-se na linha “d” a causa que iniciou o processo que levou ao óbito (causa básica). Nas linhas imediatamente acima, devem ser registradas as outras causas que se sucederam devido à anterior, até a linha “a” onde se encerra a causa imediata da morte. Na Parte II podem ser descritas outras morbidades que contribuíram para o óbito.

O conhecimento da definição de causa básica do óbito é fundamental, pois permite ao atestante descrever a sequência lógica de eventos patológicos que culminaram com a morte.



## Classificação de causas de morte e de doenças: a codificação da causa de morte

Com o objetivo de garantir a disponibilidade de estatísticas de mortalidade por causas de óbitos uniformes em todos os países do mundo, desde 1948 funciona, sob a responsabilidade da OMS, um comitê para propor definições, modelo de DO entre outras atividades. O comitê é responsável pelas revisões decenais da Classificação de Causas de Morte, atualmente na sua 10ª revisão, chamada Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10ª Revisão) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), publicada em três volumes.

O Volume I apresenta as doenças classificadas por critérios preestabelecidos e agrupados em 22 capítulos. Os capítulos são classificados conforme: **localização da doença** (IX. Doenças do aparelho cardiovascular, X. Doenças do aparelho respiratório etc.); **segundo etiologia** (I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias ou II. Neoplasias ou XX. Causas externas etc.); **por doenças próprias de períodos específicos da vida humana** (XV. Gravidez, parto e puerpério, XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal etc.).

Vamos conhecê-los com mais detalhe.

Os **capítulos** estão subdivididos em **agrupamentos**, sendo estes formados por **categorias** e **subcategorias**.

**Agrupamento** é um conjunto de categorias e respectivas subcategorias. Todas as categorias de um agrupamento se referem a doenças próximas ou semelhantes, ou, então, apresentam alguma característica em comum.

**Categoria** é um código com três caracteres.

**Subcategorias** é a subdivisão de categoria com um quarto dígito para caracterizar as especificações da categoria.

### CID-10: categorias e códigos

Vejam alguns exemplos.

**Capítulo** – Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 a B99)

**Agrupamento** – A00 a A09: Doenças infecciosas intestinais

**Categoria** – A08: Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas

**Subcategoria** – A08.0: Enterite por rotavírus

**Capítulo** – Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00 a O99)

**Agrupamento** – O60 a O75: Complicações do trabalho de parto e do parto

**Categoria** – O72: Hemorragia pós-parto

**Subcategoria** – O72.1: Outras hemorragias do pós-parto imediato

Observem que os códigos das doenças CID-10 são alfanuméricos, isto é, apresentam uma letra (maiúscula) seguida de dois números (categoria) e um terceiro número para as subcategorias.



Para conhecer o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, acesse: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/>

O Volume I da CID-10 também apresenta explicação sobre os “Centros Colaboradores da OMS para Classificação de Doenças” que junto com o Ministério da Saúde são responsáveis pelas orientações em relação à seleção e à codificação das causas de morte em todo o território nacional.

## Declaração de Nascido Vivo

Que documento fornece os dados sobre os nascidos vivos?

O documento oficial de uso obrigatório em todo o território nacional para a coleta dos dados sobre nascidos vivos é a Declaração de Nascido Vivo (DNV).

O acesso ao registro civil de nascimento é gratuito a pessoas naturais (Lei n. 6.015 de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos) (BRASIL, 1973).

Além de ser o documento padrão de coleta de dados para compor o Sinasc, a DNV também fornece dados para a emissão da Certidão de Nascimento pelos Cartórios do Registro Civil (inciso IV, Art. 10, da Lei n. 8.069/1990 e do Art. 50, da Lei n. 6.015/1973) (BRASIL, 1990, 1973). Desde 2012, a Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012, transformou a DNV em documento de identidade provisório, aceita em todo o território nacional, até que seja lavrado o assento do registro do nascimento (BRASIL, 2012).

**Nascimento vivo** é a expulsão ou extração completa de um produto da concepção do corpo materno, independentemente da duração da gestação, que respire ou dê qualquer outro sinal de vida, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não despreendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna qualquer dessas condições é considerado uma criança viva.

Todos os **nascimentos de crianças vivas** ocorridos em território nacional devem ser registrados em cartório e digitados no Sinasc da Secretaria de Saúde do município ou do estado onde ocorreu o nascimento. Destaca-se que independente do tempo de vida do recém-nascido, a DNV deverá ser preenchida. Por exemplo: nasceu vivo e faleceu após cinco minutos, deverá ser preenchida a DNV e em seguida a DO.

Quais os profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV?


O preenchimento da DN é de competência dos profissionais de saúde ou parteras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido.

## Dados da Declaração de Nascido Vivo

Que dados estão presentes na DNV?

O atual modelo da DNV, assim como o modelo da DO, é padronizado (Figura 3), composto por oito blocos de informações, com um total de 52 campos, especificados no Quadro 2.

Figura 3 – Declaração de Nascido Vivo (DNV)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		<b>Declaração de Nascido Vivo</b>		<b>30-87619005-2</b>	
			Número do Cartão Nacional de Saúde do RN <b>701 0058 0094 4892</b>		
I	1 Nome do Recém-nascido (RN)				
	2 Data e hora do nascimento Data: _____ Hora: _____			3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/> F - Feminino	
II	4 Peso ao nascer _____ em gramas			5 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 1º: _____ 5º: _____	
	6 Comprimento _____ Em cm (1 casa decimal)			7 Perímetro cefálico _____ Em cm (1 casa decimal)	
III	8 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado			9 Raça / cor do Recém-nascido <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 4 Parda	
	10 Local da ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Domicílio <input type="checkbox"/> 5 Aldeia indígena <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 4 Outros			11 Estabelecimento _____ Código CNES _____	
IV	12 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc.) _____ Número _____ Complemento _____			10 CEP _____	
	11 Bairro/Distrito _____ Código _____		12 Município de ocorrência _____ Código _____		13 UF _____
V	14 Nome _____			15 Cartão SUS _____	
	16 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> 5 Superior completo			17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada(o)/dôsempregada(o)) _____ Código CBO 2002 _____	
VI	18 Data de nascimento _____		19 Idade (anos) _____	20 Naturalidade _____ Município / UF (se estrangeira(o) informar País)	21 Situação conjugal <input type="checkbox"/> 1 Solteira (o) <input type="checkbox"/> 4 Separada (o) judicialmente/divorciada (o) <input type="checkbox"/> 2 Casada(o) <input type="checkbox"/> 5 União estável <input type="checkbox"/> 3 Viúva(o) <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
	22 Raça / Cor <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela			23 Residência Logradouro _____ Número _____ Complemento _____	
VII	24 CEP _____			25 Bairro/Distrito _____ Código _____	
	26 Município _____ Código _____		27 UF _____		28 Nome _____
VIII	29 Idade _____			30 Histórico gestacional ■ Nº gestações anteriores _____    ■ Nº de partos vaginais _____    ■ Nº de cesáreas _____    ■ Nº de nascidos vivos _____    ■ Nº de perdas fetais / abortos _____	
	31 Data da última Menstruação (DUM) _____			32 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada _____ Método utilizado para estimar: <input type="checkbox"/> 1 Exame Físico <input type="checkbox"/> 2 Outro método <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
IX	33 Número de consultas de pré-natal _____			34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____	
	35 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> 1 Única <input type="checkbox"/> 2 Dupla <input type="checkbox"/> 3 Tripla ou mais <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			36 Apresentação <input type="checkbox"/> 1 Cefálica <input type="checkbox"/> 2 Pélvica ou Podálica <input type="checkbox"/> 3 Transversa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
X	37 O Trabalho de parto foi induzido? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			38 Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 Vaginal <input type="checkbox"/> 2 Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			40 Nascimento assistido por <input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermagem ou Obstetriz <input type="checkbox"/> 3 Parteira <input type="checkbox"/> 4 Outros <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
XI	41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas _____			42 Data do preenchimento _____	
	43 Nome do responsável pelo preenchimento _____			44 Função <input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermagem <input type="checkbox"/> 3 Parteira <input type="checkbox"/> 4 Func. Cartório <input type="checkbox"/> 5 Outros (descrever)	
XII	45 Tipo documento <input type="checkbox"/> 1 CNES <input type="checkbox"/> 2 CRM <input type="checkbox"/> 3 COREN <input type="checkbox"/> 4 RG <input type="checkbox"/> 5 CPF			46 Nº do documento _____	
	47 Órgão emissor _____			48 Cartório _____ Código _____	
XIII	49 Registro _____			50 Data _____	
	51 Município _____			52 UF _____	

**ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**  
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.  
 Para registrar esta criança, a(o) responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Fonte: Brasil (2021).

O responsável legal tem sua definição estabelecida em função do Provimento n. 63, de 2017, e do Provimento n. 83, de 2019, da Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ), os quais recomendam, com base na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 4.275/DF, que a filiação seja contemplada independentemente da identidade de gênero, como nos casos de reprodução assistida, casais transgêneros, união homoafetiva e outras situações similares (BRASIL, 2011; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017, 2019).

Quadro 2 – Descrição dos blocos e campos da Declaração de Nascido Vivo

Bloco	Dado/Campo	Descrição
I	1 a 6	<b>Identificação do recém-nascido:</b> informações inerentes ao nascido.
II	7 a 13	<b>Local da ocorrência:</b> informações sobre o local onde ocorreu o parto.
III*	14 a 27	<b>Parturiente:</b> informações sobre a parturiente do recém-nascido.
IV**	28 e 29	<b>Responsável legal:</b> informações sobre o nome e a idade do(s) responsável(eis) legal(ais) pelo recém-nascido.
V	30 a 40	<b>Gestação e parto:</b> informações sobre as gestações anteriores, a gestação atual, o parto e suas intercorrências.
VI	41	<b>Anomalia congênita:</b> neste campo serão informadas as anomalias congênitas verificadas pelo responsável pelo parto.
VII	42 a 47	<b>Preenchimento:</b> refere-se à identificação do responsável pelo preenchimento da DNV.
VIII	48 a 52	<b>Cartório:</b> informações referentes ao Cartório de Registro Civil onde foi efetuado o registro do nascimento.

Fonte: Brasil (2011b).

**Notas:**

\* Parturiente é quem está em trabalho de parto ou que acabou de dar à luz.

\*\* O Bloco IV é um campo aberto, que permite a inclusão de um ou dois nomes de responsáveis legais, os quais deverão ser separados por uma barra invertida (/). Registrar o nome completo do(os) responsável(eis) legal(ais) pelo recém-nascido, conforme informado pela parturiente. No campo Idade (campo 29), informar apenas a idade do primeiro responsável legal descrito.

Para preencher todos os campos da DNV, o profissional de saúde ou parteira necessita resgatar informações no prontuário, com outros profissionais de saúde e com a mãe ou familiares do recém-nascido. O preenchimento da DNV deve ser muito cuidadoso, registrando-se com o máximo de exatidão possível todos os seus campos, com letra legível e sem abreviações.

Os seguintes campos da DNV são essenciais para a orientação de intervenções para a prevenção do óbito infantil:

- **O nome completo** da criança e da parturiente é importante, possibilitando o relacionamento do Sinasc com outros sistemas de informação, como o SIM e o SIH.
- **O endereço** deve ser composto pelo logradouro (rua, avenida, travessa etc.), seguido do número e complemento, quando houver. Especial atenção deve ser dada ao registro do bairro e município, pois qualifica a informação sobre o local de residência da família da criança falecida, facilitando encontrar a residência, caso seja necessária uma visita domiciliar.
- Dados relacionados às condições da criança no momento do nascimento, incluindo o peso ao nascer, a duração da gestação, a presença de anomalias congênitas, assim como a gestação e o tipo de parto e alguns atributos das parturientes, como idade, nível de escolaridade e número de consultas de pré-natal, são dados importantes para subsidiar o entendimento dos determinantes da mortalidade infantil.

O monitoramento e a análise rotineira das condições dos nascimentos no âmbito hospitalar possibilitam o conhecimento dos recém-nascidos que apresentem situações de risco para o óbito infantil. Tais condições estão relacionadas ao baixo peso ao nascer, à hipóxia neonatal, a certas condições da gestação e parto, como a idade gestacional inferior a 37 semanas, o parto cirúrgico e a não realização de pré-natal, além de alguns atributos maternos como adolescência, analfabetismo, grande paridade e morte de filhos anterior ao nascimento atual (VANDERLEI et al., 2010).

## Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (Sinasc)

Como podem ser consultados os dados da DO e da DNV? E quais as fontes de dados da DO e da DNV?

Os dados de cada DO emitida em território nacional estão disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e os de cada DNV no Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (Sinasc).

Cada um desses sistemas é composto por um conjunto de ações semelhantes iniciadas com base no preenchimento da DO e da DNV. Cada declaração preenchida obedece a um fluxo definido, para que em tempo oportuno seus dados processados se transformem em informação útil e assim possam subsidiar a atuação dos profissionais nos diferentes serviços de saúde. Atualmente, o conjunto de ações preconizadas para o funcionamento do SIM e do Sinasc está regulamentado na Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009b).

### Você sabia que dado e informação são conceitos distintos?

**Dados** são números referentes a um fato ou circunstância que ainda não sofreram qualquer tipo de tratamento/análise, ou seja, constituem a matéria-prima da informação. É a informação não tratada. Os dados representam um ou mais significados que isoladamente não podem transmitir uma mensagem ou representar algum conhecimento. São o número bruto que ainda não sofreu tratamento estatístico.

Exemplo de dado: ao dar entrada na maternidade, cada gestante fornece ao serviço de admissão os dados sobre sua idade, escolaridade e o ▶

endereço residencial. O profissional de saúde, por sua vez, preenche o prontuário com os dados do tipo de parto realizado e do recém-nascido (RN), como peso ao nascer e idade gestacional. Esses dados permitem, por exemplo, orientar o profissional de saúde na abordagem da mãe sobre a saúde de seu filho.

**Informação** é o conhecimento obtido com base nos dados, no resultado da análise e na combinação de vários dados, ou seja, a informação é o processamento, manipulação e organização dos dados. As informações contribuem para conhecer a realidade em que os serviços de saúde estão inseridos e para orientar as ações visando à saúde da população.

Veja um exemplo de informação: os dados de cada mulher e dos RN assistidos na maternidade são digitados na base de dados do Sinasc, em seguida são criticados e analisados. O conjunto de dados permite calcular indicadores de saúde que informam, por exemplo, o percentual de mães adolescentes ou as prevalências de baixo peso ao nascer, a prematuridade tanto para uma só maternidade como para o conjunto de maternidades do município, estado, região ou país. ■

#### O que ocorre depois do preenchimento da DO e da DNV?

Após o preenchimento, as três vias da DO e da DNV seguem encaminhamentos específicos que denominamos de fluxo de dados.

No caso da DO, o fluxo de cada via varia de acordo com as características da ocorrência do óbito: em estabelecimento de saúde ou não; com ou sem assistência médica; em localidade com ou sem médico; em localidade com ou sem serviço de verificação de óbito (SVO); por causa natural ou acidental; por causa acidental com ou sem IML; em aldeia indígena. Ao todo são oito diferentes fluxos apresentados no *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito* (BRASIL, 2011a) e que podem ser consultados no Anexo A – Fluxos da Declaração de Óbito deste capítulo.

#### Para praticar



No Anexo A, observe os diferentes fluxos da DO e descreva a diferença observada para óbitos por causa natural quando estes ocorrem dentro ou fora dos estabelecimentos de saúde.

E nas localidades sem médico, como ocorre o fluxo da DO para os óbitos por causa natural?

No caso da DNV, o fluxo de cada via varia conforme o local do nascimento. São dois fluxos dispostos no *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo* (BRASIL, 2011b) e que podem ser consultados no Anexo B deste capítulo.

### Para praticar



Descreva as diferenças observadas no fluxo da DNV para partos domiciliares com e sem assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional.

Quais são as implicações dessas diferenças?

### Para refletir

Em relação aos fluxos da DO e da DNV em seu município, o que precisa ser aperfeiçoado para assegurar a inclusão de todas as declarações no SIM e Sinasc, respectivamente?

Como vocês podem observar nos Anexos A e B, independentemente do fluxo seguido pela DO ou pela DNV, a 1ª via de cada declaração emitida deverá ser encaminhada às Secretarias municipais de Saúde.

Quais são os procedimentos realizados com a DO na SMS? E com a DNV?

Na SMS, é realizada a etapa denominada “processamento de dados”, que engloba:

- . codificação de campos da DO e da DNV;
- . seleção da causa básica de morte na DO entre as condições e causas atestadas pelo médico que preencheu a DO. Com base nas regras de classificação de causas básicas de mortalidade, constantes do Volume II da CID-10 (BRASIL, 1993), é realizada a seleção da causa básica de morte;
- . digitação das declarações no SIM e no Sinasc;
- . crítica dos dados inseridos no SIM e no Sinasc municipal.

Criticar a base de dados significa avaliar:

- o percentual de campos ignorados ou em branco;
- a coerência das informações entre os diferentes campos (por exemplo, registro de nome masculino do falecido e assinalado feminino no campo referente a sexo; registro de endereço sem correspondência ao correto bairro etc.).

Depois dessa etapa, as bases de dados municipal do SIM e do Sinasc são transferidas para a Secretaria Estadual de Saúde que, após uma nova crítica dos dados, envia as bases para o Ministério da Saúde. Como nos níveis anteriores, este realiza uma avaliação final da qualidade dos dados e os disponibiliza informatizados em CD-ROM e na internet ([datasus.saude.gov.br](http://datasus.saude.gov.br)).

Com base nos dados do nível municipal, já é possível realizar a análise da situação de mortalidade e dos nascidos vivos, independentemente da consolidação dos níveis estadual e federal que ocorre em períodos posteriores.

Que profissionais participam das etapas de processamento dos dados?

Essas atribuições são de responsabilidades de técnicos das secretarias de saúde e do MS, que possuem senha pessoal de acesso e visão crítica sobre a qualidade dos dados inseridos, seja no SIM ou no Sinasc.

Especificamente, a seleção de causa básica é de responsabilidade do codificador, profissional da saúde qualificado, lotado no nível central da SMS ou em hospital de referência. Na ausência de técnicos capacitados na SMS, após a revisão inicial e correção, as DO devem ser encaminhadas à instância estadual para a codificação da causa básica do óbito.

## Qualidade do dado

Qual a qualidade dos dados disponibilizados pelo SIM? E pelo Sinasc?



Ao longo dos Capítulos 2, 3 e 4 foram destacados os problemas de qualidade dos dados tanto no que se refere à quantidade de óbitos e de nascidos vivos informados no SIM e no Sinasc (cobertura), como em relação à quantidade de dados da DO e da DNV com valores nulos (completude). Em muitos municípios brasileiros, esses problemas de qualidade são tão relevantes que comprometem o conhecimento das desigualdades ao morrer, assim como a compreensão dos determinantes da situação da mortalidade materna, infantil e fetal. Nesse contexto, ressalta-se a importância de saber identificar e corrigir as fontes de erro.

## Avaliação da cobertura

O SIM deve incluir os dados da DO de 100% das pessoas falecidas no território nacional e, assim, disponibilizar a cobertura completa dos óbitos ocorridos.

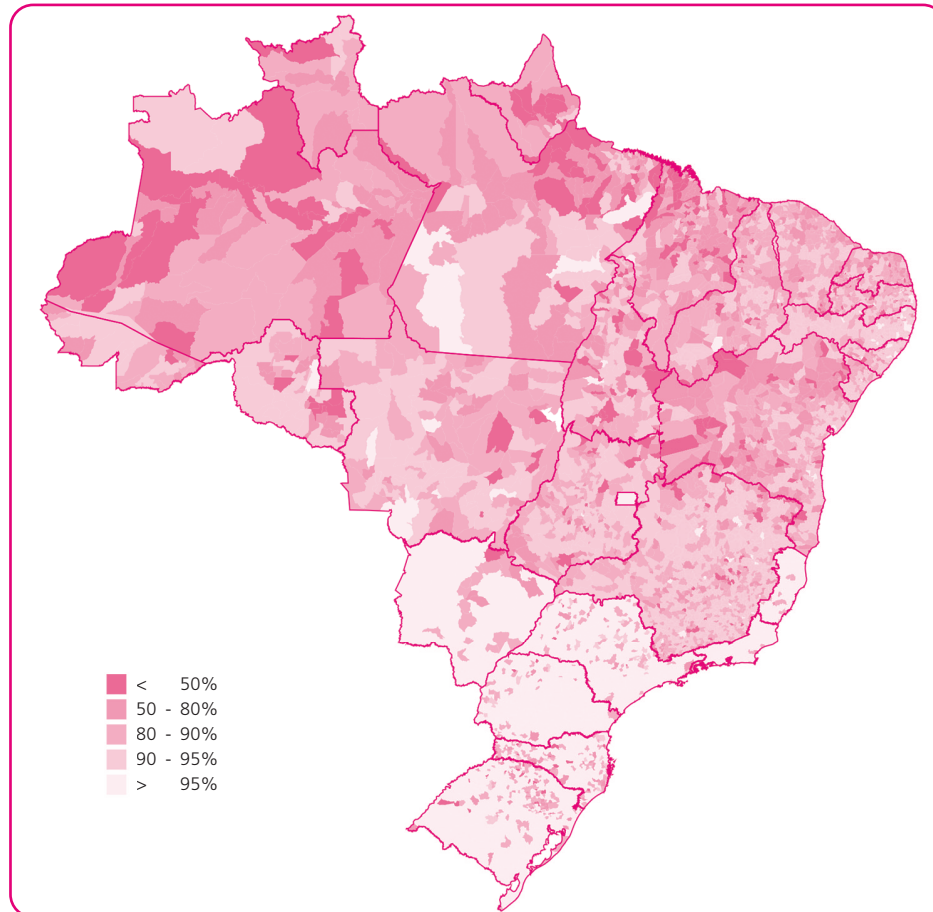
Com o intuito de quantificar o volume dos óbitos ocorridos no país não registrados no SIM, foi realizada em 2010 uma pesquisa especial utilizando o método de busca ativa (SZWARCOWALD et al., 2011). Embora a cobertura do SIM no Brasil como um todo tenha atingido 93%, persiste a desigualdade na informação sobre mortalidade (Figura 4): 30% dos municípios brasileiros ainda têm coberturas de óbitos menores do que 80%, a maioria nas regiões Norte e Nordeste. Especificamente esse fato limita o uso dos dados disponíveis sobre óbitos infantis para, por exemplo, o cálculo da taxa de mortalidade infantil.

O **método de busca ativa** é um procedimento que tem como intuito diminuir o sub-registro de óbito no SIM. O método compreende a identificação de óbitos pelo contato direto com fontes alternativas, por exemplo, funerária, cemitério não oficial.

As coberturas inadequadas do SIM e os métodos empregados para corrigi-las foram destacados nos Capítulos 2, “Desigualdades de gênero, raciais e socioeconômicas como fatores de vulnerabilidade: a mortalidade materna no Brasil e no mundo” e Capítulo 3, “Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade”. Você se lembra?

O tema “método de busca ativa” é aprofundado no Capítulo 7, “Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança”.

Figura 4 – Distribuição dos municípios segundo a cobertura das informações de óbitos, Brasil, 2008



Fonte: Szwarcwald et al. (2011).

Os problemas para o não processamento da declaração de óbito no SIM também foram investigados em uma amostra de 133 municípios das regiões Nordeste e Amazônia Legal (SZWARC WALD et al., 2011). Seguem os mais relevantes:

- não emissão da DO devido a problemas no registro dos óbitos;
- problemas no fluxo de DO emitidas, como, por exemplo, perdas no processo de transferência dos dados em razão da falta de supervisão e controle, além da alta rotatividade de técnicos para o gerenciamento da informação;
- dificuldades de acesso a serviços de saúde e cartórios, contribuindo para o sepultamento em cemitérios não oficiais. No caso do óbito infantil, isso é ainda mais acentuado, sendo frequentes os sepultamentos ilegais;
- não reconhecimento da importância do instrumento (DO) por parte da população, principalmente em áreas rurais.

### Para refletir

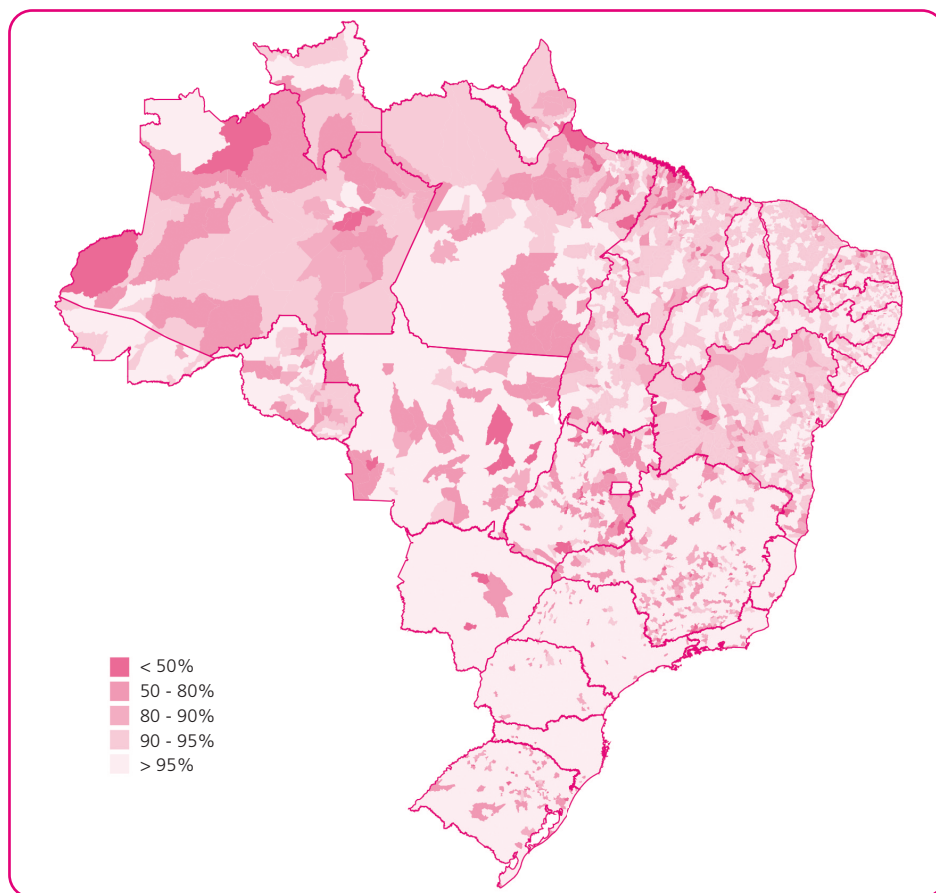
Como ocorre a captação dos dados de mortalidade no SIM do seu município/estado?

Entre os problemas apontados pela pesquisa para o não processamento da declaração de óbito no SIM, você identifica a ocorrência de algum deles em seu município/estado? Especifique.

O Sinasc também deve incluir 100% dos nascidos vivos no território nacional e, assim, disponibilizar a cobertura completa dos nascidos vivos.

A pesquisa especial já citada mostrou que a cobertura do Sinasc alcançou 95,6% para o país como um todo, sendo a proporção de municípios com cobertura inferior a 80% bem menos frequente em comparação à dos óbitos (Figura 5) (SZWARCOWALD et al., 2011).

Figura 5 – Distribuição dos municípios segundo a cobertura das informações de nascidos vivos, Brasil, 2008



Fonte: Szwarcwald et al. (2011).

As razões para o não processamento da DNV no Sinasc são as mesmas verificadas para a DO (SZWARCOWALD et al., 2011): não emissão da DNV; problemas no fluxo das DNV emitidas; dificuldades de acesso a serviços de saúde e cartórios; e não reconhecimento da importância da DNV por parte da população, principalmente em áreas rurais.

## Avaliação da incompletude dos dados

A avaliação da incompletude dos dados de mortalidade, de uma maneira geral, é apresentada por meio de proporções de dados da DO ou da DNV, em branco ou ignorados. Quanto maiores essas proporções, menor é a confiança na análise da situação de mortalidade materna, infantil e fetal. Vale lembrar também que praticamente não existem dados de mortalidade sem a presença de informações em branco ou ignoradas, porém aceitam-se como baixa aquelas com percentuais inferiores a 4% ou 6%.

---

### Para refletir

Quais as implicações para os serviços de saúde quando, por exemplo, o endereço de residência é registrado de forma incorreta na declaração de óbito? Ou quando a causa de óbito é classificada como mal definida?

---

O número de campos da DO com informações não preenchidas ou ignoradas tem diminuído. Entretanto, a qualidade do preenchimento varia segundo o tipo de dado coletado:

- o não preenchimento de informações sobre sexo e idade do falecido vem se mantendo em níveis baixos (menos de 1%), indicando que tais informações e as análises delas derivadas são de qualidade;
- a informação sobre a causa básica do óbito ainda apresenta, em algumas localidades, um alto percentual de causas classificadas como mal definidas – Capítulo XVIII da CID-10: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993);
- embora os dados sobre a mãe nos casos de óbito infantil ou fetal sejam importantes para analisar os determinantes do óbito, a Tabela 1 indica que os percentuais de campos ignorados e em branco ainda são altos em grande parte do Brasil. Tal fato demonstra a baixa qualidade dos dados disponíveis para descrever as condições de vida da família da criança menor de 1 ano de idade falecida.

As causas de óbito classificadas como mal definidas referem-se aos casos em que não houve assistência médica ou houve, mas não foi possível determinar a causa básica da morte ou o médico declarou apenas um sintoma ou sinal.



Tabela 1 – Proporção (%) de dados faltantes dos blocos IV e V da declaração de óbitos, 2019

Variáveis	Regiões brasileiras					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Cor/raça	5,4	12,0	5,5	3,0	9,0	7,5
Idade da mãe	9,6	9,9	9,7	8,2	9,8	9,6
Escolaridade da mãe	18,9	17,1	16,0	13,4	17,8	16,6
Duração da gestação	18,4	15,7	11,3	9,4	12,6	13,5
Tipo de gravidez	8,7	8,5	7,9	6,6	8,4	8,1
Tipo de parto	9,4	9,4	8,6	7,2	9,2	8,8
Peso ao nascer	12,9	12,1	10,5	5,7	10,0	10,7
Óbito em relação ao parto	11,1	11,1	10,4	6,6	9,5	10,2

Fonte: www.datasus.gov.br

### Para praticar

Tomando como exemplo a Tabela 1, pesquise em seu município como se apresentam as informações registradas na DO. Verifique se há relatórios disponíveis que analisem a qualidade desses dados e o impacto no conhecimento da situação de saúde.



Vimos no Capítulo 4, “Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis”, que a utilização dos dados de óbitos fetais disponíveis no SIM não permite uma análise completa da dimensão do problema. Você se lembra por quê?

Assim como ocorreu com a DO, a qualidade do preenchimento dos dados da DNV vem melhorando nos últimos anos, ou seja, há menos informações ignoradas ou não preenchidas. Entretanto a qualidade da informação varia segundo o tipo de dado coletado.

A Tabela 2 mostra o grau de preenchimento de algumas informações que compõem a DNV, segundo as regiões do Brasil, em 2009. Os baixos percentuais de respostas não preenchidas para a maioria dos campos que compõem a DNV indicam que o Sinasc aprimorou a qualidade da informação coletada nos últimos anos. As características do recém-nascido, como peso e sexo, são as informações de melhor preenchimento, assim como aquelas relativas à gravidez e ao parto. Entretanto, apesar da melhoria nos anos mais recentes, o campo relativo à anomalia congênita ainda apresenta alta proporção de informações faltantes.

Tabela 2 – Proporção (%) de informações faltantes em algumas variáveis do Sinasc, Brasil 2019

Variáveis	Regiões brasileiras					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Cor/raça	1,20	5,40	1,00	0,50	5,90	2,60
Idade da parturiente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Escolaridade da parturiente	1,70	2,30	0,50	0,30	0,40	1,20
Número de consultas de pré-natal	0,28	0,52	0,46	0,25	0,55	0,44
Duração da gestação	2,60	2,50	0,50	0,40	0,400	1,30
Tipo de parto	0,10	0,10	0,0	0,10	0,00	0,10
Peso ao nascer	0,20	0,00	0,000	0,00	0,00	0,00
Apgar 1º minuto	3,60	2,50	0,90	0,60	1,00	1,60
Anomalia congênita	1,40	1,90	1,60	0,90	5,00	1,90
<b>Indicadores</b>						
Grupo de Robson*	4,4	5,0	1,1	1,1	1,4	2,6
Adequação quantitativa pré-natal**	6,9	7,3	3,1	1,9	3,5	4,5

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

**Notas:**

\* Grupo de Robson definido

\*\* Adequação quantitativa de pré-natal definido com início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal

Outras dimensões de qualidade dos dados são:

- **consistência:** grau em que os dados relacionados na declaração de óbito e/ou na declaração de nascidos vivos possuem valores coerentes e não contraditórios;

- . **não-duplicidade:** grau em que cada evento do SIM e/ou Sinasc é representado uma única vez;
- . **confiabilidade:** grau de concordância entre aferições distintas realizadas em condições similares;
- . **validade:** grau em que o dado ou informação mede o que se pretende medir;
- . **oportunidade:** grau em que os dados ou informações estão disponíveis no local e a tempo para utilização de quem deles necessita.

Diante da relevância de se dispor de informações válidas e confiáveis que subsidiem o desenvolvimento de ações para melhorar a assistência ao parto e ao nascimento e, portanto, contribuir para a redução da mortalidade materna infantil e fetal, o artigo “Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Brasil” (SZWARCOWALD et al., 2019) comparou as informações disponíveis na DNV com as obtidas nas entrevistas a puérperas, em uma amostra de maternidades brasileiras.

As comparações mostraram que o grupo de idade materno, peso ao nascer, tipo de gestação, tipo de parto, Apgar no primeiro minuto apresentaram níveis de concordância excelentes e o número de consultas de pré-natal apresentou concordância boa. Os autores destacaram que o maior problema da DNV refere-se à idade gestacional, com informações menos fidedignas ocorrendo, igualmente, nas regiões menos desenvolvidas do país.

### Para praticar



Veja a situação do seu município quanto à adequação das informações do SIM e do Sinasc e a incompletude das variáveis da DNV e da DO, visitando o site do DATASUS: [datasus.saude.gov.br](http://datasus.saude.gov.br)

Qual a sua opinião sobre os resultados encontrados para o seu município?

Por todas as razões já apresentadas, é preciso destacar que a DO e a DNV precisam ser capazes de captar dados nos mais remotos aglomerados populacionais do país. Portanto, as declarações devem ser corretamente preenchidas, de modo que os dados extraídos sejam válidos para identificar e avaliar a magnitude da mortalidade, pondo em evidência as diferenças entre grupos populacionais e possibilitando a otimização e a distribuição de recursos para prevenir e controlar o óbito materno, infantil e fetal e avaliação dos resultados das ações implementadas.

Resumindo, a qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorreu o óbito e/ou o nascimento.

## Responsabilidades e competências no SIM e no Sinasc

De forma resumida, como está organizado o SIM? E o Sinasc?

Para ter uma visão da gestão nacional do SIM e do Sinasc, observe no Quadro 3 as atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo para a execução, de forma articulada, do conjunto de ações integrantes de ambos os sistemas (Portaria n.116, de 11 de fevereiro de 2009) (BRASIL, 2009b).

No Quadro 3, é importante observar que os municípios, por meio das Secretarias Municipais de Saúde, têm a competência exclusiva de coletar, processar, consolidar e avaliar os dados do SIM e Sinasc. Em tempo oportuno, devem disponibilizar os dados de mortalidade e de nascidos vivos para os serviços locais de saúde. E, quando necessário, também devem buscar esclarecimentos complementares junto aos profissionais de saúde a respeito dos dados incompletos, ilegíveis ou inconsistentes nas declarações.

Dentre as competências das três esferas de governo, descritas no Quadro 3, destacamos também uma das atividades essenciais para o contínuo processo de aperfeiçoamento, gerência e controle da qualidade dos dados do SIM e do Sinasc, a **retroalimentação de dados**. Consiste no retorno regular das informações a todos os envolvidos na produção e no processamento dos dados, com o intuito de demonstrar a cada um deles a contribuição no processo. As informações podem variar desde a análise da situação de mortalidade até a definição de ações de controle e prevenção de óbitos. A credibilidade do sistema depende de que os diversos profissionais de saúde se sintam participantes e contribuintes.

Adicionalmente, a divulgação das informações geradas pelos sistemas assume valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social, prática que deve ser estimulada e apoiada em todos os níveis de governo.



Para saber mais sobre coleta, fluxo e periodicidade de envio de dados sobre óbitos e nascidos vivos para os respectivos sistemas de informações em saúde, consulte a Portaria n.116, de 11 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009b), disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/svs/2009/prt0116\\_11\\_02\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html)



Quadro 3 – Competências no SIM e no Sinasc

Níveis de gestão	Responsável	Competências
<b>Federal</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) por meio da Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE) do Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas.</li> <li>• Emitir e distribuir a DO e a DNV numeradas para as Secretarias Estaduais de Saúde.</li> <li>• Consolidar e avaliar os dados processados e transferidos pelos estados.</li> <li>• Estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível estadual.</li> <li>• Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação.</li> <li>• Retroalimentar os dados para os integrantes dos sistemas.</li> <li>• Divulgar informações e análises epidemiológicas.</li> <li>• Gerir e manter o cadastro dos gestores estaduais.</li> </ul>
<b>Estadual</b>	SES, gestora do SIM e do Sinasc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar e manter as condições necessárias à descentralização dos sistemas até o nível municipal.</li> <li>• Distribuir as DO e as DNV às SMS e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</li> <li>• Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território.</li> <li>• Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal e/ou regional.</li> <li>• Remeter regularmente os dados ao nível nacional do sistema, nos prazos estabelecidos nesta Portaria.</li> <li>• Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação.</li> <li>• Retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).</li> <li>• Divulgar informações e análises epidemiológicas.</li> <li>• Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do estado, em caráter complementar à atuação do nível federal.</li> <li>• Gerir e manter o cadastro dos gestores municipais.</li> </ul>
<b>Municipal</b>	SMS, gestora do SIM e do Sinasc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar a distribuição de DO e DNV entre os estabelecimentos de saúde, cartórios do registro civil, profissionais médicos e instituições que as utilizam.</li> <li>• Coletar, processar, consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras.</li> <li>• Transferir os dados em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos pelo nível estadual.</li> <li>• Desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação.</li> <li>• Retroalimentar os dados para as unidades notificadoras.</li> <li>• Divulgar informações e análises epidemiológicas.</li> <li>• Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento do sistema, no âmbito do município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual.</li> </ul>

Fonte: Brasil (2009b).

### Módulo de investigação de óbitos materno e infantil

Ainda no SIM, no nível federal, encontram-se disponíveis o Módulo de Investigação de Óbito Materno, desde 2009, e o Módulo de Investigação de Óbito Infantil, a partir de 2010. São ferramentas criadas para registrar os dados das Fichas de Investigação de Óbito Materno, Infantil e Fetal – Síntese, Conclusões e Recomendações – que reúnem e organizam de forma sumária os principais dados coletados na investigação para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Esses módulos têm como objetivo monitorar a situação do processo de investigação nos estados e municípios. As fichas de investigação de óbito e os módulos de investigação serão apresentados e discutidos no Capítulo 7, que aborda a Vigilância do Óbito.

Os módulos de investigação de óbitos permitem ainda 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).

O acesso a estes módulos se dá por senha pessoal, da mesma forma que para o SIM.

## Painel de monitoramento da mortalidade materna, infantil e fetal

O monitoramento da mortalidade materna, infantil e fetal é um componente importante para a gestão dos serviços de saúde, pois permite o acompanhamento rotineiro e oportuno de informações relevantes para subsidiar tomadas de decisão, identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos.

O painel de monitoramento da mortalidade materna, infantil e fetal do Ministério da Saúde é uma matriz de indicadores disponíveis para os distintos níveis da gestão estadual. Possibilita a análise descentralizada dos resultados, além de permitir a desagregação dos dados para a menor unidade prestadora de serviço, qual seja, o serviço de saúde, favorecendo a identificação das necessidades de intervenções diferenciadas entre os diversos territórios. Também é possível a análise da tendência da série histórica.

Quadro 4 – Painel de monitoramento

Painel de monitoramento	Dados disponíveis	Site
Nascidos vivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mês/ano de referência (inclui o ano vigente), local de registro, abrangência (Brasil até serviço de saúde), notificação oportuna de nascidos.</li> <li>Informações da mãe: grupo de idade, escolaridade, situação conjugal e raça/cor.</li> <li>Informações sobre a assistência: mês de gestação em que iniciou o pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de gravidez, semanas de gestação, tipo de parto, local de nascimento, teste de Apgar 1º e 5º minutos, grupo de Robson.</li> <li>Informações sobre o recém-nascido: peso ao nascer, anomalia congênita.</li> <li>Função do responsável pelo preenchimento.</li> </ul>	<p>Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos</p> <p><a href="http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/">http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/</a></p>
Mortalidade materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mês/ano de referência (inclui o ano vigente), local de registro, abrangência (Brasil até serviço de saúde), notificação oportuna de óbitos de mulheres.</li> <li>Indicador: MIF (com ou sem causa presumível) e maternos declarados (causas obstétricas diretas e abortos).</li> <li>Informação da mulher: grupo de idade e raça/cor.</li> <li>Local de ocorrência e óbito atestado por médico.</li> </ul>	<p>Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna</p> <p><a href="http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/">http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/</a></p>
Mortalidade infantil e fetal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mês/ano de referência (inclui o ano vigente), local de registro, abrangência (Brasil até serviço de saúde).</li> <li>Indicador: causas evitáveis, causas não evitáveis e causa mal definida.</li> <li>Categoria: notificação oportuna de óbitos e investigação oportuna de óbitos.</li> <li>Informação do óbito: grupo de idade (neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e infantil), raça/cor e sexo.</li> <li>Local de ocorrência e óbito atestado por médico</li> </ul>	<p>Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal</p> <p><a href="http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/">http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/</a></p>
Mortalidade por causas básicas inespecíficas ou incompletas ( <i>Garbage Codes</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mês/ano de referência (inclui o ano vigente), local de registro, abrangência (Brasil até serviço de saúde).</li> <li>Indicador: Código Garbage por Capítulo da CID-10.</li> <li>Categoria: notificação oportuna de óbitos.</li> <li>Recorte: mortalidade de mulheres em idade fértil e mortalidade infantil e fetal.</li> <li>Informação do óbito: grupo de idade, raça/cor e sexo.</li> <li>Local de ocorrência e óbito atestado por médico.</li> </ul>	<p>Painel de Monitoramento da Mortalidade por Causas Básicas Inespecíficas ou Incompletas (Garbage Codes)</p> <p><a href="http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/codigos-garbage/">http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/codigos-garbage/</a></p>
Regularidade no envio de dados de mortalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mês/ano de referência (inclui o ano vigente), local de registro, abrangência (Brasil até município).</li> <li>Quadro de metas, coleta de registros mensais, avaliação mensal, indicativo de bloqueio.</li> </ul>	<p>Painel de Monitoramento da Regularidade da Mortalidade - Mortalidade</p> <p><a href="http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/regularidade/">http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/regularidade/</a></p>

Fonte: Brasil (2009b).

## Considerações finais

Este capítulo discutiu a importância dos instrumentos para o registro de óbitos e nascimentos e seus respectivos sistemas de informação em saúde.

A discussão possibilitou ampliar a visão sobre a importância da qualidade do registro e seu impacto na produção da informação. O conhecimento da situação de saúde e da tendência da mortalidade materna, infantil e fetal depende fundamentalmente da qualidade dos dados registrados e do monitoramento e da análise da informação produzida, visando ao planejamento das ações e à definição das prioridades, diretrizes e políticas. Portanto, o detalhamento dos campos dos instrumentos e a ênfase no seu adequado registro, bem como a apresentação dos fluxos em diferentes situações, permitem o conhecimento técnico e a garantia da informação qualificada, oportuna e fidedigna.

Os profissionais de saúde nas diferentes esferas do SUS e a sociedade civil em suas representações e no âmbito da discussão da saúde materno-infantil devem buscar, de forma conjunta, o conhecimento dos dados que, analisados, irão se constituir na informação estratégica para as demandas e ações em saúde.

## Referências

- BRASIL. Lei n. 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1973.
- BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DN, regula sua expedição, altera a Lei n. 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 6 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A declaração de óbito: documento necessário e importante*. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina: USP/Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2009c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao\\_de\\_obitoo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitoo.pdf)>. Acesso em: dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jan. 2010. Seção 1, p. 29.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 65-69, 23 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo*. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito*. 4. ed. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Nota técnica n. 195*, de 21 de setembro de 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta coleta de dados, sistema de informações sobre mortalidade, sistema de informações sobre nascidos vivos, Sistema de Informação em Saúde (SIS), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 fev. 2009b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.274 Distrito Federal. Ação direta de inconstitucionalidade. Pedido de "interpretação conforme à Constituição" do § 2º do art. 33 da Lei n. 11.343/2006, criminalizador das condutas de "induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga". Relator: Ministro Ayres Britto, 23 de novembro de 2011. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1955301>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n. 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 dez. 2005. Seção 1, p. 121.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução CFM n. 1931, de 17 de setembro de 2009*. Código de ética médica. Versão de bolso. Brasília, DF, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Corregedoria Nacional de Justiça. Provimento n. 63, de 14 de novembro de 2017. Institui modelos únicos de certidão de nascimento, de casamento e de óbito, a serem adotadas pelos escritórios de registro civil das pessoas naturais, e dispõe sobre o reconhecimento voluntário e a averbação da paternidade e maternidade socioafetiva [...]. *Diário de Justiça*, Brasília, DF, n. 191, 17 nov. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Corregedoria Nacional de Justiça. Provimento n. 83, de 14 de agosto de 2019. Altera a Seção II, que trata da Paternidade Socioafetiva, do Provimento n. 63, de 14 de novembro de 2017 da Corregedoria Nacional de Justiça. *Diário de Justiça*, Brasília, DF, n. 165, p. 8-9, 14 ago. 2019.

DATASUS. *Arquivos de DN: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 10 out. 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo*. 3. ed. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao\\_nasc\\_vivo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_nasc_vivo.pdf)>. Acesso em: dez. 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito (DO)*. 3. ed. Brasília, DF, 2001a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de procedimentos do sistema de informações sobre mortalidade*. Brasília, DF, 2001c.

JORGE, M. H. P. M. et. al. *O Sistema de Informação sobre nascidos vivos: Sinasc*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1992.

LAST, J. M. *Dicionário de epidemiologia*. [S.l.]: Oxford University Press, 1988.

LAURENTI, R. et al. *Manual de treinamento: codificação em mortalidade*. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública/Departamento de Epidemiologia, 2007.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M. *O atestado de óbito*. 5. ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2006.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação em saúde In: ROUQUEIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: dez. 2012.

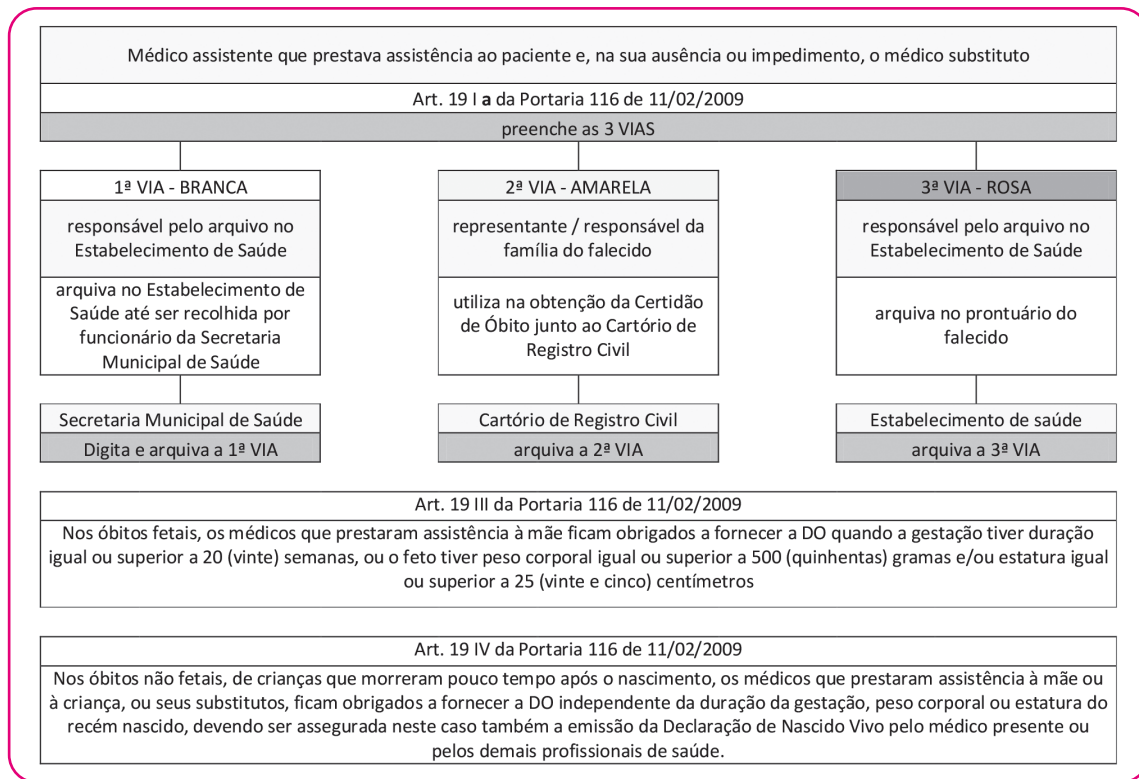
SZWARCWALD, C. L. et al. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214918>. Acesso em: 27 out. 2021.

SZWARCWALD, C. L. et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do Sinasc nos municípios brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2011.

VANDERLEI, L. C. de M. et al. Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, n. 4, out./dez. 2010.

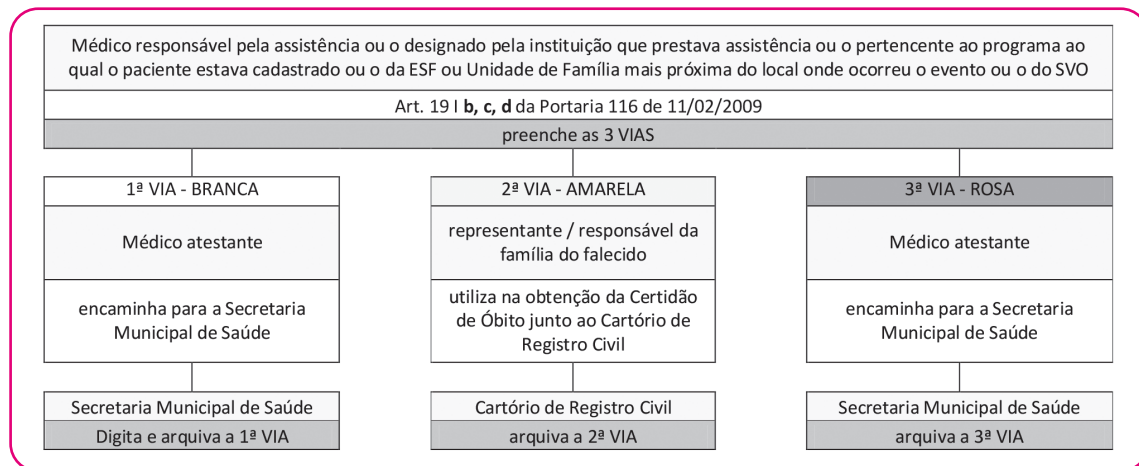
## Anexo A – Fluxos da declaração de óbito

Fluxo 1 – Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde



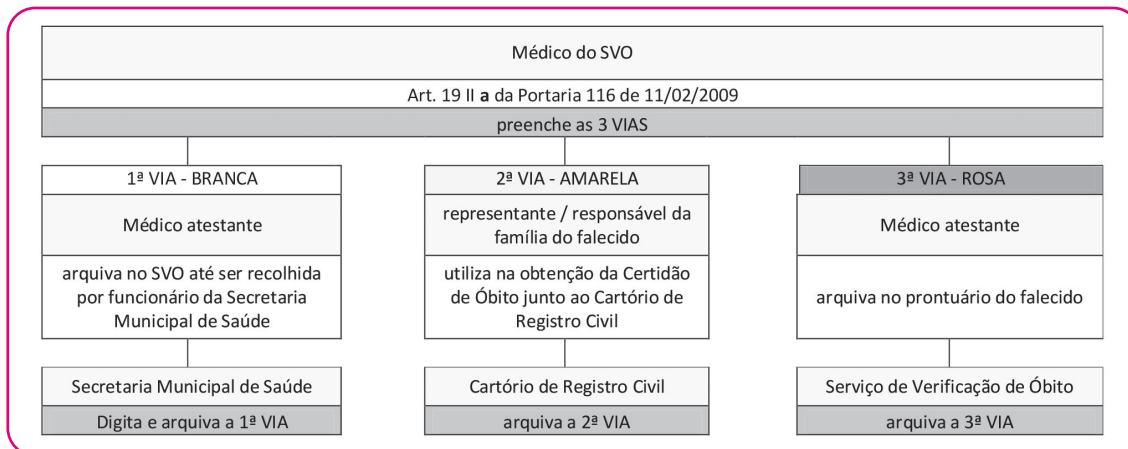
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 2 – Óbito por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde, com assistência médica



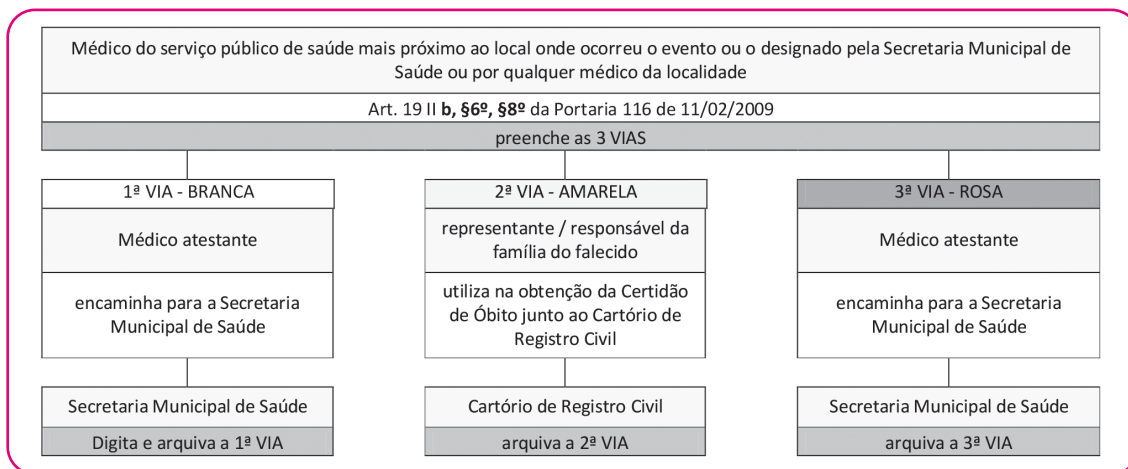
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 3 – Óbito por causa natural, ocorrido fora de estabelecimento de saúde sem assistência médica, em localidade com SVO



Fonte: Brasil (2011a).

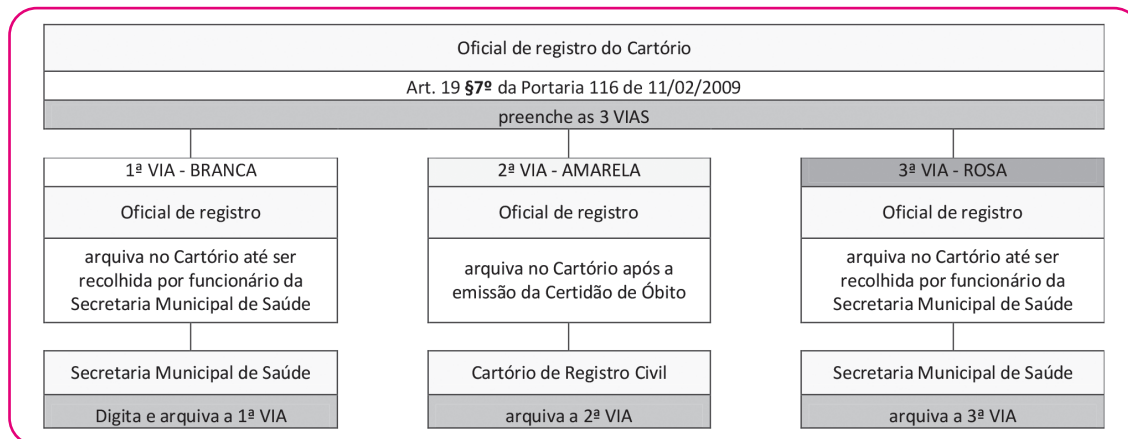
Fluxo 4 – Óbito por causa natural, ocorrido fora de estabelecimento de saúde sem assistência médica, em localidade sem SVO



Fonte: Brasil (2011a).

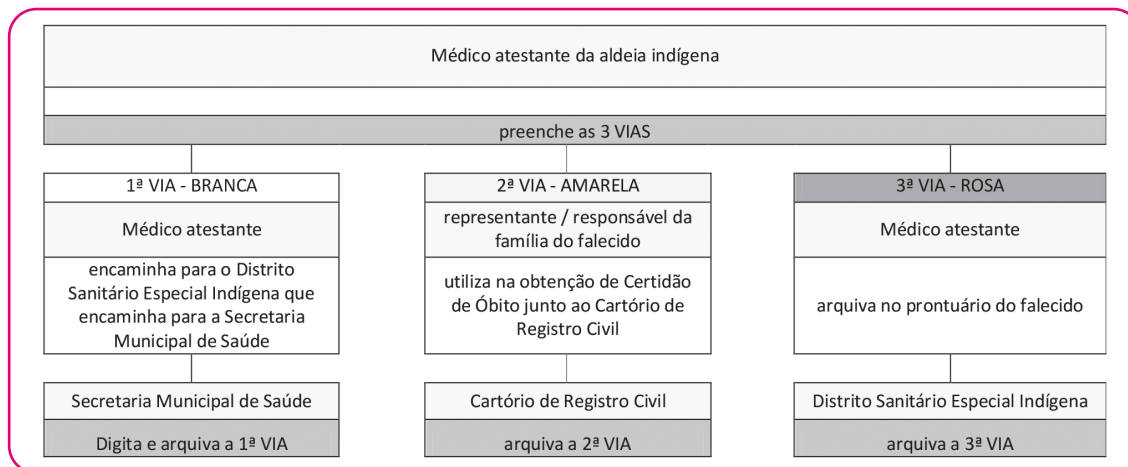


Fluxo 5 – Óbito por causa natural, ocorrido em localidade sem médico



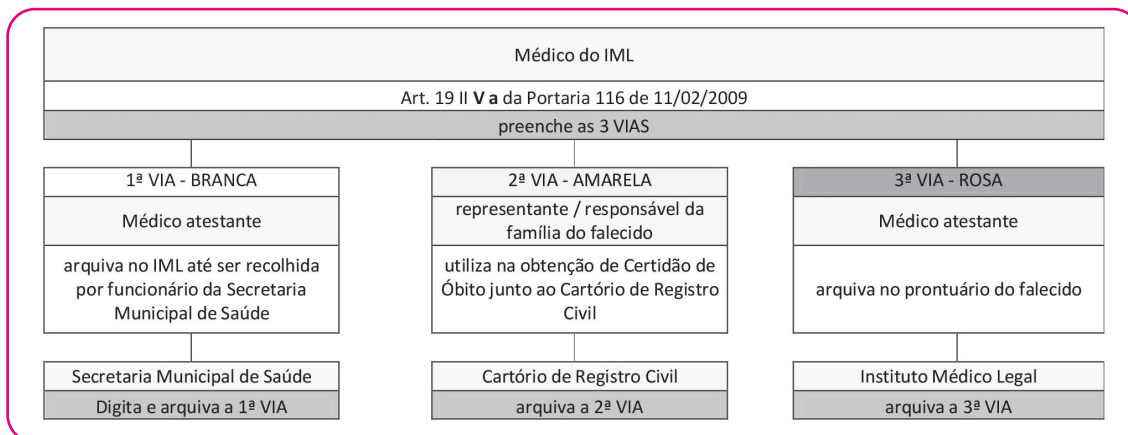
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 6 – Óbito por causa natural, ocorrido em aldeia indígena com assistência médica



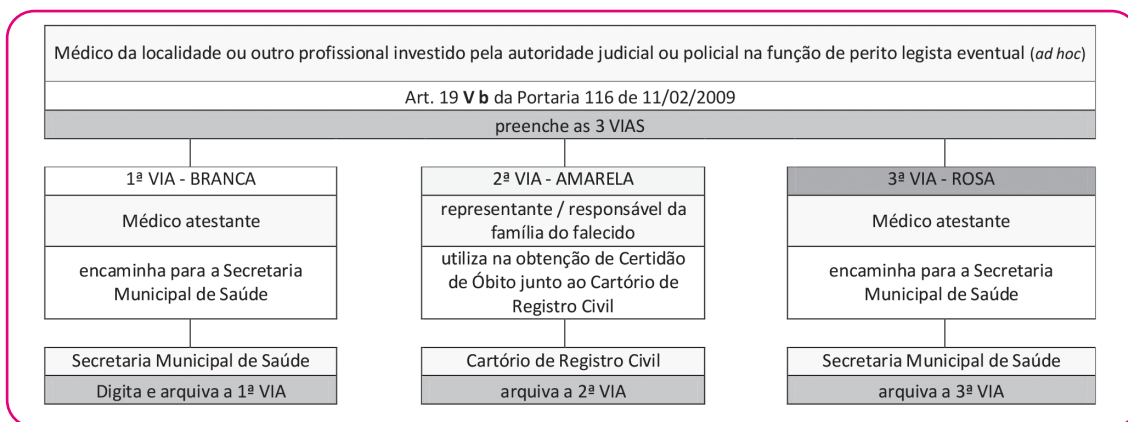
Fonte: Brasil (2011a).

Fluxo 7 – Óbito por causa acidental e/ou violenta, ocorrido em localidade com IML



Fonte: Brasil (2011a).

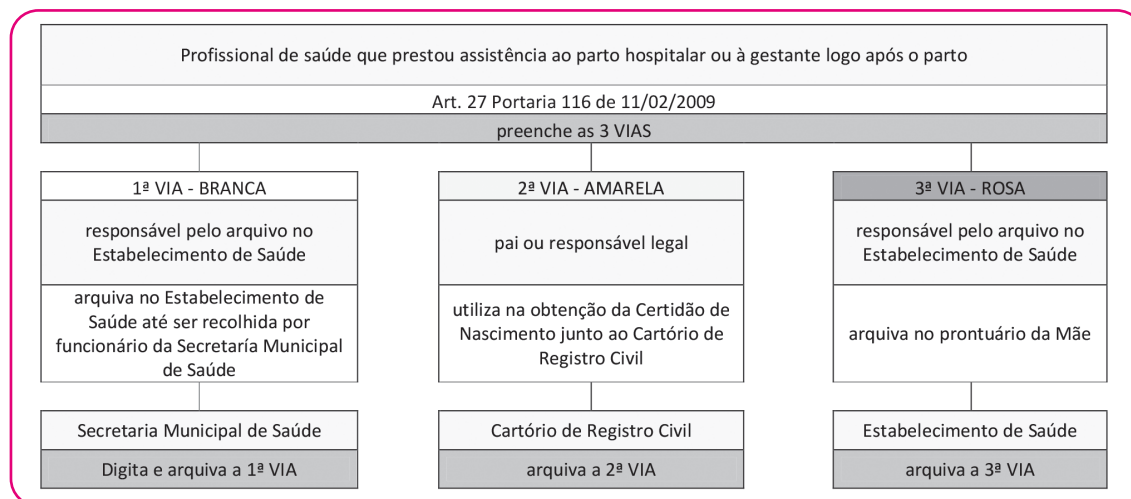
Fluxo 8 – Óbito por causa acidental e/ou violenta, ocorrido em localidade sem IML



Fonte: Brasil (2011a).

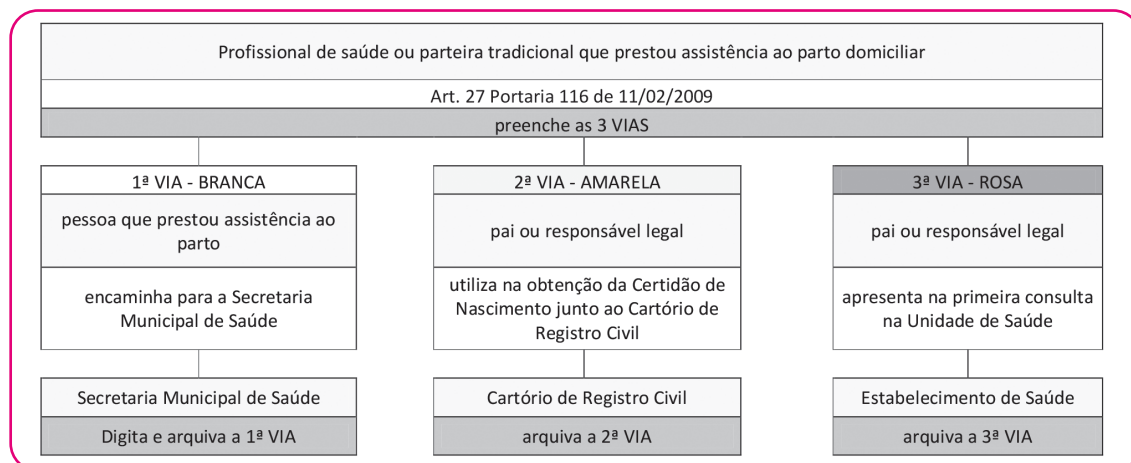
## Anexo B – Fluxos da Declaração de Nascido Vivo

Fluxo 1 – Parto hospitalar ou domiciliar com assistência hospitalar posterior



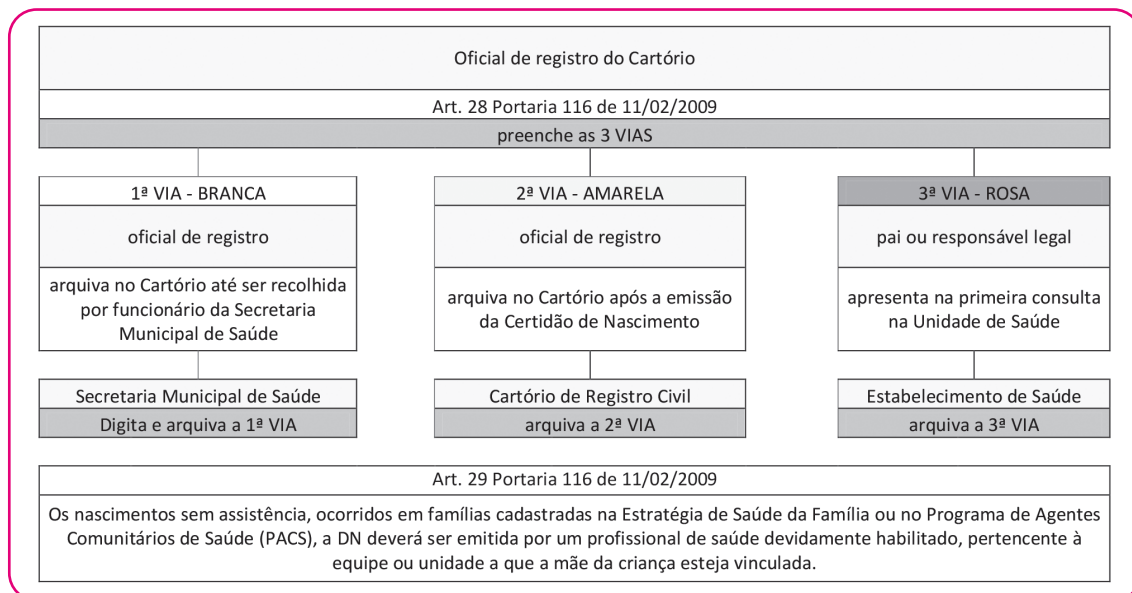
Fonte: Brasil (2011b).

Fluxo 2 – Parto domiciliar com assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional



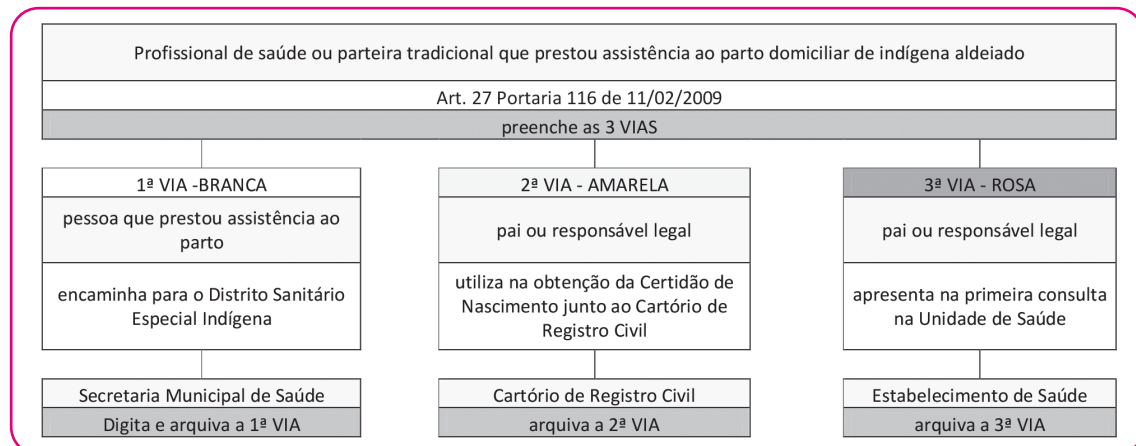
Fonte: Brasil (2011b).

Fluxo 3 – Parto domiciliar sem assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional.



Fonte: Brasil (2011b).

Fluxo 4 – Parto domiciliar de indígena aldeado com assistência.



Fonte: Brasil (2011b).